

HELOISA FERNANDES CÂMARA (COORDENADORA)



DIREITO À SAÚDE

PERIFERIA E DESIGUALDADE

PET
DIREITO

Universidade
Federal
do Paraná



EDITORA ÍTHALA

© 2025 Editora Íthala

CONSELHO EDITORIAL

Alexandre Godoy Dotta – Doutor e mestre em Educação. Especialista em Administração, Metodologia do Ensino Superior e em Metodologia do Conhecimento e do Trabalho Científico. Licenciado em Sociologia e Pedagogia. Bacharel em Tecnologia.

Ana Cláudia Santano – Pós-doutora em Direito Público Econômico pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Doutora e mestre em Ciências Jurídicas e Políticas pela Universidad de Salamanca, Espanha.

Daniel Wunder Hachem – Professor de Direito Constitucional e Administrativo da Universidade Federal do Paraná e da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Doutor e mestre em Direito do Estado pela UFPR. Coordenador Executivo da Rede Docente Eurolatinoamericana de Derecho Administrativo.

Emerson Gabardo – Professor Titular de Direito Administrativo da PUC-PR. Professor Associado de Direito Administrativo da UFPR. Doutor em Direito do Estado pela UFPR com Pós-doutorado pela Fordham University School of Law e pela University of California - UCI (EUA).

Fernando Gama de Miranda Netto – Doutor em Direito pela Universidade Gama Filho, Rio de

Janeiro. Professor Adjunto de Direito Processual da Universidade Federal Fluminense e membro do corpo permanente do Programa de Mestrado e Doutorado em Sociologia e Direito da mesma universidade.

Ligia Maria Silva Melo de Casimiro – Doutora em Direito Econômico e Social pela PUC-PR. Mestre em Direito do Estado pela PUC-SP. Professora de Direito Administrativo da UFC-CE. Presidente do Instituto Cearense de Direito Administrativo - ICDA. Diretora do Instituto Brasileiro de Direito Administrativo - IBDA e coordenadora Regional do IBDU.

Luiz Fernando Casagrande Pereira – Doutor e mestre em Direito pela Universidade Federal do Paraná. Coordenador da pós-graduação em Direito Eleitoral da Universidade Positivo. Autor de livros e artigos de processo civil e direito eleitoral.

Rafael Santos de Oliveira – Doutor em Direito pela Universidade Federal de Santa Catarina. Mestre e graduado em Direito pela UFSM. Professor na graduação e na pós-graduação em Direito da Universidade Federal de Santa Maria. Coordenador do Curso de Direito e editor da Revista Direitos Emergentes na Sociedade Global e da Revista Eletrônica do Curso de Direito da mesma universidade.

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
BIBLIOTECÁRIA: MARIA ISABEL SCHIAVON KINASZ, CRB9 / 626

D598 Direito à saúde: periferia e desigualdade /
coordenação de Heloisa Fernandes Câmara - Curitiba: Íthala, 2025.
203p.; il.; 22,5 cm
Vários colaboradores
ISBN: 978.85.5765.288-6

1. Direito à saúde. 2. Direitos fundamentais. I. Câmara, Heloisa Fernandes (coord.). II. Pet Direito. Universidade Federal do Paraná.

CDD 342 (22.ed)
CDU 342.7

Editora Íthala Ltda.
Rua Pedro Nolasko Pizzatto, 70
Bairro Mercês
80.710-130 – Curitiba – PR
Fone: +55 (41) 3093-5252
☎+55 (41) 3093-5257
<http://www.ithala.com.br>
E-mail: editora@ithala.com.br

Criação da capa: Lariany Moura
Montagem da capa: Kerolen Milena
Revisão: Karla Andreia Leite
Diagramação: Sônia Maria Borba

abdr
ASSOCIAÇÃO
BRASILEIRA
DE DIREITOS
RESPONSÁVEIS
Respeite o direito autoral

Informamos que é de inteira responsabilidade do autor a emissão de conceitos publicados na obra. Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida por qualquer meio ou forma sem a prévia autorização da Editora Íthala. A violação dos direitos autorais é crime estabelecido na Lei nº 9.610/98 e punido pelo art. 184 do Código Penal.

HELOISA FERNANDES CÂMARA (COORDENADORA)

DIREITO À SAÚDE

PERIFERIA E DESIGUALDADE



EDITORA ÍTHALA
CURITIBA – 2025

GLOSSÁRIO

ABETRE: Associação Brasileira de Empresas de Tratamento de Resíduos e Efluentes

ABNT: Associação Brasileira de Normas Técnicas

ABREMA: Associação Brasileira de Resíduos e Meio Ambiente

ADPF: Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental

ALC: América Latina e Caribe

ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CADE: Conselho Administrativo de Defesa Econômica

CadÚnico: Cadastro Único

CAISAN: Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CASSI: Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil

CEDEA: Centro de Estudos e Defesa e Educação Ambiental

CEMA: Conselho Estadual do Meio Ambiente do Estado

Centro POP: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

CFM: Conselho Federal de Medicina

CFP: Conselho Federal de Psicologia

CFSS: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde

CIAMP-Rua: Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para População em Situação de Rua

CID: Código Internacional de Doenças

CIDH: Corte Interamericana de Direitos Humanos

CIT: Comissão Intergestores Tripartite

CLP: Centro de Liderança Pública

CMED: Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos

CNDH: Conselho Nacional de Direitos Humanos

CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNJ: Conselho Nacional de Justiça

CNMP: Conselho Nacional do Ministério Público

CNS: Conselho Nacional de Saúde

CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS: Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde

CONITEC: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde

CONSEA: Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

CRAS: Centro de Referência da Assistência Social

CREAS: Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CRECI/GO: Conselho Regional de Corretores de Imóveis da 5ª Região Goiás

CREMESP: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

CRP/PR: Conselho Regional de Psicologia do Estado do Paraná

CTQA: Câmara Temática de Qualidade Ambiental

DHAA: Direito Humano à Alimentação Adequada

DNV: Declaração de Nascido Vivo

DPE/PR: Defensoria Pública do Estado do Paraná

DSS: Determinantes Sociais da Saúde

EBIA: Escala Brasileira de Insegurança Alimentar

EPSAN: Equipamentos Públicos de Segurança Alimentar e Nutricional

GAEMA: Grupo de Atuação Especializada em Meio Ambiente, Habitação e Urbanismo

IAPAS: Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social

IAT: Instituto Água e Terra do Paraná

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS: Instituto Nacional de Previdência Social

IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LEP: Lei de Execução Penal

LGBTQIA+: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexuais e outras

LOSAN: Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional

MapaSan: Mapeamento de Segurança Alimentar e Nutricional

MBE: Medicina Baseada em Evidências

MNPCT: Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura

MP/PR: Ministério Público do Estado do Paraná

MPT: Ministério Público do Trabalho

MPT/PR: Ministério Público do Trabalho no Paraná

NBR: Norma Brasileira de Regulamentação

NDCs (sigla em inglês): Contribuições Nacionalmente Determinadas

NHS: National Health Service

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

OMM: Organização Meteorológica Mundial

OMS: Organização Mundial da Saúde

ONU: Organização das Nações Unidas

PAISM: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PCDT: Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

PET: Programa de Educação Tutorial

PHPN: Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PIA: Plano Individual de Atendimento

PIB: Produto Interno Bruto

PLANSAN: Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

PMVG: Preço Máximo de Venda do Governo

PNAN: Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNRS: Política Nacional de Resíduos Sólidos

PNSAN: Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

PNSILGBT: Política Nacional de Saúde Integral LGBT

ProCADE: Procuradoria Federal Especializada junto ao CADE

PSR: População em Situação de Rua

REHUNA: Rede pela Humanização do Parto e Nascimento

RPs: Restaurantes Populares

SAN: Segurança Alimentar e Nutricional

SES/PR: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

SECTICS: Secretário de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde

SISAN: Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

SBDC: Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência

SIB: Sistema de Informações de Beneficiários

SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

STF: Supremo Tribunal Federal

STJ: Superior Tribunal de Justiça

SUAS: Sistema Único de Assistência Social

SUS: Sistema Único de Saúde

TJPR: Tribunal de Justiça do Estado do Paraná

TCU: Tribunal de Contas da União

UFPR: Universidade Federal do Paraná

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
POLÍTICAS DE ALIMENTAÇÃO ADEQUADA NO BRASIL: A PERSPECTIVA AMPLA SOBRE O DIREITO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	15
Bianca Heloise Santoni Giovanna Ribeiro Simões Nunes	
INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS: UM OLHAR SOBRE A LEGISLAÇÃO E A JURISPRUDÊNCIA DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO PARANÁ	39
Eduarda Villwock Maria Julia Hornig	
A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: UM CAMINHO DESIGUAL PARA O ACESSO A MEDICAMENTOS NO SUS	61
Fernando Maia Eduardo Matheus Ideta Bergamo	
A CONSIDERAÇÃO DE ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS NA QUANTIFICAÇÃO DA INDENIZAÇÃO POR DANOS ESTÉTICOS NO TJPR.....	83
Marina Soares Jenisch Rebeca Dionysio Felix	
PODER DE BARGANHA EM CONDUTAS (I)LÍCITAS ANTITRUSTE: QUAL O PAPEL DA TEORIA DO PODER COMPENSATÓRIO EM TABELAS DE PREÇO MÉDICAS	101
Gabriela Wilxenski Rodrigues Marianna Lage Lourenço Anselmo	
REPERCUSSÕES DO RACISMO AMBIENTAL NO DIREITO À SAÚDE	119
Gabriel Vicente Andrade Milena Collaço Martins	
ACORDO DE PARIS: DUPLA INEFICÁCIA FRENTE A GARANTIA DO ACESSO À SAÚDE NO BRASIL	139
Cristian Mallmann Mariana Rostyslavivna da Costa Tronenko	
CORPOS QUE GESTAM: A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NAS INTERSECÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADE	159
Eloísa Kuster Bauer Thalison Daniel Dullius	
O ADOECIMENTO MENTAL DE MULHERES NA FUNÇÃO DE CUIDADO E AS POSSIBILIDADES DA SOCIALIZAÇÃO COMUNITÁRIA COMO ALTERNATIVA DE TRATAMENTO	179
Isabela Rocha de Lima Vittoria dos Santos Marcelino	
ÍNDICE ALFABÉTICO	200

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua saúde “não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social” (Segre; Ferraz, 1997, p. 539). Diretamente relacionada com outros direitos, é um dos pilares de vida com dignidade.

Apesar de verdadeiras, as linhas acima não expressam de maneira adequada a relevância do direito, e tampouco a complexidade de sua proteção.

Do ponto de vista de sistema de saúde, a Constituição de 1988 estabeleceu que saúde é um direito social, de todos, dever do Estado e garantido mediante políticas públicas (art. 196). A constitucionalização do modelo de saúde universal foi uma vitória de movimentos sociais e deixou de lado o modelo que vinculava o atendimento à contribuição à Previdência Social, o que deixava milhões de brasileiros sem atendimento de saúde, afetando principalmente os mais vulneráveis – pessoas pobres, mulheres, crianças e idosos.

A criação do SUS – Sistema Único de Saúde –, inspirado no modelo de saúde inglês – NHS (*National Health System*) –, modificou o panorama nacional ao conferir atendimento descentralizado, universal e igualitário. Hoje é o maior sistema de saúde público do mundo, atendendo mais de 190 milhões de pessoas – 80% delas usam exclusivamente os serviços públicos para qualquer atendimento de saúde. No Brasil há também modelos de atendimento de saúde privado e via saúde suplementar, aumentando a complexidade do acesso, regulação e atendimento de saúde.

Mas para além do atendimento médico, e da perspectiva individual de saúde, é fundamental tratar dos determinantes sociais de saúde (DSS). Os DSS referem-se ao conjunto de acontecimentos, fatos, situações e comportamentos relacionados aos aspectos econômicos, sociais, ambientais, políticos e governamentais, culturais que afetam a saúde de indivíduos e coletividades. Isso quer dizer que a saúde é afetada por conjuntos de fatores que expressam igualdades e desigualdades, usualmente penalizando de forma desproporcional grupos vulnerabilizados. Logo, tratar de saúde implica em enfrentar as desigualdades e construir olhares e práticas de equidade e justiça.

Nesse sentido, o presente livro traz múltiplos olhares sobre o fenômeno da saúde, através das articulações com direito e periferia, esta entendida em sentido amplo de territórios, mas de pessoas e situações vistas como secundárias.

As alunas e os alunos do Programa de Educação Tutorial (PET) construíram suas pesquisas em 2024 a partir de suas perspectivas e interesses, havendo amplo debate para que todos tivessem acesso ao conhecimento produzido. O resultado desse livro é a consolidação de pesquisas comprometidas com a compreensão do mundo em vistas de sua modificação. A maioria dos trabalhos pautou-se em pesquisa empírica documental que

fez com que se conhecessem os caminhos da burocracia na formulação e aplicação de políticas públicas, além da atuação do judiciário em conflitos.

No primeiro capítulo, “Políticas de alimentação adequada no Brasil: a perspectiva ampla sobre o direito à saúde da população em situação de rua”, Bianca Heloise Santoni e Giovanna Ribeiro Simões Nunes tratam das políticas públicas sobre alimentação adequada para pessoas em situação de rua. As autoras relacionam alimentação adequada como parte essencial do direito à saúde e apontam os desafios para a efetivação desse direito à população de rua.

Em “Internação compulsória e transtorno por uso de substâncias: um olhar sobre a legislação e a jurisprudência do Tribunal de Justiça do Paraná”, Eduarda Villwock e Maria Julia Hornig avaliam como a jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná trata dos casos de pedido de internação compulsória por uso de substâncias. O objetivo é avaliar como a legislação que estabelece que a internação compulsória é absolutamente excepcional é aplicada, e como o judiciário analisa a linguagem e situações médicas.

Em “A judicialização da saúde: um caminho desigual para o acesso a medicamentos no SUS”, Fernando Maia Eduardo e Matheus Ideta Bergamo enfrentam o tema da judicialização da saúde, suas premissas e impactos e propõem que o fenômeno pode ser disparador de desigualdades relevantes no acesso à saúde.

Marina Soares Jenisch e Rebeca Dionysio Felix fazem pesquisa no Tribunal de Justiça do Estado do Paraná para avaliar como tem sido decididos casos relacionados ao dano estético, de forma que tratam os critérios utilizados para sua caracterização, bem como daqueles envolvidos na quantificação da indenização.

Gabriela Wilkensi Rodrigues e Marianna Lage Lourenço Anselmo tratam em “Poder de barganha em condutas (i)lícitas antitruste: qual o papel da teoria do poder compensatório em tabelas de preço médicas”, sobre como o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) trata da teoria do poder compensatório no mercado de saúde. A pesquisa ressalta que para além de direito fundamental, o mercado de saúde é uma atividade econômica, com necessidade de regulação.

Em “Repercussões do racismo ambiental no direito à saúde”, Gabriel Vicente Andrade e Milena Collaço Martins analisam como a saúde é afetada pelo ambiente, e como as desigualdades, evidenciadas no racismo ambiental, tem impacto direto no direito à saúde, penalizando de forma desigual as populações pobres e racializadas.

Na sequência, Cristian Mallmann e Mariana Rostyslavivna da Costa Tronenko também partem da relação entre proteção ambiental e direito à saúde. Em “Acordo de Paris: dupla ineficácia frente a garantia do acesso à saúde no Brasil”, os autores acompanham como o cumprimento das obrigações estabelecidas no Acordo de Paris (2015) são fundamentais para a proteção da saúde humana, especialmente dos grupos vulnerabilizados.

Em “Corpos que gestam: a violência obstétrica nas intersecções de gênero e sexualidade”, Eloísa Kuster Bauer e Thalison Daniel Dullius tratam das discriminações e violências obstétricas sofridas pela comunidade LGBTQIAPN+. O trabalho evidencia a necessidade de letramento de gênero para profissionais de saúde como forma de proteger a dignidade do paciente, especialmente os com corpos e identidades não normativas.

O livro encerra-se com a pesquisa desenvolvida por Isabela Rocha de Lima e Vittoria dos Santos Marcelino sobre o adoecimento mental que recai sobre mulheres responsáveis pelo cuidado e como a rede de atendimento mostra-se insuficiente, restando a essas mulheres recorrerem às redes comunitárias.

Agradecemos a todas e todos que nos auxiliaram nesse ano a compreender as complexidades que o tema traz e tornaram possível o aprimoramento das alunas e alunos.

Helôisa Fernandes Câmara,
Curitiba, dezembro de 2024.

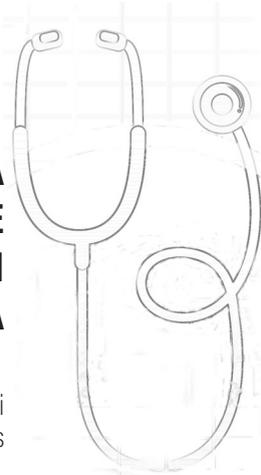
REFERÊNCIAS

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, [2024]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 jan. 2025.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 538-542, out. 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ztHNk9hRH3TJhh5fMgDFCF-j/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2025.

POLÍTICAS DE ALIMENTAÇÃO ADEQUADA NO BRASIL: A PERSPECTIVA AMPLA SOBRE O DIREITO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Bianca Heloíse Santoni
Giovanna Ribeiro Simões Nunes



SUMÁRIO

1 Introdução. **2** Saúde e alimentação adequada. **2.1** Efetivação e desafios na promoção do direito à saúde e à alimentação adequada. **3** Das políticas públicas voltadas à segurança alimentar. **4** Das políticas públicas voltadas à PSR. **5** Considerações finais. Referências.

1 INTRODUÇÃO

O Decreto n. 7.053/2009 (Brasil, 2009b), artigo 1º, parágrafo único, demarca a “população em situação de rua” (PSR) como o grupo populacional heterogêneo que possui como aspectos comuns a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que se utiliza dos locais públicos e das áreas degradadas como espaço de sobrevivência e de sustento, de modo temporário ou permanente, assim como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

Como se observa, o texto legal não inclui o tempo de permanência em situação de rua enquanto um critério para a definição desse grupo social. Os aspectos aglutinadores da PSR consistem no fato de se estabelecerem no espaço público das ruas, em conjunto com as estratégias de sobrevivência que ali compartilham (Oliveira; Alcântara, 2021). Assim, a moradia se impõe como um direito-meio, cuja ausência gera obstáculos ao acesso aos demais direitos, dentre os quais destaca-se, na presente análise, o direito à saúde atrelado ao direito à alimentação adequada.

Nesse sentido, a exclusão e marginalidade desse grupo social diante do olhar estatal enseja violações ainda mais expressivas a seu Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), o que implica o recurso a estratégias de acesso alimentar tais quais a busca em latões de lixo e o custeio da alimentação por terceiros. Desse modo, a PSR é privada de seu poder de escolha dos alimentos e do ambiente no qual realiza suas refeições, além de desconhecer a procedência, estado de higiene, preparo e transporte do que consome, quando consome (Oliveira; Alcântara, 2021).

A partir de uma concepção ampliada do conceito de saúde, que abrange não apenas a integridade física, reconhece-se que as políticas públicas que se limitam à redução de doenças entre essa população são inadequadas para garantir o pleno acesso a esse direito. Para enfrentar as iniquidades em saúde, é necessário integrar mecanismos de proteção destinados à população vulnerável. Nesse sentido, a articulação entre os direitos à saúde e à alimentação adequada torna-se fundamental para a superação da determinação social da fome e a plena efetivação dos direitos humanos.

Assim, o presente artigo busca, inicialmente, delinear as relações entre os direitos à saúde e à alimentação adequada, ressaltando a necessária articulação entre ambos para a efetivação da dignidade da pessoa humana. Em seguida, investigará as políticas públicas voltadas à segurança alimentar e nutricional da população brasileira em geral e, posteriormente, aquelas direcionadas especificamente à população em situação de rua. Objetiva-se avaliar em que medida essas iniciativas conseguem efetivar, integral e intersetorialmente, os direitos à saúde e à alimentação adequada desse grupo social.

2 SAÚDE E ALIMENTAÇÃO ADEQUADA

Sob a égide da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, o direito à saúde é um direito social (art. 6º), sendo um direito de todos e um dever do Estado (art. 196). No Brasil, um elemento relevante do ponto de vista constitucional é que os direitos relativos à saúde foram inseridos no escopo da seguridade social, definida no art. 194 como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinados a assegurar o bem-estar e a justiça social (Brasil, [2024]).

Conforme Moura (2013, p. 01):

Ao reconhecer a saúde como direito social fundamental, o Estado obrigou-se a prestações positivas, e, por conseguinte, à formulação de políticas públicas sociais e econômicas destinadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde. A proteção constitucional à saúde seguiu a trilha do Direito Internacional, abrangendo a perspectiva promocional, preventiva e curativa da saúde, impondo ao Estado o dever de tornar possível e acessível à população o tratamento que garanta senão a cura da doença, ao menos, uma melhor qualidade de vida.

Esse direito também foi assegurado pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948), documento que constitui um marco histórico global para o reconhecimento das posições jurídicas especiais inerentes à dignidade da pessoa humana, a serem protegidos por todas as nações (ONU, 1948).

Na referida Declaração, o direito à saúde é aludido no artigo 25¹, cuja redação curiosamente relaciona explicitamente este direito à habitação, de modo que a situação de rua, por si só, configura uma séria violação de direitos humanos desses indivíduos. Como pressuposto, em uma postura ativa de suprimir essa situação de maior vulnerabilidade, é dever do Estado promover políticas que permitam que os serviços sociais de assistência médica necessários sejam eficientes e disponíveis a essas pessoas (ONU, 1948).

Ainda no plano internacional dos direitos humanos, a Organização Mundial de Saúde define saúde como “o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (Brasil, 1948). Carlos Batistella (2007) explica que esse paradigma foi adotado a partir da Segunda Guerra Mundial, quando as instituições internacionais passaram a relacionar a saúde com o bem-estar do indivíduo, como se vê acima.

Contudo, Batistella (2007) revela que houve mudanças nas concepções contemporâneas de saúde, as quais levam em conta as desigualdades sociais, ou iniquidades no acesso à saúde. Assim, tendo em vista os níveis de complexidade da saúde, Almeida Filho e Andrade (2003, p. 109) sugerem tratar da “determinação (gênesis) de doenças e condições relacionadas (*pathos*) tomadas como um todo integral (holos)”.

Nesse sentido, a terminação *holopatogênese* considera a necessidade de um olhar multidisciplinar sobre a saúde, considerando não apenas o plano subjetivo e o aspecto biológico, como também os gradientes de poder social, econômico e político acumulados. Nos termos da Organização Mundial da Saúde, há Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que são fatores identificados pela comunidade médica como elementos sociais que influenciam fortemente os resultados de saúde.

Estão dentre os DSS elencados pela instituição (OMS, [2024?]), sem qualquer hierarquia de relevância: (i) renda e proteção social; (ii) educação; (iii) desemprego e insegurança no emprego; (iv) condições de vida profissional; (v) insegurança alimentar; (vi) habitação, comodidades básicas e meio ambiente; (vii) desenvolvimento na primeira infância; (viii) inclusão social e não discriminação; (ix) conflito estrutural; e (x) acesso a serviços de saúde acessíveis e de qualidade decente.

Observa-se que a população em situação de rua é submetida a uma condição de especial vulnerabilidade no tocante às Determinantes Sociais da Saúde, uma vez que a sua sobrevivência depende do enfrentamento de diversas condições simultaneamente desfavoráveis, que obstaculizam resultados satisfatórios de saúde nesse grupo social.

Tendo em vista a amplitude do direito à saúde – que, como demonstrado, vai além da integridade corporal dos indivíduos –, já se reconhece que as políticas públicas que

1 Conforme o art. 25 da DUDH: “Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade” (ONU, 1948).

somente visam reduzir as doenças nessa camada social revelam-se insuficientes para proporcionar o desfrute pleno deste direito. Assim, mesmo que se constate que as ações estatais têm sido efetivas para a redução de doenças nessa população, ainda é necessário destacar que esse é apenas um dos elementos da obrigação especial do Estado de promoção de condições de existência digna a essas pessoas.

A partir de uma definição mais integral da saúde, é preciso enfrentar o fato de que se trata de um grupo populacional que sofre com a pobreza extrema, bem como com a inexistência de moradia regular (Brasil, 2015, p. 08). Esses fatores, somados à presença quase inequívoca de insegurança alimentar, fazem com que as políticas de promoção de saúde em termos limitados sejam absolutamente insuficientes.

Dessa forma, não basta que a Constituição do Brasil e os instrumentos internacionais reconheçam a saúde como um direito fundamental ou humano, é preciso que existam mecanismos internos compatíveis com essa responsabilidade jurídica, os quais possibilitem que os serviços sejam devidamente oferecidos e que possam ser utilizados pelos cidadãos, ou seja, é imprescindível que o direito afirmado seja efetivamente assegurado, que realmente alcance as capilaridades estaduais e se operacionalize nas redes municipais.

Essas medidas, para que consigam de fato combater os aspectos fundamentais de iniquidades em saúde, precisam ser multidisciplinares, a fim de concatenar os mecanismos de proteção necessários para essa população extremamente vulnerabilizada. Nessa perspectiva, demonstraremos como a articulação entre a área da saúde e a segurança alimentar e nutricional é essencial para a superação da determinação social da fome e a plena garantia dos direitos humanos.

Uma das premissas básicas para a promoção da segurança alimentar e nutricional (SAN) consiste na intersetorialidade. Segundo Burlandy (2009, p. 853), a intersetorialidade se dá quando “setores pactuam um projeto integrado, identificam determinantes-chave do problema em pauta, formulam intervenções estratégicas que transcendem os programas setoriais e alocam recursos em função dessas prioridades”. No mesmo sentido, a Carta de Ottawa, documento elaborado na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, vai ao encontro do referido ao indicar a alimentação enquanto um dos requisitos para a efetiva promoção da saúde.

Resta evidente, portanto, a codependência existente entre o direito humano à alimentação adequada e a segurança alimentar e nutricional para com o direito à saúde. Como escrevem Alves e Jaime (2014), há uma relação complementar necessária entre os dois direitos, de modo que para se ter saúde é necessário ter SAN, para se ter SAN é necessário ter saúde.

O Comentário Geral n. 12 do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas (ONU, 1999) compreende que “o direito à alimentação adequada realiza-se quando cada homem, mulher e criança, sozinho ou em companhia de outros, tem

acesso físico e econômico, ininterruptamente, à alimentação adequada ou aos meios para sua obtenção”.

O conceito acima aludido foi reiterado e complementado em âmbito doméstico na 4ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, realizada pelo Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) em novembro de 2011, que considerou o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA):

o direito de cada pessoa ter o acesso físico e econômico, ininterruptamente, à alimentação adequada ou aos meios para obter estes alimentos, sem comprometer os recursos para obter outros direitos fundamentais, como saúde e educação. O direito humano à alimentação adequada significa tanto que as pessoas estão livres da fome e da desnutrição, mas também têm acesso a uma alimentação adequada e saudável (CONSEA, 2011 *apud*. Gomes; Frinhani, 2017, p. 79).

As definições supracitadas estabelecem que o DHAA deve ser compreendido sobretudo em duas vias: o direito de não ser submetido a condições de fome ou desnutrição e o direito a acessar uma alimentação adequada, que proporcione condições de vida saudáveis. Ainda, estabelecem que o DHAA não pode ser interpretado restritivamente, isto é, em termos de uma quantia mínima de calorias, proteínas ou nutrientes.

O DHAA mostra-se, assim como o direito à saúde, absolutamente necessário à efetiva garantia da dignidade da pessoa humana, constituindo um pressuposto necessário para a realização de todos os demais direitos fundamentais consagrados na Constituição Federal, conforme dispõe a Lei n. 11.346, Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), de 15 de dezembro de 2006 (Brasil, 2006)².

2.1 Efetivação e desafios na promoção do direito à saúde e à alimentação adequada

Com o objetivo de unificar a análise da promoção do direito à saúde e à alimentação adequada para a população em situação de rua é preciso examinar, para além das normativas que alicerçam formalmente tal proteção, de que modo o poder público enfrenta as iniquidades apresentadas, ou seja, examinar como esses direitos são efetivados por meio das políticas públicas que lhe são aplicáveis.

2 “Art. 2. A alimentação adequada é direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal, devendo o poder público adotar as políticas e ações que se façam necessárias para promover e garantir a segurança alimentar e nutricional da população” (Brasil, 2006).

Sob tal perspectiva, no intuito de diagnosticar de que modo o acesso à saúde é proporcionado à População em Situação de Rua, é relevante observar, primeiramente, como o SUS, que é uma política nacional fundamentada nos princípios da universalidade e igualdade de acesso aos serviços de saúde, promove ações de assistência para esse público especificamente.

Nessa toada, a Lei n. 8.080/1990 (Brasil, 1990), que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), afirma, no art. 2^a, §1^o, que é dever do Estado de garantir a saúde, formulando e executando políticas econômicas e sociais com esse fim, e assegurando acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Além disso, cabe também verificar como a PSR tem acesso a outras políticas, identificadas por Ana Lourdes Pereira (2018, p. 12) como as principais ações de promoção de saúde a essas pessoas: os serviços das Unidades de Pronto Atendimento, as Unidades Básicas de Saúde, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, os Centros de Atenção Psicossocial, bem como as equipes do Consultório na Rua, que integram a Rede de Atenção Psicossocial.

Por sua vez, no âmbito da DHAA, a promulgação da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) constitui um marco na institucionalização normativa desse direito, na medida em que possibilitou a criação dos mecanismos necessários à sua operacionalização por meio de políticas públicas, a exemplo da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN). Uma de suas diretrizes principais consiste na execução de ações relativas à segurança alimentar e nutricional em todos os níveis de promoção à saúde, estabelecendo a colaboração entre esses dois setores.

A própria Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída três anos depois pelo Decreto n. 7.053 de 23 de dezembro de 2009, incluiu a necessidade de assegurar o acesso permanente à alimentação por parte população em situação de rua e a implementação de ações voltadas à segurança alimentar e nutricional desse grupo social por parte do poder público (art. 6^o, XIII).

Observa-se que, em fevereiro de 2010, houve o reconhecimento normativo constitucional do direito humano à alimentação, o qual foi expressamente abarcado pelo texto constitucional brasileiro, passando a integrar o rol dos direitos sociais contidos no artigo 6^o, através da promulgação da Emenda Constitucional n. 64/2010.

No que tange ao plano internacional de direitos humanos, por sua vez, o DHAA encontra-se disciplinado no Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, adotado pela ONU em 1966, cujo artigo 11 reconhece o direito fundamental de todas as pessoas de estarem ao abrigo da fome, bem como o dever estatal de tomar medidas apropriadas com vistas a assegurar a realização deste direito.

De modo semelhante, na esfera do Sistema Interamericano de Direitos Humanos, o DHAA encontra-se previsto no artigo 26 da Convenção Americana de Direitos Humanos (OEA, 1969), referente ao desenvolvimento progressivo dos direitos econômicos, sociais e culturais, além de integrar o Protocolo de San Salvador (art. 12).

É importante frisar, nesse momento, que o direito de acessar alimentos adequados de forma ininterrupta não pode ser compreendido separadamente do conceito de segurança alimentar e nutricional. Conforme o artigo 3º da LOSAN,

A segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (Brasil, 2006).

Nesse viés, a segurança alimentar e nutricional se realiza quando todas as pessoas encontram acesso físico e econômico a alimentos seguros e nutritivos, de forma suficiente e consistente, e que consigam atender suas necessidades dietéticas e preferências alimentares, proporcionando uma vida saudável (FAO, 1996).

É por meio do exercício do DHAA que se viabiliza o estado de segurança alimentar e nutricional. Pode-se afirmar, assim, que a SAN pressupõe a plena realização do direito humano à alimentação adequada. A não garantia, proteção e efetivação deste direito acarretam situações de insegurança alimentar e nutricional.

Em âmbito nacional, a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) é utilizada enquanto parâmetro de classificação dos domicílios a partir da percepção direta dos moradores e responsáveis pelo preparo das refeições sobre seu estado de insegurança alimentar. Os domicílios são distribuídos em quatro categorias: Segurança Alimentar, Insegurança Alimentar Leve, Insegurança Alimentar Moderada ou Insegurança Alimentar Grave, sendo esta última caracterizada pela insuficiência e má qualidade de alimentos para todos os membros residentes no domicílio, isto é, a fome (Brasil, 2022a).

Segundo o II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil, realizado pela Rede de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (REDE PENSSAN, 2022), aproximadamente 125,2 milhões de pessoas no Brasil viviam em Insegurança Alimentar em 2022, seja ela leve, moderada ou grave, o que representa mais da metade (58,7%) da população brasileira. Estima-se que 33 milhões se encontravam em situação de fome, dado este que apenas contabiliza a expressão da Insegurança Alimentar Grave.

Com base em tais estatísticas, pode-se deduzir que o cenário referente à população em situação de rua revelar-se-ia ainda mais trágico. No entanto, como o método de

análise da EBIA se desenvolve em domicílios, evidencia-se uma preocupante lacuna de informações justamente a respeito da PSR, o que sinaliza uma árdua condição dupla de invisibilidade.

Nesse sentido, Oliveira e Alcântara (2021) compreendem que as características e heterogeneidade da população em situação de rua, somadas à escassez e problemas de adequação das políticas públicas às suas necessidades, dificultam, ou mesmo inviabilizam, a efetivação do DHAA, contribuindo para a sua permanência em condições de elevada insegurança alimentar.

3 DAS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À SEGURANÇA ALIMENTAR

Tendo em vista as múltiplas adversidades que impactam negativamente o acesso à alimentação adequada pela PSR, constata-se que somente uma abordagem integral e plurifatorial poderia ser capaz de abarcar as verdadeiras necessidades desse grupo. Nesse sentido, os serviços sociais de saúde e nutrição que se destinam a suprir tais vulnerabilidades complexas, para que sejam realmente efetivos, devem considerar múltiplos aspectos que atravessam as vidas desses indivíduos.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada em maio de 1999, estabeleceu no Brasil uma série de diretrizes voltadas à implementação de ações alimentares, com ênfase no combate à insegurança alimentar enfrentada por grupos vulneráveis, como a população em situação de rua (Brasil, 2024c).

A fim de assegurar um maior controle e acompanhamento da segurança alimentar e dos problemas relacionados à nutrição é desenvolvido, concomitantemente, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), com a função de monitorar o estado e perfil nutricional das pessoas atendidas pelo SUS, ao fornecer dados para a elaboração das demais políticas públicas e ações de alimentação e nutrição, conforme a terceira diretriz da PNAN (Brasil, 2024c).

Nesse mesmo contexto, a partir de 2012, o Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN) foi instituído como principal instrumento de implementação da PNAN, sob a coordenação da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN) e em conjunto com o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) (Brasil, 2017).

De vigência quadrienal, o Plano tem a finalidade de prever a coordenação das ações a nível federal, ao explicitar as responsabilidades dos órgãos e entidades integrantes do SISAN no desenvolvimento da política. Infelizmente, desde 2019 o PLANSAN foi descontinuado, o que ocorreu em conjunto com a desestruturação do Sistema Nacional

de Segurança Alimentar e Nutricional nesse período. Em 2023, tanto a CAISAN³ como o CONSEA⁴ foram reativados, entretanto, até o momento não houve a criação do III Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional⁵.

Diante dessa conjuntura, tal discussão tem sido retomada como parte do programa “Brasil sem Fome”. De acordo com o governo federal, esse programa constitui uma medida emergencial a fim de retirar o Brasil do Mapa da Fome, de modo que seu desafio 1.3 procura enfrentar a fragilização dos sistemas públicos de SAN, prevendo a integração entre o Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), para que seja ofertada alimentação adequada para os usuários do SUAS em insegurança alimentar em todos os municípios do país (Brasil, [s. d.]).

No âmbito do SISAN existem os Equipamentos Públicos de Segurança Alimentar e Nutricional (EPSAN), que são estruturas físicas e espaços públicos voltados à oferta de serviços destinados a garantir o direito humano à alimentação adequada para todos os cidadãos brasileiros, em especial aqueles em situação de vulnerabilidade social, sendo políticas públicas que se centram no fornecimento de refeições e distribuição de alimentos gratuitamente ou a preços reduzidos (Perin, 2017).

Os restaurantes populares (RPs) são os equipamentos públicos mais antigos relacionados à alimentação, nutrição e ao combate à fome no Brasil, tendo sido implantados em fins da década de 40, inicialmente apenas para os trabalhadores (Zanini; Schneider, 2015). As atividades foram completamente descontinuadas a partir do golpe militar, tendo retornado aos centros urbanos apenas a partir de 1990 (L’Abbate, 1988).

A estruturação do Programa Restaurante Popular como verdadeiro Equipamento Público de Segurança Alimentar e Nutricional, no entanto, retornou a partir de 2004 (Padrão; Aguiar, 2018). O programa foi pensado a nível nacional, sob a incumbência do atual Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, mas é implementado e desenvolvido de modo interligado, por meio de convênios firmados com os Governos Estaduais e as Prefeituras Municipais, e com o intermédio de órgãos da administração direta ou indireta.

3 Em 28 de fevereiro de 2023, o Decreto n. 11.422 dispôs sobre a restituição da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (Brasil, 2023b).

4 A reativação se deu por meio da Medida Provisória n. 1154, de 1º de janeiro de 2023, convertida na Lei n. 14.600/23, que prevê, em seu art. 13, que “ao Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional compete assessorar o Presidente da República na formulação de políticas e na definição de diretrizes para a garantia do direito humano à alimentação e integrar as ações governamentais com vistas ao atendimento da parcela da população que não dispõe de meios para prover suas necessidades básicas, especialmente o combate à fome” (Brasil, 2023c).

5 O PLANASAN deverá ser elaborado a partir das proposições a serem discutidas na 6ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, prevista para ocorrer entre 11 a 14 de dezembro em Brasília (Brasil, 2023a).

Os restaurantes populares são de acesso universal, mas com prioridade aos cidadãos que se encontram em situação de insegurança alimentar (Brasil, 2010). Desse modo, os RPs promovem a oferta de refeições prontas e saudáveis, a preços fixados sem qualquer objetivo de obtenção de lucro, a fim de formar sistemas de proteção alimentar capazes de beneficiar a população em situação de risco nutricional, contribuindo para a qualidade da alimentação e garantindo a variedade dos cardápios com equilíbrio entre os nutrientes na mesma refeição (Brasil, 2023e).

Devido ao atendimento universal, orienta-se a adoção de prática de preços diferenciados de acordo com a condição e o perfil socioeconômico do usuário, todavia, não há dados reais sobre essa diferenciação na prática. Deste modo, não se pode olvidar que os valores por refeição ainda assim podem ser proibitivos para a realidade de muitas pessoas, dentre elas a população em situação de rua. Mesmo com a transferência de recursos da União aos implementadores dos equipamentos locais, os subsídios muitas vezes não são suficientes para o custeio integral das atividades: a saber, em 2020, os preços das refeições nos RPs do Brasil estavam, em sua grande maioria, entre R\$ 1,00 a R\$ 4,00, tendo o almoço como referência (Brasil, 2023e).

Entretanto, conforme dados do Mapeamento de Segurança Alimentar e Nutricional (MapaSan) de 2022, observa-se que os valores médios cobrados dos usuários foram reduzidos: os RPs da região Norte tinham o custo médio por refeição de R\$ 8,31, com subsídio governamental médio de R\$ 7,69, e cobrança média do usuário de R\$ 2,07; os do Nordeste apresentavam custo médio de R\$ 9,04, subsídio de R\$ 6,95 e cobrança R\$ 1,31 por refeição; os do Sudeste com custo de R\$ 6,97 e subsídio de R\$ 6,10, cobravam R\$ 2,30; os da região Sul, tinham custo médio de R\$ 11,22, subsídio de R\$ 9,38, e cobravam R\$ 2,46; e, por fim, os RPs do Centro-Oeste tinham custo médio de R\$ 3,60, contavam com subsídio de R\$ 3,00 e cobravam do usuário, em média, R\$ 2,00 (Brasil, 2023i).

Para além dos RPs, o Programa Cozinha Solidária, instituído pela Lei n. 14.628, de 20 de julho de 2023, também integra o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, sob a coordenação e estruturação do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, o qual é responsável por articular conjunto de políticas públicas e iniciativas relacionadas à segurança alimentar e nutricional no Brasil.

O Programa Cozinha Solidária tem como propósito prestar apoio às cozinhas coletivas que são iniciativas da sociedade civil, as quais normalmente são sustentadas somente através de recursos de parceiros eventuais ou doações individuais. Com o advento da Lei n. 14.628, passou-se a prever o repasse de recursos financeiros governamentais para fortalecer a oferta de refeições e assegurar a continuidade dessas ações sociais, reconhecidas por seu impacto significativo no enfrentamento das vulnerabilidades alimentares (Brasil, 2023d).

Interessante destacar que, conforme prevê o Decreto n. 11.937, de 5 de março de 2024, existem modalidades possíveis de desenvolvimento do Programa Cozinha Solidária que vão além do suporte às cozinhas solidárias em funcionamento, para o fornecimento direto de alimentação, seja por rejeição ou *in natura*, mas que também abarcam o apoio para o aprimoramento dos programas, inclusive para a formação de colaboradores e implementação outros de projetos de interesse coletivo (Brasil, 2024b).

O Programa Cozinha Solidária tem como propósito prestar apoio às cozinhas coletivas que são iniciativas da sociedade civil, as quais normalmente são sustentadas somente através de recursos de parceiros eventuais ou doações individuais. Com o advento da Lei n. 14.628, passou-se a prever o repasse de recursos financeiros governamentais para fortalecer a oferta de refeições e assegurar a continuidade dessas ações sociais, reconhecidas por seu impacto significativo no enfrentamento das vulnerabilidades alimentares (Brasil, 2023d).

Interessante destacar que, conforme prevê o Decreto n. 11.937, de 5 de março de 2024, existem modalidades possíveis de desenvolvimento do Programa Cozinha Solidária que vão além do suporte às cozinhas solidárias em funcionamento, para o fornecimento direto de alimentação, seja por rejeição ou *in natura*, mas que também abarcam o apoio para o aprimoramento dos programas, inclusive para a formação de colaboradores e implementação outros de projetos de interesse coletivo (Brasil, 2024b).

Contudo, é um requisito essencial para a liberação de recursos financeiros que as instituições formadoras, ou seja, entidades privadas sem fins lucrativos que buscam implantar cozinhas solidárias em nível local, ou, ainda, as entidades gestoras de cozinhas coletivas já existentes, credenciam-se formalmente junto ao Ministério, na forma prevista na Portaria n. 977/2024, que estabelece regras e procedimentos para a habilitação necessária (Brasil, 2024c).

Não obstante a nomenclatura similar, o Programa Cozinha Comunitária, por sua vez, não se confunde com o Programa Cozinha Solidária, acima apresentado. Muito embora ambos estejam inseridos na Política Nacional de Segurança Alimentar e o fato de que envolvem o repasse financeiro de recursos governamentais, a principal diferença entre as duas políticas é de que as cozinhas comunitárias são equipamentos de gestão predominantemente direta, ou seja, são diretamente dirigidos pelo poder público local.

Com frequência, os recursos são pleiteados pelo chefe do Poder Executivo do Estado, Município ou Distrito Federal, os quais, em contrapartida, devem ofertar o serviço, mantendo o regular fornecimento dos alimentos, inclusive por meio de contratação da equipe técnica executora (Garajau; Afonso, 2016). Em 2022, cerca de 40% das cozinhas comunitárias operavam integralmente por meio de subsídios fornecidos pelos municípios aos quais estavam vinculadas. Contudo, também se observa a existência de outros modelos de gestão, inclusive a terceirização e as parcerias público-privadas (Brasil, 2023i).

As cozinhas comunitárias foram idealizadas para proporcionar refeições gratuitamente, mas essa não é a realidade prevalente no Brasil no momento. Apesar disso, os custos médios das refeições se revelam inferiores aos praticados nos restaurantes populares, com um valor médio de R\$0,62 por refeição em nível nacional, conforme a pesquisa realizada pelo Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, no MapaSan de 2022 (Brasil, 2023i).

Um outro aspecto notável é que 97% das cozinhas comunitárias estabelecem parcerias com o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), bem como que a maioria das cozinhas comunitárias (74%) aponta a existência de um fluxo de trabalho ou colaboração formalizada para atender os usuários da rede direta ou indireta da Assistência Social. Nesse aspecto, é possível observar uma atuação capaz de interligar as políticas públicas em SAN, capilarizando as ações nacionais por meio do poder público local (Brasil, 2023i).

Por outro lado, nota-se que, dentre as 173 cozinhas comunitárias avaliadas em 2022, somente 5 ofertaram preços diferenciados para pessoas em situação de rua, o que representa aproximadamente 2,8% das cozinhas pesquisadas (Brasil, 2023i). Nesse contexto, cumpre salientar que, não apenas nas cozinhas comunitárias, como também nos demais equipamentos de acesso universal, é imprescindível a existência de mecanismos de equidade que atendam adequadamente aqueles que não conseguem arcar com os valores cobrados dos usuários, ainda que estes sejam considerados inexpressivos pela comunidade geral.

Considerando, portanto, que as políticas públicas direcionadas especificamente à segurança alimentar e nutricional da população brasileira, de maneira geral, falham em implementar condições que considerem as particularidades das situações enfrentadas pela população em situação de rua, passa-se a analisar se as políticas públicas voltadas exclusivamente para essa população atendem adequadamente às necessidades desse grupo.

Sob essa perspectiva, deve-se verificar se os equipamentos de acesso restrito, porque pensados especificamente para a PSR, logram êxito em considerar e remediar as consequências nefastas que a interseccionalidade das vulnerabilidades de ausência de domicílio apropriado e baixa renda acarretam o contexto geral de seu direito humano à alimentação adequada, especialmente no tocante ao acesso a refeições diárias, em quantidade e qualidade suficientes.

Nesse contexto, a contabilização da PSR é um elemento primordial para o reconhecimento desses cidadãos na qualidade de sujeitos de direitos (NATALINO, 2023), tendo em vista a promoção de equidade não apenas em um plano abstrato, mas também com o fim de que as políticas sociais sejam adequadamente direcionadas, de modo a superar a nefasta invisibilidade institucional que historicamente recai sobre essa população.

Apesar de a contagem oficial desse segmento estar prevista na Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto 7.053/2009, e ter inclusive

havido determinação, pelo Supremo Tribunal Federal (STF)⁶ em face do Executivo Federal, da elaboração de uma diagnose atual da PSR, ainda assim verifica-se grave inércia para cumprimento das referidas disposições, sejam elas normativas ou judiciais.

No cenário atual, portanto, não apenas os equipamentos de segurança alimentar, como também a imensa maioria das pesquisas oficiais promovidas pelo governo federal continuam tangenciando a população em situação de rua, incluindo os Censos Demográficos de 2010 e 2022, cujo método de coleta de dados abarca apenas a população domiciliada.

Como consequência, observa-se que, não apenas os equipamentos de segurança alimentar, como também a imensa maioria das pesquisas oficiais promovidas pelo governo federal permanecem tangenciando a população em situação de rua, incluindo os Censos Demográficos de 2010 e 2022, cujo método de coleta de dados abarca apenas a população domiciliada.

A despeito desse quadro alarmante, nota-se a existência de programas mais pontuais que permitem o delinear da conjuntura da PSR. Assim, destaca-se que o Ministério de Direitos Humanos e Cidadania, elaborou o “Diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Gov. Federal”, pelo qual constatou-se a existência de 236.400 pessoas em situação de rua no Brasil no mês de dezembro de 2022 (Brasil, 2023g).

Tendo em conta, portanto, apenas a parcela da PSR que acessou as ações de assistência social no período contabilizado, aponta-se que 1 em cada 1.000 pessoas em território nacional compunha esse estrato social à época (Brasil, 2023g), o que se soma ao fato de que houve crescimento de 211% de pessoas nessa situação, no período de uma década entre 2012 e 2022 (NATALINO, 2023).

Trata-se de uma parcela significativa da população que vive em constante violação de direitos humanos, e sobre as quais o Estado tem um dever especial de proteção. Nesse sentido, a partir dos problemas verificados no desenvolvimento de equipamentos de acesso universal, é fundamental examinar, a seguir, quais são e como se dão as políticas públicas vigentes a nível nacional estruturadas em prol da promoção de direitos da população em situação de rua, para então examinar em que medida tais ações enfrentam, de modo integrado, a insegurança alimentar sofrida por essa parcela social.

4 DAS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À PSR

A Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, ou Lei de Orgânica Assistência Social, conferiu à assistência social o status de dever do Estado, direito do cidadão e política públi-

6 Trata-se de Decisão Liminar na ADPF n. 976, de 2023, em que o Supremo Tribunal Federal (STF) determinou a formulação do Plano de Ação e Monitoramento em até 120 dias, a fim de que a Política Nacional para a População em Situação de Rua, pudesse ser devidamente fundamentada em dados atualizados sobre a PSR.

ca (Brasil, 1993). Nesse contexto, foi criado o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), responsável por organizar e regular, em todo o território nacional, os serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais, com caráter universal e não contributivo.

O SUAS envolve a atuação conjunta das três esferas de governo, em uma perspectiva descentralizada e com base em uma rede participativa e hierarquizada, estruturada conforme a complexidade dos serviços (Brasil, 2012). No que se refere à PSR, a Lei n. 11.258/2005 alterou o artigo 23 da Lei Orgânica de Assistência Social, estabelecendo a obrigatoriedade da criação de iniciativas socioassistenciais designadamente a essa categoria social (Brasil, 2005).

Embora todos os serviços do SUAS devam atender à população em situação de rua, alguns se destacam por sua especialização nesse atendimento. Com base na Resolução do Conselho de Assistência Social n. 109, de 11 de novembro de 2009, a qual instituiu a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais do SUAS, são eles: (i) o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua; (ii) o Serviço Especializado de Abordagem Social (iii) o Serviço de Acolhimento Institucional, e (iv) o Serviço de Acolhimento em República (Brasil, 2009a). Esses serviços podem ser classificados como de média ou de alta complexidade, caso providenciem acolhimento (Brasil, 2011b).

O “lócus de oferta” do Serviço Especializado para População em Situação de Rua é o chamado “Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua”, ou simplesmente Centro POP (Brasil, 2011a). Distintamente do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), que atende a uma diversidade de públicos e demandas, o Centro POP volta-se estritamente ao atendimento da PSR. Em 2022, existiam no Brasil 246 Centros POP, o que representa 69% do total de municípios com mais de 100.000 habitantes (aos quais é ofertado cofinanciamento federal), mas menos de 7% do total de municípios com pessoas em situação de rua no país (Brasil, 2023g).

No que tange ao DHAA, a Resolução n. 109/2009 do Conselho de Assistência Social prevê que o Centro POP deve promover o acesso a espaços reservados à alimentação, bem como recursos materiais para tanto. No tópico “segurança da acolhida”, também determina que a PSR deve ter acesso, por meio do serviço, à alimentação em padrões nutricionais adequados (Brasil, 2011a).

Ainda, segundo cartilha de orientações do equipamento, a PSR deve acessar equipamentos e serviços de Segurança Alimentar e Nutricional, tais quais os Restaurantes Populares e as Cozinhas Comunitárias. “Para isso, a equipe do Centro POP deverá orientar os usuários e articular meios necessários para garantir este acesso. O Centro POP poderá oferecer, ainda, lanches quando da participação dos usuários nas atividades ofertadas” (Brasil, 2011a, p. 50). Contudo, não foram encontradas maiores informações acerca da extensão do lanche ofertado.

Por sua vez, o Serviço Especializado em Abordagem Social procura atender a necessidades imediatas e promover a inclusão nas redes de serviços socioassistenciais e

outras políticas públicas (Brasil, 2009a). Já o Serviço de Acolhimento Institucional objetiva proporcionar acolhimento emergencial em unidades semelhantes a residências, garantindo “acesso a alimentação em padrões nutricionais adequados e adaptados a necessidades específicas” (Brasil, 2009a, p. 48).

Enfim, o Serviço de Acolhimento em Repúblicas destina-se a jovens a partir de 18 anos e adultos em processo de reinserção social, também assegurando a provisão de alimentos e utensílios (Brasil, 2009a). Dos aduzidos, segundo Oliveira e Alcântara (2021), somente os serviços de acolhimento disponibilizam cinco refeições diárias, enquanto o Centro POP e o serviço de abordagem oferecem apenas um pequeno lanche.

A oferta limitada de alimentos nesses serviços constitui uma resposta insuficiente à vulnerabilidade alimentar das pessoas em situação de rua. Observa-se um reforço da precariedade do atendimento, consolidando uma visão assistencialista mínima. Assim, tais restrições não apenas fracassam em combater a fome efetivamente, mas também evidenciam uma abordagem superficial, que minimiza a gravidade da insegurança alimentar e reforça a exclusão daqueles que dependem desses serviços para sobreviver.

No âmbito do SUS, o atendimento específico à PSR é realizado através dos Consultórios na Rua, implementados em 2011 como parte da Política Nacional de Atenção Básica. Os Consultórios na Rua são compostos por uma equipe multiprofissional que desenvolve ações integradas de saúde. As atividades são realizadas de forma itinerante e, quando necessário, a equipe busca apoio nas Unidades Básicas de Saúde do território (Gonçalves; Campos; Sarti, 2011).

De acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, em julho de 2023, havia 281 equipes de Consultório na Rua registradas no país. Diante disso, cumpre notar os desafios que permanecem no que se refere à cobertura desse serviço. Embora, no ano de 2022, 319 municípios tivessem porte para a habilitação de equipes de consultório de rua e 328 quantitativo mínimo de pessoas em situação de rua para essa habilitação, apenas 145 municípios dispunham de equipes em dezembro do referido ano, das quais metade se encontrava na região sudeste (Brasil, 2023g).

Em geral, o acesso aos serviços assistenciais ocorre por meio do registro no Cadastro Único (CadÚnico). Contudo, a Portaria n. 940, de 28 de abril de 2011, do Ministério da Saúde, flexibilizou a exigência de comprovante de residência para a população em situação de rua, buscando facilitar sua inclusão nos programas sociais (art. 23, §1º). Embora a medida represente um avanço, o texto do instrumento ainda faz uso do ultrapassado termo “moradores de rua” para designar esse grupo social (Brasil, 2011c).

Além dos serviços supracitados, cabe mencionar a Política Nacional para a População em Situação de Rua, criada mediante o Decreto n. 7.053, de 23 de dezembro de 2009. A implementação de ações de segurança alimentar e nutricional para a PSR aparece expressamente uma única vez, enquanto um de seus objetivos (art. 7º, XIII) (Brasil, 2009b).

Figura também como objetivo a implementação de centros de referência especializados para atendimento da PSR, no âmbito da proteção social especial do Sistema Único de Assistência Social (art. 7º, XII) (Brasil, 2009b).

A efetivação da Política Nacional para a População em Situação de Rua se dá de forma descentralizada, por meio de termos de adesão e da constituição de comitês estaduais e municipais voltados ao acompanhamento e monitoramento das políticas locais. Segundo o art. 2º, cabe aos entes federativos a ela aderirem por instrumento próprio, o qual definirá as atribuições e as responsabilidades a serem compartilhadas entre os entes federativos (Brasil, 2009b).

Tal estratégia foi tema de recente decisão proferida pelo Supremo Tribunal Federal na Medida Cautelar em Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 976 DF em 2023. O Tribunal determinou a observância imediata pelos estados, Distrito Federal e municípios das diretrizes contidas na Política, independentemente da formalização de termo de adesão⁷:

A despeito desse comando e passados mais de treze anos desde a edição do Decreto que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua, os objetivos ainda não foram alcançados. **Esse grupo social permanece ignorado pelo Estado, pelas políticas públicas e pelas ações de assistência social. Em consequência, a existência de milhares de brasileiros está para além da marginalização, beirando a invisibilidade.**

[...] A política nacional arquitetada, contudo, acaba por materializar um conjunto de princípios, diretrizes e objetivos que encontram seu substrato de legitimidade diretamente na Constituição Federal, impelindo o Estado à necessária proteção de direitos fundamentais para garantir a dignidade humana, resguardando o “direito a direitos”. **Assim, embora emane de patamar federal, o decreto deve ser interpretado como pormenorização efetiva de comandos constitucionais, devendo ser aplicado de modo plurifederativo para atingir todos os entes subnacionais, ainda que não tenha havido sua adesão formal ao plano.** Tal solução não desnatura o traço descentralizador que caracteriza a assistência social, uma vez que a execução de ações e de programas continua sendo promovida de forma cooperativa em todos os níveis da federação. Diferentemente, essa aplicação nacional promove preceitos constitucionais conformadores da assistência social que asseguram ao ente federal as competências de coordenar ações governamentais e estabelecer normas gerais, atribuições reproduzidas na Lei 8.742/1993 (Brasil, 2023h, grifo nosso).

7 A medida liminar salientou que, até 2020, apenas cinco estados (Distrito Federal, Bahia, Paraná, Rio Grande do Sul e Pernambuco) e 15 municípios (São Paulo (SP), Goiânia (GO), Curitiba (PR), Maceió (AL), Porto Alegre (RS), Florianópolis (SC), Rio Branco (AC), Uberaba (MG), Recife (PE), Passos (MG), Novo Hamburgo (RS), Foz do Iguaçu (PR), Serra (ES), Juiz de Fora (MG), Fortaleza (CE) haviam aderido à Política haviam aderido à Política Nacional para a População em Situação de Rua (Brasil, 2023h).

Diante disso, a cautelar compreende que a atenção à PSR deve ser realizada a partir da observância de três eixos: (i) evitar a entrada nas ruas, (ii) garantir direitos enquanto o indivíduo está em situação de rua, e (iii) promover condições para a saída das ruas (Brasil, 2023h). Embora coerente, a proposta exige políticas contínuas e adequadas, que reconheçam as dinâmicas complexas da vida nas ruas. A ausência de articulação integrada entre os três eixos pode levar ao tratamento isolado de cada etapa, fragmentando a política e reduzindo sua efetividade na garantia de direitos da PSR.

Além de impor a aplicação integral e imediata da Política Nacional para a População em Situação de Rua pelos estados, DF e municípios, a decisão também determinou à União a construção de um plano de ação e monitoramento para a efetiva implementação da Política (Brasil, 2023h). O referido foi concretizado no Plano Nacional Ruas Visíveis, coordenado pelo Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania com a participação do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para População em Situação de Rua (CIAMP-Rua), restabelecido por meio do Decreto n. 11.472/2023 após sofrer redução de tamanho e na participação da sociedade civil (Brasil, 2023g), e durará até o ano de 2026.

O primeiro eixo do Plano de Ação e Monitoramento se volta diretamente ao direito à alimentação adequada e à segurança alimentar, prevendo 24 ações e um orçamento inicial de R\$575.712.331,00. Como medidas, prenuncia a manutenção do cofinanciamento aos estados e municípios, a inclusão da PSR enquanto grupo prioritário no Plano Brasil Sem Fome (Brasil, [2023?]), a implantação de cozinhas solidárias e o repasse às cozinhas comunitárias de 5.141.400 kg de alimentos do Programa de Aquisição de Alimentos – iniciativa governamental que adquire alimentos da agricultura familiar com dispensa de licitação e os destina a pessoas em insegurança alimentar e atendidas pela rede socioassistencial (Brasil, 2023g).

A Resolução n. 40/2020 do Conselho Nacional de Direitos Humanos já se propunha a aprofundar essa questão em seu capítulo XI, dispondo que a rede SUAS local e as entidades habilitadas ao acolhimento das pessoas em situação de rua devem disponibilizar três refeições diariamente, em local apropriado que permita dignidade no ato de alimentação e a possibilidade de convívio social durante as refeições, inclusive respeitando as restrições alimentares individuais (art. 152) (Brasil, 2020).

Ela ainda prevê que o funcionamento dos restaurantes populares deve ser garantido diariamente, inclusive aos finais de semana e feriados, para café da manhã, almoço e jantar da população em situação de rua. Além disso, deve ser fomentada a implantação de cozinhas comunitárias inerentes e nas áreas de maior concentração de PSR, em parceria com os Centros Pop (art. 153). Menciona também o acompanhamento sistemático do estado alimentar e nutricional da PSR, principalmente de crianças menores de 5 anos, gestantes e pessoas idosas, e o incentivo à instalação de Conselhos de Segurança Alimentar

e Nutricional e à intersectorialidade, confluindo saúde, alimentação e assistência social (art. 155) (Brasil, 2020).

Isto posto, evidencia-se uma lacuna significativa entre as diretrizes normativas e sua efetiva implementação. São escassas as ações direcionadas especificamente à segurança alimentar e nutricional da PSR. Mesmo quando existem, trata-se de disposições legais vagas, dotadas de uma imprecisão que impõe significativos empecilhos na sua materialização.

Em geral, as ações voltadas à segurança alimentar e nutricional da população para como um todo e as políticas específicas para a população em situação de rua operam em lógicas distintas, de forma isolacionista e fragmentária, falhando em se sobrepor de maneira eficaz. Essa desconexão inviabiliza o diálogo e a concretização do princípio da intersectorialidade, resultando na negação tácita das necessidades alimentares desse grupo social, o que contribui para sua exclusão.

Em suma, se há lacunas nos serviços de segurança alimentar e nutricional em relação à PSR, é fundamental que estas sejam preenchidas por medidas específicas. Todavia, no atual cenário, mesmo as iniciativas especializadas carecem da integração necessária entre si e para com as políticas alimentares. Dessa forma, essas lacunas se reforçam, tecendo uma vasta ausência que se traduz na fragilidade da assistência e na perpetuação da posição de vulnerabilidade da população em situação de rua.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A luta contra a insegurança alimentar, enfrentada diariamente por grande parte das pessoas em situação de rua, não pode ser limitada a ações individuais, e tampouco basta que o combate seja feito exclusivamente por meio de iniciativas apenas coletivas, por parte da sociedade civil. É imprescindível que o poder público assuma este compromisso de forma integral com seus cidadãos, visando enfrentar de maneira eficaz essa calamidade que há muito assola a história brasileira.

No entanto, com base nas análises realizadas ao longo desta pesquisa, torna-se evidente que o Direito, por si só, não possui a capacidade de assegurar a redução da nefasta desigualdade que persiste no acesso à alimentação adequada. No contexto das pessoas em situação de rua, a fome, por resultar de múltiplos fatores de vulnerabilidade, revela-se como um fenômeno complexo, o qual exige, para seu enfrentamento efetivo, uma atuação séria e interligada de ações de enfrentamento de todas as formas de privação alimentar.

Não obstante o desastroso retrocesso recente, em um cenário de aumento da situação de insegurança alimentar e nutricional em todo o Brasil que culminou no retorno do Brasil ao Mapa da Fome, algumas medidas recentemente adotadas apontam para uma perspectiva de avanço, como a reativação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar

(CONSEA) e a reinstalação da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN), que representam passos importantes na retomada do comprometimento estatal em enfrentar essa grave problemática social.

Todavia, é imperioso destacar, por fim, que as políticas públicas voltadas à segurança alimentar e nutricional devem deter especial empenho com a equidade no acesso aos equipamentos, por meio da adoção de estratégias efetivas, que reconheçam as especificidades que atingem o público usuário. Conclui-se, portanto, que o desafio à frente exige não apenas uma continuidade dessas ações, mas também um fortalecimento constante das estruturas estatais que visam à erradicação definitiva da fome no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de; ANDRADE, Roberto Fernandes Silva. Holopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. *In*: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ALVES, Kelly Poliany de Souza; JAIME, Patricia Constante. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4331-4340, nov. 2014. <https://www.scielo.br/j/csc/a/5rjQDDxqWPZ5KprPd-JMLFzB/>. Acesso em: 16 maio 2024.

BATISTELLA, Carlos Eduardo Colpo. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. *In*: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Anamaria D'Andrea (org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 51-86. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/iciict/39204/0%20territ%C3%B3rio%20e%20o?sequence=2>. Acesso em: 15 abr. 2024.

BRASIL. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. **Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – PLANSAN 2016-2019**. Brasília, DF: MDS, CAISAN, 2017. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/seguranca_alimentar/caisan/plansan_2016_19.pdf. Acesso em: 18 set. 2024.

BRASIL. CONSEA apresenta construção da 6ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil Participativo. **Presidência da República**, 03 ago. 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/secretariageral/pt-br/noticias/2023/setembro/consea-lanca-a-plataforma-digital-da-6a-conferencia-nacional-de-seguranca-alimentar-e-nutricional>. Acesso em: 28 set. 2024.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, [2024a]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 jan. 2025.

BRASIL. **Decreto n. 11.422, de 28 de fevereiro de 2023**. Dispõe sobre a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília, DF: Presidência da República, 2023b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/d11422.htm. Acesso em: 10 jan. 2025.

BRASIL. **Decreto n. 11.937, de 05 de março de 2024.** Regulamenta o Programa Cozinha Solidária. Brasília, DF: Presidência da República, 2024b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/decreto/d11937.htm. Acesso em: 10 jan. 2025.

BRASIL. **Decreto n. 26.042, de 17 de dezembro de 1948.** Promulga os Atos firmados em Nova York a 22 de julho de 1946, por ocasião da Conferência Internacional de Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 1948. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-26042-17-dezembro-1948-455751-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 10 jan. 2025.

BRASIL. **Decreto n. 7.053, de 23 de dezembro de 2009.** Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2009b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 10 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da PNAN.** 2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pnan/diretrizes>. Acesso em: 12 set. 2024.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 jan. 2025.

BRASIL. **Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993.** Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acesso em: 10 jan. 2025.

BRASIL. **Lei n. 11.258, de 30 de dezembro de 2005.** Altera a Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, para acrescentar o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua. Brasília, DF: Presidência da República, 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11258.htm. Acesso em: 10 jan. 2025.

BRASIL. **Lei n. 11.346, de 15 de setembro de 2006.** Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm. Acesso em: 10 jan. 2025.

BRASIL. **Lei n. 14.600, de 19 de junho de 2023.** Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios; altera as Leis n. 9.984, de 17 de julho de 2000 [...]. Brasília, DF: Presidência da República, 2023c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14600.htm. Acesso em: 10 jan. 2025.

BRASIL. **Lei n. 14.628, de 20 de julho de 2023.** Institui o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) e o Programa Cozinha Solidária; altera as Leis n. 12.512, de 14 de outubro de 2011, e 14.133, de 1º de abril de 2021 (Lei de Licitações e Contratos Administrativos); e revoga dispositivos das Leis n. 11.718, de 20 de junho de 2008, 11.775, de 17 de setembro de 2008, 12.512, de 14 de outubro de 2011, e 14.284, de 29 de dezembro de 2021. Brasília, DF: Presidência da República, 2023d. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Lei/L14628.htm. Acesso em: 10 jan. 2025.

BRASIL. **Glossário Saúde Brasil**: insegurança alimentar e nutricional. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/glossario/inseguranca-alimentar-e-nutricional>. Acesso em: 31 maio 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Manual do pesquisador**: Programa Restaurante Popular. Coordenação Maria Tereza Borges Araújo Frota. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional; Secretaria de Avaliação, Gestão da Informação e Cadastro Único, 2023e. Disponível em: https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/pesquisas/documentos/relatorio/relatorio_284.pdf. Acesso em: 15 set. 2024.

BRASIL. Mapeamento de Segurança Alimentar e Nutricional. In: ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A ALIMENTAÇÃO E A AGRICULTURA – FAO; BRASIL. **Produto de Consultoria**: Apoio ao Aprimoramento e à consolidação da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília, DF: Governo da República Federativa do Brasil, 2023i. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/caisan/monitoramento-da-san/MapaSAN_2022__Anlise_Descritiva_verso_final.pdf. Acesso em: 19 set. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. **Plano Brasil Sem Fome**. Brasília, [2023?]. Disponível em: https://mds.gov.br/webarquivos/MDS/2_Acoes_e_Programas/Brasil_sem_Fome/Plano/Brasil_Sem_Fome.pdf. Acesso em: 28 jul. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional De Assistência Social (CNAS). Resolução n. 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. **Diário Oficial da União**, Brasília, ano CXLVI, n. 225, 25 nov. 2009a. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao_cnas_n109_%202009.pdf. Acesso em: 10 jan. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Equipamentos de Segurança Alimentar e Nutricional**: Restaurante Popular. Brasília: MDS, 2010. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/equipamentos-de-seguranca-alimentar-e-nutricional/restaurante-popular>. Acesso em: 07 set. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social – NOB/SUAS**. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2012. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/assistencia_social/nob_suas.pdf. Acesso em: 13 out. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). **Orientações técnicas**: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua. Brasília, DF: MDS, 2011a. (SUAS e População em Situação de Rua, v. 3). Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_centro_pop.pdf. Acesso em: 13 out. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). **Perguntas e Respostas**: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2011b. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/cartilhas/perguntas-respostascreas.pdf. Acesso em: 13 out. 2024.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC). **Plano de Ação e Monitoramento para Efetivação da Política Nacional para a População em Situação de Rua**. Brasília, DF: MDHC, 2023f. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2023/dezembro/governo-federal-lanca-201cplano-ruas-visiveis-pelo-direito-ao-futuro-da-populacao-em-situacao-de-rua201d-com-investimento-de-cerca-de-r-1-bilhao/copy2_of_V3_plano_acoes_populacao_de_rua1.pdf. Acesso em: 13 out. 2024.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **População em Situação de Rua: diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal**. Brasília: Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2023g. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/publicacoes/relat_pop_rua_digital.pdf. Acesso em: 13 out. 2024.

BRASIL. **Portaria MDS n. 940, de 28 de abril de 2011**. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html. Acesso em: 10 jan. 2025.

L. Portaria MDS n. 977, de 5 de abril de 2024. Estabelece regras e procedimentos para o cadastro e habilitação de cozinhas solidárias no âmbito do Programa Cozinha Solidária. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, edição 67, seção 1, p. 9, 05 abr. 2024c. Disponível em: https://mds.gov.br/webarquivos/MDS/2_Acoes_e_Programas/Programa_Cozinha_Solidaria/Legislacao/Portaria_MDS_N_977_DE_5_DE_ABRIL_DE_2024.pdf. Acesso em: 10 jan. 2025.

BRASIL. **Saúde da População em Situação de Rua: um direito humano**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf. Acesso em: 15 abr. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Medida Cautelar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 976 DF**. Requerentes: Partido Rede Sustentabilidade, Partido Socialismo e Liberdade (PSOL) e Movimento Dos Trabalhadores Sem Teto (MTST). Relator: Min. Alexandre de Moraes, 25 jul. 2023h. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADPF976MC1.pdf>. Acesso em: 13 out. 2024.

BURLANDY, Luciene Campos de. A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: estratégias e desafios para a promoção da intersetorialidade no âmbito federal de governo. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro.], v. 14, n. 3, p. 851-860, maio 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DfcQzJ7fGMVkdF3bbdKzM5Q/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2025.

FAO. **Declaração de Roma sobre Segurança Alimentar Mundial e Plano de Ação da Cúpula Mundial da Alimentação**. Roma: Cúpula Mundial da Alimentação, 1996. Disponível em: <https://www.fao.org/4/W3613P/W3613P00.htm#Note1>. Acesso em: 17 maio 2024.

GARAJAU, Narjara Incalado; AFONSO, Maria Lúcia Miranda. Articulação intersetorial como estratégia de gestão na Política de Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil: análise do Programa Cozinha Comunitária. **Revista Segurança Alimentar e Nutricional**, v. 23, p. 1065-1079, dez. 2016. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/article/view/8635603/14873>. Acesso em: 26 set. 2024.

GOMES, Carolina Ventura; FRINHANI, Fernando de Magalhães Dias. Alimentação saudável como direito humano à saúde: uma análise das normas regulamentadoras da produção de alimentos orgânicos. **Leopoldianum**, [s. l.], ano 43, n. 121, p. 73-93, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unisantos.br/leopoldianum/article/view/757>. Acesso em: 16 maio 2024.

GONÇALVES, Maetê Pedroso; CAMPOS, Silvana Terezinha; SARTI, Flávia Mori. Políticas públicas de segurança alimentar no Brasil: Uma análise do Programa de Restaurantes Populares. **Revista Gestão & Políticas Públicas**, v. 1, n. 1, p. 92-111, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rgpp/article/view/97826/96626>. Acesso em: 13 out. 2024.

L'ABBATE, Solange. As políticas de alimentação e nutrição no Brasil: I Período de 1940 a 1964. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 1, n. 2, p. 87-138, jul./dez. 1988. Disponível em: <https://puccampinas.emnuvens.com.br/nutricao/article/view/9021>. Acesso em: 10 jan. 2025.

MOURA, Elisângela Santos de. O direito à saúde na Constituição Federal de 1988. **Revista Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. XVI, n. 114, p. 01-09, jul. 2013. Disponível em: <https://bit.ly/4aqwexo>. Acesso em: 15 abr. 2024.

NATALINO, Marco. Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012 a 2022). **Nota Técnica IPEA**, n. 103, Ministério da Economia: Brasília, fev. 2023. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/11604>. Acesso em: 28 jul. 2024.

OLIVEIRA, Meimei Alessandra; ALCÂNTARA, Luciene Burlandy Campos de. Direito à alimentação da população em situação de rua e a pandemia da Covid-19. **Ser Social**, Brasília, v. 23, n. 48, p. 76-93, jan./jun. 2021. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/32305. Acesso em: 17 maio 2024.

OEА – ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção Americana de Direitos Humanos (“Pacto de San José de Costa Rica”)**. San Jose, Costa Rica: Conferência Especializada Interamericana sobre Direitos Humanos, 1969. Disponível em: https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm. Acesso em: 13 out. 2024.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Determinantes sociais da saúde**. [2024?]. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1. Acesso em: 27 maio 2024.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. **Comentário Geral n. 12**: o direito à alimentação. Genebra: ONU, 1999. Disponível em: <https://fianbrasil.org.br/wp-content/uploads/2016/09/Coment%C3%A1rio-Geral-12.pdf>. Acesso em: 31 maio 2024.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris: Assembleia Geral das Nações Unidas, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 13 out. 2024.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. Nova York: Assembleia Geral das Nações Unidas, 1966. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%B3micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>. Acesso em: 17 maio 2024.

PADRÃO, Susana Moreira; AGUIAR, Odaleia Barbosa de. Restaurante popular: a política social em questão. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, v. 28, n. 03, p. 1-20, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GhMHmCN6cTkmVhM9VGrZyRS/>. Acesso em: 14 set. 2024.

PEREIRA, Ana Lourdes Olimpio. **População em situação de rua e o acesso aos serviços de saúde**: revisão de literatura. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Políticas Públicas e Gestão da Assistência Social) – Faculdade Laboro, São Luís, 2018.

PERIN, Gabriela. **Segurança alimentar e políticas públicas**: uma análise da implementação das cozinhas comunitárias em Porto Alegre/RS. 2017. 106f. Dissertação (Pós-Graduação em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/177654/001065159.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 06 out. 2024.

PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. Carta de Ottawa. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. As cartas da promoção da saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 15 nov. 2024.

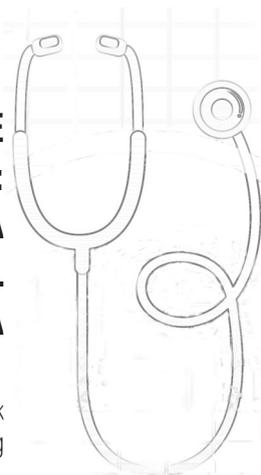
REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – REDE PENSSAN. **II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil**: II VIGISAN: relatório final. São Paulo: Fundação Friedrich Ebert; Rede Penssan, 2022. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>. Acesso em: 31 maio 2024.

REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – REDE PENSSAN. **Insegurança alimentar e desigualdades de raça/cor da pele e gênero**: II VIGISAN: inquérito nacional sobre insegurança alimentar no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil: Suplemento II. 1. ed. São Paulo: Fundação Friedrich Ebert, 2023. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2023/06/OLHERacaEGenero-Diag-v7-R05-26-06-2023.pdf>. Acesso em: 31 maio 2024.

ZANINI, Elaine de Oliveira; SCHNEIDER, Miriam Beatriz. Restaurantes populares em Toledo: um programa de desenvolvimento. **Revista Economia e Desenvolvimento**, v. 27, n. 2, p. 243-256, jul./dez. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/eed/article/view/20984/pdf>. Acesso em: 22 set. 2024.

INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS: UM OLHAR SOBRE A LEGISLAÇÃO E A JURISPRUDÊNCIA DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO PARANÁ

Eduarda Villwock
Maria Julia Hornig



SUMÁRIO

1 Introdução. **2** Hipóteses de cabimento da internação compulsória. **3** A internação compulsória na jurisprudência do TJPR e a dependência de drogas. **4** Aspectos práticos da internação compulsória no Brasil. **5** Considerações finais. Referências.

1 INTRODUÇÃO

A Lei n. 10.216/01, que promoveu a reforma psiquiátrica no Brasil, estabelece diretrizes voltadas à desinstitucionalização e à humanização do tratamento de transtornos mentais. Nesse contexto, a internação compulsória, embora regulamentada, instiga debates acerca de sua efetividade e adequação, especialmente no que diz respeito à proteção dos direitos dos pacientes e à ausência de critérios claros que resguardem a segurança jurídica.

Este artigo tem como objetivo examinar as nuances da aplicação dessa modalidade de internação para pessoas com dependência de drogas à luz da legislação e da jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná (TJPR). A análise abrange uma série de aspectos, incluindo os tipos de internação previstos na lei, a compatibilidade entre o texto legal e as decisões judiciais, e aspectos práticos relacionados à internação compulsória como política pública.

Além disso, o estudo discute a precariedade dos hospitais psiquiátricos, que expõem os pacientes a condições de vulnerabilidade e graves violações aos direitos humanos, comprometendo o tratamento humanizado preconizado pela reforma psiquiátrica no Brasil.

Com essa análise, buscou-se compreender como a internação compulsória é aplicada no Brasil em relação a esses indivíduos, além de oferecer uma reflexão crítica sobre sua razoabilidade enquanto política pública de saúde. Ao final, é destacada a urgência de um sistema de saúde verdadeiramente humanizado, que inclua não apenas a adequação das estruturas físicas e dos serviços prestados, mas também a promoção do respeito à dignidade e aos direitos dos pacientes.

2 HIPÓTESES DE CABIMENTO DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA

A Lei n. 10.216, sancionada em 2001, representa um marco crucial na reforma psiquiátrica no Brasil, consolidando-se como a principal referência legal para regulamentar as diversas modalidades de internação psiquiátrica, as condições de sua aplicação e os requisitos que devem ser observados durante sua implementação. Sua relevância se mantém até os dias atuais, refletindo a busca por uma abordagem mais humanizada e respeitosa em relação aos direitos das pessoas com transtornos mentais (Amarante, 2007).

Historicamente, a psiquiatria brasileira foi caracterizada por um forte processo de asilamento – qual seja, a destinação de pessoas para instituições governamentais ou não, que visam um domicílio coletivo – com a institucionalização em massa de pessoas com transtornos mentais. Para romper com essa prática excludente e segregadora, a referida legislação emergiu com o objetivo de promover a desinstitucionalização, ou seja, a diminuição da dependência de instituições psiquiátricas e a promoção de cuidados em ambientes menos restritivos e mais integrados à comunidade (Yasui, 2010).

Nesse contexto, segundo Amarante (2007, p. 6), a Lei n. 10.216/01 tem como propósito a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, priorizando a reintegração social e o respeito aos direitos humanos.

Conforme o artigo 6º desta Lei, existem três tipos de internação psiquiátrica:

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

- i. Internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- ii. Internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro;
- iii. Internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

O foco deste estudo recai sobre a modalidade de internação compulsória em pessoas com transtorno por uso de substâncias, cuja principal distinção está no fato de ser ordenada pelo Poder Judiciário, ao contrário das demais, que dependem da vontade do paciente ou de terceiros, sem, necessariamente, haver intervenção judicial.

Conforme o princípio da legalidade, a internação compulsória somente pode ser aplicada nos casos previstos em lei, pois envolve a restrição da liberdade individual. Assim, a medida é limitada a pessoas com transtornos mentais que cometeram crimes, conforme o disposto no artigo 108 da Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984 – Lei de Execução Penal (LEP). Além disso, a internação deve seguir rigorosamente os critérios estabeleci-

dos nos artigos 99 a 101 da LEP, sendo realizada em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou em instituições que ofereçam instalações médicas adequadas.

Nesse sentido, o artigo 108 desta Lei reforça que indivíduos com transtornos mentais condenados devem ser encaminhados para tratamento psiquiátrico, e não para prisões comuns, assegurando o cuidado adequado pelo Estado.

Por sua vez, a Lei n. 11.343/06, conhecida como a Lei de Drogas, estabelece que o tratamento de indivíduos com dependência de substâncias deve ser realizado por meio da rede de atenção à saúde e assistência social. Os objetivos dessa legislação incluem a prevenção da dependência, o combate ao tráfico de drogas e, sobretudo, o tratamento do transtorno relacionado ao uso de drogas, com ênfase na saúde pública. Assim, ela prevê que a internação ocorra exclusivamente em unidades de saúde ou hospitais gerais, sempre acompanhada por equipes multidisciplinares, afirmando a importância de um cuidado integrado e humanizado.

A avaliação técnica multidisciplinar ocorre em clínicas psiquiátricas, contando com profissionais de especialidades como psicólogos, terapeutas ocupacionais e médicos especializados, gerando diversas avaliações através de consultas separadas. Ela é obrigatória para determinar o tratamento adequado, culminando na criação de um Plano Individual de Atendimento (PIA), conforme o art. 23-B da Lei. Esse aspecto ressalta a importância do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no tratamento da dependência de drogas.

É importante esclarecer que a Lei n. 11.343/06 não contempla a internação compulsória, limitando-se às modalidades de internação voluntária e involuntária. Portanto, o pedido de internação compulsória de indivíduos que sofrem com a dependência de drogas carece de respaldo jurídico nesta legislação. No entanto, a jurisprudência tem recorrido à Lei de Saúde Mental (Lei n. 10.216/01) como fundamento para a internação compulsória de pessoas que enfrentam transtornos decorrentes do uso de substâncias, o que pode suscitar questionamentos sobre a mitigação do princípio da legalidade na esfera penal.

A aplicação da Lei n. 10.216/01 nesse contexto impõe requisitos rigorosos para qualquer modalidade de internação. No caso da compulsória, o artigo 4º determina que ela só pode ser realizada após o esgotamento de todas as alternativas extra-hospitalares disponíveis, como tratamentos ambulatoriais e acompanhamento por equipes multidisciplinares em redes de apoio.

Desse modo, é necessário garantir o acesso a diversas formas de suporte terapêutico, incluindo consultas regulares com psicólogos e psiquiatras, terapias ocupacionais, participação em grupos de apoio e, quando possível, internações voluntárias ou involuntárias e tratamentos medicamentosos.

Além disso, a internação compulsória requer um pedido judicial embasado em laudo médico detalhado que comprove sua necessidade. Com base nesse laudo, cabe ao Judiciário, em colaboração com o Ministério Público, avaliar a medida, considerando

os motivos para a internação e as condições de segurança do estabelecimento onde o paciente será acolhido.

Essa exigência está prevista no artigo 9º da Lei n. 10.216/01, que determina:

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários (Brasil, 2001, p. 2).

Observa-se, contudo, que a legislação não exige que o laudo médico para internação compulsória seja elaborado por um especialista em saúde mental ou dependência de drogas, apenas requerendo que seja realizado por um médico com formação *lato sensu*, ou seja, sem especialização específica em áreas como psiquiatria. Essa ausência de exigência específica enseja preocupações quanto à adequação técnica e à precisão da decisão judicial, comprometendo, assim, a segurança jurídica do indivíduo sujeito à internação.

Ademais, estudos de Coelho e Oliveira (2014) indicam que os laudos médicos costumam ser feitos durante crises do paciente, desconsiderando fatores essenciais como sua condição social, vínculos familiares e histórico de tratamento. Guareschi, Lara e Dall'igna (2016) reforçam essa crítica, apontando que muitas decisões judiciais que autorizam a internação se baseiam em relatos comportamentais do indivíduo, como conflitos, desobediência e uso de drogas, sem uma análise mais completa das condições sociais e familiares.

O tema da internação compulsória gera intenso debate. Há defensores que a consideram uma medida necessária para tratar a dependência de drogas, buscando tanto a “cura” do paciente quanto a proteção da sociedade. Argumenta-se que o isolamento durante as crises de abstinência pode ajudar a estabilizar o paciente, reduzindo riscos para si e para terceiros (Silva, 2018).

Outro argumento é que, com a desintoxicação forçada, o paciente recupera clareza mental, o que pode levá-lo a reconhecer a importância do tratamento e, eventualmente, aceitar uma internação voluntária (Silva, 2018). Contudo, a realidade enfrentada por muitos indivíduos submetidos a essa prática revela um cenário alarmante, dado que os priva de sua liberdade e escolha, é uma medida autoritária para não permitir que o usuário decida sobre sua saúde, além de ser utilizada como medida higienista por retirar a população com dependência de drogas dos espaços públicos urbanos (Denadai *et al.*, 2023).

A Lei n. 10.216/01, marco nas políticas de saúde mental ao ampliar o acesso a serviços como os CAPS, busca assegurar um tratamento mais humano. Entretanto, a efetividade da internação compulsória, como política de saúde pública, é, no mínimo, questionável.

Muitas vezes, ela é tratada no âmbito do Poder Judiciário como uma medida de segurança, visando isolar indivíduos considerados perigosos, seja para a integridade de

seus familiares ou para a segurança pública em geral. Essa abordagem desvia do caráter terapêutico e assistencial que a legislação propõe, transformando a internação em um mecanismo de contenção e comprometendo os direitos e a dignidade dos pacientes.

Conforme mencionado anteriormente, a internação compulsória exige a observância de protocolos rigorosos. O laudo apresentado deve oferecer justificativas robustas, que incluem uma descrição minuciosa da condição psiquiátrica do paciente, o tratamento proposto, o local de internação, o histórico médico relevante, as razões que fundamentam a internação, os medicamentos prescritos e a evolução clínica documentada por relatórios.

Do mesmo modo, é fundamental que ele seja elaborado com ênfase no melhor interesse do paciente, evitando que se torne um mero instrumento de legitimação da capacidade punitiva médico-judicial. Assim, o documento deve apresentar uma análise criteriosa da real necessidade de internação, possibilitando ao médico a oportunidade de sugerir alternativas menos invasivas, caso o considere adequado.

Por esse motivo, laudos que se restringem a descrever comportamentos agressivos ou crises emocionais sem oferecer uma fundamentação psiquiátrica adequada são considerados insuficientes, e demandam uma maior dilação probatória.

O Superior Tribunal de Justiça (STJ) tem posição clara sobre o tema. No Recurso Especial n. 2.141.414/SP, a Corte determinou que a internação compulsória deve ser evitada, além de reforçar a exigência de um laudo médico pericial produzido por um perito especializado em transtornos psiquiátricos, garantindo o devido processo legal e o direito à ampla defesa. Portanto, deve-se priorizar, em primeiro lugar, a proteção dos direitos do internado, e, em segundo, a segurança pública.

Como se observa na jurisprudência do TJPR, a qual será analisada mais profundamente no próximo tópico, após a internação, o paciente deve ser submetido a avaliações psicológicas e psiquiátricas para monitorar seu estado e o progresso do tratamento. Durante esse período, o acompanhamento é realizado por uma equipe de saúde em clínicas especializadas, responsável pela administração de medicamentos, pelo monitoramento dos sintomas de abstinência e pelo fornecimento de suporte médico e psicológico.

O tratamento deve adotar uma abordagem integrada, incluindo suporte médico, social e psicológico, além de atividades ocupacionais e recreativas que promovam a reintegração gradual do paciente à vida cotidiana, favorecendo um processo de recuperação que minimize o risco de recaídas.

Ainda assim, é importante que a internação compulsória seja vista como uma medida de curto prazo, destinada à estabilização imediata do paciente. Geralmente, o período de internação varia entre 30 e 45 dias, intervalo considerado adequado para a desintoxicação e o manejo inicial do quadro clínico. Ao término desse período, o paciente deve ser reintegrado ao ambiente familiar e encaminhado para acompanhamento contínuo em instituições como os CAPS e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social

(CREAS), que desempenham um papel crucial na proteção dos direitos dos pacientes e na construção de um sistema de atendimento mais humanizado e eficaz (Sampaio; Bispo Júnior, 2021).

Por fim, conforme observado nas fundamentações das decisões, bem como pelo seu caráter de privação de liberdade, a internação compulsória deve ser tratada como uma medida excepcional, aplicável apenas em casos de extrema gravidade e risco iminente, tanto para o paciente quanto para terceiros. No entanto, essas diretrizes nem sempre são observadas, como será demonstrado na análise jurisprudencial a seguir.

3 A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA NA JURISPRUDÊNCIA DO TJPR E A DEPENDÊNCIA DE DROGAS

Para cumprir o objetivo de examinar a aplicação da internação compulsória para pessoas com dependência de drogas, adotamos uma abordagem qualitativa, centrada na análise de estudo de caso de decisões judiciais do TJPR, escolhido principalmente pela proximidade geográfica e social com o contexto da pesquisa.

Os dados jurisprudenciais foram coletados através de buscas, sem a aplicação de filtro temporal, no sistema de consulta pública do Tribunal, utilizando termos como “internação compulsória drogas necessidade”, “internação compulsória entorpecentes imprescindibilidade” e “internação compulsória dependência química alternativas”, que resultaram na identificação de 18 processos relevantes para o tema.

Devido a restrições como o segredo de justiça e a indisponibilidade de alguns processos em formato físico, a análise final concentrou-se em apenas oito casos, selecionados com base na sua relevância para o objetivo da pesquisa jurisprudencial: explorar como o TJPR tem interpretado e aplicado a medida de internação compulsória para pessoas com transtorno por uso de drogas, à luz da legislação e dos princípios constitucionais.

Para a análise dos casos, foram estabelecidos critérios que incluíam: a classe processual; o pedido inicial e seu contexto; a fundamentação das decisões de primeiro grau; a fundamentação dos acórdãos; a coleta de dados clínicos; o contexto social dos pacientes; e a identificação da parte requerente (o Ministério Público, familiares ou o Conselho Tutelar).

No que diz respeito ao pedido inicial e seu contexto, a análise considerou (i) a conformidade com a Lei n. 10.216/01; (ii) as normas e diretrizes estabelecidas por entidades de saúde mental; e (iii) a identificação e o exame dos principais argumentos apresentados pelas partes envolvidas.

Em contrapartida, o exame das decisões judiciais centrou-se na aplicação da legislação pertinente e dos princípios constitucionais relacionados à saúde mental, como os

direitos à privacidade e à liberdade, tanto em primeira quanto em segunda instância. Foram investigados os argumentos que fundamentaram a concessão ou a negativa da internação compulsória, com especial atenção à proporcionalidade das decisões e sua adequação ao arcabouço jurídico.

Ademais, a análise dos dados clínicos avaliou a influência de provas e laudos periciais nas decisões judiciais. Verificamos se as avaliações de saúde mental e outros elementos probatórios, como o esgotamento das tentativas de tratamento extra-hospitalar, foram devidamente considerados pelos magistrados em suas decisões.

Os casos foram categorizados conforme o contexto do pedido, abordando aspectos como periculosidade e necessidade de tratamento. Ainda, os resultados foram comparados para identificar padrões nas decisões judiciais analisadas e no contexto social dos pacientes, o que contribuiu para uma reflexão crítica sobre a relação entre o arcabouço normativo e a prática jurídica.

Quanto aos casos de indeferimento, a análise revelou que a maioria das decisões judiciais enfatiza a importância de laudos médicos atualizados e detalhados, refletindo uma tendência de considerar a internação compulsória como uma medida excepcional, a ser concedida somente quando há evidências claras e concretas que comprovem sua necessidade.

No contexto do Agravo de Instrumento n. 0025926-59.2023.8.16.0000, a ausência de um laudo psiquiátrico atualizado foi decisiva para a negativa da internação, apesar de um laudo anterior recomendar tratamento. A decisão ressaltou que o laudo mais recente indicava estabilidade no quadro clínico do paciente e recomendava sua alta médica, afastando, assim, a necessidade de internamento.

Embora o Ministério Público tenha argumentado que o paciente havia recusado tratamento extra-hospitalar, o Tribunal destacou a necessidade de provas atuais que comprovem a situação de risco ou vulnerabilidade do paciente. Sem essas provas, a internação não se justifica, conforme parecer da Procuradoria-Geral de Justiça nos autos, e o acórdão negou provimento ao recurso de Agravo de Instrumento, mantendo a decisão que havia indeferido a liminar requerida pelo Ministério Público. Posteriormente, o processo foi extinto por falta de interesse de agir, pois o jovem se internou voluntariamente.

De forma semelhante, na Apelação n. 0001449-05.2022.8.16.0162, o TJPR manteve a decisão de primeiro grau que negou provimento ao recurso de T., que buscava a internação compulsória da paciente em razão de uma suposta piora em seu quadro clínico.

A sentença considerou que T. já estava em tratamento ambulatorial e com o estado de saúde estabilizado, resultando na extinção do processo sem resolução de mérito. Frente a isso, o Tribunal *ad quem* reafirmou a necessidade de uma nova demanda, acompanhada de um laudo pericial atualizado que comprove a necessidade de internação compulsória, especialmente após a alta médica da paciente, como condição para a reavaliação da medida.

A jurisprudência do TJPR também tem sido consistente ao enfatizar que a mera preocupação de familiares ou a descrição de comportamentos não acompanhados por laudos médicos detalhados não é suficiente para justificar a internação compulsória. Nos autos da Apelação de n. 0003900-25.2017.8.16.0179, F. foi inicialmente internado por determinação judicial com base em um atestado médico produzido por um Médico da Família, considerado habilitado pela sentença, embora se possa questionar esse entendimento.

O juízo de primeiro grau reconheceu que o relatório de Acompanhamento Familiar comprovava várias tentativas de tratamento, todas fracassadas devido à fuga de F. de hospitais e comunidades terapêuticas. O comportamento agressivo do paciente e sua prática de furtos também foram mencionados na sentença.

Dois meses após a internação, um laudo atestou a evolução positiva de F. e a alta médica foi programada para 90 dias após a internação. Diante disso, uma decisão autorizou a alta, e tanto as partes quanto o Ministério Público requereram a extinção do processo sem resolução de mérito.

Assim, a sentença reconheceu o laudo que indicava a evolução positiva do paciente e registrou que o próprio pai relatou que ele estava em casa com comportamento estável, aderindo ao tratamento domiciliar e trabalhando meio período na construção civil. Por esse motivo, o processo foi extinto por ausência de interesse processual.

No entanto, a Defensoria Pública, representando o pai, recorreu da decisão, alegando que o paciente havia retornado à casa da família e voltado a apresentar comportamento agressivo, além de ter retomado o consumo de drogas. Por fim, argumentou que não foi oportunizado às partes o momento para a produção de provas, configurando cerceamento de defesa, e requereu a produção de prova pericial para avaliar o estado mental de F.

No julgamento do recurso, o TJPR negou provimento, pois não houve a apresentação de laudo médico atualizado e apto a justificar uma nova internação psiquiátrica. O Tribunal sustentou que o temor do pai não era suficiente para justificar a medida. Assim, mesmo com relatos do pai sobre a piora no estado de saúde e lucidez de F., o acórdão destacou a necessidade de um novo laudo médico que comprovasse a necessidade atual de internação, resultando no desprovimento do recurso de apelação.

Em outro caso (autos n. 0003961-93.2021.8.16.0000), o juízo de primeira instância indeferiu a tutela de urgência, ao observar que o laudo apresentado, apesar de mencionar tentativas anteriores de internação, deixou a decisão a critério do juízo, sem recomendar expressamente a medida.

Em nova tutela de urgência incidental, a defensora da mãe do paciente alegou risco à vida de L., de sua família e da sociedade, além de que ele estava sofrendo alucinações e outras consequências da dependência de drogas. No entanto, a tutela foi novamente indeferida, com o juízo apontando que não foram apresentados novos fatos que demonstrassem um agravamento nas condições pessoais do paciente.

O pedido baseava-se em uma conversa entre a requerente e a advogada nomeada, no relato unilateral da mãe e em registros fotográficos cuja autenticidade não pôde ser plenamente verificada. Ademais, os áudios mencionados nas conversas não foram juntados aos autos. Desse modo, o juízo destacou que a internação não era emergencial e que o documento apresentado era apenas um relatório médico, sem caráter conclusivo.

Após o primeiro indeferimento, a parte autora interpôs Agravo de Instrumento, alegando que o requerido já havia sido internado cinco vezes, fugindo em duas ocasiões e pedindo alta nas demais. Afirmou, ainda, que L. não tinha capacidade de entender a necessidade do tratamento devido ao alto grau de dependência. Por fim, ressaltou que o laudo indicava a presença de transtornos mentais e comportamentais causados pelo uso de substâncias, apontando que o requerido não aceitava tratamento e fugia quando internado.

O Ministério Público do Estado do Paraná (MP/PR) manifestou-se a favor da internação, mas o efeito suspensivo foi negado, pois o laudo médico não indicou risco grave ao requerido ou à agravante, nem recomendou expressamente a internação compulsória. Esses argumentos foram reiterados no acórdão que conheceu o recurso, mas negou-lhe provimento. Assim, as características do comportamento do paciente relacionadas à dependência de drogas não foram consideradas suficientes para justificar a medida, dada a falta de uma recomendação expressa.

Desse modo, a análise jurisprudencial dos casos de indeferimento revelou, em situação específica, a aplicação restritiva da Lei de Drogas que, conforme discutido anteriormente, limita as possibilidades de internação de dependentes às modalidades voluntária e involuntária. No Recurso de Apelação n. 0037350-79.2016.8.16.0021, que envolvia a curatela e a internação de um adolescente com transtorno por uso de drogas e envolvido em furtos, o TJPR decidiu que a internação compulsória não era cabível, pois, conforme esta Lei, a internação deve ser voluntária ou involuntária, desde que atendidas as formalidades legais.

Assim, o acórdão negou provimento ao recurso e manteve a sentença original, que sublinhou a natureza excepcional da internação compulsória. A decisão enfatizou a necessidade de laudos médicos minuciosos, que devem incluir as causas do transtorno, o histórico do paciente, os medicamentos prescritos, os tratamentos realizados, bem como a evolução clínica ao longo do tempo. Ainda, deve haver um parecer conclusivo indicando a necessidade ou não da internação, que não foi devidamente apresentado pela parte autora, justificando, assim, a negativa do internamento.

Nos casos em que a internação é deferida, a importância do rigor técnico dos laudos médicos também é destacada. Entretanto, como já foi esclarecido, em situações de risco iminente e grave, essa exigência pode ser flexibilizada nas decisões judiciais, permitindo que a internação seja realizada antes da elaboração do laudo.

A exemplo, nos autos de n. 0013097-17.2021.8.16.0000, foi requerida tutela de urgência para a internação imediata do requerido, que, sob efeito de álcool e outras dro-

gas, demonstrava comportamentos violentos. O pedido foi indeferido pelo magistrado de primeiro grau, que fundamentou que o laudo médico apresentado não era suficientemente completo.

No entanto, devido aos riscos envolvidos, foi interposto um Agravo de Instrumento, que foi conhecido e provido por unanimidade, resultando na determinação da internação imediata do requerido. Notavelmente, ao contrário de outros casos em que se define um período específico para a internação, esta decisão estipulou que o paciente permaneceria internado pelo tempo necessário para sua recuperação física e mental, acompanhada de medidas de segurança adicionais.

Adiante, nos autos de n. 0044328-30.2015.8.16.0014, foi requerida tutela de urgência para uma medida protetiva contra o paciente, diagnosticado com esquizofrenia paranoide. A mãe, que sofria ameaças constantes do filho, alegou que ele era dependente de álcool e outras drogas há mais de 19 anos e já havia passado por vários tratamentos, todos breves e ineficazes para sua reabilitação, justificando, assim, o pedido de internação compulsória, ainda que sem laudo médico.

Em primeira instância, o pedido foi indeferido, pois o juiz considerou que a simples interdição judicial não fundamentava a internação compulsória, sendo necessário um laudo circunstanciado. Também foi destacado que a internação deveria ser uma medida extrema e somente empregada em última instância.

Apesar de uma última avaliação psiquiátrica apontar boa evolução do paciente após internação voluntária, recomendando acompanhamento no CAPS para que ele pudesse conviver em sociedade com o tratamento adequado, a mãe recorreu da decisão. O Tribunal, então, deu provimento ao Agravo de Instrumento, autorizando a internação compulsória do paciente e permitindo o uso de força policial para garantir seu encaminhamento à clínica.

Esse contexto revela a diferença de posicionamento entre os magistrados. O juiz de primeira instância priorizou a liberdade e os direitos fundamentais do requerido, enquanto a segunda instância, mesmo com um laudo favorável ao tratamento ambulatorial, adotou uma postura mais rigorosa, determinando a internação, com possível uso de força policial.

Por fim, nos autos de n. 0002200-82.2013.8.16.0040, o requerido, diagnosticado com esquizofrenia e transtorno psicótico, também apresentava dependência de álcool. Apesar de a requerente ter afirmado que ele não exibia comportamento agressivo nem representava risco à família, mas apenas sofria as consequências de seu transtorno, o juiz concedeu uma liminar para determinar a internação compulsória por tempo indeterminado.

Assim, o rigor na aplicação do protocolo varia significativamente entre os magistrados, com alguns sendo mais estritos e outros mais flexíveis. Em certas decisões, a análise pode se restringir apenas ao diagnóstico psiquiátrico e ao histórico de dependência, refletindo um ativismo que contraria a legislação e os princípios da desinstitucionalização.

A partir dos resultados, podemos resumir as informações na seguinte tabela:

N. DOS AUTOS E CLASSE	CONTEXTO	DECISÃO	ARGUMENTO
CASOS DE INDEFERIMENTO			
0025926-59.2023.8.16.0000 – Agravo de Instrumento	A ausência de laudo psiquiátrico atualizado foi determinante para o indeferimento da internação	Recurso negado e processo extinto por falta de interesse de agir	Laudo mais recente apontava estabilidade clínica; internação considerada desnecessária
0001449-05.2022.8.16.0162 – Apelação	Pedido de internação por conta de suposta piora do caso clínico da paciente	Processo extinto sem resolução de mérito	O estado da paciente era estável; A decisão reafirmou a necessidade de uma nova demanda, acompanhada de um laudo pericial atualizado
0003900-25.2017.8.16.0179 – Apelação	Internação judicial baseada em laudo de médico da família; Posterior evolução positiva do paciente	Alta programada e processo extinto	Laudo indicava comportamento estável; ausência de interesse processual após evolução positiva
0003961-93.2021.8.16.0000 – Agravo de Instrumento	Recurso negado para internação compulsória devido à ausência de laudo com recomendação expressa	Recurso conhecido e provido parcialmente	Laudo indicava transtornos, mas não recomendava internação compulsória
0037350-79.2016.8.16.0021 – Apelação	Pedido de curatela e internação compulsória de adolescente com transtorno por uso de drogas	Recurso negado; sentença inicial mantida	A internação é limitada às modalidades previstas na Lei de Drogas
0013097-17.2021.8.16.0000 – Agravo de Instrumento	Pedido de tutela de urgência para internação imediata de paciente com comportamento considerado violento	Pedido de internação deferido	O risco iminente de agressão justificou a decisão sem a apresentação de laudo circunstanciado

N. DOS AUTOS E CLASSE	CONTEXTO	DECISÃO	ARGUMENTO
CASOS DE INDEFERIMENTO			
0044328-30.2015.8.16.0014 – Tutela de Urgência	Pedido de medida protetiva para paciente com esquizofrenia paranoide e dependente de álcool e outras drogas	Internação compulsória autorizada pelo Tribunal com uso de força policial	Enquanto a primeira instância priorizou a liberdade do requerido, a segunda instância priorizou a segurança aos familiares
0002200-82.2013.8.16.0040 – Processo de Liminar	Pedido de internação compulsória por dependência e transtorno psicótico	Liminar concedida para internação	Concedida liminar para internação compulsória com tempo indeterminado mesmo sem haver risco e nem comportamento agressivo por parte do requerido

Fonte: as autoras (2024).

Exposto o panorama, algumas considerações sobre os casos de deferimento podem ser feitas: (i) a maioria dos requeridos apresenta transtornos mentais concomitantes; (ii) em internações involuntárias, a parte requerente pode escolher o local de internamento, enquanto nas compulsórias, os pacientes são encaminhados para hospitais psiquiátricos designados pelo juiz; (iii) os juízes, às vezes, definem um tempo máximo para a internação, mas em outros casos, ela é determinada apenas até a recuperação do paciente, atestada pelo médico; (iv) a internação compulsória tende a oferecer tratamento de curto prazo para a dependência, e a manutenção da estabilidade no pós é difícil, mesmo com apoio de centros como o CAPS.

A subjetividade judicial na aplicação da internação compulsória é um problema grave, pois compromete o direito à saúde dos internados, resultando na utilização excessiva dessa medida sem a devida avaliação dos pareceres técnicos. Isso perpetua um ciclo de institucionalização que ignora a necessidade de tratamento individualizado e contraria os princípios de desinstitucionalização da Lei n. 10.216/01 e da Resolução n. 8 do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH, 2019), em um contexto social sobrecarregado pela demanda por apoio a indivíduos com dependência de drogas, que não recebem o suporte adequado do Estado.

Além disso, a jurisprudência parece desconsiderar que a internação compulsória, em sua essência, é superficial, funcionando mais como uma forma de retirar essas pessoas das ruas do que como um tratamento abrangente e eficaz. Dessa forma, ela se assemelha mais a uma estratégia de ocultação social do que a uma política de saúde pública efetiva, afastando-se do objetivo de reabilitar e reintegrar indivíduos em situação de

vulnerabilidade. Essa abordagem limita o problema ao controle social, ignorando as causas subjacentes do uso de substâncias e negligenciando o suporte terapêutico necessário (Azevedo; Souza, 2017, p. 505).

A internação compulsória tem sido uma resposta à falta de políticas públicas adequadas e ao tratamento negligente do Estado em relação às pessoas com dependência de drogas, muito associada à desigualdade social. Os dependentes são isolados, muitas vezes sem perspectiva de alta ou um plano de reabilitação claro, o que aumenta sua vulnerabilidade social e clínica (Guareschi; Lara; Dall'igna, 2016). Nesse contexto, a internação emerge como um dispositivo de força normativa, exercendo uma força disciplinar sobre os sujeitos e um poder sobre suas vidas.

Em síntese, as questões que envolvem a internação compulsória são complexas e expõem lacunas significativas no sistema. A subjetividade dos magistrados compromete a rigorosidade na aplicação da legislação vigente, e essa situação é agravada pela falta de regulamentação adequada, que, embora reconheça a internação compulsória como uma medida de saúde pública, não fornece diretrizes claras para sua aplicação em diferentes contextos.

Como consequência, o número de internações aumenta sem a devida observância dos requisitos legais, expondo indivíduos a complicações nos centros de internação e hospitais psiquiátricos, onde ocorrem frequentes violações de direitos, que serão analisadas em maior profundidade a seguir.

4 ASPECTOS PRÁTICOS DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA NO BRASIL

A internação compulsória, embora idealizada como uma política pública de saúde para intervenção emergencial e temporária na desintoxicação de pessoas com dependência de drogas, enfrenta, na prática, obstáculos que comprometem tanto sua eficácia quanto a dignidade dos pacientes.

Conforme será apresentado no capítulo presente, a continuidade do tratamento após a alta é particularmente desafiadora no sistema público de saúde. Muitos pacientes retornam a ambientes familiares e sociais instáveis, com dificuldades econômicas e emocionais e fácil acesso a substâncias, elevando o risco de recaída. Sem um acompanhamento contínuo, os avanços obtidos durante a internação são comprometidos, quando presentes.

Além disso, as limitações econômicas restringem o acesso a tratamentos personalizados e contínuos, como terapias especializadas e programas de reabilitação específicos. Como resultado, muitos pacientes dependem exclusivamente dos serviços públicos, que, embora desempenhem um papel importante, enfrentam falta de recursos para oferecer um atendimento adequado e individualizado.

No Brasil, a demanda por atendimento em saúde mental é alta. Muitos pedidos de internação indicam tentativas anteriores de tratamento que não tiveram sucesso, revelando o esgotamento das alternativas extra-hospitalares. Contudo, isso não se aplica a todos os casos, o que intensifica ainda mais a pressão sobre esses serviços, que falham em atender essas necessidades de maneira humanizada e eficaz.

Nos julgados analisados, observou-se que todos os pacientes foram encaminhados para hospitais psiquiátricos. Essa prática é respaldada pela legislação, uma vez que tanto a internação compulsória quanto a involuntária devem ser realizadas em serviços de saúde, mediante indicação de um médico registrado no Conselho Regional de Medicina, conforme os artigos 6º da Lei n. 10.216/01 e 23-A, inciso IV, § 2º, da Lei de Drogas.

No entanto, a realidade nos hospitais psiquiátricos revela graves violações de direitos humanos. O Relatório de Inspeções de 2020 (Brasil, 2020), fruto da colaboração entre o Conselho Federal de Psicologia (CFP), o Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), o Ministério Público do Trabalho (MPT) e o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), documentou a persistência de práticas desumanas que remetem a um passado sombrio de manicômios, cuja extinção era esperada com a Lei n. 10.216/01.

Ele expõe os resultados de uma inspeção conjunta realizada pelo Conselho Regional de Psicologia do Estado do Paraná (CRP/PR), Ministério Público do Estado do Paraná (MP/PR), Defensoria Pública Estadual (DPE/PR) e Ministério Público do Trabalho no Paraná (MPT/PR) no Hospital Psiquiátrico de Maringá e no Hospital Psiquiátrico San Julian, no Paraná (CFP, 2020).

No primeiro, onde 93% dos leitos eram destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS), foram constatadas condições precárias: quartos pequenos e superlotados obrigavam alguns pacientes a dormir no chão. Além disso, a alimentação era inadequada, com refeições misturadas e descritas como de baixo valor nutricional, e faltavam itens básicos de conforto, como calçados (CFP, 2020).

Os pacientes relataram a utilização inadequada de contenções mecânicas em desacordo com os protocolos de segurança. Um caso específico envolveu um paciente que, após um conflito com a equipe de enfermagem por recusar usar um sabonete já usado, sofreu ferimentos visíveis e foi submetido a uma contenção física desnecessária (CFP, 2020).

O uso excessivo de sedativos e medicamentos era comum. A inspeção revelou que muitos pacientes, tanto em leitos particulares quanto no SUS, eram sedados durante a internação e só tinham contato com os profissionais de saúde dias após a admissão. Entre os adolescentes, a sedação intravenosa era utilizada como punição, como quando conversavam fora do horário de descanso (CFP, 2020).

Na unidade, também foram registrados conflitos e agressões entre os internos, com mínima intervenção dos profissionais de saúde, que frequentemente ignoravam as situações, permitindo que os pacientes resolvessem suas disputas, e perpetuando a violên-

cia institucional (CFP, 2020). Em 2018, uma notícia divulgada pelo G1 relatou um homicídio ocorrido dentro do hospital, apesar da alegada monitorização constante por parte da equipe médica e de enfermagem (Ivanowski, 2018).

Na ala destinada a adolescentes, práticas de humilhação verbal eram corriqueiras, especialmente para aqueles que pediam porções adicionais de comida, sendo desestimulados com comentários depreciativos. Para mais, a maioria dos jovens não tinha acesso ao próprio prontuário, desconhecendo seus diagnósticos e medicações (CFP, 2020).

A taxa de internações compulsórias ultrapassava 90%, e muitos adolescentes estavam isolados, sem contato com familiares, o que agravava sua vulnerabilidade e solidão, perpetuando um ciclo de sofrimento e abandono emocional (CFP, 2020).

O Hospital Psiquiátrico de Maringá foi interditado pela Vigilância Sanitária em julho de 2022, após constatar que sua licença estava vencida desde abril do mesmo ano e que as condições sanitárias eram inadequadas, conforme uma inspeção da Secretaria de Saúde do Paraná (Peña, 2022).

Entre as violações identificadas estavam: a falta de contato dos pacientes com familiares e registros médicos incorretos, ausência de acompanhamento para adolescentes, privação de materiais educativos e recreativos, condições sanitárias deficientes, profissionais não qualificados para operar desfibriladores, chuveiros com água fria e irregularidades no cadastro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (Peña, 2022).

Em resposta, a Prefeitura de Maringá interditou cautelarmente o hospital, exigindo a transferência ou alta dos pacientes em até 15 dias. Atualmente, a presidência busca judicialmente a sua reabertura, alegando ter feito melhorias e afirmando que o fechamento foi motivado por razões políticas, segundo entrevista ao Maringá Post (Ramalho, 2024).

O Relatório de Inspeções, de 2020, também identificou violações no Hospital Psiquiátrico San Julian, em Piraquara (PR), onde práticas institucionais restringiam severamente a liberdade e a privacidade dos pacientes. As áreas de banho permaneciam trancadas, os banheiros coletivos não tinham portas nas cabines nem lixeiras com tampa, e eram monitorados por câmeras de vigilância (CFP, 2020).

Nesta unidade, as refeições eram servidas com um valor calórico fixo e não permitiam repetições, resultando em longos períodos de jejum entre o jantar e o café da manhã. Ainda, havia relatos de episódios de diarreia em dias específicos, e o acesso à água potável era limitado, com bebedouros mal posicionados e inadequados para o consumo (CFP, 2020).

Os pacientes também relataram supermedicação e restrições severas na circulação, com atividades controladas e punições para aqueles que não seguissem as regras. Na unidade Jelinek, um regime punitivo conhecido como “duplo” obrigava os internados a permanecer sentados no pátio por até quatro horas. Medicamentos eram frequentemente utilizados como punição, com ameaças de sedação e contenção química por até três dias

em casos de suposta indisciplina, como fumar fora do horário ou recusar atividades propostas (CFP, 2020, p. 218).

Na ala voltada para adolescentes, os direitos dos pacientes LGBTQIAPN+ eram sistematicamente violados. Foi observada a recusa em reconhecer o nome social e a ausência de opções para que os jovens escolhessem a unidade de internação de acordo com sua identidade de gênero. Ademais, práticas como a imposição de “roupas largas” para mulheres trans perpetuavam a invisibilidade das identidades de gênero, comprometendo princípios de dignidade e integridade pessoal e dificultando o reconhecimento e respeito pela individualidade dos pacientes (CFP, 2020).

A instituição impõe procedimentos de revista íntima após as visitas, realizados por profissionais do sexo feminino, o que é degradante e assemelha-se a práticas do sistema prisional, e, devido à escassez de pessoal técnico, os pacientes são obrigados a realizar tarefas como lavar roupas e limpar quartos, configurando trabalho forçado (CFP, 2020).

Por fim, neste hospital, o contato dos pacientes com suas famílias era severamente limitado, com visitas restritas a duas vezes por semana e ligações telefônicas a cobrar de apenas cinco minutos. Além disso, a internação impedia a continuidade da educação formal, prejudicando o desenvolvimento acadêmico e social dos jovens (CFP, 2020).

Essa realidade, no entanto, não se restringe ao Paraná; o relatório revela condições alarmantes em diversas regiões do Brasil, com pacientes submetidos a excessos de medicação, amarrações, higiene precária e desnutrição (CFP, 2020).

Há indícios claros de tortura e tratamento desumano, exacerbados pela falta de planos terapêuticos individualizados e de comunicação sobre os procedimentos médicos e seus objetivos. Assim, apesar da Reforma Psiquiátrica e de outras iniciativas promovidas, como as Conferências Nacionais de Saúde Mental, e apesar dos esforços do Movimento Antimanicomial, persiste uma violação sistemática de direitos dos pacientes (CFP, 2020).

Mesmo que o ideal da desinstitucionalização esteja claramente definido nas diretrizes de saúde mental, sua implementação enfrenta desafios, como a falta de fiscalização e o acompanhamento inadequado dos tratamentos psiquiátricos. Ainda, embora existam protocolos para avaliar as internações compulsórias, o processo de internação se torna obscuro devido à ausência de um monitoramento eficaz por parte do Poder Judiciário (Cezare, 2023).

O caso *Ximenes Lopes versus Brasil* (2006), decidido pela Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), exemplifica a problemática da saúde mental no país. O Estado brasileiro foi responsabilizado pela morte de Ximenes em uma clínica psiquiátrica credenciada pelo SUS. A Corte recomendou que todo tratamento de saúde mental priorizasse o bem-estar e a dignidade do paciente, enfatizando que, mesmo em situações que exigissem medidas não consensuais, a autonomia e o respeito à pessoa deveriam ser princípios fundamentais, conforme o artigo 5.2 do Pacto de San José da Costa Rica (1969).

Contudo, ainda que o Brasil (2023) tenha concluído as obrigações impostas pela Corte, as violações de direitos humanos persistem. Em 2024, o MNPCT publicou um novo relatório alarmante sobre instituições no Distrito Federal e áreas adjacentes, revelando problemas graves, como tortura, maus-tratos e exploração do trabalho, acentuados pela falta de treinamento especializado para os profissionais dessas instituições.

Foram observadas restrições severas à liberdade dos internos, incluindo o uso de tranças e cadeados, controle rígido da comunicação e apropriação indevida de bens pessoais (Brasil, 2024a). Assim, fica claro que a implementação das normas para a internação compulsória não garante a proteção dos direitos humanos dos pacientes, que vivem em condições indignas.

Essa situação compromete gravemente a qualidade do tratamento oferecido, evidenciando que, apesar de ser uma política pública que requer investimentos significativos, a internação compulsória não só não atinge seus objetivos, como também prejudica a saúde e a dignidade dos pacientes, expostos a condições de abandono, com os recursos do Estado destinados a seus cuidados resultando em suas mortes.

Diante disso, é crucial questionar a legitimidade da medida e as justificativas para a restrição da liberdade individual. Se os pacientes são internados compulsoriamente com base em um suposto risco que representam para si ou para terceiros, é razoável encaminhá-los para um ambiente onde sua saúde e dignidade estão ainda mais ameaçadas?

Para abordar efetivamente a dependência de drogas no Brasil, é crucial avançar na desinstitucionalização e fortalecer uma rede de atendimento psicossocial que respeite os direitos fundamentais dos indivíduos com transtornos mentais.

A desinstitucionalização visa à reintegração social, acompanhada de serviços de suporte que atendam às necessidades específicas dos pacientes, promovendo sua saúde, dignidade e autonomia. Isso inclui o fortalecimento de serviços comunitários, como os CAPS, que oferecem tratamento em ambientes menos restritivos (Correia, 2024).

É igualmente importante promover a colaboração entre as esferas de saúde, educação, assistência social e justiça, garantindo um atendimento integral e contínuo, por meio de uma abordagem interdisciplinar (Correia, 2024).

Por fim, deve-se garantir a capacitação contínua dos profissionais para lidar com os desafios desse atendimento e proteger os direitos dos pacientes. A construção de uma rede de atendimento robusta, que priorize a desinstitucionalização, não só garante um tratamento adequado, mas também substitui a lógica do isolamento pela integração comunitária, estabelecendo caminhos para que essas pessoas possam reconstruir suas vidas com dignidade e autonomia, e fortalecendo o vínculo entre cuidado, cidadania e liberdade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Lei n. 10.216/01, marco da reforma psiquiátrica no Brasil, buscou romper com o histórico de confinamento e desumanização na saúde mental, promovendo a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais, além de incentivar sua inclusão social e reintegração comunitária. No entanto, a implementação da reforma enfrenta desafios significativos, especialmente no que se refere à internação compulsória de pessoas com dependência de drogas, tema que ainda gera intensos debates no campo jurídico e social.

As conclusões deste artigo oferecem uma análise abrangente da internação compulsória sob a ótica da Lei n. 10.216/01, evidenciando a relação entre a legislação e a prática judicial. A pesquisa qualitativa realizada com decisões do TJPR revelou que a concessão da internação depende da apresentação de laudos médicos detalhados, e a falta de evidências concretas em muitos casos resultou na negativa da medida, refletindo uma abordagem cautelosa e restritiva da jurisprudência sobre essa questão complexa.

Ao examinar os casos em que a internação compulsória foi deferida, constatou-se que a maioria dos requeridos apresentava algum transtorno mental. Além disso, enquanto em internações involuntárias a parte requerente tem a liberdade de escolher o local de internamento, nas compulsórias, os pacientes são encaminhados para hospitais psiquiátricos regionais designados pelo magistrado, que também pode solicitar à Secretaria de Saúde a indicação de um local adequado.

Os juízes também variam na definição do tempo de internação, que pode ser temporário ou indefinido, com a constatação de que a eficácia dessa medida tende a ser limitada a curto prazo. Após a liberação, a manutenção da estabilidade emocional dos indivíduos se apresenta como um desafio, mesmo com o suporte oferecido pelo CAPS.

A análise demonstrou que, em alguns casos, a subjetividade dos magistrados impacta significativamente o direito à saúde dos internados. Muitas vezes, juízes desconsideram pareceres médicos especializados e fundamentam suas decisões em impressões pessoais, distorcendo assim o caráter excepcional da internação compulsória.

Por fim, o estudo expôs a grave realidade enfrentada nos hospitais psiquiátricos, onde os pacientes se deparam com condições desumanas, incluindo supermedicação e confinamento, reminiscências de práticas dos antigos manicômios. Relatórios de inspeção confirmam a continuidade de violações de direitos humanos, revelando que, apesar das reformas e da legislação vigente, as promessas de desinstitucionalização e de cuidados humanizados ainda não foram plenamente concretizadas.

Para enfrentar essa situação, é crucial fortalecer as redes de atenção psicossocial, priorizando o respeito e a independência dos pacientes. Uma colaboração eficaz entre os setores de saúde, justiça e assistência social, juntamente com a capacitação contínua dos profissionais envolvidos, é fundamental para assegurar um tratamento adequado e digno.

Em suma, a superação desses desafios requer um compromisso coletivo em direção a uma política de tratamento humanizada para a dependência de drogas no Brasil, que, além de assegurar o cuidado necessário, deve promover a dignidade e o respeito aos direitos humanos dos pacientes.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial: fundamentos, práticas e políticas**. 3. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. Disponível em: <https://taymarillack.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/09/212474750-amarante-p-saude-mental-e-atencao-psicossocial.pdf>. Acesso em: 18 out. 2024.

APA – AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <https://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>. Acesso em: 20 out. 2024.

AZEVEDO, Américo Orlando; SOUZA, Tadeu de Paula. Internação compulsória de pessoas em uso de drogas e a contrarreforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/T78rxYK8j4bBYXDPSZWvR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2024.

BRASIL. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 10 set. 2024.

BRASIL. **Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm. Acesso em: 23 set. 2024.

BRASIL. **Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília, DF: Presidência da República, 1984. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17210.htm. Acesso em: 23 out. 2024.

BRASIL. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT). **Relatório de Inspeções no Distrito Federal e Entorno**. Comunidade Terapêutica

Salve a Si – Instituto Eu Sou e Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo. Brasília, DF: MNPCT, 2024a. Disponível em: https://mnpctbrasil.wordpress.com/wp-content/uploads/2024/08/relatorio-sas-e-hs-vp_final_corrigido.pdf. Acesso em: 18 out. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH). **Resolução n. 08, de 14 de agosto de 2019**. Dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de

transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas. Brasília, DF: CNDH, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/Resoluon8sademental.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2024.

BRASIL. Brasil conclui cumprimento de sentença da Corte IDH sobre o caso Damião Ximenes Lopes. **Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania**, 04 out. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2023/outubro/brasil-conclui-cumprimento-de-sentenca-da-corte-idh-sobre-o-caso-damiao-ximenes-lopes>. Acesso em: 19 out. 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (3. Turma). **Recurso Especial n. 2.141.414/SP**. Relatora: Min. Nancy Andrighi, 24 de maio de 2024b. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/SCON/GetInteiro-TeorDoAcordao?num_registro=202304378168&dt_publicacao=24/05/2024. Acesso em: 05 nov. 2024.

CEZARE, Vitória Gabriela. **As violações aos direitos humanos em hospitais psiquiátricos: a negligência na preservação da dignidade da pessoa humana**. 2023. 65f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Universidade Anhembí Morumbi (UAM), São Paulo, 2023. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/items/c14dec7a-6f39-4473-84de-caf9f3e44360/full>. Acesso em: 10 jan. 2025.

COELHO, Isabel; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. **Saúde em debate**, v. 38, n. 101, p. 359-367, abr./jun. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/rpggZzTqr6CPQDZ5PmBcP4f/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 out. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Hospitais Psiquiátricos no Brasil**: relatório de inspeção nacional. 2. ed. Brasília, DF: CFP, 2020. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Relatorio_Inspecao_HospPsiq.pdf. Acesso em: 10 jan. 2025.

CORREIA, Alesi Silva. A violação a direitos humanos nos tratamentos psiquiátricos. **Revista Contemporânea**, v. 4, n. 9, e5929, p. 01-26, 2024. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/5929>. Acesso em: 17 out. 2024.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. 2006. **Caso Ximenes Lopes versus Brasil**. Sentença de 04 de julho de 2006. Mérito, Reparações e Custas. Disponível em: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf. Acesso em: 17 out. 2024.

DENADAI, Mirian Cátia Vieira Basílio *et al.* Internações compulsórias e restrição da liberdade de pessoas que usam drogas. **Revista Katálysis** [online], v. 26, n. 2, p. 278-286, maio/ago. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/rk/a/4ZjRPbb53qFzhNkdkwPrcks/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 nov. 2024.

IVANOWSKI, Sandro. Homem é morto no Hospital Psiquiátrico de Maringá, diz polícia. **G1.**, 03 out. 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/pr/norte-noroeste/noticia/2018/10/03/homem-e-morto-no-hospital-psiquiatrico-de-maringa-diz-policia.ghtml>. Acesso em: 03 nov. 2024.

GUARESCHI, Neuza; LARA, Lutiane; DALL'IGNA, Daniel. A internação compulsória como estratégia de governamentalização de adolescentes usuários de drogas. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 21, n. 1, p. 25-35, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/Z5WpCBxdjdsXQcgtdivbGWKL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 9 jun. 2024.

PEÑA, Luciana. Hospital Psiquiátrico de Maringá é interditado após relatório da Sesa. **CBN Maringá**, 20 jul. 2022. Disponível em: <https://cbnmaringa.com.br/noticia/hospital-psiquiatrico-de-maringa-e-interditado-apos-relatorio-da-sesa>. Acesso em: 03 nov. 2024.

RAMALHO, Victor. “Temos toda a intenção de reabrir a instituição”, afirma vice-presidente do Hospital Psiquiátrico de Maringá. **Maringá Post**, 05 ago. 2024. Disponível em: <https://maringapost.com.br/cidade/2024/08/05/temos-toda-a-intencao-de-reabrir-a-instituicao-afirma-vice-presidente-do-hospital-psiquiatrico-de-maringa/>. Acesso em: 03 nov. 2024.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. **Rede de Atenção Psicossocial**: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 3, p. 1-16, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/N9DzbdSJMnc4W9B4JsBvFZ-J/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 out. 2024.

SILVA, Ana Paula. A internação compulsória de dependentes químicos: um debate necessário sobre direitos humanos e saúde pública. **Revista Brasileira de Saúde Mental**, v. 10, n. 19, p. 45-60, 2018.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. (Loucura & Civilização Collection). Disponível em: <https://books.scielo.org/id/8ks9h/pdf/yasui-9788575413623.pdf>. Acesso em: 27 out. 2024.

A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: UM CAMINHO DESIGUAL PARA O ACESSO A MEDICAMENTOS NO SUS

Fernando Maia Eduardo
Matheus Ideta Bergamo



SUMÁRIO

1 Introdução. **2** A judicialização como meio insuficiente para efetivar o direito à saúde. **3** O processo de incorporação de medicamentos no Sistema Único de Saúde e o estado da arte para a judicialização dos medicamentos não incorporados. **4** Particularidades da judicialização da saúde no Brasil. **5** Considerações finais. Referências.

1 INTRODUÇÃO

A judicialização da saúde consiste no modo pelo qual cidadãos buscam efetivar tal direito pela via judicial, sendo as demandas referentes à disponibilização de medicamentos umas das representantes mais significativas desse fenômeno. Entretanto, não obstante se tratar de um direito conferido à população e sua efetivação ser um dever do Estado, este processo não consiste na forma mais adequada para apaziguar as insuficiências na organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e instituições responsáveis pela regularização de medicamentos.

Isso em razão dos profundos impactos orçamentários ocasionados, das ofensas aos princípios do SUS e pelo fato de que estudos destacam não ser um modo de realização do direito em questão aos mais necessitados, quais sejam, os menos favorecidos socioeconomicamente e mais vulnerabilizados. Desse modo, a presente pesquisa questionou se o acesso a medicamentos pela via judicial, da forma como tem ocorrido atualmente, é compatível com os princípios orientadores do SUS, bem como se os impactos orçamentários provocados são sustentáveis.

Primeiramente, analisa-se a estruturação da saúde como direito constitucional que demanda atuação do Estado para ser efetivado, sendo feito um recorte acerca do sistema público, que é a principal forma de assistência utilizada pela sociedade brasileira. Em seguida, é examinada a criação do SUS, notadamente os objetivos e princípios que devem reger sua existência, cotejando estes com as consequências da judicialização e apresentando possíveis contradições.

Após essas considerações, foram estudadas as formas de incorporação de medicamentos no SUS e o atual panorama relativo à disponibilização daqueles que não estão

incorporados. Para tanto, verificou-se disposições em leis e decretos, bem como determinações do Supremo Tribunal Federal (STF) e do Superior Tribunal de Justiça (STJ) acerca da questão.

A partir disso, a pesquisa avançou na investigação dos impactos orçamentários causados pela judicialização de medicamentos, de forma a destacar as repercussões e desequilíbrios produzidos. Com esses dados, argumentou-se que a via judicial não é o meio mais adequado para se efetivar o direito à saúde no que se refere à obtenção de medicamentos, de modo que, mediante a apresentação do sistema inglês de saúde, também universal, mas que sofre muito menos com a ocorrência de judicialização, foram consideradas outras alternativas para conciliar a garantia desse direito, a estabilidade orçamentária e os princípios que regem o SUS.

2 A JUDICIALIZAÇÃO COMO MEIO INSUFICIENTE PARA EFETIVAR O DIREITO À SAÚDE

A saúde, na ordem constitucional brasileira, configura-se como um direito social, positivado no *caput* do artigo 6º da Constituição da República, juntamente com outros direitos sociais. Alexandre Veronese (2009, p. 355) defende que a opção do constituinte em consagrar a saúde como um direito dessa natureza revela seu interesse em implementar um Estado Social, com a constitucionalização dos direitos ditos de segunda geração, em consonância com os rumos do direito internacional à época, que instituiu, por exemplo, o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966 e o Protocolo de São Salvador sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1988, ambos recepcionados e ratificados pelo Estado brasileiro.

Veronese (2009, p. 360) relaciona o direito à saúde previsto no referido dispositivo da Constituição com o núcleo da dignidade da pessoa humana, juntamente com a educação fundamental, a assistência aos desamparados e o acesso à justiça. Ainda, defende que a saúde “se estreita com a dignidade da pessoa humana de tal forma que as prestações essenciais ao mínimo existencial possuem eficácia positiva ou simétrica, sendo de fato exigíveis da Administração Pública”. Logo, tem-se que a saúde é um direito social relacionado à dignidade da pessoa humana, podendo ser exigido por todos ao Estado.

Tal afirmação fica ainda mais evidente ao se analisar o título da Ordem Social na Constituição da República, no qual a saúde, inserida na esfera da Seguridade Social, é tutelada como direito de todos e dever do Estado pelo *caput* do art. 196 da Constituição, devendo ser garantida 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 recuperação.

Ana Paula de Barcellos (2009, p. 2165), ao analisar o referido dispositivo, reconhece sua estrutura principiológica, no qual se “exige a concretização máxima da sua finalidade diante das possibilidades fáticas e jurídicas existentes”. Deste modo, a promoção plena do comando constitucional do *caput* do art. 196 pelo Estado exigiria um esforço máximo diante das possibilidades fáticas e jurídicas existentes, sem deixar de lado o emprego da técnica da ponderação, uma vez que o custeio por parte do Estado de todo e qualquer tratamento existente seria economicamente impraticável.

A autora também destaca a fundamentalidade inerente ao direito à saúde, tendo em vista sua relação direta com o direito à vida e a dignidade da pessoa humana, afinal, inexistindo condições básicas de saúde, inviabiliza-se também a fruição dos demais direitos fundamentais (Barcellos, 2009, p. 2166). Assim sendo, a saúde, além de direito de todos, é dever do Estado, sendo responsabilidade do Poder Público instituir os esforços necessários máximos possíveis – considerando a viabilidade econômica – para o devido cumprimento do comando constitucional, que não apenas permitirá a consagração do direito à saúde, mas também dos demais direitos fundamentais com ela relacionados.

Uma vez cabendo ao Poder Público a promoção do direito à saúde, nos termos da jurisprudência do STF, este dever se estende solidariamente a todos os entes da federação. A interpretação dada pelo Supremo advém, em grande medida, do estabelecido no artigo 23, inciso II, da Constituição da República, que, ao dispor sobre a competência comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, destaca que cabe aos referidos entes “cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência”.

Esta efetivação do cuidado à saúde, nos termos do artigo 198 da Constituição, ocorrerá, via de regra, pelo SUS, que consiste em rede regionalizada, hierarquizada, e organizada com base nas seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade.

Contudo, nos termos do art. 199 da Constituição da República, a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, podendo ser promovida por entidades com ou sem fins lucrativos. A Constituição vai além, estabelecendo que tais instituições privadas poderão ainda participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio.

Não obstante, segundo dados coletados pelo Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), 26,3% da população brasileira é beneficiária em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia (Brasil, 2024a). Ou seja, verifica-se que a saúde pública representa o principal meio pelo qual a população brasileira goza de assistência.

Assim, a saúde pública é promovida, majoritariamente, pelo SUS, sendo com base nesse sistema e seus aspectos que esse estudo se pautará no que tange ao direito à saúde

no Brasil. O surgimento do SUS se deu a partir da Lei Federal n. 8.080/90, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como da organização e do funcionamento dos serviços correspondentes. No documento, é reforçada a perspectiva previamente apresentada acerca do direito à saúde, estando previsto no artigo 2º se tratar de direito fundamental do ser humano e ser dever do Estado agir para proporcionar as condições indispensáveis ao seu exercício.

Consiste, então, em um complexo sistema de saúde que abrange, gratuitamente, desde simples atendimentos de rotina, como avaliação da pressão arterial, por meio da chamada “Atenção Primária”, até o acesso a medicamentos e transplante de órgãos, demandas de média e alta complexidades, serviços de urgência e emergência, ações e serviços das vigilâncias sanitárias, epidemiológica, sanitária e ambiental, além da assistência farmacêutica, buscando garantir acesso integral, universal e gratuito a toda população do país.

Desta forma, com a implementação do SUS, houve um inegável avanço nos indicadores de saúde do país. Contudo, os desafios para sua manutenção são proporcionais ao seu tamanho e complexidade, sendo os seus principais problemas a infraestrutura dos hospitais, as disparidades regionais, a falta de profissionais, medicamentos, equipamentos, ineficiência administrativa e, evidentemente, financiamento (Silva, 2021, p. 266).

Assim sendo, embora os problemas do SUS sejam, via de regra, enfrentados nas searas legislativa e executiva, a insuficiência do sistema também foi responsável por uma explosão na litigância judicial nessa área (Silva, 2021, p. 266). Nesse sentido, acerca da judicialização da saúde, importa destacar que não se trata de algo coeso, pois são diversos os objetos de judicialização, como litígios entre beneficiários de planos de saúde suas operadoras – no âmbito da saúde privada, demanda por medicamentos, ineficiência da autoridade pública de saúde e outros (CNJ, 2019, p. 8). Assim, diversas complicações se revelam a partir da dificuldade em estabelecer as causas e efeitos da judicialização, dada a variação destes em relação à saúde privada e os serviços prestados pelo SUS.

Em razão de tamanha complexidade, para os fins pretendidos por esta pesquisa, será analisada a ocorrência da judicialização em âmbito público, configurada pelo ato de reivindicar, mediante ação judicial, a disponibilização de medicamentos pela via do SUS, uma vez que, como elucidado, a saúde pública é a modalidade majoritária de promoção deste direito no Brasil. Ademais, a judicialização em busca de medicamentos é numericamente significativa, representando 71,38% das decisões analisadas que versavam sobre a judicialização da saúde, à época de pesquisa realizada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) (2019, p. 70), revelando que as demandas por medicamentos são protagonistas no que se refere à judicialização da saúde.

Em se tratando de medicamentos, a judicialização ocorre pela reivindicação de remédios não disponíveis na rede pública ou na saúde suplementar ao Judiciário, provocando a atividade jurisdicional para lidar com a demanda. A problemática que surge a partir deste fenômeno se relaciona com os impactos orçamentários gerados e o risco de causar

desequilíbrio no acesso à saúde, em contraposição aos princípios do SUS. Isso porque, ao se exigir a prestação jurisdicional, em primeiro grau, para a disponibilização de medicamentos, em caso de deferimento do pedido, cabe ao estado em que se iniciou a ação promover a compra do medicamento, afetando o orçamento previsto para a saúde como um todo. Portanto, parte dos recursos que seriam destinados à coletividade são direcionados à satisfação de demandas particulares.

Ao se analisar os princípios estruturantes do SUS e a carta dos direitos dos seus usuários (Brasil, 2022a), fica explícito o conflito atinente ao fenômeno da judicialização da saúde, pois estes estabelecem a equidade, integralidade e universalidade do acesso à saúde, de modo a consubstanciar perspectiva coletiva sobre tal direito, em contraponto ao ato da judicialização, que permite efetivação diferenciada aos sujeitos que conseguem acessar a jurisdição para concretizar suas demandas (Brasil, 2011).

Dessa forma, a judicialização gera uma dualidade a ser solucionada pelo sistema jurídico, pois, apesar de gerar impactos orçamentários significativos – que resultam em uma alocação desigual dos recursos disponíveis e atentam contra os princípios do SUS –, também se trata de um direito social constitucionalmente garantido. Assim, impõe-se ao Estado uma obrigação positiva, devendo agir de forma a constituir e estabelecer meios e estratégias para a efetivação do direito, ao passo que a judicialização implica um acesso desigual à possibilidade de pleitear os medicamentos em questão.

Considerada a complexidade da sociedade brasileira e a heterogeneidade do corpo social, dada a grande disparidade socioeconômica entre os diferentes grupos da população, esse objetivo é buscado de forma a se mitigar as disparidades existentes, mediante diretrizes e determinações com o fim de reduzir a desigualdade e proporcionar um acesso à saúde mais equânime.

Entretanto, os recursos destinados à saúde são limitados, sendo necessário alocá-los de forma a maximizar sua efetividade. Para tanto, é necessária uma administração planejada e organizada das políticas públicas de saúde, de forma a constituir uma distribuição que maximize a garantia desse direito (Chieffi; Barata, 2009, p. 1842).

Assim, se por um lado é legítimo recorrer ao Judiciário para demandar a efetivação do direito à saúde, também é preciso considerar que isso ocorre de forma a se contrapor a alguns dos princípios estruturais do SUS, além de gerar impactos orçamentários que forcem a realocação dos recursos previstos à saúde em aspecto amplo e coletivo para demandas individuais.

Conforme pesquisa realizada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em parceria com o INSPER (2018, p. 7), o número de demandas judiciais relativas à saúde, em âmbito da justiça estadual, aumentou 130%, entre 2008 e 2017, enquanto o número total de processos judiciais cresceu 50%. Segundo o Ministério da Saúde, entre 2009 e 2016, houve um crescimento de aproximadamente 13 vezes com seus gastos em demandas judiciais, atingindo R\$1,6 bilhão em 2016 (Bail, 2023, p. 17).

Portanto, da forma como tem ocorrido, a judicialização se configura como uma forma de efetivar o SUS para alguns – aqueles que conseguem acessar a jurisdição –, ao mesmo tempo em que significa redução de recursos à população geral (Chieffi; Barata, 2009, p. 1840). Partindo da perspectiva inicial, de saúde enquanto direito constitucionalmente garantido, porém cuja disposição orçamentária é afetada de forma imprevisível em razão da judicialização, além das afrontas aos princípios e diretrizes do SUS, verifica-se a seguinte situação:

[...] a atuação do Judiciário nas ações de medicamentos contribui para a efetiva solução do problema oriundo da instabilidade da saúde brasileira, fiscalizando e punindo políticas públicas ineficientes? Ou, em sentido oposto, a concessão judicial de medicamentos e tratamentos apenas agrava as ações já deficientes praticadas pelo Executivo, traduzindo-se em ingerência indevida e criando políticas públicas anômalas, sem a observância das dotações orçamentárias correspondentes? (Freitas; Valle; Gazotto, 2022, p. 441).

Assim, é questionável se a judicialização de saúde para obtenção de medicamentos consiste em instrumento adequado e economicamente eficiente para buscar efetivar o direito constitucionalmente garantido, afinal, sua promoção pelo Judiciário compromete diretamente o orçamento público, atingindo toda a coletividade, que por sua vez poderia ser mais bem atendida por meio de políticas públicas e mais investimentos no SUS.

3 O PROCESSO DE INCORPORAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O ESTADO DA ARTE PARA A JUDICIALIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS NÃO INCORPORADOS

Para se entender o atual estado da arte da judicialização de medicamentos no Brasil, deve-se compreender como funciona o processo de incorporação de medicamentos no Sistema Único de Saúde, afinal, a não disponibilização de determinados medicamentos é o principal vetor da judicialização. Assim sendo, para que um medicamento, procedimento, equipamento ou produto seja incorporado ao SUS, é necessário passar por uma análise detalhada da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC).

Antes disso, a tecnologia deve estar registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que avaliará toda a documentação administrativa e técnico-científica relacionada à qualidade, à segurança e à eficácia do medicamento, nos termos da Lei n. 6.360/1976 (Brasil, 2018). Concluída esta etapa, se houver interesse em incorporar essa tecnologia, é preciso que o interessado faça um pedido formal à CONITEC, que pode ser

solicitado tanto pelo laboratório fabricante quanto por qualquer cidadão, desde que cumpridas as exigências legais do Decreto n. 7.646/2011 (Brasil, 2022b).

Desta forma, a CONITEC deve analisar o relatório com os estudos apresentados pelo solicitante e emitir uma recomendação inicial. Durante essa fase, existe um espaço no qual os usuários do SUS podem participar das reuniões plenárias e compartilhar suas experiências sobre a tecnologia em questão. Após essa etapa, a recomendação inicial é submetida a uma consulta pública de 20 dias (Brasil, 2022b).

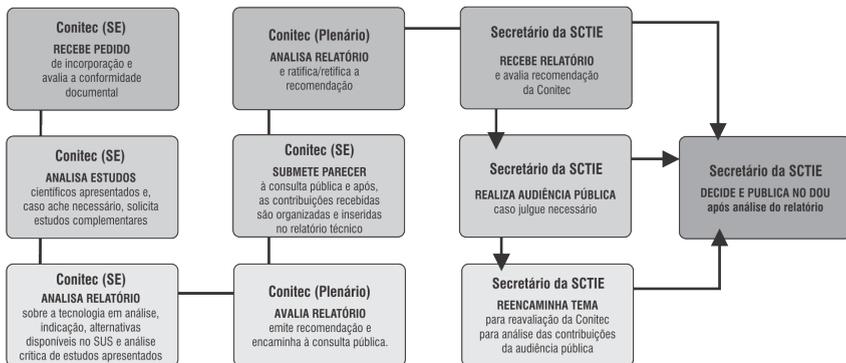
Depois de coletar todas as contribuições, a pauta retorna à CONITEC para a emissão da recomendação final, que se baseia em evidências científicas, considerando a eficácia, efetividade e segurança da tecnologia. O colegiado da CONITEC é composto por representantes de diversas secretarias do Ministério da Saúde, além de membros do Conselho Federal de Medicina (CFM), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e da ANVISA (Brasil, 2022b).

Após a recomendação final do plenário, a decisão sobre a incorporação é tomada pelo secretário de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (SECTICS) do Ministério da Saúde. Se necessário, pode haver uma audiência pública sobre a tecnologia em questão. Uma vez publicada a decisão de incorporar a tecnologia em saúde ou um protocolo clínico e diretriz terapêutica, as áreas técnicas têm um prazo máximo de 180 dias para efetivar a oferta no SUS (Brasil, 2022b).

Assim sendo, a incorporação de medicamentos no SUS ocorre com base no seguinte fluxo de incorporação, elaborado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2022b):

Decreto nº 7.646/2011

Fluxo de incorporação



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saiba como é o processo de recomendação de inclusão de medicamentos e procedimentos no SUS**. Brasília, 2022.

Entretanto, há situações em que, após a análise da CONITEC, os medicamentos não são incorporados ao SUS, levando à judicialização das demandas, afinal, embora a eficácia, efetividade e segurança da tecnologia sejam fatores fundamentais para a incorporação de medicamentos, procedimentos e diretrizes terapêuticas, a viabilidade econômica e o custo-efetividade são também fatores determinantes a serem analisados, nos termos do art. 19-Q, §2º, I, da Lei n. 12.401/2011.

Sobre a judicialização de medicamentos não incorporados ao SUS pela CONITEC, há decisões importantes dos tribunais superiores do país que merecem destaque, pois estabelecem critérios a serem seguidos pelos requerentes, de modo a uniformizar e estabelecer alicerces mínimos para a concessão judicial.

O STF, por meio da Suspensão de Tutela Antecipada 175, reconheceu que o Poder Judiciário pode autorizar o fornecimento de tratamentos de saúde não abrangidos pelas políticas públicas do SUS. O Ministro Gilmar Mendes, em seu voto, destacou a relevância da avaliação desses pedidos com base na Medicina Baseada em Evidências (MBE), estabelecendo condições específicas a serem observadas: i) a ausência de tratamento, procedimento ou medicamento similar disponível gratuitamente pelo SUS, ou, se existir, a ineficácia ou inadequação do mesmo para o paciente; ii) a adequação e necessidade do tratamento ou medicamento solicitado para a condição do paciente; iii) a aprovação do medicamento pela ANVISA; iv) a não caracterização como tratamento experimental (Brasil, 2010).

Além disso, por meio do RE n. 657.718, o STF firmou a tese de que o Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais. A ausência de registro na ANVISA impede, como regra geral, a concessão de medicamentos por decisão judicial, e as ações que busquem o fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA devem ser propostas contra a União (Brasil, 2019).

Excepcionalmente, pode-se conceder judicialmente medicamentos sem registro em casos de mora irrazoável da ANVISA, desde que preenchidos três requisitos: i) o pedido de registro do medicamento no Brasil (exceto para medicamentos órfãos de doenças raras e ultrarraras); ii) o registro do medicamento em agências de regulação renomadas no exterior; iii) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil (Brasil, 2019).

Ademais, o STJ, no julgamento do REsp n. 1.657.156, definiu requisitos para a concessão judicial de tecnologias em saúde não previstas no rol de medicamentos do SUS: i) a comprovação, por meio de laudo médico detalhado e fundamentado, da imprescindibilidade do medicamento e da ineficácia dos fármacos disponíveis pelo SUS; ii) a incapacidade financeira do paciente para arcar com o custo do medicamento prescrito; iii) a existência de registro do medicamento na ANVISA, respeitando os usos autorizados pela agência (Brasil, 2018).

Desta forma, verifica-se que, ainda que haja análise negativa de incorporação de medicamento ao rol do SUS por parte da CONITEC, a jurisprudência nacional sedimentou

alicerces mínimos para a concessão pela via judicial. Contudo, embora o Judiciário tenha assumido um papel ativo na garantia do acesso a tratamentos, isso pode resultar em um sistema de saúde fragmentado, em que a decisão de um juiz pode prevalecer sobre as diretrizes estabelecidas por órgãos técnicos.

Outrossim, recentemente, por meio do Tema 1234, o STF estabeleceu diretrizes para ações de medicamentos não incorporados ao SUS. As ações relacionadas a medicamentos nessa situação, mas que possuem registro na ANVISA, devem ser processadas na Justiça Federal quando o valor anual do tratamento específico, com base no Preço Máximo de Venda do Governo (PMVG) na alíquota zero, for igual ou superior a 210 salários-mínimos (Brasil, 2024b).

Se houver mais de um medicamento com o mesmo princípio ativo e não for solicitado um específico, considera-se para a competência o medicamento com o menor preço na lista da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). Caso não haja valor fixado, será utilizado o valor do tratamento anual do medicamento solicitado (Brasil, 2024b).

Além disso, o juiz poderá solicitar auxílio da CMED se a parte requerida contestar. Contudo, se o órgão não responder a tempo, o juiz analisará a demanda com base no orçamento apresentado pela parte autora. Ademais, em casos de cumulação de pedidos, será considerado apenas o valor dos medicamentos não incorporados, independentemente de outros pedidos que envolvam obrigações diferentes (Brasil, 2024b).

No julgamento do tema, a Corte destacou que os medicamentos não incorporados incluem aqueles que não estão na política do SUS, medicamentos com outros fins nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs), medicamentos sem registro na ANVISA e medicamentos *off label* sem PCDT ou que não fazem parte das listas do componente básico. As ações que pedem medicamentos sem registro na ANVISA devem ser propostas contra a União, respeitando as especificidades estabelecidas (Brasil, 2024b).

Quanto ao custeio das ações, o STF decidiu que, para fornecimento de medicamentos, tanto incorporados quanto não incorporados, que sejam da competência da Justiça Federal, os custos serão integralmente arcados pela União. Se houver condenação dos Estados ou do Distrito Federal, a União deverá ressarcir integralmente via repasses entre fundos, conforme ato do Ministério da Saúde (Brasil, 2024b).

Nada obstante, se apenas a União estiver no polo passivo, o juiz pode incluir o Estado ou Município, sem que isso implique responsabilidade financeira. O ressarcimento seguirá os mesmos procedimentos. Além disso, o juiz deve limitar o valor de venda do medicamento ao preço com desconto, conforme o processo de incorporação ou ao menor valor identificado em compras públicas (Brasil, 2024b).

Por sua vez, as ações na Justiça Estadual envolvendo medicamentos não incorporados que resultarem em condenações aos Estados ou Municípios também serão ressarcidas pela União, sendo o ressarcimento de 65% dos gastos quando o valor da causa

estiver entre 7 e 210 salários-mínimos. Para medicamentos oncológicos, ações ajuizadas antes de 10 de junho de 2024 serão ressarcidas em 80% do valor total pago pelos Estados e Municípios, enquanto para ações posteriores, o ressarcimento deverá ser acordado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (Brasil, 2024b).

Quanto à análise judicial do indeferimento de medicamentos pelo SUS, o Judiciário deve analisar os atos administrativos que resultaram na não incorporação de medicamentos e na negativa de fornecimento, conforme acordos entre os Entes Federativos. O controle judicial deve verificar a legalidade do ato administrativo, sem substituir a decisão do administrador (Brasil, 2024b).

A análise do ato que nega o fornecimento de medicamento não incorporado deve se restringir à legalidade do procedimento e do ato questionado, sem entrar no mérito administrativo. Nesse sentido, o autor da ação deve comprovar a segurança e eficácia do medicamento com base em evidências científicas, demonstrando a ausência de substituto terapêutico incorporado pelo SUS. Salienta-se que é suficiente alegar a necessidade do medicamento; sendo necessário apresentar evidências científicas de alto nível que sustentem a opinião médica (Brasil, 2024b).

Por fim, decidiu-se pela implementação de uma plataforma nacional, na qual os Entes Federativos, em colaboração com o Judiciário, centralizarão informações sobre demandas de acesso a medicamentos, facilitando a consulta e o controle. A entrada na plataforma será feita por meio de prescrições eletrônicas certificadas, garantindo o controle ético das prescrições (Brasil, 2024b).

Dessa forma, é evidente que a análise da incorporação de tecnologias ao SUS é um processo complexo e multifacetado, no qual a participação de diferentes órgãos e a perspectiva do paciente são essenciais. No entanto, a judicialização das demandas para acesso a medicamentos não incorporados evidencia uma lacuna no sistema, refletindo a dificuldade de atender às necessidades de saúde da população.

4 PARTICULARIDADES DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

Certos cidadãos, ao não terem seu pleito por medicamentos atendido na via administrativa, recorrem ao Judiciário para exigí-los. De plano, não se trata, em si, de algo essencialmente problemático, pois pode se tratar de efetivação justificada de direito constitucionalmente previsto. Não se nega que cabe o acionamento do Poder Judiciário para, quando necessária, atuação para efetivar o cumprimento das disposições constitucionais relativas à saúde. Do contrário, corre-se o risco de tal direito se configurar como mera norma programática, no sentido de apenas direcionar a atuação da Administração Pública a um objetivo que não se realiza.

Entretanto, em razão da limitação de recursos, é inviável que o Judiciário adote uma postura de concessão de tudo que a ele for demandado, sob o risco de os impactos orçamentários inviabilizar a efetividades de todas as demais políticas públicas implementadas, revelando-se necessária uma atuação policêntrica, para se decidir como distribuir os recursos destinados à saúde ao conjunto que melhor atenda às necessidades da população (Ferraz, 2009, p. 26).

Assim sendo, há situações em que exigir, pela via jurídica, a obtenção de medicamentos consiste em conduta apta a concretizar o direito pretendido, bem como adequada às possibilidades conjunturais para sua concessão. É o caso da judicialização das insulinas análogas, fundamentada na Lei Federal n. 11.347/06, cujo artigo 1º determina que todos os pacientes diabéticos terão direito a receber gratuitamente do SUS todos os medicamentos e insumos necessários a seu tratamento, e, conforme redação do artigo 2º, é responsabilidade do Ministério da Saúde selecionar quais medicamentos serão adquiridos para serem fornecidos de forma gratuita.

Entretanto, não obstante essa previsão legal, na prática se observava que, nas listas de medicamentos elaboradas pelo Ministério da Saúde, ficavam excluídas as insulinas “análogas”, em que pese a afirmação de médicos e pacientes de que seu uso é mais conveniente e reduz casos de hipoglicemia (Wang *et al.*, 2011, p. 1). O que ocorria era resistência, por parte do sistema público de saúde, sobre a incorporação desse tipo de insulina, sob a justificativa de carência de evidências científicas acerca da sua melhor eficiência (Wang *et al.*, 2011, p. 8).

Diante disso, tornou-se significativo o número de ações judiciais demandando o fornecimento das insulinas análogas, às quais tiveram índice de procedência notadamente alto, com taxa de sucesso, no escopo analisado pelos autores, de 88%, sendo que as insulinas análogas constituem 84% do total demandado (Wang *et al.*, 2011, p. 11). Os autores também destacam que, devido à possibilidade de municípios complementarem os programas de assistência farmacêutica definidos pelo governo, cinco estados da federação optaram por fornecer algumas das insulinas análogas, justificando a inclusão por meio de argumentos utilizados pelos defensores desse tipo de insulina, sendo o Paraná um deles (Wang *et al.*, 2011, p. 7).

Entretanto, mesmo nessas circunstâncias, cada caso deve ser analisado de forma individual e sob a perspectiva de que o orçamento destinado à saúde deve ser utilizado de forma a proporcionar – em conformidade aos princípios do SUS – a garantia do direito à coletividade, isto é, ao maior número possível de cidadãos.

Em outras palavras, é necessário sopesar o direito à saúde do indivíduo e as necessidades da coletividade, pois, conforme a teoria dos direitos fundamentais, não há direitos ou garantias revestidos de caráter absoluto. Logo, razões decorrentes de relevante interes-

se público, como a efetivação da saúde à coletividade, possibilitam medidas restritivas por parte do Estado, desde que respeitados os termos estabelecidos pela Constituição.

De outro ponto de vista, um dos argumentos utilizados por aqueles que defendem a judicialização da saúde para obtenção de medicamentos é a não possibilidade de se restringir a tutela individual de tal direito em prol de interesses da coletividade. Argumenta-se, nesse sentido, que não deve o Judiciário atuar de forma utilitarista, de forma a sobrelevar o interesse coletivo acima dos direitos individuais; ou seja, não obstante as políticas públicas realizadas pelo Estado, as cortes não devem se eximir do ato decisório a favor das violações individuais (Chueiri; Sampaio, 2009, p. 60).

Ainda nesse sentido, a vertente favorável à judicialização defende o argumento apresentado pelas autoras de que não cabe ao juiz interpretar argumentos morais e políticos, de modo a assumir a postura de legislador e, assim, decidir qual o melhor interesse da coletividade, em contraponto ao que seria a melhor decisão para o caso específico, sob uma perspectiva individual (Chueiri; Sampaio, 2009, p. 62).

Contudo, conforme já destacado ao longo do presente trabalho, o que se tem, em âmbito de judicialização da saúde para obtenção de medicamentos, é a provocação de impactos orçamentários concretos e incontestáveis, que afetam a prestação de tal direito à coletividade, o que suscita a questão de, também, haver ofensa aos princípios estruturantes do SUS, bem como, ao se analisar o caráter socioeconômico daqueles que ingressam na via judicial para obter tutela relacionada a tal finalidade, baixa eficácia no auxílio daqueles que ocupam posições mais vulnerabilizadas.

Nesse sentido, conforme a posição de Barcellos (2009, p. 2165), anteriormente apresentada, as possibilidades fáticas e jurídicas existentes se colocam como fatores determinantes nas decisões acerca da efetivação da saúde, pois, em que pese se parta do comando constitucional do caput do art. 196 da Constituição Federal, as possibilidades se colocam como limitadoras e, portanto, exigem a aplicação da ponderação, visando o amparo de toda a sociedade.

Por consequência, apesar de o cenário ideal ser aquele em que não se faz necessário restringir demandas individuais em prol do interesse da coletividade – o que constitui uma perspectiva justa –, os impactos financeiros causados por aquelas, bem como as ofensas aos princípios do SUS decorrentes, tornam tal postura impraticável. Deve-se compreender que a atuação judicial é limitada, de forma que sua efetivação será mais eficiente se as decisões ponderarem caso a caso, tendo em vista os limites fáticos e jurídicos existentes.

Assim sendo, é necessário questionar se as demandas judiciais por medicamentos estão sendo adequadamente julgadas e ponderadas pelos tribunais brasileiros. Ferraz (2009, p. 9) denuncia uma postura adotada pelas cortes nacionais que não se enquadra nesses termos de adequação:

Quanto ao resultado do litígio, o modelo brasileiro é caracterizado por uma taxa de sucesso extremamente elevada para os reclamantes. [...] a maioria dos juízes e tribunais brasileiros, incluindo o STF, vê o direito à saúde como um direito individual à satisfação de todas as necessidades de saúde com o tratamento mais avançado disponível, independentemente dos custos.

Por se tratar de direito social elevado pelo artigo 6º da Constituição Federal de 1988 ao *status* de garantia fundamental, a jurisprudência atual tende a compreender haver uma legitimidade inerente a essas demandas, de forma a essas ações serem, apenas pelo seu fim pretendido, suficientes em si mesmas para justificar as pretensões individuais que chegam ao Judiciário (Freitas, 2017, p. 12).

O Judiciário tende a julgá-las sem a devida cautela quanto às consequências relativas aos impactos orçamentários e aos princípios de equidade e universalidade característicos do SUS. A análise se encerra no fato de, por se tratar de direito relacionado à dignidade do demandante, ser legítima e justificada a pretensão. Entretanto, essa compreensão é problemática, pois a judicialização da saúde deixa de ser instrumento complementar e excepcional para se configurar como regra. Com isso, volumosos e prejudiciais impactos no orçamento da saúde são ocasionados.

Segundo dados disponibilizados pelo Tribunal de Contas da União (TCU), obtidos a partir de auditoria que abrangeu a União, Estados e Municípios, os gastos da união com processos judiciais relativos à saúde, em 2015, foram da ordem de R\$ 1 bilhão, valor que representa um aumento de mais de 1.300% (de R\$ 70 milhões para R\$ 1 bilhão) em sete anos (de 2008 para 2015). O fornecimento de medicamentos, alguns sem registro no Sistema Único de Saúde, corresponde a 80% das ações.

Ainda, no período de 2010 a 2015, mais de 53% desses gastos se concentraram em três medicamentos que não fazem parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), sendo que um deles não possui registro na ANVISA.

Não obstante esses dados referentes aos gastos da União permitam uma compreensão acerca do impacto financeiro da judicialização da saúde para a obtenção de medicamentos, também devem ser analisadas as questões inerentes a cada estado da federação, como população, densidade demográfica, grau de estruturação do seu sistema de saúde e as condições econômicas do estado, pois consistem em fatores que interferem nos recursos direcionados ao setor da saúde (Leite; Bastos, 2018, p. 104).

Especificamente sobre o estado do Paraná, a partir de estudo descritivo em que se levantou dados sobre demandas judiciais por medicamentos cumpridas pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SES/PR), tem-se que o valor despendido pela SES/PR para adquirir medicamentos por determinação judicial, entre 2013 e 2017, alcançou cifra da ordem de R\$648 milhões (Pontarolli; Rossignoli; Moretoni, 2018, p. 178).

Os autores ainda destacam que esse crescimento constante na mobilização de recursos ocorreu sem qualquer previsibilidade, resultando em impactos significativos na gestão das políticas públicas e cumprimento das determinações judiciais.

Além dos impactos financeiros, é relevante analisar a judicialização sob a perspectiva da finalidade de efetivar o direito à saúde. Ainda que não se possa obter uma conclusão definitiva a esse respeito, Ferraz (2009, p. 12) identificou a ocorrência de maior volume de ações de judicialização da saúde em estados cujo índice socioeconômico é mais elevado:

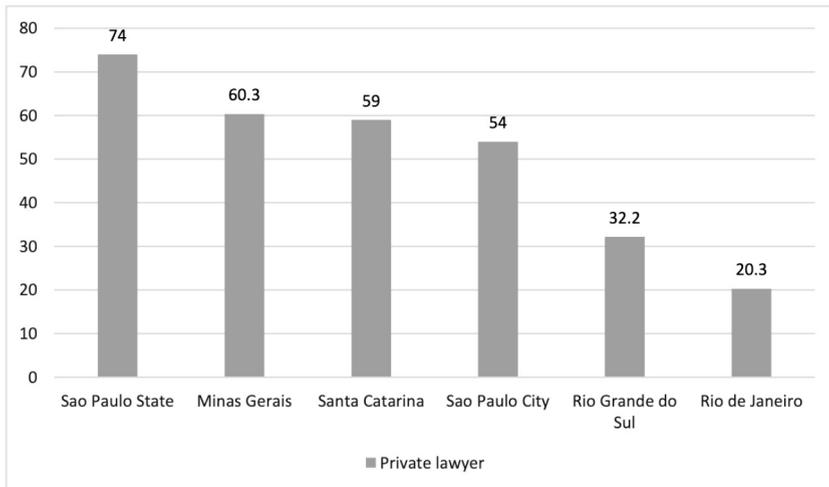
Como pode ser visto, a maior parte dos litígios em nível estadual se concentra em poucos estados das regiões mais ricas do sul e sudeste do país. Apenas Rio Grande do Sul e Minas Gerais, sozinhos, contabilizam 54% das ações judiciais relacionadas à saúde. Se também considerados Rio de Janeiro e São Paulo, chega-se a impressionantes 82% das ações judiciais concentradas em quatro dos estados mais desenvolvidos do Brasil (todos estados com alto IDH).

Sendo assim, a judicialização não se caracteriza por ser um mecanismo que “vem de baixo” e, dessa forma, viabiliza o acesso e a efetivação do direito à saúde àqueles mais necessitados e socialmente vulnerabilizados. Em outras palavras, a compreensão de que a judicialização não deve ser o principal meio de se garantir o direito à saúde, e sim uma forma excepcional e complementar de efetivá-lo, não tem sido observada pelas cortes nacionais na prática.

Os dados examinados e a conclusão proposta pelo autor (2017, p. 10), mesmo que feita com a ressalva de não ser definitiva, vão no sentido de indicar que é volumosa a judicialização por cidadãos cuja condição socioeconômica não os caracteriza como marginalizados:

Em vez de melhorar a prestação de benefícios da saúde que são extremamente necessários pelos mais desfavorecidos – como saneamento básico, acesso razoável à saúde primária, e programas de vacinação – esse modelo desvia recursos essenciais do orçamento da saúde, para o financiamento de medicamentos, na sua maioria de alto custo, reivindicados por indivíduos já privilegiados em termos de condições e serviços de saúde.

Exemplo disso é a porcentagem de casos em que houve atuação de advogados particulares na proposição da demanda:

Graph 2: Percentage of claims represented by private lawyers

Fonte: Adaptado de Ferraz (2009).

A partir dessa análise, conclui-se que ocorre contraposição aos princípios de universalidade e equidade do SUS, pois a maioria das ações de medicamentos são decorrentes de demandas individuais (Oliveira; Nascimento; Lima, 2018, p. 4). Portanto, além de consistir em um fenômeno cujo crescimento constante implica na alocação de recursos sem previsibilidade, provocando modificações acerca dos recursos previamente estabelecidos e destinados à saúde, sua ocorrência não reflete um meio de efetivação da saúde aos mais necessitados, bem como não se beneficia a coletividade, e sim um número limitado de cidadãos.

A análise de dados obtidos pela SES/PR comprova que, ao serem proferidas sem o necessário fundamento sólido, o deferimento das demandas por medicamentos não constitui solução ao problema da efetivação do direito à saúde, em que pese contribua para a permanência da desigualdade existente entre a população, pois desorganiza o planejamento e resulta em ineficácia em relação aos cidadãos mais necessitados de tutela jurídica para efetivação do direito à saúde (Freitas, 2017, p. 19).

Adiante, para melhor compreender a complexidade da situação no Brasil, convém analisar a forma como o sistema inglês *National Health Service* (NHS), que inspirou o SUS, lida com questões de judicialização. Não obstante existirem notórias diferenças relacionadas ao Produto Interno Bruto (PIB), Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e à extensão geográfica e populacional dos dois países, ambos operam sistemas universais de saúde, sendo que na Inglaterra são notadamente menos recorrentes os casos de judicialização

da saúde para obtenção de medicamentos. Dessa forma, ainda que com tais ressalvas metodológicas, é relevante analisar a distinta forma como os dois sistemas lidam com o fenômeno analisado na presente pesquisa.

Ao analisar o histórico de surgimento e desenvolvimento do NHS, Wang (2018, p. 14) constata que houve uma transformação notória na jurisprudência inglesa, que deixou de simplesmente aplicar o teste *Wednesbury unreasonableness* e passou a realizar um controle rigoroso das decisões de alocação de recursos. Essa verificação se constitui pela fundamentada exposição de razões da decisão, de forma que a análise do caso concreto seja concluída com base em sólidos argumentos e fundamentos, garantindo que o processo decisório seja justificado de modo robusto e sem arbitrariedades (Craig, 2008, p. 283).

Essa mudança jurisprudencial, passando de um primeiro estado no qual as demandas seriam analisadas superficialmente pelo teste *Wednesbury unreasonableness*, para um outro caracterizado pela detida fundamentação da decisão, foi acompanhada por uma alteração no próprio NHS. Wang (2018, p. 18) explica que a forma como o NHS define as prioridades também se alterou, passando de uma fase de argumentação implícita para outra em que se realiza um racionamento fundamentado sobre o quê (aquilo que está sendo negado), como e por que –portanto, com transparência e clareza quanto às razões e os processos de decisão.

Um dos impactos dessa mudança de perspectiva no NHS foi a ênfase na chamada justiça procedimental atinente ao *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), no sentido de motivar explicitamente as motivações com transparência:

[...] é preciso que as avaliações do NICE sejam legítimas. Buscou-se atingir esse objetivo por meio da ênfase na *justiça procedimental* no âmbito do NICE, o que significa que “os processos pelos quais as decisões de cuidados de saúde são racionados são transparentes e que as razões para as decisões administrativas são explícitas” (Wang, 2018, p. 26).

Sendo assim, um controle judicial mais rigoroso fez com que o NHS realizasse escolhas motivadas e alinhadas conforme a *accountability for reasonableness*, cujos resultados são evitar a judicialização e melhor contestar ou cumprir as decisões judiciais (Wang, 2018, p. 29).

Portanto, a mudança jurisprudencial ocorrida na Inglaterra foi acompanhada por uma alteração na forma de atuação do próprio sistema de saúde. Essa situação se relaciona com a judicialização pelo fato de que, com essa transformação referente à forma e ao teor da fundamentação das decisões administrativas, uma decisão de racionamento do direito à saúde dificilmente seria mantida pelos tribunais se não forem bem fundamentadas e dotadas de publicidade, relevância e questionamento (Wang, 2018, p. 29).

Em outras palavras, apesar de também ser um sistema universal de saúde, o NHS é organizado de forma que a judicialização para obtenção de medicamentos não se configura como um meio recorrente para se efetivar o direito à saúde, e sim como uma exceção. Para isso, não apenas a relação entre o sistema de saúde e as agências reguladoras é mais contundente, no sentido de a regulação ser mais rígida e inflexível, pautada em critérios bem delimitados que, em razão de assim serem, dificilmente serão questionados ou haverá situação em que o Judiciário decidirá de forma a contrariá-los.

Além disso, os próprios juízes decidem de forma distinta da que ocorre no Brasil, pois, conforme a lógica da *accountability for reasonableness*, fundamentam e pautam suas decisões de forma minuciosa, não se valendo de premissas ou sendo guiados pelo caráter social do direito à saúde. Assim, devido à diferente forma de organização e atuação das agências reguladoras e do próprio Judiciário, o NHS e o SUS, ambos sistemas de saúde universais, são afetados pela judicialização da saúde para obtenção de medicamentos de modo completamente distinto.

Não obstante se tratem de dois países com contextos socioeconômicos diferentes, a maior rigidez na determinação de parâmetros e critérios para a disponibilização de medicamentos pelo Judiciário existente na Inglaterra apresenta panoramas que, ao serem considerados juntamente aos notórios impactos orçamentários que a judicialização causa no sistema de saúde brasileiro, bem como às ofensas aos princípios do SUS e à inexistência de uma efetivação do direito à saúde aos mais necessitados, podem ser vistos como orientações para a conciliação deste fenômeno no Brasil.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A judicialização da saúde no Brasil, ao emergir como uma resposta à insuficiência do SUS, suscita complexidades que transcendem o simples ato de buscar medicamentos ou tratamentos por meio do Judiciário. Embora a Constituição de 1988 consagre a saúde como um direito social fundamental, a realidade enfrentada por muitos cidadãos evidencia lacunas estruturais que limitam o acesso equitativo a serviços de saúde. O artigo 196 da Constituição impõe ao Estado o dever de garantir a saúde como um direito universal, o que deveria assegurar que todos os cidadãos tivessem acesso a cuidados médicos necessários.

Entretanto, a realidade é marcada por desigualdades no acesso, exacerbadas por um sistema que não consegue atender adequadamente à demanda crescente. A judicialização, que se intensificou nos últimos anos, revela não apenas a urgência de atendimento individual, mas também um desvio de recursos que deveriam ser destinados ao bem coletivo.

Além disso, essa dinâmica judicial não apenas desvia recursos, mas também favorece majoritariamente indivíduos de classes socioeconômicas mais altas, com melhores condições para litigar e acessar informações sobre seus direitos. Esse fenômeno perpetua

um ciclo de desigualdade, no qual o acesso à saúde se torna um privilégio em vez de um direito universal. As estatísticas mostram que a maioria das demandas está concentrada em estados mais ricos, sugerindo que a judicialização, em vez de ser uma solução inclusiva, marginaliza ainda mais os grupos vulneráveis que, muitas vezes, não conseguem acessar o sistema judicial.

O impacto financeiro da judicialização é significativo e crescente. Em 2015, os gastos do governo com ações judiciais na área da saúde ultrapassaram R\$1 bilhão, um aumento de mais de 1.300% em um período de sete anos. Esse montante, em grande parte, é direcionado à compra de medicamentos não incorporados nas listas do SUS, refletindo uma falha na gestão de recursos e na priorização de políticas de saúde. Essa situação não apenas compromete o financiamento da saúde pública, mas também gera uma alocação ineficiente de recursos, que poderiam ser utilizados para a melhoria da infraestrutura e da qualidade do atendimento.

Diante desse cenário, a comparação com sistemas de saúde de outros países, como o NHS, do Reino Unido, oferece perspectivas valiosas. O sistema inglês tem conseguido, por meio de uma gestão transparente e bem fundamentada, minimizar a judicialização ao garantir que as decisões administrativas sejam claras e baseadas em evidências. Essa abordagem promove uma alocação mais justa dos recursos e reduz a necessidade de intervenções judiciais, proporcionando uma gestão mais eficaz dos direitos à saúde.

Para mitigar os desafios impostos pela judicialização, é imperativo que o Brasil reavalie suas políticas de saúde. Uma estratégia viável seria o fortalecimento da (CONITEC) e a implementação de plataformas nacionais que centralizem informações sobre demandas de medicamentos e tratamentos (Tema 1234/STF). Essas iniciativas não apenas promoveriam maior transparência, mas também facilitariam a comunicação entre os órgãos de saúde e o Judiciário, permitindo uma gestão mais eficiente e equitativa dos recursos de saúde.

Em conclusão, a judicialização da saúde no Brasil deve ser entendida como um fenômeno que revela as fragilidades do sistema de saúde e a necessidade de reformas profundas. A saúde deve ser tratada não apenas como um direito individual, mas como um bem comum que requer um comprometimento coletivo para sua efetivação. O foco deve ser na construção de um sistema coeso e integrado, que priorize a equidade no acesso e a dignidade do ser humano, assegurando que todos os cidadãos possam usufruir de seus direitos à saúde de forma plena e igualitária. Essa transformação requer um esforço conjunto entre o Estado, a sociedade civil e o Judiciário, a fim de garantir que a saúde deixe de ser um campo de disputas judiciais e se torne um direito efetivo e acessível a todos.

REFERÊNCIAS

BAIL, Dagmar Corrêa da Silva. **Judicialização do acesso a medicamentos e políticas públicas: um estudo de caso do estado do Paraná de 2018 a 2020**. 2023. 128f. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Governança Pública) – Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Governança Pública, Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR), Curitiba, 2023. Disponível em: <https://repositorio.utfpr.edu.br/jspui/handle/1/31427>. Acesso em: 11 jan. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2014-2024)**. Brasília, DF: ANS, 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 14 nov. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Registro de novos medicamentos: saiba o que é preciso**. Brasília, DF: ANVISA, 2018. Disponível em: https://antigo.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=5062720&_101_type=content&_101_groupId=219201&_101_urlTitle=registro-de-novos-medicamentos-saiba-o-que-e-preciso&inheritRedirect=true. Acesso em: 14 out. 2024.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf. Acesso em: 12 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saiba como é o processo de recomendação de inclusão de medicamentos e procedimentos no SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/julho/saiba-como-e-o-processo-de-recomendacao-de-inclusao-de-medicamentos-e-procedimentos-no-sus#:~:text=No%20Brasil%2C%20para%20que%20um,%C3%A9nico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(Conitec\)](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/julho/saiba-como-e-o-processo-de-recomendacao-de-inclusao-de-medicamentos-e-procedimentos-no-sus#:~:text=No%20Brasil%2C%20para%20que%20um,%C3%A9nico%20de%20Sa%C3%BAde%20(Conitec)). Acesso em: 11 jan. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (Primeira Seção). **REsp n. 1657156/RJ**. Recorrente: Estado do Rio de Janeiro. Recorrido: Fatima Theresa Esteves dos Santos de Oliveira. Relator: Ministro Benedito Gonçalves, 25 abr. 2018. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201700256297&dt_publicacao=04/05/2018. Acesso em: 11 jan. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Plenário). **STA n. 175 AgR/CE**. Agravante: União. Agravado: Estado do Ceará. Relator: Ministro Gilmar Mendes, 17 mar. 2010. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=610255>. Acesso em: 11 jan. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Plenário Virtual). **RE n. 657718/MG**. Recorrente: Alcirene de Oliveira. Recorrido: Estado de Minas Gerais. Relator: Ministro Marco Aurélio, 22 maio 2019. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=754312026>. Acesso em: 11 jan. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Plenário). **RE n. 1366243/SC**. Recorrente: Estado de Santa Catarina. Recorrido: Roger Henrique Testa. Relator: Ministro Gilmar Mendes, 16 set. 2024b. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur514534/false>. Acesso em: 11 jan. 2025.

BARCELLOS, Ana Paula de. Artigos 196 ao 200. *In*: BONAVIDES, Paulo; MIRANDA, Jorge; AGRA, Walber de Moura (org.). **Comentários à Constituição Federal de 1988**. Rio de Janeiro: Forense, 2009. p. 2161-2212.

CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita Barradas. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 25, n. 8, p. 1839-1849, ago. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/btPynPdQLS3LzjgyLmRMGhR/?lang=pt>. Acesso em: 13 jun. 2024

CHUEIRI, Vera Karam de.; SAMPAIO, Joanna Maria de Araújo. Como levar o Supremo Tribunal Federal a sério: sobre a suspensão de tutela antecipada n. 91. **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 45-66, jan./jun. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdgv/a/hhTXyY38kDxkKPLVrjxdk9k/?lang=pt#>. Acesso em: 10 nov. 2024.

CNJ – CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Judicialização da saúde no Brasil**: dados e experiência. Coordenação Felipe Dutra Asensi e Roseni Pinheiro. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015.142p. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2018/01/4292ed5b6a888bd-cac178d51740f4066.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2025.

CNJ – CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Relatório Analítico Propositivo. Justiça Pesquisa. **Judicialização da Saúde no Brasil**: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília, DF: CNJ; Instituto de Ensino e Pesquisa, 2019. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wpcontent/uploads/2019/03/66361404dd5ceaf8c5f7049223bdc709.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2024.

CRAIG, Paul Philip. **Administrative Law**. 6. ed. Oxford: Oxford University Press, 2008.

FERRAZ, Octavio Luiz Motta. The right to health in the courts of Brazil: still worsening health inequities? **Health Hum Rights**, v. 11, n. 2, 2009. Disponível em: <https://www.hhrjournal.org/2013/08/29/the-right-to-health-in-the-courts-of-brazil-worsening-health-inequities/>. Acesso em: 11 jan. 2025.

FREITAS, Daniel Castanha de; VALLE, Vivian Cristina Lima López; GAZOTTO, Gustavo Martinelli Tangelini. Aportes da análise econômica no estudo da judicialização da saúde e o risco da promoção desigual de direitos. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 12, p. 428-449, 2022. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/RBPP/article/view/7736>. Acesso em: 08 nov. 2024.

FREITAS, Daniel Castanha de. Medicamentos de alto custo no Brasil: análise da política nacional de medicamentos e balizas para a adoção de critérios nas decisões do poder judiciário. **Revista da AJURIS**, Porto Alegre, v. 44, n. 142, p. 43-72, jun. 2017. Disponível em: <https://revistadaajuris.ajuris.org.br/index.php/REVAJURIS/article/view/630>. Acesso em: 19 ago. 2024.

LEITE, Ivan Corrêa; BASTOS, Paulo Roberto Haidamus de Oliveira. Judicialização da saúde: aspectos legais e impactos orçamentários. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 102-117, jan./abr. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/18659>. Acesso em: 02 out. 2024.

OLIVEIRA, Luciane Cristina de; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira. O acesso a medicamentos em sistemas universais de saúde – perspectivas e desafios. **Saúde Em Debate**, p. 286-298, 2018.

PERLINGEIRO, Ricardo. Recognizing the public right to healthcare: the approach of Brazilian courts. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 19-37, jan./abr. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rinc/a/rdfvM5MH5GmkrdGLNWhvKSd/abstract/?lang=en#>. Acesso em: 20 out. 2024.

PONTAROLLI, Deise; ROSSINGOLI, Paula; MORETONI, Claudia. **Panorama da Judicialização de Medicamentos na Secretaria Estadual de Saúde do Paraná**. In: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo (org.). Coletânea direito à saúde: dilemas do fenômeno da judicialização da saúde. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2018. (Coletânea Direito à Saúde, v. 2). Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Publicacoes>. Acesso em: 2 nov. 2024.

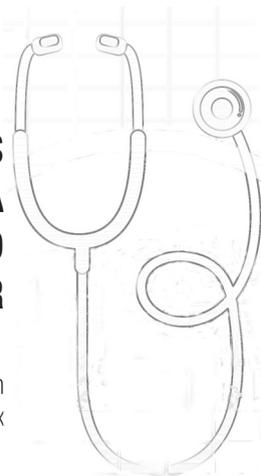
SILVA, Virgílio Afonso da. **Direito constitucional brasileiro**. 1. ed. 2. reimpr. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2021.

VERONESE, Alexandre. Artigo 6º. In: BONAVIDES, Paulo; MIRANDA, Jorge; AGRA, Walber de Moura (org.). **Comentários à Constituição Federal de 1988**. Rio de Janeiro: Forense, 2009. p. 353-370.

WANG, Daniel Wei Liang. De Wednesbury unreasonableness a accountability for reasonableness: controle judicial e a alocação de recursos em saúde na Inglaterra. **Revista Jurídica da Presidência**, Brasília, v. 20, n. 121, p. 268-309, jun./set. 2018. Disponível em: <https://revistajuridica.presidencia.gov.br/index.php/saj/article/view/1816/1244>. Acesso em: 11 jan. 2025.

WANG, Daniel Wei Liang *et al.* Judiciário e fornecimento de insulinas análogas pelo Sistema Público de Saúde: direitos, ciência e política pública. **Casoteca Direito GV**, p. 1-24, 2011. Disponível em: <https://direitosp.fgv.br/casoteca/judiciario-fornecimento-insulinas-analogas-pelo-sistema-publico-saude-direitos-ciencia-politicas>. Acesso em: 15 set. 2024.

A CONSIDERAÇÃO DE ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS NA QUANTIFICAÇÃO DA INDENIZAÇÃO POR DANOS ESTÉTICOS NO TJPR



Marina Soares Jenisch
Rebeca Dionysio Felix

SUMÁRIO

1 Introdução. **2** A indenização por dano estético. **2.1** O conceito de dano estético: a teoria *versus* a aplicação concreta. **2.2** A quantificação da indenização por dano estético. **3** O dano estético por erro médico nas decisões do TJPR. **4** A desigualdade socioeconômica como fator determinante no acesso à saúde. **5** Considerações finais. Referências.

1 INTRODUÇÃO

Há diferentes aspectos a serem considerados quando se fala em direito à saúde, dentre eles, com especial destaque no presente estudo, o acesso a recursos financeiros e de *status* sociais. Tendo isso em vista, esta pesquisa teve como objetivo verificar se o aspecto socioeconômico das vítimas é levado em consideração para quantificar a indenização por danos extrapatrimoniais nas decisões relativas ao dano estético causado por erro médico, a partir de decisões do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná.

Fernando Gomes Correia-Lima, em revisão de literatura sobre o tema, define erro médico como “conduta (omissiva ou comissiva) profissional atípica, irregular ou inadequada, contra o paciente durante ou em face de exercício médico que pode ser caracterizada como imperícia, imprudência ou negligência, mas nunca como dolo” (2012, p. 19). O autor destaca, ainda, que, embora exista dano decorrente de procedimentos médicos sem erro médico, decorrente dos riscos inerentes à atividade médica, é somente sobre os casos de erro médico em que teremos a incidência da proteção jurídica (Correia-Lima, 2012).

Dessa forma, a escolha dos casos de dano estético por erro médico possibilita restringir a pesquisa aos casos de dano estético causados dentro do ambiente hospitalar, ou seja, casos diretamente relacionados com a saúde do paciente, sem que se eximam de responsabilidade os profissionais pelos casos decorrentes de riscos naturais dos procedimentos.

A escolha por tratar de aspectos socioeconômicos da vítima parte da importância deles no acesso à saúde. Amartya Sen (2002) ressalta: se dois indivíduos com as mesmas

predisposições em relação à saúde ficam doentes e um deles é rico e o outro é pobre, o rico consegue curar a doença, enquanto o pobre, sem recursos, sofre com ela. O acesso a esse direito se relaciona muito aos recursos possuídos, dada a mercantilização da saúde.

Partindo dessas premissas, os objetivos específicos do presente estudo foram: (i) entender o dano estético como dano extrapatrimonial independente do dano moral; (ii) compreender como a literatura entende o processo de quantificação do dano estético; (iii) descobrir como a desigualdade no acesso à saúde afeta a ocorrência de danos estéticos e como esse impacto deve ser considerado na indenização; (iv) coletar dados a respeito da quantificação do dano estético, especialmente em seus aspectos socioeconômicos; e (v) compreender o impacto da desigualdade na judicialização do dano estético.

As metodologias utilizadas foram a de revisão bibliográfica e a de pesquisa quantitativa e qualitativa, feita a partir da seleção de acórdãos relacionados ao tema na ferramenta de busca de jurisprudência do TJPR.

Os acórdãos foram analisados com base em diferentes aspectos, sendo eles (i) a ocorrência de dano moral, (ii) a incidência de dano estético, (iii) o valor dessas indenizações, se houver, (iv) a concessão de justiça gratuita, (v) a presença de plano de saúde, (vi) o gênero, (vii) a idade, (viii) a profissão, (xx) a cidade, (xxi) a parte do corpo afetada, e (xxii) o tipo de procedimento. Esse último critério foi composto pelos seguintes tipos: curativo, reparador, diagnóstico, paliativo e estético.

Este artigo foi dividido em quatro partes. A primeira trata acerca da conceituação de dano estético e a sua diferenciação para com os danos morais. A segunda explica a metodologia empregada na pesquisa documental, ou seja, na busca e na análise dos acórdãos, e apresenta os resultados encontrados. A terceira trata acerca da desigualdade na saúde, com foco na influência dos aspectos socioeconômicos no acesso a esse direito e no papel do processo civil em garantir os direitos fundamentais e a igualdade material. Por fim, a quarta traz as conclusões desta pesquisa.

2 A INDENIZAÇÃO POR DANO ESTÉTICO

Para compreender o conceito de dano estético é preciso, primeiramente, apresentar brevemente a teoria do dano moral: para Judith Martins-Costa, conceito que adotamos nessa pesquisa, o dano moral é aquele que atinge a esfera dos direitos da personalidade da pessoa, causando danos que extrapolam os limites patrimoniais, sendo possível somente compensá-los, sem que haja uma reparação efetiva (Martins-Costa, 2014).

Ocorre que, em uma sociedade de risco, inserida na lógica capitalista, privilegia-se a busca por lucros, a partir de uma modernização vertiginosa, a qual não reconhece os limites da natureza e do próprio ser humano. Dessa forma, leva-se à existência de inúmeros

e novos riscos aos direitos de personalidade dos indivíduos, novas categorias de danos extrapatrimoniais são elaboradas, mesmo que com certa discordância de parcela significativa da doutrina, para atender à crescente demanda por reparação de danos morais (Silvestre; Ferreira, 2022, p. 7-8).

Dentre esses chamados “novos danos”, os danos biológicos, aqueles que dizem respeito à integridade física e psíquica da pessoa, e suas subdivisões, ganham maior força do que as demais categorias, especialmente na jurisprudência brasileira. Isso se explica, por exemplo, observando o âmbito estadual paranaense: enquanto uma pesquisa sobre dano ao projeto de vida, possui somente quatro resultados no banco de jurisprudência do TJPR, os danos estéticos possuem mais de mil resultados na mesma base de dados.

2.1 O conceito de dano estético: a teoria *versus* a aplicação concreta

O dano estético é o tipo da espécie do dano biológico que se configura pelo aspecto vexatório trazido à vítima, que, além do dano à integridade física externa ou interna por si próprio, sofre também de tormentos psicológicos decorrentes da marca deixada (Melo, 2020).

Teresa Ancona Lopez, em sua obra *Dano Estético: Responsabilidade Civil*, conceitua, em diálogo com filósofos gregos, o dano estético como a “lesão à beleza física”, evidenciando que essa beleza seria, contudo, muito relativa, e que o dano deveria ser analisado concretamente em face da modificação sofrida pelo indivíduo e seus impactos psicológicos, em qualquer nível que possam ser verificados (Lopez, 2021, p. 55-66).

Lopez (2021, p. 57-59) explicita, ainda, que a extensão do dano estético no Direito Penal, o qual entende a necessidade de lesão ou deformidade permanente e significativo para, é diferente da lesão no Direito Civil, no qual qualquer mudança provocada pelo ato lesivo no indivíduo, por menor que seja, seria capaz de gerar a necessidade de indenização, desde que comprovado o impacto psicológico.

Contudo, a autora entende que existe um critério inafastável na determinação do dano estético:

para que exista dano estético, **é necessário que a lesão que tornou mais feia determinada pessoa seja duradoura**, caso contrário, não se poderá falar em dano estético propriamente dito, mas em atentado reparável à integridade física ou lesão estética passageira que se resolve em perdas e danos habituais, incluindo se for o caso, verba para danos morais (Lopez, 2021, p. 60, grifo nosso).

É preciso notar, entretanto, que, na prática do judiciário brasileiro, pouco se considera o aspecto vexatório do dano estético, sendo ele, muitas vezes, equiparado ao dano corporal/biológico em sentido amplo, com a qualificação sendo feita meramente em face da lesão física ou psíquica:

Essa visão, há muito ultrapassada, que trazia em si uma grande carga de discriminação em face da pessoa com deficiência, evoluiu para se admitir o dano estético nos casos de marcas e outros defeitos físicos que causem à vítima desgosto ou complexo de inferioridade sem que haja, necessariamente, uma deformidade física. Hodiernamente pode-se afirmar que o dano estético consiste em **qualquer modificação, duradoura ou permanente, na aparência externa de uma pessoa** (Almeida, 2014, p. 2, grifo nosso).

Assim, o dano estético se distingue do dano moral em sentido estrito pelo seu impacto permanente no corpo do paciente, que se distancia do estado anterior aos eventos causados pelo dano, seja de maneira aparente ou interna.

2.2 A quantificação da indenização por dano estético

A indenização por dano estético de forma independente do dano moral já foi objeto de discordância, tanto no âmbito da doutrina quanto da jurisprudência, principalmente em face da classificação do dano estético como um dano moral.

Teresa Ancona Lopez, tratando dessa disputa conceitual, afirma que a separação da indenização do dano moral e do dano estético se dá em decorrência do alto nível de gravidade do dano estético, o qual decorre de deformação física ao corpo da pessoa, em comparação a outras espécies de danos morais, que ofenderiam direitos da personalidade, supostamente, menos gravosos:

o dano deformante à integridade física não é igual a qualquer outro tipo de dano moral; é, sem dúvida, a mais grave e mais violenta das lesões à pessoa, porque, além de gerar sofrimento pela transformação física (dano moral objetivo), o que não precisa ser provado, pois ninguém duvida das tristezas e humilhações pelas quais passa uma pessoa que, por exemplo, perdeu uma perna, gera um outro dano moral, que ao primeiro se soma, que é o dano moral à imagem social (Lopez, 2021, p. 189).

A repercussão desse debate o levou a repetitivos julgamentos no Superior Tribunal Justiça, e, subsequentemente, a consolidação da Súmula n. 387, de 2009, que firma a tese de que “É lícita a cumulação das indenizações de dano estético e dano moral”. Esse enten-

dimento foi consolidado a partir do parecer da relatoria de que o dano estético, atingindo aspectos físicos da vítima, não se confunde com aquele sofrimento psicológico compreendido como dano moral, sendo, portanto, cumuláveis os dois:

No âmbito dos danos à pessoa, comumente incluídos no conceito de dano moral, estão a dor sofrida em consequência do acidente, a perda de um projeto de vida, a diminuição do âmbito das relações sociais, a limitação das potencialidades do indivíduo, a “*perdre de jouissance de vie*” [...]. **Essas perdas, todas indenizáveis, podem existir sem o dano estético, sem a deformidade ou o aleijão, o que evidencia a necessidade de ser considerado esse dano como algo distinto daquele dano moral**, que foi considerado pela sentença. E tanto não se confundem que o defeito estético pode determinar, em certas circunstâncias, indenização pelo dano patrimonial, como acontece no caso de um modelo (Brasil, 1992, p. 7, grifo nosso).

Importa acrescentar que a cumulação com o dano material também é possível, em conformidade com a Súmula n. 37 do mesmo tribunal, de 1992 (Brasil, 2022).

O que ainda é passível de extensos debates, mesmo com a concretização nesse sentido, é a determinação do *quantum* indenizatório, que, assim como a quantificação dos danos morais, ainda não possui critérios fixos e universalizados para sua fixação. Atualmente, embora existam tentativas doutrinárias e legislativas de fixação de critérios ou mesmo valores para tais indenizações, na prática essa dosimetria é, invariavelmente, a critério do magistrado que recebe o caso (Lopez, 2021, p. 162-169).

Diferentemente do dano material, que se comprova na prática a partir da extensão concreta do dano à pessoa, o dano estético não consegue ser estabelecido *in natura*, tendo em vista que, aquele dano que possa ser integralmente reparado por cirurgia, para ampla maioria da doutrina, não enseja reparação por danos estéticos, pois as marcas deixadas não são duradouras (Lopez, 2021, p. 162-169).

E, mesmo para os poucos que entendem a permanência como não essencial ao dano, o valor da cirurgia não se equipara ao dano efetivamente sofrido:

No tocante ao dano decorrente de lesão estética, uma reparação *in natura* é, de certa forma, improvável de ocorrer, uma vez que, por mais bem sucedida que seja uma eventual cirurgia plástica reparatória, o sofrimento e angústia que geralmente decorrem desse tipo de lesão dificilmente serão esquecidos (Almeida, 2014, p. 4).

Dessa forma, a função da indenização por danos estéticos, em conformidade com o próprio uso da palavra, não é de reparar na íntegra o dano efetivamente sofrido, e sim apenas de compensá-lo na medida do possível (Gomes, 1972). Concretamente, a reparação por danos morais assume uma dupla função:

Na reparação dos danos morais, há uma dupla função: (i) a de pena ou expiação em relação ao culpado; e (ii) a de satisfação, em relação à vítima. Contudo, a função expiatória não é admitida por todos os estudiosos da matéria, pois, dizem eles, o que se tem em vista é proporcionar vantagens ao ofendido (Lopez, 2021, p. 165).

Permanece, dessa forma, o problema: não sendo fixada uma indenização em lei, e nem aferível diretamente no caso concreto, é preciso que o juízo, sobre o qual recai a competência para fixar o valor da indenização, tenha critérios para fazer essa qualificação. Dessa forma, mesmo que a indenização seja sempre vinculada ao caso concreto, as disparidades legislativas são minimizadas.

Lopez lista, a partir de estudo da jurisprudência, seis critérios principais a serem utilizados para tal fixação:

(i) grau de culpa do ofensor; (ii) tamanho do dano, objetivamente considerado; (iii) circunstâncias particulares do ofendido (sexo, idade, condições sociais, beleza, situação familiar); (iv) perda das chances de vida e dos prazeres da vida social ou da vida íntima; (v) igualdade de tratamento dos sexos (CF, art. 5o, I); e (vi) condições do ofensor, sempre lembrando que a responsabilidade civil não foi criada para enriquecimento da vítima, mas para justa reparação do mal. A justiça tem os dois lados: se o ofensor tem dinheiro para pagar melhor, isso não significa que, em sendo ele rico, deve-se determinar uma indenização muito além daquela que parece justa. O quantum deverá ser tal que o desencoraje de outros atos, ou seja, é o valor de desestímulo (Lopez, 2021, p. 172-173).

Consideremos, neste trabalho, que esses critérios podem ser sintetizados em três categorias principais a serem estudadas no momento da quantificação da indenização: i. gravidade e extensão do dano; ii. grau de culpa do agente; iii. fatores sociais e econômicos das partes envolvidas.

Dessa forma, na próxima seção, serão analisadas as aplicações concretas dos referidos critérios na jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná.

3 O DANO ESTÉTICO POR ERRO MÉDICO NAS DECISÕES DO TJPR

Para compreender os critérios de quantificação da indenização do dano estético por erro médico efetivamente utilizados no âmbito do judiciário estadual paranaense, realizou-se o levantamento da jurisprudência sobre a temática.

A primeira etapa da seleção dos julgados foi feita com a inclusão dos termos “Dano Estético” e “Erro Médico” no campo de pesquisa livre da plataforma de pesquisa de jurisprudências do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. Ainda, foi delimitada a data de julgamento para o período entre o dia 26 de agosto de 2009, data em que houve o julgamento do STJ favorável a cumulação de Dano Estético e Dano Moral que levou a concretização da Súmula n. 387, e 01 de setembro de 2024, data do levantamento.

A partir desses critérios, no levantamento final das pesquisas, foi encontrado o total de oitenta e seis acórdãos. Em seguida, as decisões disponibilizadas de todos esses processos foram estudadas em sua íntegra, sendo a análise realizada a partir de quatorze critérios.

Primeiramente, foram coletadas informações gerais do processo: Classe Processual, Órgão Julgador, Relator, Comarca e Data de Julgamento. Em seguida, com a leitura da íntegra dos acórdãos, foram coletadas informações sobre o tipo do procedimento e o local afetado pelo dano.

Quanto ao tipo de procedimento, foi utilizada a classificação de procedimentos em curativo, reparador, diagnóstico, paliativo e estético: (1) O procedimento curativo é aquele que tem como meta a cura, ou seja, busca dar fim a uma doença – exemplo: apendicectomia. (2) O procedimento reparador, por sua vez, tem como objetivo a reconstrução artificial de um tecido – exemplo: enxerto de pele. (3) Já o procedimento diagnóstico visa coletar amostras ou imagens necessárias para diagnosticar determinada doença – exemplo: biópsia. (4) O procedimento paliativo procura melhorar a qualidade de vida do paciente ou estender a sobrevida – exemplo: colostomia. (5) Por fim, o procedimento estético tem finalidade de alterar a aparência de alguma parte do corpo – exemplo: mamoplastia. Em alguns casos, contudo, o procedimento era o de parto, não se encaixando em nenhum dos anteriormente definidos e criando-se essa nova categoria.

Também se levantaram dados quanto à idade na data dos fatos, gênero e profissão da parte autora, além da existência ou não de plano de saúde e da concessão ou não de justiça gratuita ao autor nos autos. Por fim, registrou-se a concessão ou não de danos morais e de danos estéticos e o valor respectivo de cada indenização nos casos em que foi deferido o pedido.

Dos oitenta e seis processos localizados no momento da coleta, onze foram removidos da análise, sendo quatro decisões excluídas da análise por conta de o acórdão somente tratar de questões processuais, não adentrando na matéria fática; seis processos excluídos por estarem em segredo de justiça e, por fim, um processo por fuga temática, tendo em vista que, embora cite os termos utilizados na busca, tratou de questões adversas.

Quanto às decisões referentes à procedência dos pedidos indenizatórios, tem-se que doze casos negaram provimento tanto ao dano moral quanto ao dano estético. Ainda, em vinte processos o relator decidiu pela concessão de dano moral, mas não do dano estético:

Tabela 1: Das razões de indeferimento do dano moral em processos com deferimento do dano estético

Números dos Autos			Legenda
0000002-01.0001.4.96.1400	0018489-84.2012.8.16.0021	0018656-78.2019.8.16.0014	Sem nexa causal entre conduta do médico e dano.
0000002-01.2000.4.02.6200	0007036-28.2013.8.16.0031	0002201-08.2017.8.16.0176	Sem identificação de dano estético indenizável.
966261-3	0010564-20.2014.8.16.0004	0000080-12.2004.8.16.0063	Dano como consequência natural do procedimento a que foi submetido o paciente.
1261191-3	0001731-09.2005.8.16.0075	0002001-09.2021.8.16.0031	Falecimento da vítima do dano.
1520148-2	0009819-34.2019.8.16.0014	0008530-26.2013.8.16.0160	Dano que não traz consequências vexatórias ao paciente.
0006369-40.2016.8.16.0030	0003922-65.2019.8.16.0130	0031000-91.2019.8.16.0014	Trataram o dano estético conjuntamente com o dano moral
0028445-39.2012.8.16.0017	0003343-28.2020.8.16.0019		

Fonte: Elaboração Própria.

Somente em quarenta e três (57%) dos processos, portanto, houve o deferimento do pedido autoral de danos estéticos, sendo esses os processos constantes nos dados a serem analisados em seguida. Desses, somente um caso não teve o deferimento conjunto de danos morais, afirmando que a incisão que causou a cicatriz foi feita adequadamente, somente sendo perceptível dano pelo prejuízo estético posterior.

Transcorrido esse filtro inicial dos processos, passou-se a análise do efetivo objeto dessa pesquisa: os valores concedidos a título de indenização por dano estético e os critérios utilizados para tal quantificação.

No geral, resulta-se da análise realizada de valores indenizatórios por dano estético uma variação que vai de R\$ 1.000 a R\$ 120.000,00, sendo a média do valor indenizatório de R\$ 18.976,74. Ressalta-se, contudo, que no processo cujo valor arbitrado foi de R\$ 120.000,00, valor 140% superior ao segundo maior valor indenizatório (este arbitrado em 50 mil reais), a quantificação da indenização foi feita conjuntamente para os danos morais e estéticos, não sendo feito o arbitramento individual dos valores.

Nesse sentido, percebe-se que a média das indenizações totais de danos extrapatrimoniais nos processos (considerados danos estéticos e morais) é de R\$ 56.093,02, quase três vezes maior do que a média do dano estético, com valores que variam entre R\$ 5.000,00 e R\$ 450.000,00.

Retomando-se a hipótese de critérios apresentados na seção dois deste artigo, dividem-se em três os critérios para a fixação desse valor: i. gravidade e extensão do dano; ii. grau de culpa do agente; e iii. fatores sociais e econômicos das partes envolvidas.

Quanto ao grau de culpa do agente, percebe-se que tal análise se concretiza no momento da responsabilização civil do médico. Para os casos dos procedimentos estéticos, a jurisprudência vem entendendo ser a responsabilidade de resultado, ou seja, exigível o resultado prometido quando da contratação do procedimento. A regra geral para a responsabilização médica é, contudo, a responsabilidade de meio, não se aferindo a culpa a partir do resultado obtido e sim se o procedimento foi realizado conforme os padrões exigíveis.

Ainda, destaca-se que, seja em procedimentos estéticos ou não-estéticos, a responsabilidade do médico é subjetiva, sendo, em casos de ausência de negligência do agente, a responsabilidade afastada como um todo (Gagliano, 2017). Dessa forma, sendo aferida a conduta do médico já no momento da responsabilização, pouco se discute o grau de culpabilidade do agente no momento da quantificação nos casos de dano estético por erro médico.

Tampouco perceptível uma influência efetiva dos fatores socioeconômicos, terceiro critério teórico de fixação da indenização. Embora em muitos processos se mencione tais fatores, uma análise mais detalhada permite observar que não há impacto real nos valores das indenizações.

Quanto ao gênero, embora no valor da indenização por dano estético tenha sido possível perceber um impacto grande, sendo a média do valor indenizatório dos autores identificados como masculinos (quinze processos) de R\$ 15.466,67, enquanto a das autoras (vinte e oito processos) foi de R\$ 20.857,67. Contudo, essa diferença acabou sendo invertida no somatório das indenizações extrapatrimoniais, sendo a média masculina de R\$ 73.866,67, enquanto a feminina de apenas R\$ 46.571,43.

Acredita-se que esse resultado possa ser consequência de uma tentativa de harmonizar valores indenizatórios: embora para muitos dos relatores o dano estético tenha maior peso para as pacientes que se identificam como mulheres, acabam tentando manter a

tendência jurisprudencial no total indenizatório, aumentando, assim, o valor de dano moral para compensar essa diferença.

A idade, embora em alguns processos tenha surgido na fundamentação como critério para a fixação, não é explicitada em processos suficientes para permitir uma análise detalhada dos efeitos de tal critério para a fixação final do valor da indenização: dos quarenta e três processos com indenização por dano estético, somente doze mencionaram de alguma forma a idade da suposta vítima, sendo ainda menor o número de processos que efetivamente usaram o fator etário na fundamentação do valor concedido.

Igualmente, não se pode obter resultados concretos referentes à influência da profissão ou da renda mensal do autor, tendo em vista que são informações não disponíveis nos acórdãos de exibição pública. Em 29 processos, a profissão da parte não foi mencionada, e, dos casos em que foi, muitas profissões mencionadas não auxiliam a análise de uma possível renda mensal da parte, por possuírem uma amplitude salarial muito alta (como por exemplo, comerciante, que possui uma renda variável muito elevada por conta dos pagamentos por comissão). Igualmente insuficiente os resultados referentes à contratação de plano de saúde pelo autor, sendo pouco mencionado nos processos.

Para que fosse possível a análise da influência dos fatores econômicos, portanto, optou-se pela variável da concessão de justiça gratuita ao autor nos autos, informação que foi mencionada na maioria dos processos.

No passo em que os processos com concessão de gratuidade de justiça (26 dos 43 processos) tenham apresentado um valor geral maior de danos extrapatrimoniais, com uma média de R\$ 63.653,85, em comparação com a média de R\$ 44.529,41 para os processos sem justiça gratuita, em relação ao dano estético percebemos uma relação inversa nos valores: enquanto a média do valor indenizatório nos processos sem justiça gratuita tenha sido de R\$ 22.647,06, nos processos com o deferimento do benefício a média foi de somente R\$ 16.576,96, mais de dois mil reais abaixo da média geral.

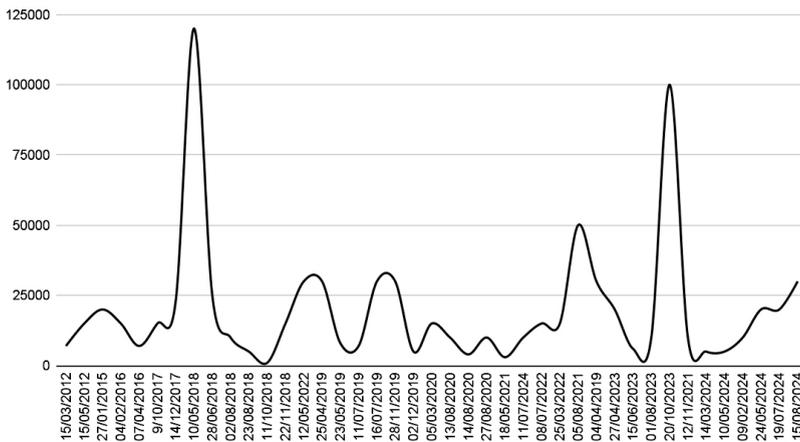
Dessa forma, é perceptível que os critérios socioeconômicos possuem pouco impacto na quantificação, mesmo quando a fundamentação relata terem sido considerados tais fatores. Fica explícito que, em muitos processos, foi o entendimento dos magistrados de que o dano estético somente deve ser suficiente para reparar a deformidade em si:

O dano estético deve ser compreendido como terceira espécie de dano, independente do dano moral e material, visto que seu objetivo é a reparação da ofensa à saúde, da ofensa à integridade física do ser humano. Diferentemente do dano moral, busca-se com o dano estético a indenização do dano corporal, do dano físico, da deformidade, do dano fisiológico, do aleijão entre outras terminologias” (TJPR, 8ª Câmara Cível, 0006781-14.2010.8.16.0019-Ponta Grossa, Rel.: DESEMBARGADOR HELIO HENRIQUE LOPES FERNANDES LIMA, 13 ago. 2020).

Assim, na prática, o que se considera de fato é a localização do ferimento e a extensão do dano, o que muitas vezes acaba à mercê dos critérios subjetivos de análise do relator.

Por fim, em muitos casos, como critério objetivo de quantificação, visando afastar essa subjetividade, verificam-se os valores já quantificados em processos julgados anteriormente. Percebe-se, contudo, dessa forma, um desfalque temporal nas indenizações, que não possuem um aumento relativo ao tempo, oscilando igualmente em todos os períodos, mesmo com o período de doze anos entre as primeiras e últimas decisões.

Valor da indenização por data



Fonte: Elaboração Própria.

Conforme a tabela acima, que apresenta os valores por processo, separados pelas datas para análise dos resultados conforme a passagem do tempo, embora existam processos com valores destoantes em todo o período do levantamento, não há tendência ao aumento dos totais indenizatórios nos anos posteriores.

4 A DESIGUALDADE SOCIOECONÔMICA COMO FATOR DETERMINANTE NO ACESSO À SAÚDE

A quantificação indenizatória que vem sendo realizada, baseada somente nos impactos físicos, conforme verificado, não condiz com a realidade fática que circunscreve os casos estudados.

A concretização do direito à saúde está intimamente ligada com os aspectos socioeconômicos dos indivíduos, objeto das análises desta pesquisa. Isso porque a saúde pode ser compreendida como uma construção social, como um campo de desigualdade, em que o fator principal para as discrepâncias do acesso a esse direito é principalmente econômico (Siqueira, 2014). Portanto, os componentes socioeconômicos são decisivos para a composição do estado de saúde da população, o que é evidenciado pelo fato de a taxa de mortalidade da base da pirâmide social ser maior em relação ao topo, seguindo um gradiente conforme a pirâmide social (Siqueira, 2014).

A desigualdade socioeconômica, ainda, está relacionada ao acesso a diferentes condições sociais, como boa alimentação, emprego salubre, conhecimento, prestígio, uma boa moradia, e poder, por exemplo (Siqueira, 2014). Essas condições sociais são “‘causas fundamentais’ da saúde e da doença, [...], ao determinarem o acesso a importantes recursos que podem ser usados para evitar riscos ou minimizar as consequências das doenças” (Santos, 2011, p. 33). Essa realidade é agravada pelo fato de que a saúde, apesar de direito fundamental – que deveria ser garantido a todos os cidadãos, sem distinções discriminatórias – é compreendida como mercadoria.

Dessa forma, tanto a prevenção quanto a reparação de uma enfermidade têm sua chance de sucesso direta e proporcionalmente ligada com a qualidade dos recursos e condições a que se tem acesso, fatores estes dependentes da posição social e econômica que se ocupa. É evidente que, no campo das decisões analisadas por esta pesquisa, em que se estava diante dos mais diferentes procedimentos (desde a concepção de um bebê a uma cirurgia no apêndice até cirurgias plásticas na face ou nas mamas), a magnitude do impacto do erro médico na vida da vítima também está diretamente relacionada com a quantidade e qualidade de recursos que essa pessoa dispõe. Esses aspectos, portanto, deveriam ser levados em consideração pelo magistrado na formulação de sua sentença, orientando-se pelo princípio da igualdade.

Foi o Estado Democrático de Direito que instituiu a necessidade de todos os ramos jurídicos, não apenas o constitucional, basearem suas atuações no direito de garantia e na necessidade de se respeitar os direitos fundamentais (Odorossi; Castilho, 2018), aqui incluído o direito à saúde. A partir dele, tem-se determinado que os procedimentos adotados pelos tribunais devem ser guiados pelo princípio da dignidade da pessoa humana e por todos os direitos inerentes a ela, o que inclui o direito à saúde e se entrelaça com as diferentes condições socioeconômicas dos indivíduos.

As leis e regulamentos postos à disposição dos juristas podem ser interpretados de muitas formas diferentes, o que faz com que seja comum encontrar interpretações distintas de uma mesma lei nas decisões de magistrados (Rodrigues; Silva, 2013). Essas interpretações podem ser fruto de situações peculiares que diferenciam determinado caso de outros ou, em situações mais graves, de vieses dos magistrados.

No Judiciário, a igualdade é manifestada pelo “tratamento idêntico para pessoas na mesma situação e nas mesmas condições, levando em conta o seu aspecto material” (Cunha; Carvalho, 2022, p. 534). No processo civil, há isonomia quando é garantido às partes tratamento igualitário tanto formal quanto substancialmente, o que inclui a igualdade técnica e a econômica (Lucon, 1999).

O processo, a partir de seu princípio da instrumentalidade, é considerado o realizador do direito material (Silva, 2001). E, para que o direito material seja protegido, deve-se criar mecanismos para que a tutela de direitos aconteça de forma efetiva (Rocha, Guedes, 2010), o que, como mencionado anteriormente, foi feito pela Constituição de 1988 e pelo Código de Processo Civil de 2015. Entre esses mecanismos, a título exemplificativo, está o sistema de precedentes, o qual é destinado a promover igualdade e segurança jurídica (previsibilidade e estabilidade) nas decisões (Cunha; Carvalho, 2022).

A aplicação desse mecanismo não se limita à adequação dos entendimentos dos tribunais aos casos em que são cabíveis, englobando a consumação da igualdade material a partir da aplicação de precedentes em casos similares jurídica e faticamente (Gontijo; Souza, 2022). Sobre isso:

Diante da realidade do Novo Código de Processo Civil brasileiro, resta aparente a necessidade de extrapolar-se a aplicação do princípio da igualdade tão somente quanto a aspectos procedimentais da prestação jurisdicional, fazendo-se necessário, pois, conferir-se relevância à substância da decisão, de maneira que a isonomia seja buscada, também, quando de tão importante instante. Isso se coaduna não só à realização da dita justiça material, como proporciona segurança jurídica e confere legitimidade ao sistema, uma vez que o jurisdicionado sabe o que esperar e não fica à mercê de voluntarismos ou de fatores outros que escusa o magistrado de decidir uma causa de modo similar a outra que com ela guarde importante semelhança (Gontijo; Souza, 2022, p. 75).

No escopo deste trabalho, como já mencionado, o direito fundamental em debate é o direito à saúde. O dano estético está relacionado à saúde no seu aspecto mais amplo, uma vez que engloba os danos à integridade física, principalmente deformações, o que impacta diretamente na saúde mental, na saúde física e na aceitação socialmente concedida à vítima. Tem-se como evidência disso um estudo realizado acerca da reabilitação social na cirurgia reparadora em pacientes que sofreram deformidades estéticas e funcionais devido à hanseníase (popularmente conhecida como lepra), em que “Sinais visíveis da doença são reconhecidamente fatores desencadeadores de um comportamento negativo da Comunidade. Por outro lado, uma pessoa reabilitada é um forte elemento para um comportamento positivo” (Palande; Virmond, 2002, p. 94).

A pessoa acometida por danos estéticos passa por um sofrimento psíquico considerável, em que há a piora ou até mesmo o desenvolvimento de transtornos como depressão e ansiedade social, sendo a orientação pela igualdade e pelas condições socioeconômicas da vítima na concessão do *quantum* indenizatório fator importante para a continuidade do tratamento de sua saúde e para a compensação por todos os danos morais sofridos.

Nesta pesquisa, conforme visto, não se tem como objeto diferenças de tratamento que podem ser justificadas na prática, mas sim desigualdades no acesso à saúde construídas a partir de critérios sociais e econômicos, refletidas nos critérios para quantificação da indenização por danos extrapatrimoniais. Os critérios sociais são aqueles relacionados a gênero, raça, etnia, orientação sexual, grau de escolaridade e local de residência (como, por exemplo, se reside em uma capital ou em uma cidade do interior). Já os critérios econômicos são aqueles relacionados à renda familiar e à profissão exercida.

A consideração desses critérios é essencial para o alcance da igualdade material e para a concretização dos direitos fundamentais a partir da Constituição. Da mesma maneira, a verificação do impacto dos fatores socioeconômicos na decisão do magistrado é algo muito importante para a promoção da igualdade no campo da saúde, seja ela física ou mental. Nesse sentido, o Judiciário deveria estabelecer novos parâmetros para a quantificação dos danos extrapatrimoniais nas decisões sobre dano estético, tendo como base a realidade socioeconômica de cada litigante (em especial, da vítima do dano) e como objetivo garantir maior segurança jurídica e reparar adequadamente os danos sofridos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa teve como objetivo verificar se as condições socioeconômicas da vítima de erro médico influenciam na quantificação do valor da indenização por dano estético arbitrado pelos magistrados nas decisões de segundo grau do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná (TJPR). O dano estético é aquele que afeta a aparência do indivíduo, impactando a sua autopercepção, a sua percepção pela sociedade e, em consequência, o seu bem-estar psicológico.

Ele ocorre quando, por exemplo, um médico erra por diversas vezes o diagnóstico de certa doença, o que faz com que ela se agrave e o procedimento para cura deixe uma cicatriz maior do que seria caso o primeiro diagnóstico tivesse sido certo. Nesse caso, há um dano estético à aparência do paciente, assim como um dano moral, decorrente de todo o estresse e sofrimento sentidos durante esses erros sucessivos.

Embora o dano estético seja visto mais frequentemente como sendo estritamente ligado às consequências físicas dos autores, na realidade concreta tanto o dano estético quanto o dano moral se relacionam com os recursos possuídos pela vítima, que pode,

conforme sua condição financeira, buscar tratamentos mais eficazes, facilitando a reparação estética e psicológica do dano produzido.

Apesar da importância dos aspectos socioeconômicos no acesso à saúde, os dados coletados indicam que, embora haja menções a condições como idade, gênero, profissão e condição financeira nas fundamentações dos acórdãos, não se percebe uma conexão consistente entre esses fatores e os *quantums* indenizatórios. Tem-se, inclusive, que a variação das indenizações é muito baixa entre os diferentes critérios socioeconômicos, ou mesmo inversamente proporcional a quem deveria ter uma indenização mais significativa.

As decisões dos magistrados são orientadas principalmente por precedentes e pela extensão do dano físico, levando em consideração apenas critérios como gravidade, extensão e localização do dano e culpa do profissional, independentemente das circunstâncias econômicas das partes envolvidas.

Tal resposta jurídica ao caso concreto faz ampliar o afastamento entre o dano extrapatrimonial e a reparação efetiva, condicionando a possibilidade de inversão dos danos estéticos e acesso a tratamentos psicológicos exclusivamente a condição econômica da vítima, que não consegue acessar tais tratamentos com o valor indenizatório irrisório e desproporcionado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Clara Lucena Dutra. A parametrização da indenização por dano estético. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 19, n. 3985, 30 maio 2014. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/28992>. Acesso em: 6 jun. 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Súmula n. 37. São cumuláveis as indenizações por dano material e dano moral oriundos do mesmo fato. **Revista de Súmulas do Superior Tribunal de Justiça**, 2022. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/publicacaoinstitucional/index.php/sumstj/article/view/5223/5348>. Acesso em: 11 jun. 2024.

CORREIA-LIMA, Fernando Gomes. **Erro médico e responsabilidade civil**. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, Conselho Regional de Medicina do Estado do Piauí, 2012.

CUNHA, Guilherme Antunes da; CARVALHO, Carolina Teles. Sistema de precedentes no Código de Processo Civil: fundamentação constitucional e pontos críticos de sua recepção no Brasil. **Revista Eletrônica de Direito Processual**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 510-538, maio/ago. 2022. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/redp/article/view/59364>. Acesso em: 11 jan. 2025.

GAGLIANO, Pablo Stolze. **Manual de direito civil**: volume único. 2. ed. São Paulo: Saraiva Jur., 2017.

GOMES, Orlando. **Obrigações**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1972.

GONTIJO, Alexandre Pires; SOUZA, Stella Regina Coeli de. A aplicabilidade da igualdade entre decisões à doutrina de precedentes no contexto processual civil brasileiro. **Revista de Direito Brasileira**, Florianópolis, v. 33, n. 12, p. 65-77, set./dez. 2022. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/rdb/article/view/7416>. Acesso em: 11 jan. 2025.

LOPEZ, Teresa Ancona. **O dano estético**: responsabilidade civil. 4. ed. atual. e ampl. por Tiago Pavinato. São Paulo: Almedina, 2021.

LUCON, Paulo Henrique dos Santos. Garantia do tratamento paritário das partes. In: Tucci, José Rogério Cruz (coord.). **Garantias constitucionais do processo civil**: homenagem aos 10 anos da Constituição Federal de 1988. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999. p. 91-131.

MARTINS-COSTA, Judith. Dano moral à brasileira. **Revista do Instituto do Direito Brasileiro**, ano 3, n. 9, p. 7073-7074, 2014. Disponível em: <https://www.cidp.pt/publicacao/revista-do-instituto-do-direito-brasileiro-ano-3-2014-n-9/154>. Acesso em: 11 jan. 2025.

MELO, Raimundo Simão de. Indenizações cumulativas por danos material, moral e estético. **Consultor Jurídico**, 17 jan. 2020. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-jan-17/reflexoes-trabalhistas-indenizacoes-cumulativas-danos-material-moral-estetico/#:~:text=do%20mesmo%20fato%E2%80%9D.->. Acesso em: 4 jun. 2024.

ODOROSSI, Luiza Ferreira; CASTILHO, Carla Dalenogare. A constitucionalização do Direito na perspectiva do novo CPC: uma mudança na relação internacional do processo para a efetivação do Estado Democrático de Direito. **RDU**, Porto Alegre, v. 14, n. 79, p. 9-30, jan./fev. 2018. Disponível em: <https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/direitopublico/article/view/2690>. Acesso em: 11 jan. 2025.

PALANDE, Dinkar D.; VIRMOND, Marcos. Reabilitação social e cirurgia na hanseníase. **Hansenologia Int.**, v. 27, n. 2, p. 93-98, 2002. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/hansenologia/article/view/36417/34690>. Acesso em: 13 out. 2024.

ROCHA, Eliana Pires; GUEDES, Jefferson Carús. Direitos fundamentais e processo civil no Brasil: algumas técnicas processuais compensatórias de desigualdades sociais e a proteção judicial dos direitos fundamentais. **Revista da AGU**, v. 9, n. 25, p. 89-120, set. 2010. Disponível em: <https://revistaagu.agu.gov.br/index.php/AGU/article/view/203>. Acesso em: 11 jan. 2025.

RODRIGUES, Mádsen Ottoni de Almeida; SILVA, Maria dos Remédios Fontes. A dimensão ética da igualdade de tratamento entre as partes no processo civil e seu reflexo na efetividade da prestação jurisdicional. **Revista Digital Constituição e Garantia de Direitos**, [S.l.], v. 3, n. 01, p. 01-26, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/constituicaoegarantiadedireitos/article/view/4330>. Acesso em: 17 ago. 2024.

SANTOS, José Alcides Figueiredo. Classe social e desigualdade de saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 26, n. 75, p. 27-55, fev. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/sNVpwMC3DxJ7KXJxJ5FDJ6C/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 jan. 2025.

SEN, Amartya. ¿Por qué la equidade en salud? **Pan American Journal of Public Health**, v. 11, n. 5-6, p. 302-309, maio/jun. 2002. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/8704>. Acesso em: 11 jan. 2025.

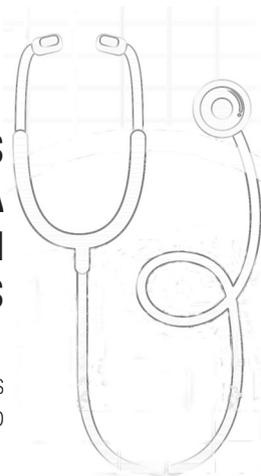
SILVA, Ovídio A. Baptista da. **Da sentença liminar à nulidade da sentença**. Rio de Janeiro: Forense, 2001.

SILVESTRE, Gilberto Fachetti; FERREIRA, Tiago Loss. Novos danos ou novas adjectivações do dano moral? A desnecessidade da autonomização dos danos extrapatrimoniais no direito civil brasileiro: questões materiais e processuais. **Revista de Direito Brasileira**, Florianópolis, SC, v. 29, n. 11, p. 393-417, maio/ago. 2022. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/rdb/article/view/7294>. Acesso em: 11 jan. 2025.

SIQUEIRA, Natália Leão. **Gênero e saúde no Brasil: a (re)produção de desigualdades**. 2014. 97f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUOS-9RQHXL>. Acesso em: 11 jan. 2025.

PODER DE BARGANHA EM CONDUTAS (I)LÍCITAS ANTITRUSTE: QUAL O PAPEL DA TEORIA DO PODER COMPENSATÓRIO EM TABELAS DE PREÇO MÉDICAS

Gabriela Wilkensi Rodrigues
Marianna Lage Lourenço Anselmo



SUMÁRIO

1 Introdução. **2** O mercado de saúde. **2.1** Saúde, consumo e regulamentação. **3** Teoria do poder compensatório. **3.1** O conceito de poder compensatório aplicado à análise antitruste. **4** A jurisprudência do CADE sobre as tabelas médicas. **4.1** Movimentações recentes sobre o tema. **5** Considerações finais. Referências.

1 INTRODUÇÃO

Já é sabido que a saúde é direito constitucional, porém, na sociedade capitalista, ela também é compreendida como um bem de consumo, havendo uma suplementariedade do setor privado para com o público. No entanto, apesar de oferecer serviços de saúde aos seus adquirentes, o âmbito privado tem como objetivo central a exploração econômica, na obtenção máxima de lucros pelas empresas e profissionais.

Com isso, o paciente assume o papel de consumidor, o médico de prestador de serviço, e ambos podem ser intermediados por operadora de saúde suplementar, *e.g.* planos de saúde. Nesse cenário, a remuneração dos médicos se dá via tabela médica de preço, instrumento utilizado para padronizar os honorários pagos pelas aludidas operadoras.

A partir dessa problemática, sobrevêm as questões: ao induzir à adoção da conduta comercial concertada entre os concorrentes, a tabela médica de preço não causa prejuízo à livre concorrência e livre iniciativa? Como regular essa dinâmica mercadológica que influencia no valor do produto final – serviço de saúde – oferecido aos consumidores? De prontidão, a resposta que se tem são as formas regulamentadas em legislação, mas são estas suficientes? Não deveria ser aplicado, a esse tabelamento médico, a teoria do poder compensatório na análise antitruste?

Para responder, buscar-se-á compreender, primeiramente, o mercado de saúde, no que tange consumo e regulamentação. Além disso, será exposto no que consiste a teoria do poder compensatório. Posteriormente, como esse conceito pode ser aplicado na análise antitruste. E por fim, a pesquisa será pautada na aplicação da teoria, a partir da jurisprudên-

cia do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE), seguindo uma abordagem baseada em filtros sucessivos.

Acerca da análise jurisprudencial no banco de dados do CADE, inicialmente, foi realizada uma triagem ampla para identificar todos os processos administrativos envolvendo tabelas de preço já analisados pela autarquia, resultando em 85 casos. Seguido de filtros mais específicos, como do mercado relevante da saúde, obteve-se o resultado de 15 casos. Por último, utilizou-se o arcabouço jurídico, separando os casos julgados na antiga (Lei n. 8.884/1994) ou nova (Lei n. 12.529/2011). Ao final, destacou-se o processo decisório utilizado no único caso ocorrido na lei vigente e a reverberação correspondente vista em importante julgado de 2024, ano da presente pesquisa.

2 O MERCADO DE SAÚDE

A medicina, em sua origem, foi considerada uma profissão intrinsecamente liberal. A transformação dessa prática em um empreendimento empresarial está ligada ao avanço do capitalismo industrial no Brasil, bem como às exigências decorrentes da urbanização e da formação das grandes cidades (Fonseca, 2004).

Em um breve contexto histórico, durante a década de 1940, originou-se o setor privado de saúde no Brasil. Nessa época surgiram as chamadas Caixas de Assistência, como a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), que ofereciam benefícios aos empregados de determinadas empresas por meio de empréstimos ou reembolsos para serviços de saúde externos à previdência social.

No decênio de 1950, empresas estatais e multinacionais começaram a implantar seus próprios sistemas de assistência médica, fornecendo atendimento direto aos seus funcionários. Em 1966, os Institutos de Aposentadoria e Pensões foram unificados, dando origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Essa unificação incentivou a expansão da contratação de prestadores de serviços de saúde privados, com ênfase em hospitais e multinacionais farmacêuticas (Pietrobon; Prado; Caetano, 2008).

Posteriormente, em 1977, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), atribuindo a assistência médica aos segurados ao INAMPS e a gestão financeira, ao Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), permanecendo no INPS apenas a competência para a concessão de benefícios.

Nota-se que, até o referido momento, somente a população com empregos formais e que contribuía para a Previdência Social, ou seja, apenas os cidadãos empregados “com carteira assinada” tinham acesso aos serviços de saúde.

Apenas com a Constituição da República de 1988 se estabelece a saúde como “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 recuperação” (Brasil, 1988). Desse modo, sua efetivação encontra-se pautada, em grande parte, pela cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa rede de saúde pública visa acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país (Brasil, [2024]).

Atrelado a isso, a Constituição estabelece em seu artigo 199, § 1º, que a saúde também pode ser oferecida pela iniciativa privada, de forma complementar, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. Dessa forma, o Brasil adota um modelo “duplicado”, onde há uma combinação de público-privado, coexistindo no provimento, financiamento, demanda e utilização dos serviços de saúde (Borges Costa *et al.*, 2022).

Este setor privado é denominado de “saúde suplementar”, sendo composto por cinco modalidades assistenciais: (i) autogestão; (ii) cooperativas médicas; (iii) filantropia; (iv) medicina de grupo; e (v) seguradoras especializadas em saúde.

Segundo análise quantitativa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2022, p. 33), os gastos brasileiros com saúde correspondiam a 8,9%, em 2015, aumentando para 9,6% do PIB, em 2019, ambas comparações realizadas em relação aos dados do PIB.

Importa destacar que o próprio relatório aponta que o crescimento dos gastos relativamente ao PIB deve-se, em maior causa, ao menor crescimento do PIB do que propriamente a um aumento dos gastos com saúde. Paralelamente, os regimes públicos representaram de 3,9% a 4,0% do PIB, enquanto regimes privados responderam por 5,0% do PIB, em 2015, e passaram a representar 5,7% do PIB em 2019.

Estudos mostraram que os gastos em saúde suplementar representaram, em 2017, 11% no total da folha salarial das empresas brasileiras e que este valor pode chegar a 16% em 2025 (Mendes, 2018, p. 101). Isso evidencia como a saúde suplementar tem uma importante função de suprir faltas estatais para manutenção do sistema de saúde, pois se trata de um montante que é indiscutivelmente incapaz de ser introjetado pelo Estado brasileiro.

Portanto, essa complementaridade entre o setor público e privado, especialmente acentuada na atuação sobre a saúde, aumenta a capacidade do Estado em cumprir seu dever constitucional de garantir o direito à saúde. No entanto, ao estudar o setor privado, adentramos em um cenário intrigante – é visível que ocorre uma exploração econômica, visando lucros, pelas empresas e profissionais da saúde suplementar. Mas a saúde em si pode vir a ser um bem de consumo? Se sim, como se regula um bem de consumo que também é um bem essencial e constitucionalmente garantido?

2.1 Saúde, consumo e regulamentação

A lógica central que orienta uma empresa capitalista, conforme as próprias diretrizes do Código Civil brasileiro, é a busca pelo lucro. Todavia, o processo de embutir um valor, ou seja, precificar, um serviço tão vital como a saúde não pode ser subjugado apenas pelas determinações das forças tradicionais de mercado, uma vez que estão envolvidas questões éticas e sociais que não se aplicam a outros bens e serviços comuns.

No setor privado de saúde, tanto a saúde dos usuários quanto o trabalho dos profissionais ficam subordinados a um modelo que prioriza o aumento dos ganhos da empresa. Dentro dos limites da lei (ou explorando suas brechas), pode ocorrer a negligência no cuidado à saúde das pessoas, bem como a alienação, o controle e a subordinação do trabalho dos profissionais de saúde, com o constante objetivo capitalista de maximizar o lucro a todos os custos (Santos; Batiston, 2010).

Por isso, pode-se afirmar que este é, de fato, um setor ímpar, no qual a demanda por serviços de saúde é imprevisível e se comporta de forma distinta de qualquer outro bem, pois o produto comercializado (plano de saúde) está diretamente relacionado à manutenção da vida humana. Isso confere ao mercado de interesse determinantes diversos e complexos, dificultando, por exemplo, a definição de parâmetros para a formação de preços, a análise da elasticidade, entre outros aspectos (Hashimoto, 2010).

Segundo Almeida (1998) e Bahia e Viana (2002), o mercado de saúde suplementar apresenta características particulares, como o fato do consumidor não deter autonomia decisória quanto ao momento em que consumirá o serviço comprado/segurado; ou ainda, de a informação disponível para o consumidor ser incompleta e assimétrica em relação ao prestador de serviço, pois é altamente mutável tanto em temporalidade quanto em qualidade.

Os autores destacam, também: (i) a velocidade do desenvolvimento tecnológico do setor; (ii) o risco moral envolvido em tratamentos de alta complexidade – aqui se referindo a mudanças de comportamento do segurado em função da volatilidade da expressão monetária total do atendimento; (iii) da seleção adversa, que é a tendência do sistema de incorporar indivíduos de maior risco; e (iv) da seleção de risco, que são as barreiras impostas pelas seguradoras à entrada de segurados no sistema, representando uma verdadeira seleção de candidatos, a fim de se evitar os de alto risco – aqueles que indicam tendência a maior despesa monetária.

Desse modo, a tendência desse setor para situações de livre mercado é o aumento do custo, o que impõe a necessidade de regulamentá-lo. Por isso, o desafio da saúde suplementar é desenvolver políticas que reconheçam as especificidades deste mercado e busquem protegê-lo da exploração desmedida das doutrinas liberais.

Historicamente, temos o exemplo da “agenda de reforma pós-*Welfare*”, que se refere a um conjunto de mudanças nas políticas sociais e na proteção social que ocorreram principalmente nas décadas de 1980 e 1990, em resposta a críticas ao estado de bem-estar social (*Welfare State*) que havia se consolidado no século XX. Essa agenda buscou

reavaliar e, em muitos casos, reduzir o papel do Estado na proteção social, enfatizando a responsabilidade individual e a eficiência do mercado.

Segundo Almeida (1997), na esfera sanitária, essa agenda desafiou os princípios que fundamentavam os sistemas de saúde até aquele momento, colocando em dúvida a universalização e a equidade, tanto onde já estavam presentes quanto onde ainda eram apenas aspirações. Os principais focos dessa agenda incluíam a eficiência na gestão, a responsabilização pelos gastos dos serviços, a adequação às preferências dos consumidores e o equilíbrio na alocação de recursos entre os diferentes níveis de governo e o setor privado.

Isto significou mudança da ênfase na produção direta de serviços pelo governo para provisão em um ambiente regulatório apropriado (Poullier, 1990).

Em específico no cenário brasileiro, a promulgação da Lei n. 9.656/98 e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foram as respostas estatais à compreensão deste problema: a necessidade de maior atuação estatal no setor. Ragazzo e Machado (2011), observam que, para equilibrar a relação entre beneficiários e operadoras e reduzir a vulnerabilidade destas à falência, o marco regulatório procurou fortalecer a segurança dos consumidores em relação aos seus direitos, ao mesmo tempo em que elevou as exigências econômico-financeiras das operadoras.

De forma que a própria legislação passou a incentivar uma maior concentração no setor, promovendo o surgimento de empresas mais estruturadas e menos vulneráveis aos riscos da dinâmica comercial hodierna. No entanto, é importante ressaltar que essa concentração resulta em um aumento de poder de mercado. Este que, se utilizado de maneira abusiva, pode prejudicar tanto a livre concorrência, quanto o Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência (SBDC) (Kharmandayan, 2015, p. 88), como, até mesmo, os demais valores e direitos inicialmente protegidos pela própria regulamentação.

Assim, ainda que se tenha formalizado um arcabouço regulamentar, a lógica mercadológica abre margem para disparidades econômicas que influenciam no valor do produto final – serviço de saúde – oferecido aos consumidores. Por isso, falar-se-á da teoria do poder compensatório e seu conceito aplicado na análise antitruste, a fim de entender como a própria economia pode regular a saúde suplementar.

3 TEORIA DO PODER COMPENSATÓRIO

A teoria do poder compensatório foi criada pelo economista norte americano John Kenneth Galbraith em 1952. Trata-se de uma estratégia que busca equilibrar forças econômicas desiguais. O ponto central de sua atuação reside na criação deliberada de poder de mercado para contrapor um poder econômico já existente em uma cadeia produtiva. Esse poder pode ser gerado tanto a montante (na produção), como “poder de venda”, quanto a jusante (na distribuição ou comercialização), sendo “poder de compra”.

A ideia central do autor é que, ao criar um contrapeso, que pode ser visto na formação de sindicatos, cooperativas ou associações, é possível mitigar os efeitos negativos do poder excessivo de certos agentes econômicos. O poder compensatório, portanto, busca promover a distribuição mais equitativa de recursos e benefícios na economia, figurando como um mecanismo “autorregulador” na economia, alternativa à intervenção governamental ou à concorrência perfeita, nas palavras do autor:

Estamos aqui preocupados com o mais antigo problema econômico – o da mitigação ou regulamentação do poder econômico. Historicamente, duas soluções foram reconhecidas para o problema do poder econômico. Uma é a concorrência. A outra – assumindo sempre que anarquia e exploração não são soluções – é a regulamentação pelo Estado. Argumentei que há um terceiro atenuante de importância substancial e talvez central em nosso tempo: a neutralização de uma posição de poder por outra (Galbraith, 1952, p. 1, tradução nossa).

Essa teoria não tem o condão de ser universalista: retomando alguns passos, não é qualquer ação coordenada entre concorrentes com um aumento de poder de mercado que poderá ser considerada enquanto poder compensatório. Isto é, não é toda ação coletiva, que tenha como objetivo contrabalancear desequilíbrios de poder negocial em uma cadeia produtiva, que será apta a gerar os efeitos positivos pretendidos – em termos de bem-estar social.

Nesse sentido, a pesquisa de Sílvia Fagá de Almeida (2009, p. 27-49) analisou as condições sob as quais a criação de poder compensatório pode efetivamente trazer benefícios. A autora destaca algumas condições fundamentais à capacidade de produção de efeitos positivos que resultam em duas premissas.

A primeira é a de que deve existir um poder de mercado “original”, *ex ante*, a ser compensado, ou seja, uma situação de desequilíbrio onde uma das partes possui uma vantagem significativa que influencia as negociações e existe a necessidade de interdependência na relação entre as partes envolvidas, garantindo que nenhuma delas tenha a capacidade de impor unilateralmente as condições de negociação.

A autora conclui que, de modo geral, a maximização conjunta do lucro advinda de uma relação benéfica para ambas as partes independem da presença de poder de mercado a jusante. Dessa relação se resulta um aumento da produção e a redução de peso-morto, refletindo, conseqüentemente, no aumento do bem-estar social.

Percebeu-se, até o momento, a dinâmica da relação pretendida pelo poder compensatório, no entanto ela ainda não dá uma solução teórica (ou definitiva) ao preço do insumo da relação afetada. Assim, para avaliar o preço do insumo acordado na cooperação, Almeida (2009) se utiliza do modelo de poder de barganha proposto por Binmore, Rubinstein e Wolinsky (1986), com contribuições de Azevedo (1996).

Trata-se de um modelo de barganha estratégica, pautado na interação entre dois agentes que possuem a oportunidade de chegar a um acordo dentro de um conjunto temporalmente infinito de possibilidades. Assim, a impossibilidade de os envolvidos optarem por prosseguir em outras rodadas de barganha só é alcançada na ausência de possibilidades de ganhos associados à negociação.

O resultado ótimo seria a distribuição de lucros em uma divisão de partes iguais, isto é, 50% para cada agente colaborativo. Almeida (2009, p. 50) ressalta que, justamente por isso, denota-se que independentemente da distribuição dos lucros não se altera o resultado principal: o ganho do bem-estar.

3.1 O conceito de poder compensatório aplicado à análise antitruste

O direito antitruste é essencial para orientar o comportamento econômico dos agentes (Salomão Filho, 2021). Dentre suas funções, pode-se observar políticas públicas de mitigação a assimetrias de poder na negociação entre os agentes. Um reflexo desta preocupação é o art. 170, Capítulo I, Título VII, da Constituição da República, que elege a livre iniciativa como um instrumento de manutenção da ordem econômica brasileira. Assim, em uma hipótese onírica de concorrência perfeita não se demandaria a intervenção antitruste nos mercados e em suas relações econômicas.

Por meio deste raciocínio, é possível compreender o uso da teoria do poder compensatório no direito antitruste. Em se tratando de um mecanismo direcionado a contrabalançar o exercício de um poder econômico *ex ante*, visa-se reduzir o desequilíbrio entre os agentes. Assim, os objetivos das políticas antitrustes e os de criação da teoria do poder compensatório são consonantes: a busca pela simetria de desequilíbrios de poder nas relações entre os envolvidos, restando exercícios abusivos de poder de uma das partes da relação (Almeida, 2009).

Esse alinhamento é reconhecido pela própria autarquia concorrencial brasileira, o CADE, que, em seu Guia para Análise Econômica de Atos de Concentração Horizontal, estabelece o conceito:

Chama-se o ato de criar poder compensatório **a situação em que ofertantes e/ou demandantes de um determinado produto/bem ou serviço se reúnem para fazer frente a um poder de mercado pré-existente**. Portanto, a teoria do poder compensatório pode funcionar para ambos os lados de uma relação comercial, entre dois elos de uma cadeia produtiva.

No cenário de assimetria no poder de barganha entre dois elos de uma cadeia produtiva, a questão é saber se há aumento de bem-estar, em especial do consumidor

final, em permitir a criação de poder de mercado de um dos elos – gerando poder compensatório – por haver poder de mercado pré-existente em outro elo (Brasil, 2016, p. 42, grifo nosso).

Importa a íntegra desta definição, pois se trata de uma formulação atualizada. Nas primeiras construções teóricas e usos jurisprudenciais do termo, a autarquia brasileira empenhava um conceito diferente do originalmente construído por Galbraith (1952) e do usado por Silvia Fagá de Almeida (2009, p. 80-83). Contudo, contemporaneamente, identifica-se uma consonância teórica em seu uso no documento informativo (trecho acima transcrito). No tocante ao uso da teoria em âmbito jurisprudencial, por fins organizacionais, será realizada em capítulo à parte

Nas lições de Salomão Filho (2021, p. 181-183), o conceito de “poder compensatório” também diverge do conceito econômico acima exposto, contudo, em sua obra é possível identificar raciocínios econômicos similares, ainda que diferentemente intitulados (2021, p. 352-354). Nessa toada, o autor explica que o conceito distributivo de eficiência, em última análise, demanda a própria existência de concorrência, resultando, em um círculo completo, que retorna à própria ideia de concorrência: “justificativas jurídicas e econômicas são admissíveis desde que pró-concorrenciais” (Salomão Filho, 2021, p. 354).

Para fins exemplificativos, poder-se-ia tomar a ideia de médicos individuais que têm dificuldade em demandar um preço justo por seus atendimentos, uma vez que vários médicos se unam em uma cooperativa, esta angariaria um maior poder negocial, estando apta a tratativas que resultem em um preço justo para seus cooperados. O ponto de inflexão desse poder compensatório apto a gerar os benefícios sociais é justamente o limite entre o exercício regular e o abusivo do poder compensatório. O abuso pode ser percebido, nesse exemplo, na busca por vantagens exageradas/abusivas que possam resultar em aumento dos preços para os consumidores finais.

Macedo (2022) aponta uma possibilidade de contradição entre a prática e a forma como o sistema brasileiro de defesa da concorrência recepcionou a tese do poder compensatório. Isso ocorre porque observar a ocorrência de benefícios sociais líquidos decorrentes do exercício de poder compensatório nem sempre é tarefa fácil, incorrendo na necessidade de valoração de evidências – a conhecida análise casuística. De forma que, nos termos de Silvia Fagá de Almeida, essa ideia precisa sempre atentar-se ao “reconhecimento da diferença entre poder compensatório e poder de mercado ‘pré-existente’, combatendo este último, mas preservando o primeiro” (Almeida, 2009, p. 19).

Ainda, de acordo com Arrow (1963), o mercado de cuidados médicos possui características específicas – derivadas em sua totalidade da incerteza que nele prevalece – que o impossibilitam de atingir as condições necessárias para alcançar um equilíbrio competitivo e um estado ótimo. Nessa lógica, essas características podem ser compreendidas

como de falhas de mercado e classificadas em dois tipos: a existência de externalidades e a assimetria de informações.

As externalidades são percebidas no incentivo que os provedores dos serviços segurados – os médicos – têm a realizar sobre oferta de procedimentos a fim de aumentar a sua remuneração direta e elevar a certeza do diagnóstico às expensas do segurador (Goldberg, 2006). Já as assimetrias de informação, como explica Clóvis Ricardo Montenegro de Lima (2006, p. 135) implica que os vendedores de serviços muitas vezes não têm conhecimento do verdadeiro risco associado a cada comprador. Existe uma tendência no sistema de seguros de saúde de atrair indivíduos com maior risco, um fenômeno conhecido como seleção adversa: aqueles que buscam o seguro geralmente são os que acreditam que precisarão dele. Como resultado, a operadora aplica um prêmio mais alto para compensar essa situação. Além disso, ao adotar uma política de preço único, há uma transferência de renda entre consumidores de baixo e alto risco. Isso leva a um funcionamento ineficiente do mercado, que se mostra incapaz de definir preços e condições de oferta que sejam socialmente aceitáveis.

Assim, no que diz respeito à conduta de fixação de preço de serviços médicos via tabelamento, alguns argumentos econômicos passaram de instrumentos do direito concorrencial para se tornarem o critério decisório – no tocante a metodologia empregada para análise do caso.

A ANS mantém sua preocupação nas exigências impostas às operadoras para a manutenção de seu funcionamento (Mazzoni, 2020). Já no quesito de fusões e aquisições, o CADE tem cumprido seu papel, avaliando operações que possam levar a concentrações no setor, conforme será demonstrado, via pesquisa empírica, no próximo tópico.

4 A JURISPRUDÊNCIA DO CADE SOBRE AS TABELAS MÉDICAS

A análise de processos administrativos de tabelas de preço no CADE é relevante para a compreensão da dinâmica antitruste em setores regulados, como no presente estudo, de saúde, que historicamente têm sido objeto de intervenções normativas específicas.

O primeiro passo foi a análise da jurisprudência do CADE relacionada a tabelas de preço, resultando em 85 processos administrativos, envolvendo processos desde 1994 até 2018, conforme será visto à frente. Este conjunto amplo incluiu casos de diversos mercados e épocas distintas, refletindo a complexidade das práticas de tabelamento no Brasil, bem como casos em que o tabelamento foi absorvido por condutas ilícitas mais graves, como é o caso dos cartéis. A partir desse universo de 85 casos da filtragem inicial, a pesquisa foi afinada para aqueles envolvendo o objeto de interesse do presente artigo, isto é, o mercado relevante de saúde, resultando em quinze processos administrativos.

Na sequência, foi realizada uma filtragem dos casos julgados sob a antiga Lei de Defesa da Concorrência (Lei n. 8.884/1994). Nela, foram identificados quatorze dos quinze casos, porém, nos quais não foi possível estabelecer um padrão de julgamento empreendido, em razão da divergência entre o critério de julgamento empregado nestes precedentes. A título exemplificativo, destaca-se que, dos quatorze casos apontados, em oito o Conselheiro(a) cujo voto foi majoritário entendeu que o padrão de análise adequada deveria ser o “por objeto”; em cinco o padrão utilizado foi a “regra da razão”; e, em um deles foi a regra “per se”.

Apenas um caso foi julgado sob a nova Lei de Defesa da Concorrência (Lei n. 12.529/2011), o Processo Administrativo 08700.005969/2018-29, tendo como base a análise de efeitos e o debate acerca da teoria do poder compensatório. Este único caso sob a nova lei é de particular relevância para compreender a evolução do entendimento sobre tabelas de preço, uma vez que foi realizado com diferença temporal dos demais, na medida em que os entendimentos antitruste estão em constante evolução para adequar-se à dinamicidade econômica entre os agentes.

Com base nas informações públicas, o caso apresentado aborda a atuação do Conselho Federal de Medicina (CFM) e do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). As resoluções desses conselhos restringiam a aceitação de cartões de desconto por parte de médicos, prática que foi condenada por configurar uma infração à ordem econômica, impactando negativamente o mercado de saúde e os consumidores.

Lenisa Prado, a Conselheira Relatora, apontou que os efeitos econômicos negativos desta prática foram profundos e de longa duração, estendendo-se por mais de sete anos. Assim, a conduta do CFM e CREMESP foi considerada nociva, especialmente pela restrição da aceitação dos cartões de desconto, o que limitou o acesso de uma parcela significativa da população aos serviços médicos. A proibição resultou em uma redução no número de atendimentos, prejudicando diretamente os consumidores que dependiam desses benefícios para obter cuidados médicos.

Em seu voto, a Conselheira ressaltou que a principal linha de defesa adotada pelo CFM foi a de que a entidade não poderia ser penalizada, uma vez que nunca havia efetivamente sancionado os médicos com base nas normas proibitivas em questão. Além disso, o CFM argumentou que tais normas não poderiam ser consideradas ilícitas, pois representavam o exercício legítimo do poder compensatório, amplamente reconhecido pela doutrina e pela jurisprudência antitruste. Nessa linha, o CFM sustentou que o CADE não teria competência para aplicar sanções administrativas contra médicos, uma vez que essa prerrogativa seria exclusiva dos Conselhos de Medicina.

Em contraposição, a Conselheira destacou argumentos apresentados pela Procuradoria Federal Especializada junto ao CADE (ProCADE), evidenciando que a tese

do poder compensatório nas negociações coletivas entre médicos e operadores de planos de saúde já havia sido reconhecida pela jurisprudência antitruste como fundamento para afastar a ilicitude de determinadas condutas ou, ao menos, para atenuar a culpabilidade dos agentes envolvidos. Tal tese admite a possibilidade de que a união de agentes econômicos, quando realizada com o intuito de equilibrar uma eventual assimetria de poder de mercado, possa ser considerada lícita.

Contudo, o Tribunal Administrativo de Defesa Econômica tem analisado o contexto em que a conduta é praticada para verificar se o poder compensatório foi utilizado com o objetivo exclusivo de assegurar aos prestadores de serviços médicos maior poder de barganha. No caso então sob análise, foi constatado que a conduta investigada não envolvia a simples adoção de tabelas de honorários médicos justificadas pelo poder compensatório. Pelo contrário, foi apontado que não havia fatores que indicassem qualquer desequilíbrio significativo de poder entre as partes. Além disso, foi impossível identificar qualquer eficiência econômica nos atos normativos e procedimentos instaurados contra os médicos que aceitaram o “Cartão de Todos” que pudesse justificar a não aplicação de sanções.

Dessa forma, a Conselheira concluiu que não havia indícios de um exercício regular do poder compensatório capaz de afastar a punibilidade das condutas praticadas pelo CFM, rechaçando, assim, a defesa apresentada. Resultando na aplicação de multas expressivas ao CFM e CREMESP, no valor de R\$600.000,00 e R\$300.000,00, respectivamente. Essas penalidades foram determinadas com base nos critérios estabelecidos pelo artigo 45 da Lei n. 12.592/2011, levando em consideração a gravidade dos efeitos nocivos causados aos consumidores e à concorrência.

O Tribunal do CADE sublinhou que as entidades, ao regulamentarem de forma restritiva a atuação dos médicos, extrapolaram suas funções normativas, impondo barreiras ao mercado e prejudicando a livre concorrência. Além disso, a decisão do CADE destaca o papel da regulação antitruste em garantir que as práticas adotadas por conselhos profissionais não resultem em danos à competitividade e ao acesso dos consumidores aos serviços essenciais, como o de saúde.

O caderno do CADE acerca das condutas no Mercado de Saúde Suplementar (2021), confirma que a dinâmica de negociação entre profissionais da medicina (representados pelas entidades médicas) e operadoras de planos de saúde é, de fato, marcada por uma assimetria de poder de barganha. Destacando uma flexibilização na consideração da ilicitude das tabelas tendo em vista a tese de poder compensatório, na consideração de que (CADE, 2021, p. 68):

O poder compensatório prevê que os agentes de um mercado possam agir de forma coordenada como forma de se contrapor ao exercício de poder de mercado de outro agente que detenha tal poder um elo subsequente da cadeia produtiva. Por exemplo, se

um distribuidor detém poder de monopólio sobre determinado insumo para o qual há diversos fornecedores, há uma assimetria na barganha da qual (ou em que) o monopsonista se beneficia. Para equilibrar essa relação, seria aceitável que, em determinadas condições os fornecedores também se unissem e negociassem com o distribuidor de forma a contrapor um poder de monopólio ao poder de monopólio original.

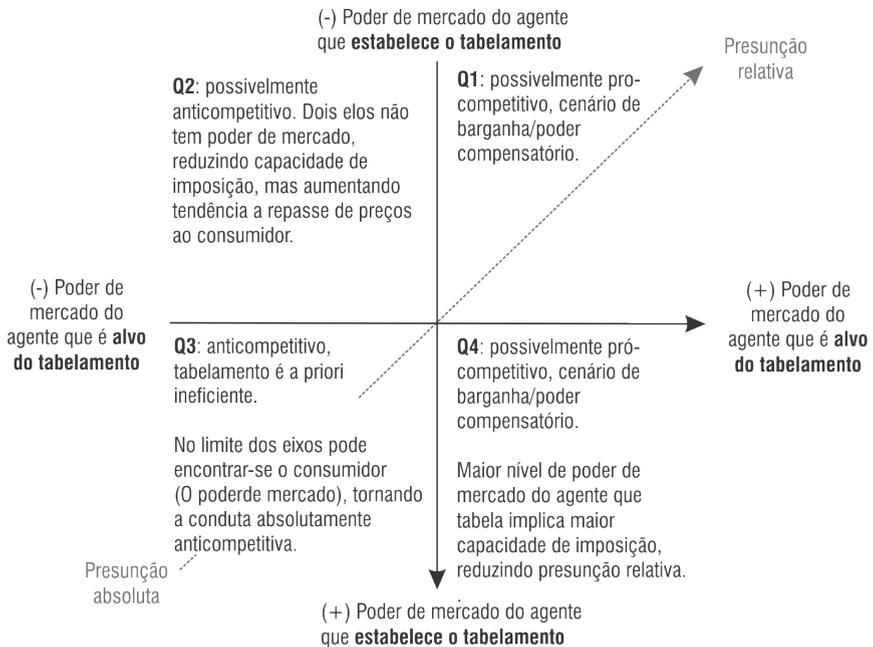
Desse modo, há uma compreensão de que o mercado de saúde comporta essa dinâmica do poder de barganha percebida pela teoria do poder compensatório. Apesar desse entendimento, tal permissibilidade não é irrestrita e é feita mediante rigorosa ponderação no caso concreto – vide o Voto da Conselheira Lenisa Prado.

4.1 Movimentações recentes sobre o tema

Durante o desenvolvimento da presente pesquisa, continuou-se a acompanhar casos que envolvessem o tratamento dado às tabelas de preço, com o intuito de verificar se o poder compensatório seria uma tese aceita em outros mercados que não o de saúde. Contudo, o que se identificou foi o voto proferido pelo Conselheiro Diogo Thomson que, em 2024, organizou e consolidou toda a jurisprudência sobre tabelas de preço, no Processo Administrativo n. 08700.000284/2022-72, envolvendo o Conselho Regional de Corretores de Imóveis da 5ª Região Goiás (CRECI/GO).

Em seu voto, ele explora a aplicação da teoria do poder compensatório e defende que, em certos casos, o poder de barganha de compradores de grande porte pode neutralizar o poder de mercado de fornecedores, resultando em efeitos neutros ou até positivos para a concorrência. O Conselheiro argumentou pela necessidade de analisar em que posição os agentes envolvidos no tabelamento de preços se encontram dentro de uma matriz gráfica (Gráfico 3: Síntese esquemática do teste lógico/regra de julgamento) que avalia o impacto concorrencial. Essa abordagem gráfica permitiu uma avaliação mais clara das relações de poder entre os agentes e a capacidade de influenciar o mercado:

Gráfico 3 - Síntese esquemática do teste lógico/regra de julgamento



Fonte: Voto do Conselheiro Diogo Thomson, PA n. 08700.000284/2022-72.

Nesse sentido, confirma-se o resultado via pesquisa empírica, isto é, a compreensão de que existem forças e demandas a justificar a aplicação da teoria do poder compensatório, as quais inclusive são fundamentadas pelo Conselheiro via uso de precedentes do mercado de saúde, todavia, apenas os elementos do caso concreto poderão fornecer a compreensão adequada a (i)licitude do tabelamento de preços.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como visto, a medicina, originalmente uma profissão liberal, passou a se transformar em um empreendimento empresarial com o avanço do capitalismo industrial no Brasil. Ademais, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu a saúde como um direito universal, prevendo a atuação tanto do setor público quanto do privado. Assim, por meio da análise do PIB nacional, foi perceptível que os gastos com saúde no Brasil são significativos, mas que a saúde suplementar desempenha um papel crucial para suplementar o sistema.

Porém, evidenciou-se, também, a exploração econômica por parte de empresas do setor, que seguem a lógica central das empresas capitalistas: a busca pelo lucro. Isso gera desafios, tendo em vista que a saúde suplementar, subordinada ao modelo de maximização de ganhos, frequentemente negligencia o cuidado com os pacientes e o trabalho dos profissionais. Características desse mercado, como a assimetria de informações e a seleção adversa, tornam necessária uma regulamentação robusta para proteger consumidores e garantir equidade. A promulgação da Lei n. 9.656/98 e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) representaram tentativas de equilibrar as relações entre beneficiários e operadoras, mas também resultaram em maior concentração de mercado, o que ameaça a concorrência e os direitos dos consumidores.

Assim, a aplicação da teoria do poder compensatório se torna relevante para regular essa dinâmica mercadológica, porque é a busca por equilibrar forças econômicas desiguais por meio da criação deliberada de poder de mercado, tanto na produção (poder de venda), quanto na distribuição (poder de compra). Ao formar contrapesos, como sindicatos ou cooperativas, essa teoria visa mitigar os efeitos do poder excessivo de certos agentes econômicos, promovendo uma distribuição mais equitativa de recursos.

Nesse contexto, a teoria do poder compensatório alinha-se aos objetivos das políticas antitruste. O CADE reconhece essa teoria, considerando que a formação de poder compensatório pode ser benéfica em cadeias produtivas, onde a simetria de poder entre as partes é crucial para o bem-estar do consumidor. No entanto, o empenho dessa possibilidade deve ser cuidadoso, pois o exercício abusivo do poder compensatório pode levar a aumentos de preços para os consumidores e vício da concorrência. Além disso, o mercado de saúde apresenta falhas, como externalidades e assimetrias de informação, que dificultam a competição perfeita. Por isso, o papel do CADE e da ANS é fundamental para assegurar a manutenção de condições justas no setor, avaliando fusões e aquisições e impondo exigências às operadoras.

Assim, levantou-se as decisões proferidas pelo CADE em que houve análise de tabelas de preço. A pesquisa inicial abrangeu 85 decisões, das quais 15 estavam relacionadas ao mercado de saúde, e revelou a dificuldade em estabelecer um padrão de julgamento, devido à divergência de critérios aplicados. A única decisão sob a nova Lei de Defesa da Concorrência destacou a atuação do Conselho Federal de Medicina (CFM) e do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, que restringiram o uso de cartões de desconto, prejudicando o acesso à saúde. Nesta, o CADE reconheceu a necessidade de equilibrar a assimetria de poder entre médicos e operadoras de saúde, mas ressaltou que essa coordenação deve ser rigorosamente analisada para evitar práticas que limitem a concorrência e o acesso dos consumidores a serviços essenciais.

Durante a pesquisa, foram acompanhados casos de tabelas de preço em diversos mercados para verificar a aceitação da teoria do poder compensatório. Em 2024, o Conselheiro Diogo Thomson consolidou a jurisprudência sobre tabelas de preço no

Processo Administrativo n. 08700.000284/2022-72, relacionado ao Conselho Regional de Corretores de Imóveis da 5ª Região. Em seu voto, Thomson argumentou que, em algumas situações, o poder de barganha de grandes compradores pode neutralizar o poder de mercado dos fornecedores, trazendo efeitos neutros ou positivos para a concorrência.

Portanto, embora a jurisprudência sob a antiga Lei de Defesa da Concorrência não apresente uma padronização clara, o único caso analisado sob a nova lei confirma a possibilidade de aplicar a teoria do poder compensatório no mercado de saúde. No entanto, essa aplicação deve ser cuidadosamente filtrada pelo exame das circunstâncias específicas de cada caso, a fim de verificar a real presença das condições que sustentam essa análise.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Célia. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil**: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Brasília: Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, 1998.

ALMEIDA, Célia. Crise econômica, crise do Welfare State e reforma sanitária. In: GERSHMAN, Silvia; VIANNA, Maria Lúcia Werneck (org.). **A miragem da pós-modernidade**: democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/8fmv5/pdf/gerschman-9788575413975.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2025.

ALMEIDA, Silvia Fagá de. **Poder compensatório e política de defesa da concorrência**: referencial geral e aplicação ao mercado de saúde suplementar brasileiro. 2009. 240f. Tese (Doutorado em Economia) – Escola de Economia de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2009. Disponível em: <https://repositorio.fgv.br/server/api/core/bitstreams/a94776c6-570e-43c7-8c02-356bacfaeb64/content>. Acesso em: 12 jan. 2025.

AZEVEDO, Paulo Furquim. **Integração vertical e barganha**. 1996. Tese (Doutorado em Economia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

BAHIA, Ligia; VIANA, Ana Luiza. Introdução. In: BRASIL. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Regulação & saúde**: estrutura, evolução e perspectiva da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2002. p. 7-17. Disponível em: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_saude.pdf. Acesso em: 12 jan. 2025.

BINMORE, Ken; RUBINSTEIN, Ariel; WOLINSKY, Asher. The nash bargaining solution in economic modeling. **Rand Journal of Economics**, v. 17, n. 2, p. 176-188, Summer 1986. Disponível em: <https://arielrubinstein.tau.ac.il/papers/24.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Administrativo de Defesa Econômica – CADE. **Guia para análise econômica de atos de concentração horizontal**. Brasília, DF: CADE, 2016. Disponível em: <https://cdn.cade.gov.br/Portal/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-do-cade/guia-para-analise-de-atos-de-concentracao-horizontal.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional**: conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019. Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Ins-

tituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2022. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11014/4/Contas_de_saude.pdf. Acesso em: 12 jan. 2025.

BRASIL. **Sistema Único de Saúde – SUS**. Ministério da Saúde, [2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus#:~:text=0%20Sistema%20C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde,toda%20a%20popula%C3%A7%C3%A3o%20do%20pa%C3%ADs>. Acesso em: 03 ago. 2024.

FONSECA, Artur Lourenço. **Portabilidade em planos de saúde no Brasil**. 2004. Dissertação (Mestrado em Regulação de Saúde Suplementar) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

GALBRAITH, John Kenneth. **American Capitalism: the concept of countervailing power**. Boston: Houghton Mifflin, 1952.

GOLDBERG, Daniel K. Antitruste e a barganha coletiva no mercado de saúde suplementar. **Revista de Direito da Concorrência**, v. 9, p. 329-355, 2006. Disponível em: <https://revista.cade.gov.br/index.php/revistadedireitodaconcorrenca/article/view/773>. Acesso em: 12 jan. 2025.

HASHIMOTO, Paula de Almeida. **Análise da eficiência técnica das operadoras de planos de saúde com a utilização da análise envoltória de dados**. 2010. 126f. Dissertação (Mestrado em Ciências Econômicas) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://www.bdt.uerj.br:8443/handle/1/7604>. Acesso em: 12 jan. 2025.

KHARMANDAYAN, Luiza. **A relação entre o direito e a teoria econômica na jurisprudência do CADE sobre tabelas médicas**. 2015. 122f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: http://www.realp.unb.br/jspui/bitstream/10482/20469/1/2015_LuizaKharmandayan.pdf. Acesso em: 12 jan. 2025.

LIMA, Clóvis Ricardo Montenegro de. Informação, assimetria de informações e regulação do mercado de saúde suplementar. **Encontros Bibli: Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, Florianópolis, núm. Especial 1, p. 132-146, 2006. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/147/14720365012.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2025.

MACEDO, Alexandre Cordeiro. **A possibilidade de barganha coletiva nas relações econômicas desiguais no Sistema Brasileiro de Defesa “Econômica” à luz da tese do poder compensatório**. 2022. 236f. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/53698>. Acesso em: 12 jan. 2025.

MAZZONI, Lidiane. **Judicialização da saúde suplementar e regulação: efeitos das normas da ANS nas decisões judiciais**. 2020. 232f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020. Disponível em: https://www.iess.org.br/sites/default/files/2021-12/Direito_2_lugar.pdf. Acesso em: 12 jan. 2025.

MENDES, Eugênio Vilaça. O futuro dos sistemas universais de saúde: o caso do Sistema Único de Saúde. *In*: BARROS, Fernando P. C. de (coord.). **CONASS Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2018. (CONASS Debate, v. 8). p. 92-105. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2018/08/CONASSDebateN8.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2025.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise do; CAETANO, João Carlos. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis: Revista de Saúde**

Coletiva, v. 18, n. 4, p. 767-783, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/KFy6MMGR-njWVLNL7DKkXRKm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2025.

POULLIER, Jean-Pierre. **El afan por la eficiencia. Informacion Comercial Española**: Revista de Economía – Reformas Sanitarias Actuales, Madrid, n. 681/682, p. 7-26, 1990.

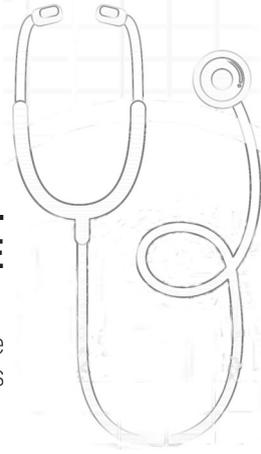
RAGAZZO, Carlos Emmanuel Joppert; MACHADO, Kenys Menezes. Desafios da Análise do CADE no Setor de Planos de Saúde. *In*: PERILLO, Eduardo Bueno da Fonseca; AMORIM, Maria Cristina Sanches (org.). **Para entender a saúde no Brasil**. 4. ed. São Paulo: LCTE, 2011.

SALOMÃO FILHO, Calixto. **Direito concorrencial**. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2021.

SANTOS, Mara Lisiane de Moraes dos; BATISTON, Adriane Pires. Bases legais do SUS: leis orgânicas da saúde: a luta permanente pela concretização do SUS. *In*: CORREIA, Adélia Delfina da Motta S. *et al.* (org.). **Políticas públicas de saúde e processo de trabalho em saúde da família**. Campo Grande, MS: UFMS; Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2010. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acer-vo/handle/ARES/2986>. Acesso em: 12 jan. 2025.

REPERCUSSÕES DO RACISMO AMBIENTAL NO DIREITO À SAÚDE

Gabriel Vicente Andrade
Milena Collaço Martins



SUMÁRIO

1 Introdução. **2** Saúde, danos ambientais e precarização da qualidade de vida das populações vulnerabilizadas. **2.1** Impacto das injustiças socioambientais na qualidade de vida das populações vulnerabilizadas. **3** Políticas de aterros sanitários e a distribuição desigual de rejeitos. **4** A alteração da resolução CEMA n. 94/2014. **5** Considerações finais. Referências.

1 INTRODUÇÃO

Em 2024, o Estado do Paraná, pela quarta vez consecutiva, ocupou a primeira posição no pilar de sustentabilidade ambiental, presente no Ranking de Competitividade dos Estados, elaborado pelo Centro de Liderança Pública (CLP). No estudo, foram avaliados indicadores de emissão de gases poluentes, desmatamento e manejo do esgoto. Para mais, o Paraná consagrou-se por apresentar os melhores indicadores de destinação adequada de resíduos sólidos, taxa de recuperação de recicláveis, áreas de cobertura de coleta seletiva.

Em contraparte, essa concepção de consciência e responsabilidade ambiental se vê severamente contradita pelo fato de o mesmo estado, por meio de seus órgãos executivos, ter submetido para deliberação proposta de alteração do artigo 15 da Resolução n. 94/2014 do Conselho Estadual do Meio Ambiente do Estado (CEMA), a qual visa reduzir a distância entre a área de disposição final de resíduos sólidos urbanos e os núcleos populacionais de 1.500 metros para 500 metros, e cuja aprovação refletirá, direta e negativamente, sobre aqueles que habitam o entorno dos aterros.

Essa contraditória relação traz à tona questionamentos quanto à desproporcionalidade na distribuição do ônus ambiental proveniente do desenvolvimento econômico, e quais seriam os fatores que levam determinadas comunidades a sentirem, em maior intensidade, os impactos ambientais da disposição final de resíduos sólidos.

Inicialmente, parte-se da premissa de que o direito à saúde é compreendido não somente como o direito ao acesso médico hospitalar para o tratamento de doenças, mas sim o direito de usufruir do meio ambiente ecologicamente equilibrado que proporcione, a todos, qualidade de vida. Complementarmente, trabalhar-se-á o conceito de injustiça socioambiental e como ela se conecta com as violações a direitos das comunidades vulnerabilizadas, especificamente no que concerne ao dano ambiental provocado pelo manejo inadequado dos resíduos sólidos.

Delimitado esse contexto, far-se-á uma análise acerca do fenômeno que permeia as decisões políticas que impõem, sobre as comunidades vulnerabilizadas, o ônus ambiental da distribuição desigual dos rejeitos. Nesse segundo momento, pretende-se conceituar e relacionar o racismo ambiental, a fim de explicitar que as decisões sobre a localização de aterros e lixões estão profundamente ligadas à necropolítica estatal, a qual determina quais vidas são consideradas descartáveis e podem ser submetidas a condições de morte social e física.

Estabelecidos esses parâmetros teóricos, a pesquisa avançará para o estudo de caso acerca da possível alteração da Resolução n. 94/2014 do CEMA. Pretende-se, nesse ponto, avaliar quais foram os atores mobilizadores da proposta em pauta, quais interesses movimentam essa discussão, bem como qual foi o tratamento (ou ausência deste) conferido às comunidades que seriam diretamente afetadas pela aprovação da mudança. Ademais, a partir do relato de experiência, resultante da participação de integrante do grupo PET – Direito da Universidade Federal do Paraná (UFPR) na 109ª Reunião Ordinária do CEMA, busca-se estabelecer uma crítica ao *modus operandi* estatal, que desenvolve sua política pública ambiental como verdadeiro estado de exceção.

Nesse contexto, o risco ambiental é sistematicamente imposto às populações marginalizadas, sendo as únicas obrigadas a conviver com os efeitos deletérios do lixo produzido por toda a sociedade. Embora, proporcionalmente, as classes sociais abastadas produzam muito mais rejeitos, apenas as populações vulnerabilizadas são condenadas a habitar as “zonas de sacrifício”.

2 SAÚDE, DANOS AMBIENTAIS E PRECARIZAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DAS POPULAÇÕES VULNERABILIZADAS

O enquadramento do direito à saúde no Brasil como direito fundamental aparece, pela primeira vez, com a promulgação da Constituição da República de 1988. Em períodos anteriores, as constituições pátrias se limitavam a atribuir competência, ora à União ora aos Estados, para adotar medidas de saneamento tendo em vista a redução da mortalidade infantil, impedir a proliferação de doenças e propagar hábitos de higiene à população, sem, no entanto, valorar a saúde como direito social (Dallari, 2008).

O movimento sanitário emerge justamente desta ausência de previsão normativa, aliada aos desafios vivenciados pelos profissionais que atuavam na área da saúde durante a década de 1970, no período da ditadura militar (PenseSUS, 2013). O movimento era composto por intelectuais, acadêmicos e profissionais do setor, e fez parte de um processo sociopolítico que buscou, através da mobilização popular, promover reformas na estrutura estatal, de modo a assegurar a proteção à saúde de todos os cidadãos (Cohn, 2018).

A *VIII Conferência Nacional de Saúde*, realizada em Brasília, em abril de 1986, contou com o painel “Saúde na Constituição”, o qual originou posteriormente a proposta de emenda popular à Constituição (Dallari, 2008). Os principais pontos defendidos pelos sanitaristas para o novo modelo de saúde pública foram aprovados pela Assembleia Nacional Constituinte, o que resultou na consagração do direito à saúde como direito de todos e dever do Estado, bem como originou o Sistema Único de Saúde (Falleiros *et al.*, 2010).

O próprio conceito de saúde foi expandido pela Constituição de 1988, o qual deixou de ser entendido como a mera “ausência de doença”, e passou a contemplar o “completo bem-estar físico, mental e social”, aliando-se ao posicionamento adotado na Constituição da Organização Mundial da Saúde de 1946 (Dallari, 2008).

Atualmente, o Direito à Saúde ramifica-se em uma gama de direitos correlatos. A título ilustrativo, cita-se o art. 196 da Constituição de 1988, que menciona o direito à universalidade do acesso, o direito ao atendimento igualitário e o direito a ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1988). Dallari (1988) inclui o direito ao acesso a recursos médico-sanitários, o direito à livre escolha do paciente a qual tratamento será submetido, à liberdade do profissional de saúde para determinar o tratamento, o de escolher livremente sua relação com o meio ambiente, dentre outros.

Ao mergulhar nessa complexidade do conceito da saúde, é fundamental considerá-la dentro do contexto socioeconômico de uma população. Souza e Andrade (2014, p. 4120) a definem como “resultante de um processo de produção social que indica qualidade de vida pelo modo de viver a vida das pessoas e pelo acesso a bens e serviços econômicos e sociais”. Desse modo, entende-se que a proteção e promoção do direito à saúde converge com a promoção de outros bens fundamentais, tal qual a vida, a dignidade da pessoa humana e o meio ambiente (Sarlet; Figueiredo, 2013).

2.1 Impacto das injustiças socioambientais na qualidade de vida das populações vulnerabilizadas

Partindo de tal conjuntura, passa-se à análise de como a ocorrência de danos ambientais, sob o viés das injustiças socioambientais, repercute direta e negativamente na salvaguarda do direito à saúde. A interdependência entre o direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado e o direito à saúde é elaborada com maestria por Silva, Sales e Frota (2015, p. 77):

Portanto, a defesa e a preservação ao meio ambiente ecologicamente equilibrado fazem-se importante devido à sua íntima ligação com o direito à vida, direito à saúde. Porque uma vez resguardado um meio ambiente ecologicamente equilibrado, sadio, ou seja, essencial à sadia qualidade de vida, estar-se-á criando um ambiente em todos

os seus aspectos favorável para o desenvolvimento do homem, consequentemente, o indivíduo poderá exercer sua liberdade com plenitude. Assim, a garantia de uma qualidade mínima de vida é imprescindível para a realização da dignidade humana.

Tal qual afirmam os autores, impera uma indissociável interseccionalidade entre meio ambiente e bem-estar de uma população, razão pela qual afirma-se que o direito à saúde não pode ser reduzido ao acesso a serviços médico-hospitalares, mas que deve englobar a busca por um estilo de vida saudável, o que exige atenção aos determinantes sociais (Souza; Andrade, 2014). Isso porque, para aferir as reais condições de vida de determinado grupo, devem ser considerados os indicadores socioeconômicos, sanitários e ambientais do espaço (Gondim *et al.*, 2008).

Em decorrência de tais indicadores, uma mesma população percebe as repercussões de determinados fatos de modos distintos. Por exemplo, uma cidade constitui um espaço, que engloba um conjunto de territórios, formados a partir das pressões econômicas, culturais, históricas, ambientais e políticas que impactam diretamente na qualidade de vida da comunidade que lá vive (Gondim *et al.*, 2008). Compreende-se como populações vulnerabilizadas os grupos que se encontram fora dos parâmetros hegemônicos, isto é, que sejam de raça, classe social, religião, gênero ou orientação sexual diversa do padrão normativo estabelecido pela classe dominante.

Esses grupos, devido à sua situação de maior fragilidade política e marginalização social, são impactados em maior proporção quando encontram-se diante de danos ambientais, razão pela qual identificar as especificidades de cada território é essencial para tratar os problemas de saúde que afetam os residentes de determinada comunidade.

Assim, em que pese a saúde seja concebida como o estado de harmonia entre o homem e o meio ambiente, o que se verifica, na prática, é que muitos profissionais de saúde têm minimizado o impacto dos determinantes sociais na qualidade de vida dos indivíduos, ao ignorar os fatores ambientais que compõem o território de comunidades vulnerabilizadas, voltando-se apenas para a prática da clínica individual, centrada na prevenção de agravos das patologias, sem o necessário enfoque interdisciplinar, o que, por sua vez, aumenta a probabilidade de diagnósticos equivocados e reduz a chance efetiva de recuperação dos enfermos (Souza; Andrade, 2014).

Se, por um lado, as populações carentes enfrentam a falta de preparo dos profissionais de saúde para lidar com os determinantes sociais, comprometendo a qualidade do atendimento, por outro, cada vez mais, essas mesmas comunidades são forçadas a se deslocarem para áreas marginalizadas, desprovidas de infraestrutura e proteção ambiental, em razão do aumento da desigualdade social, o que intensifica a deterioração de sua saúde e redução do bem-estar (Souza; Andrade, 2014).

A precarização da qualidade de vida em determinados territórios é responsabilidade direta do modelo de produção capitalista em que o mundo globalizado está inserido. Nos

dizeres de Nildo Viana (2016, p. 188), “deixado a seu bel-prazer, o capitalismo tende a destruir a natureza da qual a humanidade depende e assim, por conseguinte, a si mesmo e a humanidade”. Assim, esse modelo produtivo tem por consequência o aumento da degradação ambiental, seja em razão da exploração de matéria prima, do desenvolvimento da atividade mineradora, do uso de agrotóxicos, ou do despejo inadequado de resíduos.

Todavia, em razão dos fatores socioeconômicos, verifica-se que seu impacto é sentido em maior intensidade em territórios vulnerabilizados, acarretando sérias violações aos direitos fundamentais desses grupos. Nesse contexto de violações sistemáticas, observa-se a ocorrência do fenômeno nomeado “Injustiça Ambiental”, o qual é definido por Preve, Santos e Campos (2023, p. 6858) como:

[...] o tratamento desigual de determinados grupos ou comunidades, selecionados por sua raça, cor e classe, ferindo uma série de princípios e direitos para mascarar o problema da exploração de matéria prima natural de certas regiões, gerando sérios danos ao bem-estar destas pessoas.

A injustiça ambiental, portanto, consiste na repercussão causada pelo dano ambiental, produzido pelas ações humanas, às comunidades vulnerabilizadas – grupos que, por questões econômicas, históricas e culturais, possuem baixa expressão social e política –, o que dificulta que estes se opunham às práticas governamentais ou empresariais que impactem negativamente os territórios em que residem.

Em áreas onde predominam essas comunidades, os índices de poluição, a destruição de habitats naturais e a contaminação de recursos hídricos são significativamente mais elevados. Essa situação perpetua um ciclo de pobreza e degradação ambiental, dificultando a ascensão socioeconômica e o acesso a direitos básicos como saúde, educação e saneamento.

É inegável que as populações vulnerabilizadas são afetadas pelas repercussões negativas do desenvolvimento econômico. No que concerne à adoção de políticas públicas para o manejo e tratamento dos resíduos sólidos, verifica-se que essas recebem tratamento díspar por parte da Administração Pública. Isso porque, ao decidir questões que impactam diretamente na qualidade de vida da população, o poder público não lhes defere o mesmo zelo e cautela que seria destinado à classe dominante.

No caso da instalação de aterros sanitários, observa-se que os locais eleitos para recebê-los possuem como traço em comum o fato de serem habitados por populações vulnerabilizadas, isso porque áreas ocupadas majoritariamente por minorias étnicas ou grupos sociais vulneráveis, em geral, têm menor poder de resistência política e menos recursos para contestar a instalação de tais infraestruturas em suas comunidades (Fiocruz, 2009).

Atualmente, o estado do Paraná vive um cenário de injustiça ambiental desencadeado pelo projeto de alteração da Resolução CEMA n. 94/2014, proposto pela Câmara

Temática de Qualidade Ambiental (CTQA) do Cema após pedido da Associação Brasileira de Resíduos e Meio Ambiente (ABREMA). Em suma, pretende-se modificar a redação do art. 15 da referida resolução, de modo a reduzir a distância entre a área de disposição final de resíduos sólidos urbanos e os núcleos populacionais de 1500 metros para 500 metros.

Os aterros sanitários foram implementados nacionalmente como alternativas ambientalmente adequadas aos lixões. Embora a Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS) – instituída pela Lei n. 12.305/2010 – explicita que, dentre as alternativas à gestão dos resíduos sólidos (não geração, redução, reutilização, reciclagem, tratamento dos resíduos sólidos e disposição final ambientalmente adequada dos rejeitos), os aterros sejam a última racionalidade, não foi essa a aplicação prática adotada pelo administrador público. Para mais, comprovou-se, na realidade, que esses empreendimentos possuem alta capacidade poluidora, e sua instalação próxima aos núcleos populacionais é capaz de trazer sérios prejuízos à saúde da população, tais quais o mal cheiro, doenças respiratórias, a presença de urubus e outros possíveis vetores de zoonoses, vazamento de chorume, dentre outros.

O principal ponto trazido pela ABREMA seria que a Norma Brasileira de Regulamentação (NBR) 13.8896 da ABNT recomenda uma distância superior a 500 metros, o que, segundo a associação, tornaria a norma do Estado do Paraná “deveras restritiva”. Tal argumento possui viés nitidamente econômico, e despreza, em absoluto, a deterioração da qualidade de vida a que a mudança sujeitará as comunidades que residem em torno dos lixões (Lopes, 2024).

Em vista do exposto, constata-se que o fenômeno da injustiça ambiental representa um grande obstáculo ao acesso pleno ao direito à saúde, especificamente no que concerne ao direito à qualidade de vida das populações vulnerabilizadas. No próximo capítulo, buscar-se-á delinear o papel do Estado e da biopolítica no contexto dos conflitos socioambientais, especificamente no que se refere ao projeto de modificação da Resolução n. 94/2014 do CEMA.

3 POLÍTICAS DE ATERROS SANITÁRIOS E A DISTRIBUIÇÃO DESIGUAL DE REJEITOS

Onde moro o odor é insuportável. É um cheiro muito forte. Acordamos sufocados. Queremos respirar, mas não conseguimos. Não podemos nem abrir a porta, a janela. Ficamos refém (Passos; Martins, 2023).

O odor é insuportável. Quando começa, dá ânsia de vômito. Se alguém estiver fazendo uma refeição, tem que parar e guardar na hora [...] [u]ma estratégia dos moradores, quando isso acontece, é pegar álcool, molhar em um pano e colocar no nariz para esperar passar (Souza, 2023).

Esses são relatos de vidas que, em seu cotidiano, convivem com ônus ambientais decorrentes da disposição do Aterro de Marituba, em Belém, cidade que será a próxima sede da Convenção das Partes Para o Clima, em 2025. Existe uma patente dicotomia no cenário descrito, ao passo que a cidade promoverá um dos maiores eventos para discussão de políticas climáticas do mundo, determinada parcela de sua população é forçada a conviver, diariamente, com violações graves de seu direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado.

Esse paradoxo levanta questionamentos importantes: Qual o fator determinante que possibilita, tecnicamente, alocar um aterro ao lado de uma área urbana? Qual a distância mínima, sanitariamente adequada, para se alocar um repositório de rejeitos como esse? Quais os odores e danos aceitáveis, ou melhor, quem pode suportar esses danos?

Do ponto de vista da ecologia política, a compreensão acerca dos conflitos socioambientais parte do entendimento da relação complexa entre sociedade e meio ambiente, na qual existem diferentes formas de apropriação, uso e significação do território (Acselrad, 2004, p. 8; Pinto *et al.*, 2014, p. 272). Considerando os fenômenos ambientais e sociais, enquanto complexos e imbricados, há uma interdependência entre a justiça social e a ambiental, a qual nem sempre esteve em evidência.

A primeira constatação dessa relação de interdependência ocorreu entre os anos 1960 e 1980, quando o movimento negro dos Estados Unidos se mobilizou a fim de denunciar as “condições inadequadas de saneamento, de contaminação química de locais de moradia e trabalho e disposição indevida de lixo tóxico e perigoso” (Acselrad, 2002, p. 6). Ao que se observou, na distribuição da cidade, havia uma disparidade evidente entre a organização de instrumentos urbanos, de maneira que bairros de concentração de pessoas pobres e, sobretudo, negras, eram preferencialmente afetados por riscos ambientais (Acselrad, 2002, p. 6-7).

A esse fenômeno foi cunhada a nomenclatura *Racismo Ambiental*, designando a forma desigual, dolosa ou culposa, que os custos ou ônus ambientais são distribuídos a populações racialmente caracterizadas e minorias, evidenciando a ausência de uma distribuição democrática de riscos ambientais (Acselrad, 2002, p. 9; Acselrad; Mello; Bezerra, 2009, p. 76). A geração de injustiças, por outro lado, é consequente da lógica política que orienta a distribuição desigual de danos, bem como da influência da força do mercado e da apropriação e organização perversa do espaço pelo capital (Acselrad, 2002).

Em outras palavras, existe, na espacialização, dentro do campo ou da cidade, uma influência de matiz estrutural, multifatorial, que vão desde custos de implementação até questões raciais, os quais produzem riscos desiguais de exposição a lixos, toxicidades, poluições, baixa infraestrutura etc., de forma que se conclui pela existência de uma construção social do risco (Acselrad, 2002).

Sobre essa perspectiva, há uma outra chave analítica, a qual se considera central para discussão, que auxilia na construção de uma teoria sobre como são distribuídos esses riscos: a necropolítica estatal. Isso porque, antes de onerar uma população de forma injusta e sanitariamente irresponsável, compreendemos que há um cálculo anterior de valoração sobre quais vidas podem ser vividas e quais sequer são consideradas vidas.

Afinal, se é aceitável impor à população de baixa renda que conviva ao lado de aterros, por que não vemos a distribuição de áreas de disposição de resíduos em zonas ricas? Como anteriormente delimitado, há uma perversidade na distribuição de riscos ambientais, porém, para além dessa perversidade, cabe investigar, no plano político, a forma pela qual a necropolítica opera, anulando corpos e apagando sujeitos, e o papel do Estado nessa operação.

Achille Mbembe (2016), ao delimitar a necropolítica, tem como partida a leitura política do corpo/da mente, da vida/da morte, enquanto *nomos* do espaço político, como categorias fundamentais – política como trabalho da morte. Para tanto, vale-se da concepção hegeliana da morte, na qual o indivíduo, ao tornar-se sujeito, convive com a morte; morte como evento voluntário, que resulta de riscos suportados pelo sujeito ao longo do seu desenvolvimento.

Em paralelo, tem-se o conceito de soberania, como a recusa em aceitar os limites do medo da morte, por parte do sujeito, espaço em que essa limitação é abandonada, de modo que o soberano é aquele que não se submete aos limites da morte – soberania, portanto, compreenderia a permissividade para violar a proibição de matar (Mbembe, 2016, p. 124-127).

Sob essa perspectiva, para o autor, a relação entre política e morte é mediada pela atividade do controle estatal, na figura do biopoder conforme a visão Foucaultiana. O biopoder é a ferramenta que divide pessoas em grupos, segundo quais devem viver e quais devem morrer, de modo que há uma censura biológica entre uns e outros: o racismo. Que, conforme explica Mbembe (2016, p. 128), “é acima de tudo uma tecnologia destinada a permitir o exercício do biopoder, ‘aquele velho direito soberano de morte’”.

Se instaura um feixe de poderes que incidem sobre a vida, na qual a ação do Estado estrutura condições para que determinadas vidas sejam vividas, enquanto outras são aniquiladas. No presente caso, ainda, denuncia-se que essas vidas são espécie de *oferenda* para que determinado modo de vida e as operações empresariais sobre a gestão de resíduos sigam intactas (Fonseca; Muller, 2024).

É o racismo, portanto, o liame que regula a distribuição da morte na biopolítica, na qual o Estado avoca para si a responsabilidade de postular os modos de matar e racionalizar a própria morte (Mbembe, 2016, p. 133). Porém, na espacialização colonial, há um modo distinto de operação, derivado do necropoder, uma vez que na definição de limites e fronteiras coloniais, havia um princípio de exclusão recíproca, com base na raça e na categoria do homem da colônia, em que a soberania se manifesta na definição de *quais seres humanos eram descartáveis e quais não o eram* (Mbembe, 2016, p. 135).

Nesse momento, a cumulação das condições de soberania vertical e ocupação colonial fragmentada, organiza a espacialização segundo coordenadas verticais, conduzindo à proliferação de espaços de violência, conforme o necropoder. Nas condições de guerra, há um complexo *agenciamento* sobre a morte, em que o soberano define os espaços a serem ocupados, controla a violência segundo tal regionalização, define espaços de exploração de recurso, em que a morte é o espaço em que a liberdade e a negação operam (Mbembe, 2016, p. 146).

O que se pretende destacar a partir dessa análise é que a política se orienta, como estrutura, desde mecanismos complexos, do biopoder e do necropoder, a fim de orientar a espacialização na cidade segundo arranjos minuciosos, cujo fio condutor é a categoria raça. Assim, o racismo colonial “constitui como forma cotidiana de exercício do poder estatal e micropolítico perante os grupos racializados, numa narrativa que naturaliza essas relações e desapropria esses coletivos de suas histórias próprias” (Costa *et al.*, 2020, p. 143).

No contexto de aterros sanitários e lixões, a disposição, a regulamentação e a forma pela qual ocorre a distribuição do lixo na sociedade denuncia um crivo de um reconhecimento sobre quais vidas são vivas e quais são socialmente mortas. O lixo, aqui, possui uma forte vinculação semântica, isso pois, enquanto produto cultural, o lixo é aquilo que resta, degrada, é indesejável, tem odor. Como ironia, na sociedade do lixo, fruto de um capitalismo, na sua etapa de formação de consumidores (Krenak, 2019), esses resíduos indesejáveis são destinados em regra para periferias. Nesse movimento, esses espaços, como o lixo, são vistos como indesejáveis ou mesmo descartáveis, “que, na versão atualizada da ocupação colonial dos espaços e dos corpos, recebem os resíduos e são expostos aos riscos que a sociedade de consumo produz” (Steinbrenner; Brito; Castro, 2020, p. 937).

Para delimitar a operacionalização dessa política e os riscos atrelados à vida próxima a aterros e afins, é importante a análise de casos concretos já estudados no âmbito científico. Nesse sentido, destaca-se que no Paraná há poucas pesquisas que realizam estudos sobre a situação de aterros sanitários e lixões e a percepção de seres humanos sobre seus entornos. Assim, selecionaram-se trabalhos que trouxessem percepções subjetivas da vida próxima aos destinos de resíduos, além daqueles que demonstram as consequências sanitárias da localização de aterros próximos a seres humanos.

Steinbrenner, Brito e Castro (2020, p. 940), no estudo da questão do lixão de Marituba (PA), destacam que algumas consequências dos aterros sanitários incluem: um forte odor, sentido em vários bairros, oriundo das células de resíduos sólidos recobertas fora das normas técnicas; o aumento gigantesco de atendimentos nas unidades de saúde e de demandas por medicamentos; além de grandes prejuízos econômicos gerados pelo fechamento dos comércios, balneários (como são chamados na região os locais de banho à beira de igarapés) e restaurantes nas proximidades do aterro.

Na disposição desses locais dentro da cidade, há como plano de fundo disputas políticas e econômicas que culminam na produção do espaço urbano “como o *locus* privilegiado da acumulação capitalista e a cidade como uma mercadoria pela qual as elites re-

estruturam seu poder” (Alves, 2011, p. 111). As normas que orientam distâncias mínimas que corpos podem estar de um aterro são, igualmente, orientadas segundo essa política perversa, que tem por fundamento o racismo ambiental.

Não há, nesse contexto, como ignorar as consequências sanitárias desse fenômeno. No município de São Paulo, Gouveia e Prado (2010) estudaram 15 unidades de Aterros Sanitários e suas respectivas áreas no raio de dois quilômetros, entre 1998 e 2002. Nessas regiões, foram constatados: 351 óbitos por câncer de fígado; 224 por leucemia em adultos; 160 por câncer de bexiga; 299 óbitos por malformação congênita; e 25 óbitos por leucemia entre crianças. Resiste, portanto, uma relação entre a disposição de aterros e uma política de morte.

Outro caso concreto coletado é o do lixão em Itacaré, na Bahia (Barros, 2015). Em que pese os lixões serem categorias de destinação em crescente desuso, tendo em vista a previsão de extinção pela Lei de Resíduos Sólidos, o estudo é valioso e representativo, uma vez que a ausência de técnicas, regulamentação insuficiente e a distribuição de aterros sanitários, fazem com que as dificuldades enfrentadas em contexto de lixões persistem até hoje.

No referido estudo, seguindo uma metodologia de pesquisa de campo, foram entrevistadas dez pessoas que viviam nos arredores do lixão, todas com suas famílias, das quais apenas três eram catadoras, numa faixa etária entre 27 e 48 anos. Nessa troca, foram colhidas percepções sobre as condições, concluindo-se que 90% dessas pessoas compreenderam não ser vantajoso viver ao redor do local (Barros, 2015, p. 63). Dentre as percepções de riscos ambientais, os entrevistados destacaram a poluição da água, solo, visual e do ar como preocupações (Barros, 2015, p. 68).

Ademais, ressalta-se outras importantes percepções dos entrevistados, que levantam como riscos sociais a insegurança, discriminação e preconceito, além de riscos à saúde, como a presença de vetores, doenças de veiculação hídrica e representações espontâneas, por contaminações (Barros, 2015, p. 70-72). Todos os entrevistados afirmam que o Estado deveria intervir a fim de minimizar os riscos (Barros, 2015, p. 75), ainda que alguns considerassem haver insegurança e paralisia em face do poder público, pelo tamanho pequeno do município, bem como a ausência de vínculos quaisquer com o poder público, enquanto uma segunda parcela acumula um sentimento de acomodação e esgotamento, perante a desilusão de tentativas anteriores de resolver demandas da população e “da produção de processos de subjetivação que conduz a permanência de uma cidadania restrita, de sobrevivência” (Barros, 2015, p. 79).

Veja-se: cidadania restrita, de sobrevivência. Nesse arranjo, os meandros entre a configuração socioespacial do lixo e a política de morte, atrelada ao racismo ambiental, passam a se tornar mais explícitas. Por que é aceitável que pessoas periféricas convivam com condições insalubres? Por que as consequências deletérias sociais do resíduo produzido pela sociedade recaem sobre uma parcela específica da população?

A ideia de uma cidadania de sobrevivência apresenta um caminho interessante a ser perseguido. Há, na gestão socioespacial, uma forma perversa que onera populações

racializadas sobre riscos ambientais e, portanto, sanitários. Ao mesmo passo, aponta-se que essa espacialização se relaciona com uma minuciosa distribuição e articulação entre biopoder e necropoder, mecanismo que recai sobre corpos definidos que devem morrer. Porém, nesse caminho, é perceptível uma neutralização do sentimento em relação às vidas que sofrem com uma morte cotidiana. Morte enquanto cidadãos e, posteriormente, enquanto seres humanos.

Esse processo pode ser relacionado com a ideia de responsabilidade em Butler (2015). Segundo a autora, há uma característica que é comum ao ser humano: a precariedade. A vida é precária, pois a sobrevivência depende, igualmente, de instituições e relações sociais; a forma com a qual o corpo se relaciona e interpreta o seu exterior e, em especial, o outro, é fundamental à produção da noção de responsabilidade (Butler, 2015, p. 59-60). Contudo, existem normas de exclusão social que implicam numa maior ou menor indiferença em relação a determinadas vidas. Como consequência, tem-se a menor capacidade de enlutar por vidas que nascem “socialmente mortas”, em razão de tais marcadores (Butler, 2015, p. 70).

Nascer socialmente morto, para Butler (2015, p. 71), deriva de uma série de fatores, ligados ao esquema interpretativo dos sujeitos; aliás, a capacidade de reconhecer o luto no outro opera dessa maneira, podendo derivar da cultura, de um sentimento de nacionalismo, ou mesmo da guerra. No presente caso, ao que se aparenta, a indiferença em relação às vidas que habitam o entorno de aterros ou mesmo lixões, deriva de um arranjo de poder influenciado por fatores raciais e de classe, que, por outro lado, se expressam em regulamentos e normas que relegam condições de vida insustentáveis. Nesse caso, o direito, por ser relação social, é ao mesmo tempo ferramenta e produto dessas relações de exclusão.

Portanto, a discussão que se segue é acerca da regulamentação da distância de lixões no Estado do Paraná em relação a populações humanas, qual o papel de agências estatais nesse processo e quais são as condições de (não) vida existentes nesses espaços.

4 A ALTERAÇÃO DA RESOLUÇÃO CEMA N. 94/2014

A presente seção tem como plano de discussão a recente proposta de alteração da Resolução do Conselho Estadual do Meio Ambiente do Estado (CEMA) do Paraná n. 94 de 2014. Para tanto, cumpre traçar um histórico sobre a proposta, segundo uma metodologia de análise documental – por meio do exame do protocolo acerca da mudança –, e por meio do relato de experiência, colhido pela participação em eventos e na reunião ordinária na qual a alteração foi deliberada.

Pois bem, a Resolução CEMA-PR n. 94 de 4 de novembro de 2014, estabelece diretrizes e critérios orientadores para o licenciamento e outorga, projeto, implantação, operação e encerramento de aterros sanitários, visando o controle da poluição, da contaminação e a minimização de seus impactos ambientais.

O aterro sanitário, como abordado anteriormente, nada mais é do que uma técnica de disposição final de resíduos, ou seja, a última alternativa no ciclo da vida dos resíduos decorrentes do consumo humano. Conforme delimita a Política Nacional de Resíduos Sólidos, é o local que recebe materiais, substâncias, objetos ou bens descartados, resultantes do consumo humano, que precisam ser descartados em estado sólido ou semissólido, bem como gases e líquidos cuja disposição é inviável na natureza, quer seja pelo nível de contaminação, quer seja pela ausência de viabilidade técnico-econômica disponível para o tratamento (Brasil, 2010)

Nos aterros sanitários, têm-se células, tratadas com uma manta impermeabilizadora para proteção de lençóis freáticos, onde os resíduos são alocados, com a disposição diária de terra ou outro material para forração e a recirculação do chorume, evitando sua entrada na terra (Portella; Ribeiro, 2014, p. 121). Nas células, são instalados tubos para captação dos gases decorrente da decomposição, mais notadamente o gás metano, gás carbônico e o sulfeto de hidrogênio, com cheiro característico de “ovo podre” (Gomes *et al.*, 2015; Souza, 2019, p. 13) – um processo escatológico, que tem como consequências inevitáveis riscos ambientais, mau-cheiro e atração de animais, mesmo nos aterros mais avançados.

A implementação de um aterro exige uma grande área, às vezes precedendo de supressão de vegetação para tanto, uma vez que estes possuem “data de validade”, devendo passar pela fase de operação e encerramento, quando as células chegam às suas capacidades máximas. Após o encerramento, há a possibilidade de passivos ambientais resilientes (Portella; Ribeiro, 2014, p. 121), sendo certo que a área permanecerá por décadas imobilizada, enquanto perdurar o processo de decomposição.

Em razão desses fatos, atualmente, no Estado do Paraná, a Resolução CEMA n. 94/2014 estabelece, em seu artigo 15, que os aterros sanitários deverão se localizar a uma distância mínima de 1.500 (mil e quinhentos) metros de núcleos populacionais, a partir do perímetro da área.

Contudo, em 31 de março de 2023, a Associação Brasileira de Empresas de Tratamento de Resíduos e Efluentes (ABETRE) encaminhou ao Instituto Água e Terra do Paraná (IAT) um pedido de revisão da norma (Protocolo n. 20.630.368-9), considerando a inexistência de previsões acerca da ampliação de aterros sanitários. Com base nas normas técnicas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), as NBRs n. 13896 e 15849, que dispõem sobre projeto de aterros de resíduos não perigosos e aterros sanitários, a associação recomendou a adoção distância mínima de 500 metros entre os núcleos populacionais e o limite da área útil de aterros sanitários – 1/3 da distância mínima exigida na atual normativa vigente no estado do Paraná (Paraná, 2023b, p. 26).

O órgão ambiental, provocado pela ABETRE, formulou o pedido ao CEMA (Paraná, 2023b, p. 3), que instituiu o debate na Câmara Temática Ambiental, onde, em menos de um ano, o projeto foi aprovado e encaminhado ao plenário do Conselho para votação. Ao longo do procedimento, foram apresentados pareceres contrários à modificação, tendo sido, in-

clusive, emitida a Recomendação Administrativa n. 08/2023 por parte do Ministério Público do Estado do Paraná, na qual se conclui pela irregularidade da alteração (Paraná, 2023b, p. 112). Dentre os diversos fundamentos da referida recomendação, extrai-se importante prognóstico: sequer foram ouvidos órgãos sanitários durante o bojo do procedimento (Paraná, 2023a).

Além disso, dentre outras irregularidades, aponta-se que em momento algum da discussão houve o chamamento para participação das pessoas possivelmente afetadas pela ampliação da área útil dos projetos, o que, segundo o próprio Ministério Público, na Recomendação Administrativa n. 8/2023 (Brasil, 2023) poderia violar a Acordo Regional de Escazú. De outra forma, a possível aproximação entre aterros e núcleos populacionais é um retrocesso ambiental em matéria normativa. Acerca do tema, o Supremo Tribunal Federal tem consolidado jurisprudência no sentido de que a aplicação do princípio da vedação do retrocesso ambiental como óbice à alteração normativa que venha a reduzir um nível de proteção ambiental previamente estabelecido em lei.

Desta feita, ao dia 16 de setembro de 2024, ocorreu a 109ª Reunião Ordinária do CEMA, a qual tinha como um dos pontos de pauta a “Proposta de alteração do artigo 15 da Resolução CEMA n. 94/2014, que dispõe sobre o distanciamento de aterros sanitários sobre núcleos populacionais, referente ao Protocolo n. 20.630.368-9, instruído com o parecer de vistas apresentado pelo Centro de Estudos e Defesa e Educação Ambiental (CEDEA) e Associação de Saúde Ambiental Taxisphera, e com a manifestação do Presidente da CTQA/CEMA”.

Neste dia, como parte de uma das mobilizações realizadas pelo Programa de Educação Tutorial da Faculdade de Direito na Universidade Federal do Paraná (PET-Direito UFPR), um dos membros do grupo PET Direito, também autor do presente artigo, esteve presente na reunião, acompanhando como se daria a votação. Pontos importantes notados nesse processo deliberativo merecem destaque:

Primeiramente, a reunião, apesar de aberta ao público, não foi amplamente divulgada, tendo como única forma de divulgação a convocação pelo site do CEMA, no dia 06 de setembro de 2024, com somente dez dias de antecedência à sua realização. Em segundo lugar, as inscrições do público, para realização de quaisquer manifestações orais ao conselho, limitavam-se a 15 minutos, independentemente do número de inscrições. Além disso, essas manifestações somente ocorreriam ao final das pautas, ou seja, se houvesse votação, dar-se-ia após a conclusão do conselho sobre a temática. Por fim, durante as manifestações da Centro de Estudos e Defesa e Educação Ambiental (CEDEA) e Associação de Saúde Ambiental Taxisphera, ressoava nas conversas laterais de conselheiros que a alteração se tratava de uma exceção.

Apesar da tendência de aprovação, a alteração foi interrompida com o pedido de vistas por parte do conselheiro representante da Assembleia Legislativa e da conselheira representante da Secretaria Municipal do Meio Ambiente de Curitiba. Sem embargo, impôs-se igualmente a suspensão da votação, até a realização do segundo turno das eleições municipais.

Esse movimento de alteração da regulamentação de aterros sanitários corrobora a tese do presente trabalho: a elaboração de uma política pública ambiental, a qual não apresenta espaço para debate público com pessoas afetadas, e que implica oneração de pessoas já vulnerabilizadas pela maior aproximação de um risco ambiental. Isso, pois, a alteração da resolução tem como objeto, em parte, regularizar aterros sanitários que atualmente já se encontram próximos a núcleos populacionais.

O movimento de alteração da regulamentação de aterros sanitários, que não oportuniza às pessoas afetadas um espaço no debate público, corrobora a tese do presente trabalho: a presente política pública ambiental é elaborada de modo a onerar pessoas já vulnerabilizadas, aumentando o risco ambiental ao qual estão expostas, e silenciando eventuais protestos desses grupos. Ainda, no caso narrado, a alteração da resolução tem como objeto, em parte, ampliar aterros sanitários que atualmente já se encontram próximos a núcleos populacionais, ou seja, já convivem com efeitos deletérios da proximidade de aterros, o que resultaria na piora ainda maior na qualidade de vida desses moradores.

Para os agentes públicos envolvidos, essa modificação se trata de mera exceção normativa, quando na realidade ela funda um estado de exceção, pela qual o Estado autoriza que determinadas vidas possam sofrer e morrer diariamente, a fim de sustentar um modo de vida consumista. Enquanto todos produzem lixo em sociedade, as populações vulneráveis são aquelas que arcam com os efeitos deletérios dos rejeitos e, diante da proposta de redução da distância de segurança entre populações e aterros, o poder público faz às vezes de propulsor de um agravamento dos riscos à vida dessas populações – *fazer morrer*.

Nessa toada, é possível pensar essas zonas de exceção, enquanto verdadeiras zonas de sacrifício, segundo a concepção da Ecologia Política, na qual se “designa como ‘zonas de sacrifício’ os territórios que concentram riscos ambientais sobre populações vulnerabilizadas”, sob a justificativa de sustento de modelo vigente de (re)produção da vida (Riggoto; Santos; Costa, 2022). Nesse sentido, “[o] olhar sobre o sacrifício o considera um dispositivo de poder com atuações específicas sobre a vida – instaurar, qualificar, separar, destruir – que podem ser operantes em diferentes momentos” (Fonseca; Muller, 2024, p. 9).

Quando há a autorização de que se reduza a área de aterros às populações que já estão próximas a eles, está-se diante a qualificação de vidas que merecem menos proteção frente a exceção, vidas aptas a serem destruídas enquanto sacrifício à reprodução do lixo.

Se aprovada a redução da distância mínima entre o aterro e os núcleos populacionais, estar-se-ia diante da qualificação de vidas como merecedoras de menor proteção frente a exceção, isso porque, subentende-se que o poder público exerceu um juízo de valor, escolhendo quais vidas são aptas a serem destruídas enquanto sacrifício à reprodução do lixo e manutenção de um padrão de vida – este tratado com uma vida apta a ser plenamente vivida.

Como bem destacam Angela Fonseca e Maria Luiza Muller (2024, p. 11) “[a] percepção quanto à ideia de poluição retoma [...] a cisão e constituição de um ‘outro’ classificado/significado de modo valorativamente inferior em face do qual a população deve ser protegida”.

Em contrapartida, a vida protegida nesse processo é aquela tipicamente consumidora dentro da sociedade capitalista. Parafraseando Lacerda (2014, p. 10), “[a] riqueza das sociedades em que domina o modo de produção capitalista aparece, também, hoje, como uma extraordinária coleção de lixo”. Segundo o autor, a forma pela qual se exterioriza o “problema do lixo” é contraditória, pois, ao mesmo tempo em que o lixo é tratado como uma dificuldade da modernidade, deve-se compreender que, de fato, a modernidade em si é o problema. É no espaço moderno em que ocorre a naturalização da acumulação e coleção de mercadoria, legitimando a exploração incessante do meio ambiente que tem como consequência “natural” a produção de lixo.

O lixo é o duplo decorrente da forma como a sociedade capitalista se apropria e consome, enquanto a organização de lixões, aterros controlados e aterros sanitários produzem seus próprios duplos, que foram destacados anteriormente, tais como a neutralização de corpos e a espacialização perversa do ambiente urbano. A crítica à política de aterros que se desenvolve no presente trabalho deve se somar à crítica à naturalização da forma de produzir (capital e rejeitos) tão conhecida pelo homem moderno.

Essa naturalização decorre do processo de transformação da cidadania, do ser humano, em consumidor, um processo de alienação ao “mínimo exercício de ser” (Krenak, 2019, p. 14). É imperioso o freio do procedimento de produção do lixo, por meio de consumidores, retomando a ideia de cidadania e participação popular, atrelada à distribuição equânime de riscos ambientais. No mesmo esteio, “[a] perspectiva socioambiental para a justiça leva em conta que a expressão natureza resulta das relações sociais, das disputas por usos e representações dos bens comuns para reprodução da vida” (Isaguirre-Torres; Maso, 2023, p. 477).

Há, indubitavelmente, que se inserir técnicas de controle participativo, para que as políticas ambientais de disposição de resíduos perpassem por todos os ecos da sociedade, com o intuito de que os processos, como o narrado na presente sessão, não sejam convalidados ou venham a se repetir. A prática do controle de convencionalidade auxilia nesse sentido, considerando que o Brasil é signatário do Acordo Regional sobre Acesso à Informação, Participação Pública e Acesso à Justiça em Assuntos Ambientais na América Latina e no Caribe, conhecido como acordo de Escazú. Este documento visa garantir a participação popular, sobretudo de populações vulneráveis, em deliberações e decisões relativas à gestão ambiental e, apesar de não ter sido ratificado pelo Congresso Nacional, entrou em vigor em 22 de abril de 2021.

Contudo, reforça-se a ideia de que a manutenção do modelo vigente possui como duplo a geração de lixo, de modo que é pela ruptura com a naturalização desse processo e com o enfrentamento do problema da modernidade que será possível repensar a disposição de resíduos.

Entretantes, a busca por alternativas epistêmicas à produção do lixo está espalhada fora do “clube da humanidade” (Krenak, 2020), a exemplo de povos e comunidades

tradicionais, ou mesmo das práticas de movimentos sociais, o que, ao fim, deve conduzir a sociedade a novas formas de reprodução da vida, interligadas à natureza e à pluralidade de povos e existências.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fruição integral do direito à saúde apenas ocorrerá quando vinculada ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, uma vez que este possui todos os aspectos favoráveis para propiciar o desenvolvimento pleno do ser humano. Nesse contexto, o presente artigo buscou demonstrar que a relação entre os impactos do dano ambiental e as violações ao direito à saúde das comunidades marginalizadas constituem, mais do que uma expressão do racismo ambiental, uma escolha deliberada de política pública ambiental: uma necropolítica.

Para tanto, constatou-se que, em territórios ocupados por populações periféricas, os impactos negativos do desenvolvimento econômico são sentidos em maior intensidade, denominou-se tal fenômeno por injustiça socioambiental. Isso ocorre, em grande parte, porque as comunidades marginalizadas, com baixos indicadores socioeconômicos e limitada expressão política, têm dificuldade em se opor a práticas governamentais e empresariais que impactam negativamente seus territórios. Nesse contexto, adentrou-se a análise das políticas públicas que permeiam a instalação e ampliação de aterros sanitários, a partir da perspectiva daqueles diariamente silenciados no debate. Restou evidenciado que o ônus ambiental tem sido sistematicamente imposto a uma parcela específica da população, em decorrência de fatores econômicos e raciais.

Além disso, observou-se que as decisões governamentais são precedidas de um cálculo de valoração de vidas, no qual ficou sedimentado ser perfeitamente tolerável impor a comunidades pobres que vivam e convivam com os rejeitos produzidos por toda a sociedade, ao passo que as comunidades hegemônicas são blindadas de qualquer ônus ambiental que sua conduta possa ter produzido. Sob a perspectiva da necropolítica, na leitura de Achille Mbembe (2016), externou-se como a morte, a vida e o controle dos corpos são instrumentos fundamentais da organização política, a qual utiliza o racismo como ferramenta para orientar a espacialização urbana, permitindo a perpetuação de ciclos de violência e marginalização.

Tendo em mente o papel desempenhado pelas agências estatais na concretização da necropolítica, seguiu-se a análise da proposta de alteração da Resolução CEMA-PR n. 94/2014, que visa reduzir a distância mínima entre aterros sanitários e núcleos populacionais.

A partir do relato de experiência da 109ª Reunião Ordinária do CEMA, foi possível vislumbrar como se opera a distribuição do risco ambiental, isso porque o argumento suscitado como justificativa de mudança pauta-se na excepcionalidade da alteração, e

na necessidade de destinar ambientes para receberem o lixo produzido. Ocorre que, ao silenciar as comunidades afetadas, a tentativa de alteração é um exemplo de como soberano confere a determinadas vidas menor proteção, menor dignidade, e menores direitos.

A partir da análise crítica apresentada neste artigo, conclui-se que as políticas públicas ambientais, especialmente no que se refere à regulação de aterros sanitários, refletem um estado de exceção que perpetua as desigualdades socioambientais. A proposta de reduzir a distância mínima entre aterros e áreas habitadas não apenas intensifica esses riscos, mas também legitima uma lógica excludente, na qual determinados grupos são sacrificados para manter o modelo produtivo capitalista da sociedade de consumo.

Nesse contexto, o Estado não só omite a participação das comunidades afetadas no processo decisório, mas também institucionaliza a marginalização dessas vidas. Fica claro que a atuação estatal tem sido propositalmente insuficiente para assegurar os direitos fundamentais dessas comunidades, sendo necessário ampliar o debate público e incluir as populações vulneráveis na construção de soluções que propiciem a equidade no direito à saúde e na fruição do meio ambiente equilibrado, rompendo a lógica imposta de silenciamento.

REFERÊNCIAS

ACSELRAD, Henri. Conflitos ambientais: a atualidade do objeto. In: ACSELRAD, Henri (org.). **Conflitos ambientais no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Domari, Fundação Heinrich Böhl, 2004. p. 7-13. Disponível em: https://disciplinas.usp.br/pluginfile.php/590751/mod_resource/content/1/Conflitos%20Ambientais%20no%20Brasil.pdf. Acesso em: 23 ago. 2024.

ACSELRAD, Henri. Justiça ambiental e construção social do risco. **Desenvolvimento e Meio Ambiente**, Curitiba: Editora UFPR, v. 5, p. 49-60, jan./jun. 2002. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/made/article/view/22116>. Acesso em: 12 jan. 2025.

ACSELRAD, Henri; MELLO, Cecília Campello do A; BEZERRA, Gustavo das Neves. **O que é justiça ambiental?** Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

ALVES, Jaime Amparo. Topografias da violência: necropoder e governamentalidade espacial em São Paulo. **Revista do Departamento de Geografia**, São Paulo: USP, v. 22, p. 108-134, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdg/article/view/47222>. Acesso em: 23 ago. 2024.

BARROS, Isadora Cajueiro. **Riscos socioambientais e de saúde**: representações sociais dos moradores do entorno do lixão em um município sul-baiano. 2015. 102f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente) – Universidade Estadual de Santa Cruz, Ilhéus, BA, 2015.

BRASIL. **Lei n. 12.305, de 2 de agosto de 2010**. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos; altera a Lei n. 9.605, de 12 de fevereiro de 1998; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2010. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12305.htm. Acesso em: 5 nov. 2024.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. **Diferença entre lixão e aterro sanitário**. Brasília, DF: Ministério do Meio Ambiente, 2015. Disponível em: <https://antigo.mma.gov.br/mmanoforum/item/15708-diferen%C3%A7a-entre-lix%C3%A3o-e-aterro-sanit%C3%A1rio.html>. Acesso em: 08 out. 2024.

BUTLER, Judith. **Quadros de guerra**: quando a vida é passível de luto? Tradução de Sérgio Lamarão e Arnaldo Marques da Cunha. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

COHN, Amélia. “Caminhos da reforma sanitária”, revisitado. **Estudos Avançados**, v. 32, n. 93, p. 225-241, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/eav/article/view/152628>. Acesso em: 06 jun. 2024.

COSTA, Carlos Alberto Ribeiro *et al.* Racismo e necropolítica: um debate entre teoria social e psicanálise. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 72, n. esp., 2020. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672020000300011. Acesso em: 23 ago. 2024.

DALLARI, Sueli Gandolfi. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, Brasil, v. 9, n. 3, p. 9-34, 2008. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rdisan/article/view/13128>. Acesso em: 06 jun. 2024.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 57-63, 1988. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/jSj9cfJhsNcyjBfG3xDbyfN/>. Acesso em: 06 jun. 2024.

FALLEIROS, Ialê *et al.* A constituinte e o Sistema Único de Saúde. *In*: PONTE, Carlos Fidelis; FALLEIROS, Ialê (org.). **Na corda bamba de sombrinha**: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. p. 237-276.

FONSECA, Angela Couto Machado; MULLER, Maria Luiza Giglio. Vida sacrificial: a relação entre poder e vida no caso do aterro sanitário da cidade industrial de Curitiba. *In*: VILLATORE, Marco Antônio César; FERRAZ, Miriam Olivia Knopik; RIZZATO, Luiz Henrique (coord.). **Direitos humanos e democracia**: um ensaio sobre ética, política e vida. Curitiba, PR: NÔMA – Norma e Arte, 2024. p. 185-199.

GOMES, Larissa Prado *et al.* Avaliação ambiental de aterros sanitários de resíduos sólidos urbanos precedidos ou não por unidades de compostagem. **Engenharia Sanitária e Ambiental**, v. 20, n. 3, p. 449-462, set. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/esa/a/RjfGYSqPrr5Rx3PGbnJDZkD/#>. Acesso em: 5 nov. 2024.

GONDIM, Grácia *et al.* O território da saúde – a organização do sistema de saúde e a territorialização. *In*: Miranda, Ary Carvalho de *et al.* (org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 237-255.

GOUVEIA, Nelson; PRADO, Rogerio Ruscitto do. Riscos à saúde em áreas próximas a aterros de resíduos sólidos urbanos. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 5, p. 859-866, out. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/kJMFsGMPGH3qkNzcZtXGb3m/#>. Acesso em: 23 ago. 2024.

ISAGUIRE-TORRES, Katya Regina; MASO, Tchenna Fernandes. As lutas por justiça socioambiental diante da emergência climática. **Revista Direito e Práxis**, v. 14, n. 1, p. 458-485, 2023. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaceaju/article/view/73122>. Acesso em: 13 out. 2024.

KRENAK, Ailton. **Ideias para adiar o fim do mundo**. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

KRENAK, Ailton. **A vida não é útil**. Organização Rita Carelli. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

LACERDA, Leonardo Mamede de. **O lixo do capital**: uma crítica ao processo de reciclagem de materiais enquanto reposição crítica das categorias modernas. 2014. 174f. Dissertação (Mestrado em Geografia Humana) – Departamento de Geografia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rap/a/5YcctKRJTVmQnp5mRHkBBcj/s.usp.br/teses/disponiveis/8/8136/tde-29072015-124534/publico/2015_LeonardoMamedeDeLacerda_VOrig.pdf. Acesso em: 5 nov. 2024.

LISBOA, Carla. Os que sobrevivem do lixo. **Revista Desafios do Desenvolvimento**, Brasília, DF: IPEA, ano 10, edição 77, 07 out. 2013. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=2941:catid=28&Itemid=23. Acesso em: 23 ago. 2024.

LOPES, José Marcos. Conselho do Meio Ambiente pode liberar aterros sanitários a 500 metros de casas no Paraná. **Plural**, Curitiba, 14 set. 2024. Disponível em: <https://www.plural.jor.br/noticias/vizinhanca/conselho-do-meio-ambiente-pode-liberar-aterros-sanitarios-a-500-metros-de-casas-no-parana/>. Acesso em: 08 out. 2024.

MBEMBE, Achille. Biopoder, soberania, estado de exceção e política da morte. **Arte & Ensaios**: Revista do PPGAV/EBA/UFRJ, n. 32, p. 123-151, dez. 2016. Disponível em: <https://www.procomum.org/wp-content/uploads/2019/04/necropolitica.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2024.

PARANÁ. Conselho Estadual do Meio Ambiente (CEMA). **Resolução CEMA n. 94, de 4 de novembro de 2014**. Estabelece diretrizes e critérios orientadores para o licenciamento e outorga, projeto, implantação, operação e encerramento de aterros sanitários, visando o controle da poluição, da contaminação e a minimização de seus impactos ambientais e dá outras providências. Curitiba, PR: Secretaria de Estado do Meio Ambiente e Recursos Hídricos; Conselho Estadual do Meio Ambiente, 2014. Disponível em: <https://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/listarAtosAno.do?action=exibir&codAto=132724&indice=1&totalRegistros=4&anoSpan=2014&anoSelecionado=2014&mesSelecionado=0&isPaginado=true>. Acesso em: 5 nov. 2024.

PARANÁ. Ministério Público do Estado do Paraná. **Recomendação Administrativa n. 08/2023**. Curitiba, 24 out. 2023a. Disponível em: https://mandatogoura.com.br/wp-content/uploads/2024/09/Recomendacao_Administrativa_08_2023_GT_CTQA_CEMA_revisao_Resolucao_CEMA_94_2014.pdf. Acesso em: 5 nov. 2024.

PARANÁ. **Protocolo n. 20.630.368-9**. Instituto Água e Terra (IAT). Revisão da Resolução CEMA 94/2014. Curitiba, PR, 19 jun. 2023b. Disponível em: https://www.sedest.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2024-09/processo_20.630.368-9_revisao_da_resolucao_cema_94_2024_0.pdf. Acesso em: 5 nov. 2024.

PASSOS, Marcus; MARTINS, Valéria. Lixo na Grande Belém: o 'sufoco' de quem vive próximo a aterro que funciona sob acordo judicial. **G1 Pará**, Belém, 01 ago. 2023. Disponível em: <https://g1.globo.com/pa/para/noticia/2023/08/01/lixo-na-grande-belem-o-sufoco-de-quem-vive-proximo-a-aterro-que-funciona-sob-acordo-judicial.ghtml>. Acesso em: 23 ago. 2024.

PENSESUS. **Reforma sanitária**. [S.l.]: Fundação Fiocruz, 2013. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanit%C3%A1ria>. Acesso em: 06 jun. 2024.

PINTO, Márcia Freire *et al.* Quando os conflitos socioambientais caracterizam um território? **Gaia Scientia**, v. 8, n. 2, ed. esp. Populações Tradicionais, p. 271-288, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/gaia/article/view/22721>. Acesso em: 5 nov. 2024.

PORTELLA, Márcio Oliveira; RIBEIRO, José Cláudio Junqueira. Aterros sanitários: aspectos gerais e destino final dos resíduos. **Revista Direito Ambiental e Sociedade**, v. 4, n. 1, p. 115-134, 2014. Disponível em: <https://sou.ucs.br/etc/revistas/index.php/direitoambiental/article/view/3687>. Acesso em: 05 nov. 2024.

PREVE, Daniel Ribeiro; SANTOS, Guilherme Gonçalves dos; CAMPOS, Juliano Bitencourt. Racismo ambiental e o princípio do meio ambiente ecologicamente equilibrado. **Revista Observatorio de la Economía Latinoamericana**, Curitiba, v. 21, n. 7, p. 6851-6876, 2023. Disponível em: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/816>. Acesso em: 09 jun. 2024.

SARLET, Ingo Wolfgang. FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. O direito fundamental à proteção e promoção da saúde na ordem jurídico-constitucional: uma visão geral sobre o sistema (público e privado) de saúde no Brasil. **Revista Gestão e Controle**, v. 1, n. 1, p. 73-138, 2013. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10923/11334>. Acesso em: 07 jun. 2024.

SILVA, Lucas Matos da; SALES, Tainah Simões; FROTA, Lucas Araújo Gomes. Direito ao meio ambiente e sua relação com o mínimo existencial: meio ambiente ecologicamente equilibrado como garantidor dos direitos à saúde e à vida. **Lex Humana**, v. 7, n. 2, p. 71-89, 2015. Disponível em: <https://seer.ucp.br/seer/index.php/LexHumana/article/view/936>. Acesso em: 08 jun. 2024.

SOUZA, Carolina Kalinowski de. **Determinação de sulfeto de hidrogênio em aterro sanitário**: estudo de caso em Portugal. 2019. 66f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Engenharia Ambiental) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2019. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/xmlui/bitstream/handle/1884/81976/R%20-%20G%20-%20CAROLINA%20KALINOWSKI%20DE%20SOUZA.pdf?sequence=1&i&isAllowed=y>. Acesso em: 05 nov. 2024.

SOUZA, Cinoélia Leal de; ANDRADE, Cristina Setenta. Saúde, meio ambiente e território: uma discussão necessária na formação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 10, p. 4113-4122, out. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dVvT665jm9TnnhCpyhft6Gg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2025.

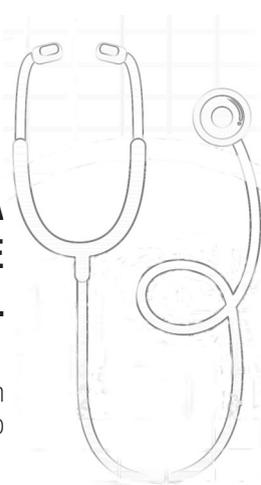
SOUZA, Leandra. Belém entre a COP e o lixo: enquanto se prepara para sediar a conferência da ONU sobre mudanças climáticas em 2025, a capital do Pará não sabe o que fazer com os próprios rejeitos. **Revista Piauí**, 26 out. 2023. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/belem-cop-lixo-aterro-sanitario-marituba-denuncias-para/>. Acesso em: 23 ago. 2024.

STEINBRENNER, Rosane Maria Albino; BRITO, Rosaly de Seixas; CASTRO, Edna Ramos de. Lixo, racismo e injustiça ambiental na Região Metropolitana de Belém. **Cadernos Metrópole**, v. 22, n. 49, p. 935-961, 2020. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/metropole/article/view/2236-9996.2020-4912>. Acesso em: 23 ago. 2024.

VIANA, Nildo. Capitalismo e destruição ambiental. **Ateliê Geográfico**, Goiânia, v. 10, n. 3, p. 179-192, dez. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/ateliê/article/view/44854/22287>. Acesso em: 07 nov. 2024.

ACORDO DE PARIS: DUPLA INEFICÁCIA FRENTE A GARANTIA DO ACESSO À SAÚDE NO BRASIL

Cristian Mallmann
Mariana Rostyslavivna da Costa Tronenko



“Como é que posso com este mundo? A vida é ingrata no macio de si; mas traz a esperança mesmo no meio do fel do desespero” (*Grande Sertão: Veredas* – João Guimarães Rosa, 1994, p. 307).

SUMÁRIO

1 Introdução. **2** Acordo de Paris: perspectiva histórica, princípios e acesso à saúde. **3** Os impactos das mudanças climáticas e o racismo ambiental na América Latina e Caribe. **4** Dupla ineficácia: os dois planos da ineficiência do Acordo de Paris no contexto brasileiro. **4.1** Ineficácia interna: desafios políticos e econômicos na implementação das NDCs. **4.2** Ineficácia externa: a ineficiência do Acordo de Paris em prover assistência internacional eficaz. **5** Considerações finais. Referências.

1 INTRODUÇÃO

O Acordo de Paris, assinado em 2015, representou uma conquista histórica no combate às mudanças climáticas, estabelecendo metas internacionais para limitar o aquecimento global a menos de 2°C, com esforços para restringi-lo a 1,5°C acima dos níveis pré-industriais. Pautado no binômio mitigação-adaptação, o Acordo pretende a resiliência e cooperação interestatais para a contenção de emissões de gases de efeito estufa, no contexto do desenvolvimento sustentável e da erradicação da pobreza.

Igualmente, o Acordo exige que todos os países apresentem metas de redução de emissões, conhecidas como Contribuições Nacionalmente Determinadas (NDCs), permitindo o monitoramento específico do progresso global. Não obstante, quando analisada a América Latina e Caribe (ALC), a implementação de políticas condizentes com essas metas enfrenta sérios desafios políticos, econômicos e sociais, dificultando o acesso aos garantidos direitos fundamentais de sua população.

Apresentado o conceito de Racismo Ambiental, questiona-se a insuficiência do reconhecimento e da disposição de auxílio internacional no Acordo de Paris, principalmente no que diz respeito à incorporação de políticas financeiras e tecnológicas condizentes com a mitigação esperada frente às NDCs.

Durante essa pesquisa é elencado que a ineficácia do Acordo na ALC resulta de uma combinação de fatores, análogos a ausência de mecanismos internos para a efetivação de metas e falta de um compromisso internacionalmente sustentado, no que diz respeito à facilitação do acesso às tecnologias de mitigação e ao financiamento de custos de adaptação.

A perpetuação de vulnerabilidades racialmente delimitadas acrescenta um componente crítico à discussão. O Acordo de Paris instrumentaliza-se enquanto objeto de análise, de sorte que reconhece as *diferentes circunstâncias nacionais*, frente à necessidade de apoio aos países em desenvolvimento na persecução efetiva das metas estabelecidas.

É adotado como premissa que o acesso à saúde e à proteção ambiental são interdependentes, especialmente para as populações brasileiras que enfrentam os efeitos mais graves das mudanças climáticas sem os recursos necessários para sua mitigação.

A duplicidade no plano da ineficácia do Acordo, na medida em que dificulta o cumprimento das metas globais de redução de emissões, também afeta a proteção e bem-estar das populações do sul global, tornando-se ainda mais desafiadora para grupos socialmente vulneráveis, como as comunidades rurais, racializadas e periféricas.

2 ACORDO DE PARIS: PERSPECTIVA HISTÓRICA, PRINCÍPIOS E ACESSO À SAÚDE

A trajetória para a formulação de uma ação coordenada frente ao aquecimento global teve início na Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre a Mudança do Clima (UNFCCC) em 1992. Com sede na Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, conhecida como ECO-92 ou Rio-92, a UNFCCC estabeleceu as bases para o diálogo climático global precedente (Brasil, 1992; Araújo; Neto; Seguin, 2019).

Ao reconhecer que os países têm responsabilidades comuns, mas diferenciadas em razão de suas respectivas capacidades, engendrou-se o princípio que se tornaria um dos maiores pilares dos esforços climáticos globais seguintes: a *equidade*. Tal pressuposto reconhece que, embora a mudança climática seja uma responsabilidade coletiva e global, os países industrializados têm uma obrigação maior de liderar os esforços de mitigação, devido ao seu histórico de emissões e maior acesso a recursos financeiros e tecnológicos (Trindade; Alvim, 2022).

O Protocolo de Kyoto, adotado em 1997, foi o primeiro acordo a criar metas específicas e juridicamente vinculantes para a redução de emissões de gás do efeito estufa na atmosfera entre países industrializados. No entanto, as obrigações foram limitadas apenas aos países desenvolvidos, isentando nações em desenvolvimento como o Brasil, uma vez que em processos iniciais de industrialização, a priorizar o crescimento econômico e o combate à pobreza (Araújo; Neto; Seguin, 2019; Senado, 2004).

Preâmbulo. O Protocolo de Quioto foi aberto para assinatura em 16 de março de 1998. Entrará em vigor 90 dias após a sua ratificação por pelo menos 55 Partes da Convenção, incluindo os países desenvolvidos que contabilizaram pelo menos 55% das emissões totais de dióxido de carbono em 1990 desse grupo de países industrializados. Enquanto isso, as Partes da Convenção sobre Mudança do Clima continuarão a observar os compromissos assumidos sob a Convenção e a preparar-se para a futura implementação do Protocolo (Brasil, 1997, p. 5).

Essa diferenciação entre os países foi fundamental para assegurar a adesão inicial ao Protocolo. Contudo, também gerou críticas e dificuldades práticas, que apontaram a sua insuficiência perante as demandas e dinâmicas internacionais (Motta, 2018).

Apesar de ter sido um avanço importante, a falta de participação dos maiores emissores globais no Protocolo – como os Estados Unidos, que se retiraram em 2001, alegando que o acordo era injusto por não exigir compromissos de redução de emissões de países em desenvolvimento – representou um retrocesso na luta pela preservação do meio ambiente, em escala global (Oliveira; Miguez; Andrade, 2018).

A ausência dos Estados Unidos, na época, um dos maiores poluidores do mundo, fez com que o Protocolo perdesse grande parte de sua força e efetividade. Ademais, mesmo entre os países signatários, muitas das metas de redução não foram cumpridas devido a problemas de ordem econômica, política e, principalmente, frente a ausência de quaisquer mecanismos de fiscalização (Araújo; Neto; Seguin, 2019).

Ainda, pouco tratava o Protocolo acerca de uma efetiva justiça climática, não cabendo também quaisquer resguardos acerca do direito à saúde e das consequências negativas do aquecimento global ao bem-estar e integridade físicas como tópico de resguardo e preocupação (Araújo; Neto; Seguin, 2019).

Com o passar do tempo, tornou-se evidente que um novo acordo global mais inclusivo e abrangente era necessário para realmente avançar no combate às mudanças climáticas. Esse cenário levou às negociações do Acordo de Paris, formalizadas durante a 21ª Conferência das Partes da UNFCCC, realizada em 2015 (Brasil, 2015; Trindade; Alvim, 2022).

O Acordo de Paris, por sua vez, representou uma nova abordagem aos dilemas não acobertados pelo Protocolo de Kyoto. Flexível, o Acordo viabilizou a definição própria de cada país sobre os compromissos aos quais se obrigaria, na figura das NDCs (Motta, 2008). As metas autorreguladas seriam periodicamente revisadas, frente à exigência do Acordo de apresentação de planos atualizados a cada cinco anos (Brasil, 2015).

Nesse cotejo, evidencia-se o aspecto de *progressividade* do Acordo. Prezando por metas cada vez mais ambiciosas, as Partes são constantemente incentivadas a uma aceleração contínua nos esforços coletivos de mitigação e adaptação, a fim de manter o aumento da temperatura média abaixo do convencionado.

Preâmbulo. Reconhecendo a necessidade de uma resposta eficaz e *progressiva* à ameaça urgente da mudança do clima com base no melhor conhecimento científico disponível (Brasil, 2015, p. 5).

Ao contrário do Protocolo de Kyoto, o Acordo de Paris convida tanto países desenvolvidos quanto em desenvolvimento a assumirem compromissos de redução de emissões e de adaptação, em consonância com suas capacidades e circunstâncias nacionais. Nesse sentido, acrescido um novo elemento ao princípio da equidade: o das *responsabilidades comuns, porém diferenciadas*, tendo por figura central a capacidade da Parte e a circunstância interna a cada país.

Preâmbulo. Procurando atingir o objetivo da Convenção e guiadas por seus princípios, incluindo o princípio de *equidade e responsabilidades comuns, porém diferenciadas* e respectivas capacidades, à luz das diferentes circunstâncias nacionais (Brasil, 2015, p. 5).

Promovendo uma visão mais ampla de responsabilidade coletiva, o Acordo enseja o comprometimento diante do binômio mitigação-adaptação, enfatizando a importância de medidas de adaptação para proteger as populações e ecossistemas dos efeitos já inevitáveis das mudanças climáticas (Andrade; Miguez; Oliveira, 2018).

Além disso, é destacada a necessidade de um desenvolvimento sustentável, na medida em que promova o crescimento econômico e o bem-estar humano, equilibrando os objetivos de redução de emissões com as necessidades econômicas e sociais de cada país. Tal característica, permite que todos os países signatários busquem progresso sem comprometer o meio ambiente. Ainda, tem-se que o Acordo prioriza o *equilíbrio* na implementação de suas NDCs, harmonizando com os ideais de desenvolvimento sustentável e da erradicação da pobreza.

Art. 6º, § 8. As Partes reconhecem a importância de dispor de abordagens não relacionados com o mercado que sejam integradas, holísticas e *equilibradas* e que lhes auxiliem na implementação de suas contribuições nacionalmente determinadas, no contexto do desenvolvimento sustentável e da erradicação da pobreza, de maneira coordenada e eficaz, inclusive por meio, inter alia, de mitigação, adaptação, financiamento, transferência de tecnologia e capacitação, conforme o caso (Brasil, 2015, p. 16).

Outrossim, o Acordo de Paris se destaca pelo estabelecimento de mecanismos de *financiamento*, como o compromisso dos países desenvolvidos de mobilizar, a partir de

2020, US\$100 bilhões por ano para apoiar ações climáticas em países em desenvolvimento (Brasil, 2015).

Esse suporte financeiro, aliado à transferência de tecnologia e à capacitação, visaria ajudar as nações em desenvolvimento a implementar suas NDCs e a fortalecer sua resiliência frente aos impactos climáticos, abordando uma das grandes lacunas do Protocolo de Kyoto (Andrade; Miguez; Oliveira, 2018; Araújo; Neto; Seguin, 2019).

O Acordo de Paris também faz referência à *justiça climática*, enfatizando a importância de proteger os direitos das populações mais vulneráveis e das comunidades locais e indígenas, desproporcionalmente impactadas pelas mudanças climáticas. Essa determinação abrange assegurar o direito à saúde, ao desenvolvimento e à segurança alimentar e hídrica para esses grupos.

Preâmbulo. Observando a importância de assegurar a integridade de todos os ecossistemas, incluindo os oceanos, e a proteção da biodiversidade, reconhecida por algumas culturas como Mãe Terra, e observando a importância para alguns do conceito de *justiça climática*, ao adotar medidas para enfrentar a mudança do clima (Brasil, 2015, p. 7).

Diferentemente do Protocolo, em seu preâmbulo, o Acordo de Paris busca rememorar a indissociabilidade entre a persecução de metas de mitigação-adaptação e a promoção de direitos humanos, em especial o direito à saúde de comunidades vulneráveis.

Preâmbulo. Reconhecendo que a mudança do clima é uma preocupação comum da humanidade, as Partes deverão, ao adotar medidas para enfrentar a mudança do clima, respeitar, promover e considerar suas respectivas obrigações em matéria de direitos humanos, *direito à saúde*, direitos dos povos indígenas, comunidades locais, migrantes, crianças, pessoas com deficiência e pessoas em situação de vulnerabilidade e o direito ao desenvolvimento, bem como a igualdade de gênero, o empoderamento das mulheres e a equidade intergeracional (Brasil, 2015, p. 6).

A elevação das temperaturas globais e os eventos climáticos extremos geram impactos diretos na saúde pública, aumentando a incidência de doenças, como dengue e malária, e pressionando sistemas de saúde já fragilizados. Nessa perspectiva, o direito à saúde torna-se um eixo central na política climática do Acordo, evidenciando a necessidade de ações eficazes de mitigação e adaptação para proteger as populações expostas a riscos climáticos e sanitários (Andrade; Miguez; Oliveira, 2018).

Contudo, as promessas feitas nas NDCs carecem de substância e apoio robusto. Na ALC, onde muitos países enfrentam crises financeiras e desafios institucionais, sua

implementação revela-se complexa, o que acaba por agravar os riscos à saúde, principalmente para comunidades racializadas e de baixa renda, que têm acesso limitado a serviços médicos e infraestrutura básica (Yglesias-González *et al.*, 2022).

A falta de uma aplicação efetiva dos princípios do Acordo de Paris não só perpetua desigualdades existentes, mas também torna necessária uma revisão dos compromissos globais na garantia de que todos possam enfrentar os desafios climáticos de maneira justa e sustentável (Yglesias-González *et al.*, 2022).

3 OS IMPACTOS DAS MUDANÇAS CLIMÁTICAS E O RACISMO AMBIENTAL NA AMÉRICA LATINA E CARIBE

Em seu preâmbulo, o Acordo de Paris destaca a questão do direito à saúde como ponto inafastável na busca por uma humanidade sustentável, principalmente em face de comunidades e grupos em situação de maior vulnerabilidade (Brasil, 2015).

Contudo, a ineficácia do Acordo de Paris em viabilizar uma resposta global coesa para reduzir as emissões de resíduos compromete diretamente a saúde pública brasileira, atuando enquanto empecilho especialmente no que tange o devido acesso à saúde e o resguardo da integridade físico-mental de grupos em maior vulnerabilidade (OECD, 2023; Romanello *et al.*, 2022).

Historicamente, os países da ALC não são os principais responsáveis pela emissão de GEE na atmosfera. Contudo, são essas regiões que enfrentam as mais graves crises de saúde e infraestrutura relacionadas ao aquecimento global (Yglesias-González *et al.*, 2022).

As emissões dos países mais ricos da população global contribuíram com 45% a 49% das emissões globais totais, enquanto os mais pobres emitiram de 7% a 13% do percentual total (Chancel, 2022; Bruckner *et al.*, 2022; UNEP, 2023).

Em particular, a ALC enfrenta desafios climáticos, sociais, econômicos e políticos sobrepostos, que resultam em sérias consequências para os sistemas de saúde e o seu acesso pela população, bem como para outros setores determinantes às suas garantias fundamentais (Yglesias-González *et al.*, 2022).

Como instrumento para maior compreensão do tema, mobiliza-se o conceito de interseccionalidade, primeiramente pensado e articulado pela advogada estadunidense Kimberlé Crenshaw (1989). Ao perceber que diferentes identidades sociais estereotipadas, em conjunto, podem assumir o formato de discriminações agravadas, Crenshaw verifica a capacidade associativa dessas múltiplas formas de discriminação.

Assim, em contextos específicos, diferentes categorias sociais e biológicas, como sexo, gênero, raça, sexualidade, religião, território e classe se intersectam e interagem, gerando um sistema de opressão próprio (Crenshaw, 1989). A dificuldade no acesso à

saúde de uma população específica pode ser caracterizada como uma dessas formas de manifestação da violência, em geral, tornando a habitação na ALC mais uma categoria associativa de vulnerabilidades.

Em uma região geograficamente diversa como a ALC, as consequências das mudanças climáticas acrescentam uma camada de complexidade aos sistemas de saúde [...] os sistemas de saúde da região devem se preparar para enfrentarem diferentes padrões de doenças infecciosas, a exposição a temperaturas extremas e eventos climáticos catastróficos, tal como o aumento do nível do mar. Ignorar tais tendências seria correr o risco de consequências terríveis para a região (OECD, 2023 p. 5).

Em nível nacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Meteorológica Mundial (OMM) publicaram um atlas de saúde e clima que identifica países e áreas com alto risco de resultados negativos para a saúde e sensíveis ao clima, incluindo malária, dengue e doenças respiratórias. Neste documento, a maioria das populações da ALC são reconhecidas como vulneráveis à mudança climática e ambiental, especialmente devido às desigualdades sociais (OMS/OMM, 2012).

O número de eventos de exposição a ondas de calor envolvendo pessoas com mais de 65 anos aumentou em todos os países da ALC, especialmente a Colômbia, Venezuela, Brasil, Bolívia, Paraguai, Suriname e Guiana (Romanello *et al.*, 2022). Além disso, quase todas as Nações da ALC têm um número significativo de pessoas expostas ao aumento do nível do mar, em especial o Brasil e Equador (OECD, 2023; Romanello *et al.*, 2022).

Períodos prolongados de seca afetaram as plantações no Corredor Seco da América Central, expondo as comunidades locais à fome e à desnutrição. Climas extremos alimentam surtos de dengue que já afetaram Nicarágua, El Salvador, Brasil, Paraguai, Colômbia e Belize, amplificando os riscos enfrentados pelos sistemas de saúde (OECD, 2023; Yglesias-González *et al.*, 2022).

Nesse sentido, ao se estender aos grupos de maior confluência discriminatória, os efeitos das mudanças climáticas têm cor, classe, e território, vulnerabilidades que se refletem institucional, estrutural e socialmente (Roberts; Toffolon-Weiss, 2004). Destarte, fatores sociais e ambientais, alinhados às vulnerabilidades subsequentes, exacerbam os efeitos das mudanças climáticas que, a partir de significativas alterações nos padrões de temperatura e clima, apontam para múltiplas condições de sensibilidade em áreas institucionalmente marginalizadas (Chagas *et al.*, 2023).

Nessa temática, cabe também a aplicação do conceito de Racismo Ambiental, campo de estudos que engloba as formas como as populações que vivem em regiões periféricas, em especial as populações negras e indígenas, têm suas garantias fundamentais

afetadas pelas mudanças no meio em que habitam. Para Williams e Collins (2015, p. 145), “a segregação residencial constitui um dos mecanismos institucionais do racismo que tem criado e alimentado a desigualdade econômica racial e, conseqüentemente, desigualdades étnico-raciais em saúde”.

As bases do Racismo Ambiental são fortemente edificadas no projeto colonial que criou a categoria do *outro* enquanto estratégia de dominação (Lander, 2005). A concepção de desenvolvimento que orienta a visão de mundo da sociedade moderna tem influência na ideia no chamado *progresso* que, como discurso dominante das elites globais, traz consigo exclusão, concentração de renda, subdesenvolvimento e graves danos ambientais, que acabam por, inevitavelmente, agredir e restringir direitos humanos fundamentais (Bresser-Pereira, 2014).

Essa ideia de Racismo Ambiental foi concebida no contexto de luta por direitos civis na América do Norte, mantendo a sua relevância e atualidade, na medida em que uma série de normas jurídicas de caráter seletivo, responsáveis por privilegiar determinados grupos sociais sob o manto da neutralidade e da cegueira às cores, ainda resultam na subcidadania e exclusão de indivíduos em razão de sua raça ou etnia (Mewes; Tranjan, 2022). Por diversas vezes, esse fenômeno de marginalização se reflete na forma pela qual as cidades são planejadas, estruturadas e habitadas (Nascimento, 2021).

A ideia de desenvolvimentismo é um forte agravante entre as populações marginalizadas, cujas culturas e garantias foram subalternizadas como forma de dominação do próprio sistema colonialista. Nesse sentido, Pacheco e Faustino (2013, p. 74) alegam ser preciso reconhecer a questão racial e o etnocentrismo como problemas centrais do cenário brasileiro no qual se inserem os grupos sociais envolvidos nos conflitos.

Nesse contraponto, o desenvolvimentismo, como discurso dominante das elites globais, traz também consigo exclusão, concentração de renda, subdesenvolvimento e graves danos ambientais, que acabam por, inevitavelmente, agredir e restringir direitos fundamentais (Bresser-Pereira, 2014). Isso é um forte agravante, principalmente, entre os povos não brancos, cujas culturas foram subalternizadas como forma de dominação do próprio sistema colonialista.

Essas comunidades, por muitas vezes empurradas para áreas de risco e periféricas devido a processos históricos de exclusão e marginalização, estão mais expostas a poluição, desastres climáticos e falta de infraestrutura de proteção (Acseirad, 2010).

No contexto brasileiro, o racismo ambiental se manifesta através de problemas estruturais e históricos de desamparo, como a ausência de saneamento básico adequado, moradias precárias e vulneráveis, e a proximidade com locais de exploração industrial e agrícola de alto impacto ambiental (Pacheco; Faustino, 2013).

Nesse sentido, é possível afirmar que o Brasil é caracterizado por uma forte diversidade étnica e cultural, abriga diversas comunidades indígenas e negras que, além

de serem social e economicamente marginalizadas, têm suas terras e recursos naturais continuamente ameaçados por práticas de exploração ambiental. A exploração de recursos naturais, como a extração de petróleo, mineração e o avanço do agronegócio, muitas vezes ocorre sem o consentimento dessas comunidades, violando o princípio de consulta prévia disposto na Convenção 169 da OIT, e afetando diretamente o meio ambiente e a saúde dessas populações.

Igualmente, as áreas onde vivem essas comunidades são frequentemente afetadas por desastres naturais e eventos climáticos extremos, como inundações, secas e furacões. Os sistemas de saúde ficam sobrecarregados, incapazes de responder adequadamente às emergências e aos surtos de doenças que frequentemente seguem esses desastres (Gastaldi, 2018).

Semelhantemente, ao princípio de *justiça climática* assegurado pelo Acordo de Paris, para Henri Acselrad (2010), justiça *ambiental* denuncia a lógica segundo a qual o acesso aos bens naturais torna desiguais as condições de acesso aos direitos e fundamentos da dignidade humana.

Justiça ambiental é, portanto, uma noção emergente que integra o processo histórico de construção subjetiva da cultura dos direitos. Na experiência recente, essa noção de justiça surgiu da criatividade estratégica dos movimentos sociais que alteraram a configuração de forças sociais envolvidas nas lutas ambientais e, em determinadas circunstâncias, produziram mudanças no aparelho estatal e regulatório responsável pela proteção ambiental (Acselrad, 2010).

Nesse íterim, em discussões no Seminário Internacional de Justiça Ambiental e Cidadania, realizado em setembro de 2001 na cidade de Niterói, foi criada a Rede Brasileira de Justiça Ambiental que, após intensos debates, elaborou um documento contendo denúncias formais, não somente ligadas ao racismo ambiental, mas às formas com que resíduos tóxicos eram despejados na natureza, formalizando pela primeira vez o conceito. De forma semelhante ao Acordo de Paris:

- a – asseguram que nenhum grupo social, seja ele étnico, racial ou de classe, suporte uma parcela desproporcional das consequências ambientais negativas de operações econômicas, de decisões de políticas e de programas federais, estaduais, locais, assim como da ausência ou omissão de tais políticas;
- b – asseguram acesso justo e equitativo, direto e indireto, aos recursos ambientais do país;
- c – asseguram amplo acesso às informações relevantes sobre o uso dos recursos ambientais e a destinação de rejeitos e localização de fontes de riscos ambientais,

bem como processos democráticos e participativos na definição de políticas, planos, programas e projetos que lhes dizem respeito;

d – favorecem a constituição de sujeitos coletivos de direitos, movimentos sociais e organizações populares para serem protagonistas na construção de modelos alternativos de desenvolvimento, que assegurem a democratização do acesso aos recursos ambientais e a sustentabilidade do seu uso (Acsehrad; Mello; Bezerra, 2009).

Logo, é possível compreender que o Acordo de Paris tenta enfatizar conceitos análogos à justiça climática e ambiental, refletindo uma nova visão sobre questões ambientais, ao reconhecer que os riscos ambientais são distribuídos de forma desigual entre diferentes grupos sociais (Romanello *et al.*, 2022).

Contudo, ainda que represente uma evolução significativa na diplomacia climática, buscando uma união global que permita não só o combate às causas das mudanças climáticas, mas também o apoio às regiões que mais sofrem seus impactos, os princípios do Acordo de Paris não são aplicados de maneira eficaz no Sul Global, resultando no desvirtuamento de suas prerrogativas e, em geral, sua insuficiência (Romanello *et al.*, 2022; Yglesias-González *et al.*, 2022).

4 DUPLA INEFICÁCIA: OS DOIS PLANOS DA INEFICIÊNCIA DO ACORDO DE PARIS NO CONTEXTO BRASILEIRO

No contexto do Acordo de Paris, o Racismo Ambiental é uma forma institucional de exclusão de pessoas, principalmente pessoas racializadas, indígenas e de baixa renda. Essas comunidades, frequentemente, são as mais vulneráveis aos impactos das mudanças climáticas e ao mesmo tempo menos representadas nos processos de tomada de decisão e no acesso a recursos e benefícios das políticas climáticas, que se manifesta em dois planos.

Primeiramente, por meio da ausência de políticas de governança internas, que num contexto de alinhamento a ideais desenvolvimentistas, falham em adotar medidas eficazes em matéria de mudança do clima, *inter alia*, a implementação de ações de adaptação e mitigação, a disseminação e aplicação de tecnologias, o acesso ao financiamento climático, educação, treinamento e conscientização pública (WHO, 2021; UNEP, 2023).

Segundamente, falha o Acordo em contemplar efetivamente uma reparação histórica, negligenciando os efeitos de um desenvolvimento econômico global desigual que favoreceu nações mais ricas (Chancel, 2022; Bruckner *et al.*, 2022). Ainda que expressamente garantido, não se concretiza o princípio de cooperação internacional, do qual decorreria o fortalecimento do apoio a ações de capacitação em países em desenvolvimento, por parte de países desenvolvidos (Bruckner *et al.*, 2022).

Em ambos os casos, insuficientes as prerrogativas do Acordo de Paris frente à garantia de direito à saúde e à justiça ambiental, alinhadas à preservação da temperatura global nas metas estipuladas.

4.1 Ineficácia interna: desafios políticos e econômicos na implementação das ndcs

Defendemos que a ineficácia interna do acordo na ALC resulta de uma combinação de fatores, análogos a ausência de mecanismos internos para a efetivação de metas, frente à dependência de setores intensivos em carbono, a fragilidade econômica, as profundas desigualdades sociais e a vulnerabilidade climática (WHO, 2021).

Nesse sentido, a ineficácia interna da ALC não pode ser dissociada das complexidades sociais, econômicas e institucionais que marcam a região. Embora muitos países da ALC tenham assinado e ratificado o acordo, a implementação de políticas climáticas eficazes é frequentemente relegada a segundo plano diante de crises políticas e econômicas (Bresser-Pereira, 2014).

Adicionalmente, a dependência econômica de setores intensivos em carbono, como a mineração, o agronegócio e a produção de petróleo, representa um desafio estrutural para a transição para uma economia de baixo carbono. Esses setores são pilares da economia de muitos países da ALC e representam uma barreira para a implementação de políticas mais rigorosas de mitigação (Yglesias-González *et al.*, 2022).

A ausência de alternativas econômicas viáveis para substituir esses setores dificulta ainda mais o cumprimento das metas estabelecidas no Acordo de Paris, criando um conflito entre a necessidade de crescimento econômico e as demandas por ações climáticas (Pacheco; Faustino, 2013; Yglesias-González *et al.*, 2022).

O cenário é agravado pela fragilidade econômica da região. Muitas nações da ALC enfrentam crises financeiras recorrentes, alta inflação, desvalorização cambial e altos níveis de endividamento. Nessas circunstâncias, alocar recursos para políticas climáticas robustas torna-se uma prioridade baixa (Bresser-Pereira, 2014).

No contexto interno brasileiro, há uma carência de mecanismos eficientes de fiscalização e aplicação das políticas ambientais, que reforçam a vulnerabilidade do Brasil frente aos impactos das mudanças climáticas (Chancel, 2022; Bruckner *et al.*, 2022).

A desarmonia entre os compromissos climáticos globais e as realidades locais da ALC cria um cenário onde a ineficácia interna do Acordo de Paris se traduz diretamente em prejuízos para a saúde das populações. O ciclo de vulnerabilidade climática, pobreza e fragilidade institucional apenas se intensifica, prejudicando ainda mais a capacidade de resposta e proteção dos direitos fundamentais da população, na figura de seu bem-estar (Bresser-Pereira, 2014; Pacheco; Faustino, 2013).

Os efeitos interativos dos riscos climáticos, a alta vulnerabilidade social e a falta de preparação podem resultar em interrupções das atividades diárias, danos diretos a infraestruturas críticas, carga econômica, maiores taxas de mortalidade e exacerbação de desigualdades sociais (OECD, 2023).

Outra problemática enfrentada por esses países são os altos níveis de desigualdade e informalidade que reduzem a capacidade da população de aderir às medidas de saúde pública, e aqueles e aquelas sem acesso à proteção social e cobertura de saúde enfrentam barreiras adicionais para receber atendimento médico quando necessário. Orçamentos limitados para a saúde nessa região tornam a tarefa de fornecer serviços de saúde de alta qualidade mais desafiadora (OECD, 2023).

Embora a saúde tenha sido reconhecida como um tema prioritário por 83% das NDCs da ALC, a maioria das NDCs não se compromete com ações de saúde específicas, resultando em menos de 0,5% do financiamento climático multilateral para os países da ALC destinado a iniciativas de saúde (WHO, 2021).

Partes países como Argentina, Costa Rica e Colômbia incluíram a saúde como um fator relevante em termos de impactos climáticos e co-benefícios para a saúde, expressando que a proteção da saúde das populações é uma prioridade, enquanto maximizam os benefícios econômicos e asseguram um apoio público mais amplo para políticas climáticas ambiciosas (PAHO, 2020; UNEP, 2023).

República Dominicana e Belize também são exemplos bem-sucedidos de colaboração multissetorial no desenvolvimento das NDCs, com a participação ativa de seus Ministérios da Saúde. Ambos os países incluíram a saúde como uma das prioridades transversais de mitigação e adaptação (Yglesias-González *et al.*, 2022).

Por outro lado, o Brasil reduziu sua ambição climática no ano de 2020 em relação às suas estratégias de mitigação nas NDCs, apesar das evidências crescentes sobre os impactos das mudanças climáticas na saúde (UNEP, 2023; Yglesias-González *et al.*, 2022). Ao confirmar o compromisso de reduzir em 37% as emissões até 2025, ignora que o aprimoramento da metodologia de estimativa de emissões líquidas do Terceiro Inventário Nacional, aumentou a linha de base de 2005, verificando mais assertiva a alavancada no número de emissões líquidas no ano base de 2005, de 2,1 bilhões de toneladas de gás carbônico equivalente para 2,8 bilhões (Brasil, 2016).

Aplicando-se os mesmos 43% de redução propostos na meta indicativa de 2015 a essa linha base elevada, o novo compromisso do Brasil significa chegar a 2030 emitindo cerca de 400 milhões de toneladas de gás carbônico equivalente a mais do que indicado anteriormente. O limite de emissão para 2025 também foi ampliado, de 1,3 bilhão para 1,76 bilhão de toneladas de gás carbônico, violando o princípio de *progressividade* e não-retrocesso do Acordo de Paris (Brasil, 2016).

Em que pese o BR ter recrudescido as metas, há um risco sanitário grave no que tange à propagação de doenças em razão das mudanças climáticas. Doenças transmitidas

por mosquitos afetam diretamente as comunidades economicamente desfavorecidas, que carecem de métodos de prevenção adequados e de saneamento e infraestrutura modernos (OECD, 2023).

Grande densidade populacional, condições precárias de moradia e a oferta irregular do abastecimento de água são algumas condições adversas que podem influenciar no aumento de casos de dengue (Chagas *et al.*, 2023). Como destacam Barcellos *et al.* (2009, p. 292):

As flutuações climáticas sazonais produzem um efeito na dinâmica das doenças vetoriais, como por exemplo, a maior incidência da dengue no verão e da malária na Amazônia durante o período de estiagem. Os eventos extremos introduzem considerável flutuação que podem afetar a dinâmica das doenças de veiculação hídrica, como a leptospirose, as hepatites virais, as doenças diarreicas, etc. Essas doenças podem se agravar com as enchentes ou secas que afetam a qualidade e o acesso à água [...] além disso, situações de desnutrição podem ser ocasionadas por perdas na agricultura, principalmente a de subsistência, devido às geadas, vendavais, secas e cheias abruptas.

A dengue enquanto doença endêmica possui uma ingerência maior dentro de regiões da ALC em decorrência de dois fatores principais: a) a vulnerabilidade em relação às mudanças climáticas evidenciada no capítulo primeiro capítulo desta pesquisa; e b) a violência institucionalizada em comparação com regiões onde serviços públicos como saneamento básico e acesso à saúde são facilitados (Chagas *et al.*, 2023; Pacheco; Faustino, 2013).

É fato, ainda, que as mazelas ambientais em terrenos irregulares, inseguros e enfraquecidos afetam, em sua maioria, pessoas negras, agravando o cenário de marginalização e exclusão dessa população. Deste modo, o acesso à plena saúde enquanto definida pela OMS (o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença) e direito constitucionalmente assegurado é severamente comprometido (Nascimento, 2021).

4.2 Ineficácia externa: a ineficiência do Acordo de Paris em prover assistência internacional eficaz

O Acordo de Paris tem por princípio edificante, além da *equidade e responsabilidade comuns*, a *cooperação internacional* e o resguardo de países em desenvolvimento, por parte daquelas nações com maior acesso às tecnologias e recursos econômico-ambientais (Brasil, 2015).

Trata o acordo, repetitivamente, acerca da necessidade de auxílio, ensejando a obrigação dos países desenvolvidos em disponibilizar recursos, e dos países em desenvolvimento em requerê-los, nos seguintes termos:

Art. 4º, § 5. As Partes países em desenvolvimento devem receber apoio para a implementação deste Artigo, nos termos dos Artigos 9º, 10 e 11, reconhecendo que um aumento do apoio prestado às Partes países em desenvolvimento permitirá maior ambição (Acordo de Paris, 2015, p. 10).

Art. 6º, § 8. As Partes reconhecem a importância de dispor de abordagens não relacionados com o mercado que sejam integradas, holísticas e equilibradas e que lhes auxiliem na implementação de suas contribuições nacionalmente determinadas, no contexto do desenvolvimento sustentável e da erradicação da pobreza, de maneira coordenada e eficaz, inclusive por meio, inter alia, de mitigação, adaptação, *financiamento*, transferência de tecnologia e capacitação, conforme o caso (Acordo de Paris, 2015, p. 16).

Art 13 § 9. As Partes países desenvolvidos devem fornecer, e outras Partes que prestam apoio deverão fornecer, informações sobre o apoio prestado em matéria de *financiamento*, transferência de tecnologia e capacitação às Partes países em desenvolvimento nos termos dos Artigos 9º, 10 e 11. 10 (Acordo de Paris, 2015, p. 30).

Art. 13 § 10. As Partes países em desenvolvimento deverão fornecer informações sobre o apoio do qual necessitam e que tenham recebido em matéria de *financiamento*, transferência de tecnologia e capacitação nos termos dos Artigos 9º, 10 e 11 (Brasil, 2015, p. 30).

A ineficácia político-colaborativa do acordo toma forma na falta de um compromisso internacionalmente sustentado, no que diz respeito à facilitação do acesso às tecnologias de mitigação e ao financiamento de custos de adaptação. Ainda que legalmente assegurada, inexistente a cultura de auxílio aos países em desenvolvimento, cada vez mais vulneráveis aos efeitos negativos das mudanças do clima (Chancel, 2022; Bruckner *et al.*, 2022).

No que se refere à cooperação internacional, o financiamento destinado ao apoio de países em desenvolvimento se revela abaixo do necessário, da mesma forma como a transferência de tecnologia ocorre limitadamente e com alto custo. A falta de suporte efetivo é uma das razões que culminaram na redução da ambição climática brasileira em 2020.

O Acordo de Paris, como já mencionado, trata sobre a mitigação dos efeitos do aquecimento global. Porém, os países mais ricos e industrializados, possuem recursos para se adaptarem às novas condições impostas pelo acordo, o que reflete um desafio para países ainda em desenvolvimento que não possuem recursos nem tecnologia para tanto (Pacheco; Faustino, 2013).

Ao mesmo tempo, a fragilidade econômica limita o acesso a tecnologias verdes, pois a aquisição e implementação de soluções tecnológicas para mitigar os impactos das mudanças climáticas geralmente dependem de investimentos substanciais que muitos países da região não conseguem sustentar sem auxílio externo (UNEP, 2023).

No entanto, o financiamento internacional prometido para apoiar esses países em suas políticas de mitigação e adaptação tem sido insuficiente e burocrático. Não obstante a previsão de mecanismos de transferência financeira e tecnológica das nações mais ricas para os países em desenvolvimento, mas, na prática, o acesso a esses fundos tem sido limitado (Bullard, 2003).

Além disso, as condições impostas pelos doadores internacionais muitas vezes tornam esses recursos inacessíveis, o que perpetua a dependência dos países da ALC de tecnologias e métodos poluentes, prejudicando suas capacidades de lidar com a crise climática (Pacheco; Faustino, 2013).

A saúde pública na ALC é um dos setores mais severamente afetados pela ineficácia do Acordo de Paris. As mudanças climáticas na região já estão ampliando a incidência de doenças vectoriais, como dengue, malária e zika, cujo crescimento está diretamente ligado ao aumento das temperaturas e à intensificação de períodos chuvosos (Chagas *et al.*, 2023; PAHO, 2020).

Com o aquecimento global, os mosquitos transmissores dessas doenças encontram condições favoráveis para sua reprodução, especialmente em áreas urbanas, onde a infraestrutura de saneamento é deficiente. Isso sobrecarrega sistemas de saúde já fragilizados, que enfrentam falta de recursos, pessoal e infraestrutura adequados para lidar com surtos de doenças (OECD, 2023; PAHO, 2020).

Um fator adicional que agrava a vulnerabilidade dos sistemas de saúde na ALC é a negligência institucional. Os governos, que deveriam fortalecer esses sistemas como parte das políticas de adaptação às mudanças climáticas, têm falhado em garantir que os serviços de saúde estejam preparados para lidar com as novas demandas impostas pela crise climática (Pacheco; Faustino, 2013; Yglesias-González *et al.*, 2022).

O resultado é que, quando eventos climáticos extremos, como furacões e enchentes, atingem a região, os sistemas de saúde ficam sobrecarregados, incapazes de responder adequadamente às emergências e aos surtos de doenças que frequentemente seguem esses desastres (Gastaldi, 2018).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos anos, os efeitos de crises globais afetam as populações da ALC de forma diferenciada em comparação aos demais países do norte global, agravando determi-

nadas desigualdades sociais, revelando sistemas de saúde deficientes e desencadeou uma recessão econômica que levou significativa parcela da população para o estado de pobreza (PAHO, 2020). Contudo, esta situação é pequena em comparação com os impactos que as mudanças climáticas introduzidas pelo homem, na vida e nos meios de subsistência das populações latino-caribenhas (Pacheco; Faustino, 2013; Yglesias-González *et al.*, 2022).

Nesse sentido, é possível analisar como os países da ALC sofrem com as mudanças climáticas de uma forma mais acentuada em comparação aos demais países, muito em decorrência de obstáculos políticos, econômicos e estruturais, apesar de emitirem poucos GEEs.

Ainda que haja um compromisso firmado dentro do Acordo de Paris, alguns países ainda sofrem com a inclusão da saúde em programas de políticas climáticas, a região ainda carece de ações específicas e financiamento suficiente para a saúde. Exemplos incluem a epidemia de dengue, agravada pelo aumento das temperaturas e chuvas, que ilustra as dificuldades dos sistemas de saúde locais.

O futuro das metas climáticas globais depende não só da adesão ao acordo, mas também de um investimento coordenado e sustentado em tecnologias viáveis, bem como de uma revisão periódica das políticas nacionais de cada país de forma individualizada. Somente com um esforço global unificado e contínuo será possível mitigar os impactos das mudanças climáticas e assegurar um futuro sustentável para as próximas gerações.

Tangente a isso, a incorporação de uma perspectiva racializada nos debates sobre a ampliação dos serviços de saúde destaca a necessidade de enfrentar as assimetrias históricas que afetam grupos sociais marginalizados. A busca por uma verdadeira igualdade de acesso e resultados em todas as camadas da sociedade, como proposto no texto, reforça a relevância de políticas públicas inclusivas para garantir efetivamente o direito à saúde, particularmente nas áreas periféricas onde as desigualdades são mais acentuadas.

O racismo ambiental, portanto, é uma forma estrutural de discriminação, intensifica ainda mais as desigualdades relacionadas ao direito à saúde, pois as comunidades mais marginalizadas e empobrecidas frequentemente vivem em áreas mais expostas a riscos ambientais, como proximidade de aterros sanitários, poluição industrial e falta de infraestrutura de saneamento básico. Essas populações, grupos marginalizados socialmente e de baixa renda, sofrem mais com a contaminação do ar, da água e do solo, enfrentando maiores índices de doenças relacionadas ao ambiente e menor acesso a serviços de saúde de qualidade.

De igual maneira, a falta de financiamento adequado para que os países ainda em desenvolvimento pudessem cumprir as suas metas é outra dificuldade do próprio acordo. Com a falta de revisão e com a adoção de medidas efetivas, não é possível que as metas de redução da temperatura global sejam de fato alcançadas.

Além disso, a noção de “justiça ambiental”, conceito desenvolvido por Henri Acelrad (2009), exprime um movimento de ressignificação da questão ambiental, resul-

tando de uma apropriação singular da temática do meio ambiente por dinâmicas sociopolíticas tradicionalmente envolvidas com a construção da justiça social.

Assim, pode-se compreender a justiça ambiental como ressignificação da questão ambiental, refletindo-se num momento em que riscos ambientais são reconhecidos enquanto diferenciados e desigualmente distribuídos entre determinados grupos que, em geral, não possuem capacidade de absorção desses impactos, em contrapartida com outros segmentos humanos que não sofrem diretamente das consequências das mudanças climáticas.

Para tanto, evidenciou-se que embora o Acordo de Paris seja uma ferramenta importante para a mitigação das mudanças climáticas, apresenta limitações significativas em relação à promoção da justiça ambiental e à redução das desigualdades globais. Essas falhas se manifestam especialmente na ausência de apoio eficaz aos países em desenvolvimento, que sofrem com a carência de recursos financeiros e tecnológicos para enfrentar os desafios climáticos. A incapacidade do acordo de efetivar mecanismos de compensação e reparação histórica agrava as condições de vulnerabilidade em regiões como a América Latina e Caribe (ALC).

Dentro do contexto da ALC, as dificuldades econômicas e a dependência de setores intensivos em carbono limitam a implementação de políticas climáticas robustas, evidenciando a desarmonia entre compromissos globais e realidades locais. Logo, a fragilidade institucional e as crises econômicas recorrentes dificultam a criação de programas contínuos e eficazes, deixando a região exposta a riscos climáticos que impactam diretamente a saúde pública e a infraestrutura básica, sobrecarregando ainda mais os sistemas de saúde e dificultando que políticas públicas de qualidade sejam criadas.

Para que o Acordo de Paris surta efeitos longínquos é necessário um compromisso duradouro por parte dos países desenvolvidos é necessário promover uma cooperação internacional mais equitativa, que permita a todos os países em desenvolvimento avançarem na adaptação climática, garantindo um futuro sustentável e mais justo para todos.

REFERÊNCIAS

ACSELRAD, Henri. Ambientalização das lutas sociais – o caso do movimento por justiça ambiental. **Estudos Avançados**, v. 24, n. 68, p. 103-119, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/hSdks4fkGYGb4fDVhmb6yxk/>. Acesso em: 04 out. 2024.

ACSELRAD, Henri. **Conflitos ambientais no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

ACSELRAD, Henri; MELLO, Cecília Campello do A.; BEZERRA, Gustavo das Neves. **O que é justiça ambiental**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

ARAÚJO, L. M.; NETO, M. R. C.; SÉGUIN, E. A efetividade do Acordo de Paris por meio da educação ambiental. **Direito, Estado e Sociedade**, n. 54, p. 279-309, 2019.

BARCELLOS, Christovam *et al.* Mudanças climáticas e ambientais e as doenças infecciosas: cenários e incertezas para o Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n. 3, p. 285-304, set. 2009. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742009000300011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 nov. 2024.

BRASIL. **Acordo de Paris**. 2015. Disponível em: https://www.gov.br/mcti/pt-br/acompanhe-o-mcti/sirene/publicacoes/acordo-de-paris-e-ndc/arquivos/pdf/acordo_paris.pdf. Acesso em: 04 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. **Terceira Comunicação Nacional do Brasil à Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudança do Clima** – Sumário Executivo. Brasília, DF: Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação, 2016. Disponível em: https://repositorio.mcti.gov.br/bitstream/mctic/4312/1/2016_terceira_comunicacao_nacional_brasil_convencao_quadro_nacoes_unidas_sobre_mudanca_clima_sumario_executivo.pdf. Acesso em: 12 jan. 2025.

BRASIL. **Protocolo de Quioto**. Brasília, DF: Ministério da Ciência e Tecnologia; Ministério das Relações Exteriores, 1997. Disponível em: http://mudancasclimaticas.cptec.inpe.br/~rmclima/pdfs/Protocolo_Quioto.pdf. Acesso em: 5 nov. 2024.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Desenvolvimento, progresso e crescimento econômico. **Lua Nova**, São Paulo, n. 93, p. 33-60, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/lj/ln/a/Qn76SFwhyHVMmJjB-jRBX7ny/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2025.

BULLARD, Robert D. **Environment, and morality: confronting environmental racism in the United States. Identities, Conflict and Cohesion Programme**, paper number 8, oct. 2004. Disponível em: <https://www.csu.edu/cerc/documents/EnvironmentandMorality-ConfrontingEnvironmentalRacismInTheUnitedStates-Bullard2004.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2025.

CHAGAS, Marcelle *et al.* **Enfrentando a dengue nas favelas e periferias**. 1. ed. Rio de Janeiro: In-fodengue, 2023. *E-book*. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1p_0q1Ze2Z7aZfcJA3H05URuwGnR2q7mL/view. Acesso em: 12 jan. 2025.

CHANCEL, L. **Global carbon inequality over 1990–2019**. *Nature Sustainability*, v. 5, n. 5, p. 1–8, 29 set. 2022. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41893-022-00955-z>. Acesso em: 11 out. 2024.

CRENSHAW, Kimberlé. Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics. **University of Chicago Legal Forum**, issue 1, p. 538-554, 1989. Disponível em: <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=ucf>. Acesso em: 12 jan. 2025.

DE QUIOTO, P. COLEÇÃO AMBIENTAL, Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, v. 3, 2004. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70328/693406.pdf?sequence=>. Acesso em: 09 ago. 2024.

GASTALDI, Fernanda. Gramsci e o negacionismo climático estadunidense: a construção do discurso hegemônico no Antropoceno. **Revista NEIBA Cadernos Argentina Brasil**, v. 7, n. 1, p. 1-19, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/neiba/article/view/39247>. Acesso em: 12 jan. 2025.

GUIMARÃES ROSA, João. **Grande sertão: veredas**. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1994.

LANDER, Edgardo. Ciências sociais: saberes coloniais e eurocêntricos. *In*: LANDER, Edgardo. **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais: perspectivas latino-americanas**. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciências Sociais, 2005.

MEWES, Emily; TRANJAN, Renata. Racismo ambiental e o direito humano ao saneamento básico: análise sobre a universalização do saneamento básico à luz da teoria crítica da raça. *In*: CÂMARA, Heloisa Fernandes (coord.). **As encruzilhadas da subjetividade jurídica a partir do Sul**. Curitiba: Íthala, 2022. p. 128-136.

MOTTA, Ronaldo Seroa da. Precificação do Carbono: do Protocolo de Quioto ao Acordo de Paris. Capítulo publicado em: **Legado do MDL: impactos e lições aprendidas a partir da implementação do Mecanismo de Desenvolvimento Limpo no Brasil**, Brasília: IPEA, 2018. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8854>. Acesso em 21 set. 2024.

NASCIMENTO, Glaucia P. do. A racialização do espaço urbano da cidade de Curitiba-PR. **Geografia Ensino & Pesquisa**, v. 25, n. e24, p. 1-32, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/geografia/article/view/46911/pdf>. Acesso em: 12 jan. 2025.

OECD – ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT; THE WORLD BANK. **Panorama da Saúde: América Latina e Caribe 2023**. Paris: OECD Publishing, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/047f9a8a-pt>. Acesso em: 18 ago. 2024.

OLIVEIRA, Adriano Santhiago de; MIGUEZ, José Domingos Gonzalez; ANDRADE, Tulio César Mouthé de Alvim. Convenção sobre mudança do clima e o seu Protocolo de Quioto como indutores de ação. *In*: FRANGETTO, F. W.; VEIGA, A. P. B.; LUEDEMANN, G. (orgs.). **Legado do MDL: impactos e lições aprendidas a partir da implementação do Mecanismo de Desenvolvimento Limpo no Brasil**. Brasília, DF: Ipea, 2018. p. 21-42.

PACHECO, Tania; FAUSTINO, Cristiane. A iniludível e desumana prevalência do racismo ambiental nos conflitos do mapa. *In*: PORTO, Marcelo F.; PACHECO, Tania; LEROY, Jean P. (org.). **Injustiça ambiental e saúde no Brasil: o Mapa de Conflitos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 73-114. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/468vp/pdf/porto-9788575415764-04.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2025.

PAHO – PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Integrated management strategy for arboviral disease prevention and control in the Americas**. Washington, D.C.: PAHO, 2020.

Protocolo de Kyoto à Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre a Mudança do Clima. Quioto, 1997. Disponível em: http://mudancasclimaticas.cptec.inpe.br/~rmclima/pdfs/Protocolo_Quioto.pdf. Acesso em: 5 nov. 2024.

ROBERTS, J. Timmons; TOFFOLON-WEISS, Melissa. Concepções e polêmicas em torno da justiça ambiental nos Estados Unidos. *In*: ACSELRAD, Henri; HERCULANO, Selene; PÁDUA, José A. (org.). **Justiça ambiental e cidadania**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004. p. 81-95.

ROMANELLO, Marina *et al.* The 2022 report of the Lancet Countdown on health and climate change: health at the mercy of fossil fuels. **The Lancet**, v. 400, n. 10363, p. 1619-1654, 2022. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)01540-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)01540-9/fulltext) . Acesso em: 04 out. 2024.

TRINDADE, C. S. da; ALVIM, A. M. O Acordo de Paris e as emissões de gases: impactos sobre a produção de suínos no Brasil. **Planejamento E Políticas Públicas**, v. 61, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.38116/ppp61art3>. Acesso em 25 jul. 2024.

UNEP – UNITED NATIONS ENVIRONMENT PROGRAMME. **Emissions Gap Report 2023: Broken Record – Temperatures hit new highs, yet world fails to cut emissions (again)**. Nairobi: UNEP, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.59117/20.500.11822/43922>. Acesso em: 04 out. 2024.

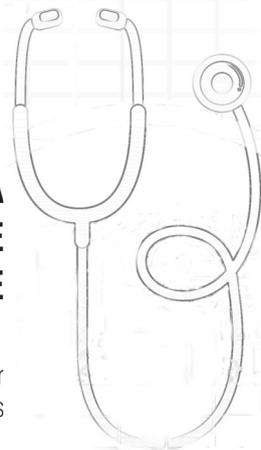
WHO – WORLD HEALTH ORGANISATION. **WHO health and climate change global survey report**. Geneva: World Health Organization, 2021.

WILLIAMS, David R.; PRIEST, Naomi. Racismo e Saúde: um corpus crescente de evidência internacional. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 17, n. 40, p. 124-174, set./dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/TdR6VjTkrwxhqWcHf9VM9Fp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 out. 2024.

YGLESIAS-GONZALEZ, Marisol. Code Red for Health response in Latin America and the Caribbean: Enhancing peoples' health through climate action. **The Lancet Regional Health - Americas**, v. 11, n. 100248, p. 1-8, abr. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100248>. Acesso em 08 set. 2024.

CORPOS QUE GESTAM: A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NAS INTERSECÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADE

Eloísa Kuster Bauer
Thalison Daniel Dullius



SUMÁRIO

1 Introdução. **2** Violência obstétrica: uma violência de gênero? **3** Os desafios enfrentados pelos corpos que gestam: direitos reprodutivos e violência obstétrica fora do contexto cishetero. **4** É preciso ir além: a dignificação do parto para corpos outros. **5** Considerações finais. Referências.

1 INTRODUÇÃO

A gestação, o parto e o puerpério transcendem o âmbito biológico, constituindo experiências sociais complexas que envolvem a pessoa que gesta, sua família e a comunidade (Brasil, 2001). Esses eventos, de grande significado para todos os envolvidos, podem ser enriquecedores, quando vivenciados de forma respeitosa e acolhedora.

No entanto, o fenômeno da violência obstétrica impossibilita que a gestação, o parto e o pós-parto sejam experiências positivas para quem gesta. Os direitos sexuais e reprodutivos, derivados da dignidade da pessoa humana e do planejamento familiar, são também direitos sociais, inseridos no direito à saúde, devendo ser reconhecidos e promovidos a todos.

Segundo Carvalho (2004), as violências obstétricas estão intrinsecamente ligadas aos estereótipos de gênero e às relações de poder desiguais entre profissionais de saúde e parturientes. Dessa maneira, a posição de autoridade dos profissionais, muitas vezes associada a comportamentos considerados “masculinos”, reforça a submissão das mulheres durante o parto.

No modelo de assistência tecnológica, o qual ainda é vigente, a gestante é tratada apenas como paciente, sendo o médico o profissional responsável pela assistência, com utilização intensiva de intervenções obstétricas, como aponta Domingues *et al.* (2004, p. 62). Essa abordagem fragmenta a experiência do parto e desconsidera os aspectos sociais e emocionais envolvidos.

A realidade se agrava ainda mais quando o enfoque deixa de ser somente a mulher e passa a ser todas as pessoas que não se enquadram no padrão heteronormativo promovido estruturalmente pelas instituições sociais. Posto isso, a violência obstétrica contra a comunidade LGBTQIAPN+, por exemplo, revela uma série de barreiras estruturais e sociais no acesso aos serviços de saúde que não permitem uma gestação e partos seguros.

Portanto, o presente estudo busca evidenciar as falhas no sistema de saúde e como a violência obstétrica, enquanto violência de gênero, alcança os diversos corpos que gestam e de que forma essas pessoas são impactadas, considerando marcadores sociais de opressão, como gênero e sexualidade.

2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA VIOLÊNCIA DE GÊNERO?

O termo “violência obstétrica” surgiu no Brasil inspirado na legislação dos países latino-americanos, no início do século XXI, e por conta das práticas que foram desaconselhadas pela Organização Mundial da Saúde, que eram realizadas sem embasamento científico (Rodrigues, 2022).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a violência obstétrica consiste na apropriação indevida do corpo feminino e dos processos reprodutivos por parte dos profissionais de saúde, caracterizada por um tratamento desumanizante, uso excessivo de medicamentos e medicalização desnecessária de processos fisiológicos. Essa prática limita a autonomia da mulher, restringindo sua capacidade de tomar decisões sobre seu próprio corpo e sexualidade (OMS, 2014).

Os direitos sexuais e reprodutivos são derivados da dignidade humana e do livre planejamento familiar, além de serem direitos sociais garantidos pelo direito à saúde (Caridade, 1999). A violência obstétrica pode ocorrer de forma psicológica, física, sexual e de negligência (D’Oliveira; Diniz; Schraiber, 2002) e é vivenciada pela mulher grávida, puérpera, o feto ou o recém-nascido, tendo em vista que se trata de violência que ocorre no pré-natal, parto ou pós-parto.

Outros descritores também são usados para o mesmo fenômeno, como: violência de gênero no parto e aborto, violência no parto, abuso obstétrico, violência institucional de gênero no parto e aborto, desrespeito e abuso, crueldade no parto, assistência desumana/ desumanizada, violações dos Direitos Humanos das mulheres no parto, abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto, entre outros (Diniz *et al.*, 2015, p. 3).

É também considerada uma violência institucional, cometida por profissionais de saúde que exercem poder sobre a vida, a saúde e as escolhas da mulher, reduzindo a autonomia e transformando-a em um mero corpo reprodutor, inferior e submisso, abrindo espaço para controle, dominação e abusos em relação ao seu corpo, sem que elas tenham o direito de fazer suas próprias escolhas (Silva, 2021). Isso evidencia a fraqueza de um sistema de saúde que tem por dever a proteção e amparo, mas que, acaba por ser o principal espaço de propagação de violências.

Nesse contexto, passa a ser caracterizada como violência de gênero, manifestando-se por meio de violências físicas, sociais ou simbólicas, cuja base está na organização social dos gêneros, sendo perpetrada contra indivíduos especificamente em razão de seu gênero (Sardenberg; Tavares, 2016). Esse tipo de violência enxerga as mulheres como submissas e passivas, sem que possam ter suas vontades manifestadas livremente, visto que, do patriarcado é exigido que os homens dominem, explorem e oprimam as mulheres, fazendo uso de violência (Hooks, 2018).

Fundamentada na sexualidade, manifesta através de diversas práticas que visam controlar e submeter as mulheres, incluindo mulheres cisgênero, transgênero, intersexo e não binárias, manifestando-se as tentativas e formas de controle da sexualidade (2019).

Diante da análise histórica de formação dos direitos fundamentais à saúde da mulher no Brasil, verifica-se que o tema foi inicialmente incorporado à política nacional no início do século XX, com ênfase nos cuidados relacionados ao ciclo gravídico-puerperal (Teixeira, 2020). Em 1984, o Ministério da Saúde estabeleceu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com o objetivo de promover, proteger e recuperar a saúde feminina. Posteriormente, em 2000, por meio da Portaria/GM n. 569, foi instituído o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que assegurava uma assistência adequada durante o pré-natal, parto e pós-parto, visando seu bem-estar físico e psicológico (Teixeira, 2020).

Em relação à saúde da mulher grávida, em 2011, o Ministério da Saúde estabeleceu a Rede Cegonha através da Portaria n. 1.459/GM/MS, uma iniciativa que buscou ampliar a humanização do cuidado e promover mudanças na assistência. Essa normativa orienta os profissionais de saúde sobre a importância de adotar métodos não invasivos e não farmacológicos durante o trabalho de parto, melhor capacitando-os para lidar com o sofrimento, angústias e dores frequentemente enfrentados pelas mulheres nesse contexto (Teixeira, 2020).

Sendo assim, a tentativa de visibilidade sobre a violência obstétrica vem da luta de mulheres feministas, que sempre buscaram a igualdade de gênero e que, a partir da década de 1980, reivindicam uma “maternidade voluntária, prazerosa e socialmente reconhecida” (Lima, 2019, p. 26), e, com a criação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), o termo “violência obstétrica” foi popularizado, reconhecendo as situações violentas e constrangedoras vivenciadas pela gestante e parturientes (Santos, 2022).

Na sociedade brasileira, 25% das mulheres relatam ter sido vítimas de violência obstétrica. Dentre essas, 45% foram atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 30% em hospitais privados, onde também relataram algum tipo de maus-tratos durante o parto. Ainda assim, persistem discordâncias sobre como essa violência afeta diferentes grupos de mulheres.

As experiências variam de acordo com raça, classe social e geração, e incidem de forma mais gravosa para alguns grupos específicos de mulheres, considerando a interseccionalidade desses fatores (Lima, 2019). Desse modo, raça, classe, gênero e sexualidade são

essenciais para analisar qualquer problema que afete a vida das mulheres, especialmente no que diz respeito à violência contra elas. Na maior parte das vezes, quem mais sofre violência obstétrica são mulheres negras, pobres, com baixa escolaridade, adolescentes, usuárias de drogas e mulheres que não tiveram acompanhamento pré-natal (Felix, 2021).

De acordo com a pesquisa “Nascer no Brasil” (Leal, [2014?]), há na rede privada uma taxa elevada de cesarianas, enquanto na rede pública, o parto vaginal é intervencionista e violento. Em 2023, aproximadamente 58,1% dos partos foram realizados por meio de cesariana no setor público e 88% no setor privado, sendo que a recomendação da OMS é de que apenas 15% dos partos sejam não naturais, por ser a cesariana um procedimento invasivo (Oliveira *et al.*, 2018).

Segundo dados do Ministério da Saúde, mais de 90% das mortes maternas ocorridas durante o parto poderiam ter sido evitadas. O número elevado de cesarianas aponta também ao aumento da morbimortalidade e perinatal e expõe as mulheres a riscos desnecessários, sendo que deve ser realizada somente quando indicada clinicamente para salvar vidas (Lima, 2019).

Além das violências físicas, existem relatos de violência verbal, com julgamentos e humilhações que geram traumas para as gestantes e parturientes (Silva, 2014). Os profissionais de saúde fazem comentários racistas e sexistas, desrespeitando a raça, idade, nível educacional, religião, orientação sexual, condição socioeconômica, estado civil ou até ridicularizam as escolhas sobre o parto (Santos, 2022). Os casos mais comuns são gritos dos profissionais, procedimentos dolorosos sem consentimento ou sem prévia informação e a negligência por parte dos profissionais de saúde (Fundação Perseu Abramo, 2013).

Apesar da gravidade da situação, a existência do problema é ignorada, resultando na negação do protagonismo da mulher em relação à sua própria dor. A violência é ocultada sob a justificativa de que, sendo responsabilidade da medicina zelar pela vida, integridade física e psicológica dos pacientes, não se cogita sequer a possibilidade de utilizar o termo “violência obstétrica” (Lara, 2022).

O Ministério da Saúde, com base no Parecer n. 32/2018 do Conselho Federal de Medicina, considerou o termo “violência obstétrica” inadequado, afirmando que sua utilização constitui uma ofensa à medicina e à especialidade de ginecologia e obstetrícia, pois contradiz conhecimentos científicos consolidados e não contribui para a melhoria da assistência à saúde, prejudicando a busca por um cuidado humanizado ao longo do ciclo gravídico-puerperal (Lara, 2022). Ainda, o CFM expressou que o termo é inapropriado e defendeu sua abolição, argumentando que ele estigmatiza a prática médica e interfere negativamente na relação entre médico e paciente (Lara, 2022).

Na prática diária, é comum encontrar comportamentos considerados violentos, muitas vezes reflexo de uma naturalização do fenômeno, o que leva à banalização da violência obstétrica e violência institucional. Essas condutas geralmente não são reconhecidas

pelos profissionais como violentas, mas sim como um exercício de autoridade em situações consideradas “difíceis”, contribuindo para a reprodução da violência como parte da rotina do serviço (Sens; Stamm, 2019).

No Brasil existem leis para coibir essas violências, como a Lei Federal n. 19.701/2018, que, em seu artigo 5º, estabelece direito à gestante e à parturiente de se negarem a realizarem exames e procedimentos com propósitos exclusivamente de pesquisa, investigação, treinamento e aprendizagem ou que lhes causem dor e constrangimento. Há também o direito ao acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, constante na Lei Federal n. 11.108/2005. Além do acompanhante, a parturiente tem direito à presença de doulas durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, independente da via de nascimento (Lei Estadual 21.053/2022).

É direito da mãe e do bebê o contato pele a pele logo após o parto, o aleitamento materno na primeira hora e o clameamento (corte) do cordão umbilical após cessadas suas pulsações, quando as condições de saúde do bebê são adequadas, segundo a portaria MS 371/2014.

Há também a Lei Federal n. 11.634/2007 que dispõe sobre o direito da gestante em conhecer e ser vinculada à maternidade em que receberá assistência. Além disso, o Projeto de Lei 190/2023 que altera o código penal e tipifica o crime de violência obstétrica, prevendo pena de até 5 anos de reclusão e o PL 422/23 inclui entre os tipos de violência previstos na Lei Maria da Penha.

Porém, essas mudanças quantitativas, manifestadas em leis, resultantes em parte de lutas sociais, não foram suficientes para gerar uma transformação qualitativa significativa, capaz de enfrentar a ordem de dominação, exploração e opressão que ainda persiste. Ademais, na legislação brasileira, a violência obstétrica é tratada de forma genérica, mesmo diante do Código Penal e de Tratados Internacionais que estabelecem os Direitos Humanos e Direito das Mulheres, há uma lacuna pela legislação na definição do que seria violência obstétrica (Cardoso; Morais, 2018).

Assim, a persistência das várias formas de violência obstétrica, evidencia que relações sociais desiguais, baseadas em classe, raça e gênero, continuam presentes na sociedade. Em um contexto patriarcal como o brasileiro, todas as mulheres experimentam essas desigualdades, embora de maneiras diferentes, dependendo de fatores como raça, classe social, geração e outras características, como a deficiência, que moldam de forma distinta as experiências vividas por cada grupo de mulheres (Lima, 2019).

A despeito de as maiores afetadas pela violência obstétrica sejam as mulheres, a violência obstétrica também afeta a comunidade LGBTQIAPN+, incluindo pessoas transgêneras, que desafiam as normas de gênero estabelecidas pela sociedade ou que se submetem a tratamentos hormonais e/ou cirúrgicos para alinhar seus corpos com sua identidade de gênero, abrangendo assim indivíduos transexuais e travestis (Njaine *et al.*, 2014).

A sexualidade é reconhecida como um elemento crucial para o desenvolvimento holístico do ser humano, abrangendo aspectos pessoais, sociais, intelectuais e emocionais. Ela se manifesta e é vivenciada através de pensamentos, crenças, atitudes e valores, e engloba questões relacionadas à reprodução, sexo, identidade de gênero e orientação sexual (Rodrigues, 2004).

Dentro desse contexto, o termo “transgênero” é utilizado como uma categoria abrangente que inclui uma variedade de identidades, como pessoas transexuais, travestis, indivíduos que se identificam como um terceiro gênero, entre outros que se percebem como não conformes aos padrões tradicionais de gênero (Yoshioka; Oliveira, 2023). O pertencimento do grupo fora da heteronormatividade predominante em nossa sociedade implica em um estigma de desvio à norma, acompanhado por um processo de rotulação como descrito por Goffman (1963). Esse desvio resulta em uma forma específica de violência de gênero, evidenciada pelas discriminações e agressões presentes nos diversos aspectos da vida cotidiana da comunidade LGBTQIAPN+ (Njaine *et al.*, 2014).

Assim, apesar da implementação da Política Nacional de Saúde Integral para a população LGBTQIAPN+ e da garantia do processo transexualizador pelo SUS, essa comunidade continua enfrentando marginalização no acesso aos serviços de saúde e na busca pela universalização do SUS, além de ser a mais afetada por condutas profissionais inadequadas (Cardoso; Shimizu, 2024).

Desse modo, é relevante considerar a situação de homens trans que engravidam e dão à luz, como “pessoas que gestam”, conforme retratado pela deputada federal Erika Hilton (Zucchi, 2024). A parentalidade trans enfrenta um estigma ainda maior e é menos reconhecida, e apresenta implicações e desafios distintos em comparação com a homoparentalidade entre casais de mulheres cis, conforme será retratado no item a seguir.

3 OS DESAFIOS ENFRENTADOS PELOS CORPOS QUE GESTAM: DIREITOS REPRODUTIVOS E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA FORA DO CONTEXTO CISHETERO

Conforme apresentado, a violência obstétrica é um fenômeno complexo, e afeta, de formas desiguais, não somente mulheres cis, mas diversos sujeitos outros, como os transgêneros e os intergêneros. Não obstante as novas realidades parentais se apresentarem na sociedade, a literatura especializada das áreas de direito e de medicina, bem como a normatividade legal e os projetos de lei que surgem, encaram a violência obstétrica sob uma ótica (cis)heteronormativa, sendo usualmente tratada, na academia e no âmbito institucional, como uma violência de gênero que afeta mulheres.

Sendo assim, há de se considerar a problemática em suas intersecções, tendo em vista que: I. a violência obstétrica pode afetar o companheiro ou a companheira da

gestante ou da gestante, também o pai ou a outra mãe do nascituro nas relações com a equipe médica que se desenrolam do pré-natal até o puerpério, nas várias etapas da gestação, considerando que o parto não envolve somente o ou a gestante; II. a diversidade de modelos familiares e de “corpos parentais” impõe novos desafios no tratamento usual da relação paciente-médico-acompanhante(s). Logo, por mais que as considerações sobre a violência obstétrica contra mulheres cis heterossexuais tenham se popularizado, contribuindo no enfrentamento às violações de direitos, há a invisibilização das adversidades homoparentais e transparentais. Desse modo, no presente item serão investigadas as novas facetas da violência obstétrica, identificando-se possíveis vazios teóricos e práticos no enfrentamento ao fenômeno.

Nesse sentido, algumas noções prévias sobre gênero são necessárias para compreender a questão da parentalidade trans e da violência obstétrica aos corpos que gestam. Segundo Judith Butler (2010, p. 195), o gênero é uma fantasia instituída e inscrita sob os corpos, não é nem verdadeiro nem falso, mas efeito de verdade de um discurso que versa sobre a identidade como estável. Conforme Figueiredo (2018), a concepção de Butler revela que o gênero é construído em relação, numa forma de solidariedade que inclui contradições e divergências (Figueiredo, 2018). Nessa via, segundo Parker (2001) as formas pelas quais as identidades são construídas dependem das categorias e classificações disponíveis nas diferentes culturas sexuais.

Com isso, Gabriel Martinn (2024, p. 26) sustenta que as transexualidades desfazem os arquétipos de gênero, cruzando os limites da diferença sexual e do binarismo de gênero como paradigmas que seriam fundamentais ao sujeito. Em outras palavras, corpos trans rompem a convergência entre sexo, gênero e desejo, presente inclusive na atuação institucional do que o autor chama de “cistema” de saúde.

No entanto, tendo em vista que as identidades sexuais e de gênero têm um caráter fragmentado, instável, histórico e plural (Louro, 2001), e que, quando o poder é exercido sobre o corpo emerge na direção contrária a reivindicação do corpo contra o poder (Foucault, 2018, p. 146), ocorreram mobilizações que colocaram em xeque os paradigmas da (cis)heteronormatividade, com a influência direta sobre a forma com que esses corpos exercem seus direitos sexuais e reprodutivos.

Nesse sentido, sustenta Martinn (2024, p. 18) que a atuação de movimentos sociais contribuiu desde o fim do século XX para a ampliação do debate acerca da diversidade sexual e de gênero, como uma questão própria aos direitos humanos e aos determinantes sociais da saúde. No Brasil, as preocupações com os sujeitos trans foram consubstanciadas de forma mais sistemática por meio da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSILGBT) instituída pela portaria n. 2.836, de dezembro de 2011, a qual tem por objetivo a garantia de saúde integral à população LGBTQIAPN+, permeada pela concepção de que o preconceito e a discriminação são determinantes na desconstrução das condições de saúde da sociedade (Martinn, 2024, p. 20-33).

Sendo assim, Martinn (2024, p. 39-44) ressalta que há uma noção nosológica atribuída às identidades trans que permeiam o campo da saúde, tendo em vista que ainda que retirada da categoria de transtornos mentais no Código Internacional de Doenças em 2019, continua sendo denominada de “incongruência de gênero” na versão atual do CID. Essa noção é guiada por paradigmas essencialistas de gênero e sexualidade, e sustenta a falsa necessidade de diagnósticos sobre as variadas experiências de vivenciar e expressar gênero. Segundo o autor, a noção médica essencialista provoca a redução do gênero a uma categoria diagnóstica que se fundamenta no sistema binário. Por isso, sustenta que a autonomia e a saúde da pessoa trans continuam em crise, submetidas ao poder-saber biomédico.

Ocorre que o gênero, na modernidade, além de ser interpretado socialmente como fator de diferenciação entre os seres humanos e de inteligibilidade dos corpos, passou a normalizar e normatizar as formas de existir (Camêllo; Oliveira; Bahia, 2024). Assim, ao se adotar uma concepção essencialista de gênero, valendo-se do discurso médico, o Estado, na faceta da biopolítica, passa a se valer da capacidade de decidir quem pode reproduzir e sob quais condições.

Não obstante a relevância da PNSILGBT, Martinn (2024, p. 36) nota que não se aborda a reprodução e nem há incentivo à constituição familiar para essas pessoas dentro da política, que foca nas demandas de saúde das pessoas cis e nas práticas de afirmação de gênero, deixando de lado questões sexuais e reprodutivas pessoas trans e assuntos afetos à reprodução e contracepção. É o que Angonese e Lago (2017) chamam de “esterilidade simbólica” da população trans. Assim, impera a necessidade de ir além em termos de políticas públicas do âmbito da saúde, garantindo o acesso à informação sobre o uso da testosterona e suas influências na capacidade reprodutiva, o planejamento reprodutivo das pessoas transmasculinas, a promoção da autonomia de decisão sobre a gestação, além da prevenção de gestação indesejada.

Martinn (2024, p. 20), por meio de sua pesquisa com relatos de pessoas trans, identificou que a análise das experiências transmasculinas revela dificuldades especialmente na inclusão por meio da linguagem, tendo em vista a questão de que os serviços de saúde, em regra, não consideram os pronomes e formas de tratamento de acordo com o gênero dos pacientes trans. Ademais, notou que os profissionais da saúde não detêm informações sobre diversidade sexual e identidade de gênero, o que dificulta a experiência de acompanhamento da saúde sexual e reprodutiva desses sujeitos.

Entre as dificuldades práticas no exercício dos direitos reprodutivos de pessoas trans podem ser destacadas, em síntese (Martinn, 2024, p. 54-63):

- I. O desgaste em acessar os serviços de saúde destinados às mulheres cis, os quais geralmente têm o nome de “hospital da mulher”, e o constrangimento em aguardar atendimento ginecológico junto com outras mulheres que com frequência lançam olhares desagradáveis;
- II. O desrespeito ao pronome da pessoa, que mina a construção simbólica da identidade desses sujeitos, perpassada pela relação entre corpos, signos e

pactos sociais de linguagem, o que faz urgir a necessidade de uma linguagem mais inclusiva;

- III. A falta de compreensão por parte dos profissionais de saúde sobre as características anatômicas das pessoas trans, e em especial a falta de detalhes em formulários e burocracias;
- IV. O medo do constrangimento e o receio de ser submetido a procedimentos desnecessários, que podem ser invasivos e dolorosos, como no caso dos homens trans que se submetem ao tratamento com testosterona, que causa alterações anatômicas e fisiológicas muitas vezes não compreendidas pelos profissionais de saúde, que atuam com falta de atenção e preparo nos exames;
- V. A inexistência na região onde residem de serviços destinados ao público trans, o que resulta em uma possível procura de ambientes com maior fluxo de pessoas trans, mas que nem sempre estão disponíveis em suas localidades.

Martinn (2024) afirma que, por tanto passarem por dificuldades em um atendimento digno no sistema de saúde, muitos acabam desistindo de se consultar, e, no caso específico dos direitos reprodutivos, deixam de exercê-los ou se apoiam na rede privada e em parceiras particulares, exilados do sistema público de saúde, que mais os prejudica do que auxilia. Situação similar, e que demonstra como a violação do acesso ao direito à saúde por pessoas trans molda os comportamentos desses indivíduos a ponto de os exilar do sistema público de saúde, é apontada por Repolês e Myshix (2023). Os autores realizaram estudo etnográfico com dois homens transmasculinos com mais de cinquenta anos que relataram que mesmo diante de sintomas de Covid-19, optaram por não buscar serviços de saúde. Com isso, destacaram como o envelhecimento da população trans é sentido diferentemente do envelhecimento cis, tendo em vista o medo da discriminação nos espaços de saúde.

A problemática se insere no contexto do vazio censitário quanto aos perfis e necessidades da população trans. Nesse sentido, Martinn (2024, p. 61) destaca que a ausência de dados demográficos sobre a população resulta na falta de serviços voltados para esse público, pois são esses dados que subsidiam a formulação de políticas públicas. No entanto, observou que a inclusão da identidade de gênero no censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é recente, só ocorrendo após oito censos realizados pelo órgão desde 1936.

Um dos entrevistados por Martinn (2024, p. 69-70) que sofreu violência obstétrica relatou incômodo com a imposição da esterilidade, tendo afirmado que desde o início do seu processo de afirmação de gênero lhe foi oferecido o DIU para a contracepção e que ele não compreendia tamanha fixação dos profissionais de saúde em oferecer métodos de esterilização, até mesmo irreversíveis como é a histerectomia, sem que houvesse uma conversa sobre o desejo de gestação.

Assim, os homens trans têm a impressão de que a gestação a eles é impossibilitada, tendo em vista a necessidade de interromper o uso de testosterona, o que os tornaria ininteligíveis em termos de identidade para si e para os demais, intensificando a transfobia e a disforia (Martinn, 2024, p. 81). Ademais, o autor destaca que muitos decidem não gestar por medo do parto e de procedimentos desnecessários.

A violência obstétrica, especialmente para pessoas transmasculinas, é uma realidade desde a ida ao hospital nos casos de emergência, se estendendo do pré-natal ao puerpério (Martinn, 2024, p. 82). Um dos entrevistados afirmou que as consultas médicas se tornaram gatilhos de ansiedade, pois a médica que os atendia “não considerava sua gestação como um processo seguro ou planejado e encarava a situação como um erro do casal” (Martinn, 2024, p. 84).

Após as frequentes práticas de desrespeito ao casal, formado por um transmasculino e uma travesti, eles decidiram mudar de pré-natalista, que, após episódio de sangramento, indicou uma “superdosagem” de progesterona micronizada, tratamento sem evidências científicas na eficácia de prevenção ao aborto, o que resultou na impossibilidade de o paciente alimentar-se e sair da cama por um longo período (Martinn, 2024, p. 84-85).

Um entrevistado transmasculino que passou por gestação relatou que o processo foi muito solitário, precisando lidar com diversas mudanças psicológicas e físicas e com os impactos sociais resultantes dessas mudanças sem conhecer qualquer pessoa que compreendesse a situação, tendo em vista que mesmo amigas cisgênero que estavam grávidas passavam por situações muito distintas das vivenciadas por ele (Martinn, 2024, p. 86). Enfatizou que sentiu a perda de seu direito à identidade de gênero a partir do momento em que engravidou, e estava só na busca por informações, sem redes de apoio e empatia.

Seus pronomes sempre foram desrespeitados na rede de saúde, o que lhe causava ansiedade e fazia com que evitasse os ambientes hospitalares. Após diversos casos de violações transfóbicas, chegou a desistir de ser atendido, relatando que ir para o hospital resultava na piora estado de saúde, de modo que decidiu pelo parto natural domiciliar como uma estratégia para fugir da violência e da transfobia, sendo assistido por profissionais não médicos: “as parteiras que o assistiram estavam alinhadas com os seus desejos e sob uma perspectiva aquém da violência obstétrica o fez definir seu parto como um processo ‘incrível’ e ‘maravilhoso’” (Martinn, 2024, p. 88). No período puerperal o paciente precisou renunciar à afirmação de gênero por meio da utilização da testosterona para continuar com o aleitamento, tendo em vista que há escassez de estudos que relacionam a amamentação e o uso de testosterona, sendo mais seguro para o bebê que ele renunciasse a sua identidade.

Desse modo, é possível notar que a medicina, enquanto sistema, parte de generalizações para ditar o que é considerado normal, ditar quais corpos são inteligíveis, e, ao fim, quem pode reproduzir e sob quais condições. No entanto, a manutenção desse estado de violações atenta diretamente ao direito ao livre planejamento familiar e aos direitos

reprodutivos de pessoas trans, atentando ao princípio da equidade do acesso ao direito fundamental à saúde (Camêllo; Oliveira; Bahia, 2024, p. 12).

Como visto, a parentalidade trans tende a ser mais estigmatizada e menos reconhecida, com problemas diversos no âmbito das violências quando em comparação com a homoparentalidade cis (Cardoso; Shimizu, 2024), e ainda mais diversos quando em comparação à heteroparentalidade. A falta de preparo dos profissionais da saúde tende, assim, a ser um dos principais fatores que afastam a população LGBTQIAPN+ desses espaços.

Nessa via, o espaço que deveria ser de acolhimento e de resolução de dúvidas, se torna um espaço em que o próprio usuário educa o profissional de saúde (Martinn, 2024, p. 64). Com isso, na situação atual, emerge a necessidade de uma comunicação entre o profissional de saúde e o usuário do serviço que torne possível a construção de estratégias conjuntas que façam sentido de acordo com as demandas pessoais de cada pessoa e a relevância de uma rede de pessoas LGBTQIAPN+ nos serviços de saúde como forma de proteção contra a transfobia. Ademais, do ponto de vista de gestão, há a necessidade de rotatividade de profissionais, e o fator aleatório, e com o qual nem todos podem contar, especialmente na rede pública, das afinidades entre o profissional de saúde e o usuário do serviço (Martinn, 2024, p. 69, 83 e 85).

Com isso, no contexto das transmasculinidades, o autor atesta a ausência de trabalhos que abordem a violência obstétrica sofrida por homens trans ou transmasculinos, tendo em vista, além da invisibilização, que não há uma quantidade expressiva de casos que dê margem para estudos (Martinn, 2024, p. 79). Nesse sentido, há um ciclo vicioso, em que a invisibilização acadêmica e censitária em relação aos direitos sexuais e reprodutivos de pessoas trans se coaduna com o fato de a fertilidade de pessoas trans, e, em especial, de homens trans, ser tratada pelo campo da medicina como algo impensável, o que abre espaço para violações e negligências (Camêllo; Bahia; Santana, 2024).

Há necessidade de indicadores de saúde que interseccionem os marcadores sociais da diferença à saúde sexual e reprodutiva, visando o atendimento da saúde da população trans que seja integral e humanizado. Para tanto, necessita-se da desconstrução da (cis)heteronormatividade institucional, que rege a atuação da classe médica, e que perpetua desigualdades e violências ao reforçar dispositivos de controle biopolítico da reprodução (Camêllo; Oliveira; Bahia, 2024; Martinn, 2024).

4 É PRECISO IR ALÉM: A DIGNIFICAÇÃO DO PARTO PARA CORPOS OUTROS

Tendo em vista o escopo delineado, constata-se que a violência obstétrica é intimamente ligada à carência de concretização dos direitos sexuais e reprodutivos de pessoas trans por meio de programas de políticas públicas de saúde pública, os quais se limitam

às práticas de afirmação de gênero sem considerar outros aspectos das trajetórias de vida desses corpos (Martinn, 2024, p. 34). Com isso, ao se considerar quais são os avanços necessários a um parto mais humanizado para pessoas trans, é preciso considerar que os espaços da saúde pública são permeados por uma lógica cis que muitas vezes impossibilita a efetivação de parto digno para homens trans.

Nessa via, Millet (2020), que nota a insuficiência na abordagem de questões de gênero nas grades curriculares dos cursos da saúde, propõe algumas ações que visam a “de-cissexualização” dos espaços de saúde pública. Mesmo assumindo que a tarefa é dificultosa, tendo em vista que os paradigmas cis são naturalizados na esfera cultural, considera possível mitigar os efeitos negativos das práticas discriminantes e despatologizar as identidades trans.

Algumas estratégias propostas por Millet (2020, p. 42) são realizáveis desde logo, tendo em vista que envolvem a não presunção de identidades e a adaptação de burocracias: não impor ou assumir a identidade de gênero dos usuários dos serviços públicos de saúde, adaptar os formulários administrativos (usualmente carregados de presunções cisheteronormativas) e abandonar a tradicional ligação feita entre “genitália-sexo-gênero-performance de gênero”.

Outras estratégias demandam planejamento, conscientização progressiva e adaptação, com efeitos a longo prazo por meio da formação crítica: identificar e assumir a presença de concepções cissexistas nos múltiplos âmbitos públicos e privados, e, atuando na questão da representatividade e simbolismo, analisar e modificar as grades curriculares dos cursos da saúde abandonando perspectivas cisnormativas e inserindo produções acadêmicas de pessoas trans (Millet, 2020, p. 42).

Sendo assim, evidencia-se que, a fim de se promover parto digno para pessoas trans, ou mesmo para casais não heterossexuais, e, portanto, uma gestação sem violências obstétricas, é necessário analisar a formação dos profissionais da saúde. Dessa forma busca-se desnaturalizar práticas que não condizem com um paradigma mais plural de família e de possibilidades parentais. Nessa via, é preciso construir novas práticas que humanizem esse processo que pode ser tão desafiador para corpos outros, não inseridos no paradigma cishetero, em detrimento das práticas reforçadoras da “esterilidade simbólica” trans.

No entanto, a questão não se restringe aos círculos acadêmicos da área da saúde. Para o enfrentamento das problemáticas relacionadas à gestação, revela-se necessária a *de-cissexualização* do ensino, desde o ensino infantil, tendo em vista a naturalização das concepções sobre gênero e sexualidade que se *gesta* desde a socialização secundária em espaços de disciplinamento de corpos como a escola (Martinn, 2024; Millet, 2020).

Contudo, Martinn (2024) faz a ressalva de que a troca de paradigmas ou a inserção de conteúdos sobre gênero e sexualidade nos currículos do ensino podem produzir mudanças a longo prazo, mas apenas como uma troca de cosmovisão, pois o considerado anormal é produto dos discursos que cria o “anormal”. Com isso, as mudanças no âmbito educacional devem possibilitar não uma mera substituição de conteúdo, mas uma

desconstrução de conteúdo, permitindo uma leitura crítica da realidade social que possa questionar as naturalizações.

Ainda que o enfrentamento às violações aos direitos sexuais e reprodutivos de pessoas trans dependa em parte da criação de políticas públicas, Martinn (2024, p. 63) alerta que o problema é anterior a elas, considerando a inexistência de um mapeamento da população trans, que dá base para a criação de políticas públicas, a ausência de abordagem da saúde que reconheça os marcadores sociais da diferença, a necessidade, abordada previamente, de desconstrução dos preceitos normativos da educação de base e de reexaminar os paradigmas (cis)heteronormativos dos serviços de saúde. Apenas percorrendo esse caminho seria possível garantir a integralidade, universalidade e equidade no acesso à saúde para pessoas trans.

Contudo, ainda que evidenciada a necessidade das citadas transformações nas práticas do sistema de saúde e do ensino nos cursos de saúde, é perceptível que a atuação dos órgãos de representação de classe médica tende a ser pouco ou nada receptivo a críticas e sugestões vindas de outros campos de saberes que não os saberes da medicina.

Como destacado no primeiro tópico do presente estudo, o Conselho Federal de Medicina (CFM) expressou, por meio de resolução, que o termo “violência obstétrica” é inapropriado e defendeu sua abolição, argumentando que ele estigmatiza a prática médica e interfere negativamente na relação entre médico e paciente (Lara, 2022). Por outro lado, o CFM não possui nenhuma resolução específica sobre o atendimento a pessoas trans, tampouco sobre pacientes homens trans gestantes, bem como ausente resolução sobre condutas médicas que restringem a autonomia das e dos gestantes. Assim, observa-se que o campo do saber médico é extremamente fechado às críticas e sugestões advindas de outras áreas do conhecimento e de demandas de minorias sociais por respeito à autonomia de seus corpos.

Nesse contexto, a história do parto é marcada por profundas transformações. A partir do século XX, a medicalização e a hospitalização do parto, impulsionadas pelo desenvolvimento da ginecologia e da obstetrícia, introduziram novas tecnologias e práticas que modificaram significativamente a experiência do nascimento. Em comparação com as práticas ancestrais, o parto contemporâneo é caracterizado por uma maior intervenção médica e tecnológica (Projeto Enlace, 2023, p. 10).

Assim, a partir dos movimentos de mulheres e profissionais da saúde, surgiu no Brasil movimentos sociais que buscam transformar a assistência obstétrica. Organizações como o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde (CFSS) e a REHUNA têm defendido a necessidade de assistência mais humanizada, com foco na redução de intervenções cirúrgicas e no uso de medicamentos, além de exigir maior equidade e respeito aos direitos reprodutivos (Projeto Enlace, 2023, p. 12).

Desse modo, as enfermeiras obstétricas e obstetizes, chamadas de “parteiras profissionais”, assumiram esse papel de assistência ao parto. Segundo Leão e Bastos (2001)

doulas são profissionais que possuem conhecimento sobre fisiologia do parto normal, métodos não farmacológicos para alívio da dor, cuidados pós-natais e aleitamento materno. Essas mulheres, como o nome de origem grega sugere “mulher que serve”, atuam como acompanhantes leigas durante o parto, oferecendo suporte emocional e físico às e aos gestantes.

Desse modo, ao não estarem vinculadas profissionalmente a instituições de saúde, as doulas possuem maior autonomia para discordar de práticas médicas, sem o risco de sofrer represálias. Essa independência, advinda do caráter voluntário de seu trabalho, permite que elas defendam os interesses do ou da gestante de forma mais livre (Projeto Enlace, 2023, p. 12). Nessa via, como foi observado no tópico anterior, a atuação de profissionais não médicos tem sido uma estratégia de transmasculinos gestantes para terem sua autonomia respeitada sem serem vítimas de práticas transfóbicas.

Cometti (2006) descreve que o acompanhamento pré-natal, quando realizado de forma adequada, desempenha um papel crucial na saúde da(o) gestante e do bebê. Esse acompanhamento regular permite identificar precocemente possíveis riscos e complicações, garantindo a tomada de medidas preventivas e a assistência médica necessária. Além disso, a Organização Mundial da Saúde tem recomendado a assistência ao parto por profissionais não médicos, por considerar que a assistência prestada por obstetras e parteiras tradicionais tende a ser menos intervencionista com menores índices de medicalização do parto e condutas mais acolhedoras e respeitosas (WHO, 2018).

Com isso, o acompanhamento de parteiras durante a gestação e o parto contribui para o empoderamento da(o) gestante, favorecendo uma experiência mais positiva e resultando em melhores indicadores de saúde tanto para a mãe quanto para o bebê (Souza, 2022).

Ainda, a atuação de enfermeiras obstétricas e obstetras em equipes multiprofissionais auxilia para a humanização do parto, reduzindo a necessidade de intervenções cirúrgicas e aumentando a satisfação das(os) gestantes. Tal prática se destaca pela valorização da escuta ativa das(os) gestantes no planejamento e durante o parto (Projeto Enlace, 2023, p. 25).

O termo “humanização do parto” somente passou a ser difundido no ano de 2003, a partir da Política de Humanização do Parto e Nascimento. Essa iniciativa em questão busca humanizar a assistência ao parto, priorizando o respeito à dignidade da mulher, do bebê e de seus familiares, e adotando práticas comprovadamente benéficas, evitando intervenções desnecessárias que possam colocar em risco a saúde materna e infantil. Portanto, a trajetória de luta por uma assistência obstétrica mais humanizada foi fundamental para as mudanças observadas no setor. Tendo em vista que, a atuação conjunta de profissionais da saúde e de ativistas de movimentos sociais, que integravam equipes técnicas de implementação de políticas públicas, foi crucial para esses avanços (Projeto Enlace, 2023, p. 41).

Porém, conforme Martinn (2024, p. 89-90), ainda é necessário que a formação dos profissionais da área da saúde seja alinhada com questões de gênero e sexualidade, abrangendo todos os profissionais. A hegemonia do conhecimento biomédico, centrado

na patologização de corpos que fogem à norma, exige uma reformulação na formação dos profissionais da saúde. Para tanto, é fundamental que sejam abordadas questões de gênero e sexualidade de forma transversal, incluindo todas as áreas da saúde.

O ativismo transgênero tem desempenhado um papel crucial na denúncia da invisibilização das violências sofridas por pessoas LGBTQIAPN+. Esse movimento levou ao julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) n. 787, que trata de ação constitucional em que o Partido dos Trabalhadores (PT) afirma que há omissão da União em assegurar o acesso a serviços básicos de saúde para transexuais e travestis. O Supremo Tribunal Federal (STF) definiu que o Ministério da Saúde deve garantir atendimento médico a pessoas transexuais e travestis inclusive em especialidades relativas a seu sexo biológico.

Segundo a decisão, a Declaração de Nascido Vivo (DNV) emitida pelo SUS deve utilizar o termo “parturiente” para identificar o responsável legal pelo recém-nascido. Também foi estabelecido que consultas e exames devem ser realizados independentemente do registro oficial do sexo biológico. Essa decisão representa um avanço significativo para a visibilidade das violências enfrentadas pela população LGBTQIAP+.

Portanto, é de suma importância conseguir trazer essa população aos serviços de saúde para que as/os sujeitas/os possam se sentir acolhidas/os nesses locais que promovem usualmente inúmeras violações aos seus direitos, oferecendo grupos de apoio e outras formas de poder debater esse assunto que ainda é muito invisibilizado nos serviços. A modificação introduzida pela ADPF n. 787, representa um grande avanço, no entanto, ainda é essencial promover a formação e capacitação contínuas dos profissionais de saúde, especialmente no que se refere às questões de gênero e sexualidade, além de reorganizar as instituições para garantir um cuidado integral e livre de violações.

Desse modo, há a possibilidade de partos humanizados e com menos sofrimento para as e os que gestam e para a família, implicando em uma mudança na assistência obstétrica, com a adoção de práticas que valorizem a relação entre profissional e parturiente, baseada na horizontalidade e no respeito às necessidades individuais de cada gestante (Cabral; Ressel; Landerdahl, 2005). A atuação de enfermeiras obstétricas, obstetizas, doulas e fisioterapeutas obstetras, tem sido crucial para a ressignificação do parto no Brasil. Essas profissionais contribuem para a humanização da assistência à gestação, ao parto e ao nascimento, tanto em hospitais e centros de parto normal, quanto em domicílios. Além disso, desempenham um papel importante na atenção à saúde sexual e reprodutiva e no pré-natal.

Assim, embora os avanços históricos e as mobilizações tenham trazido melhorias, a violência obstétrica permanece um desafio significativo no Brasil. Na medida em que a ausência de normas legislativas específicas e a persistência de práticas abusivas nos serviços de saúde ressaltam a urgência de intensificar a luta por uma assistência ao parto mais digna e humanizada. Nesse cenário, a disseminação de informações qualificadas e o fortalecimento da autonomia das gestantes se destacam como estratégias fundamentais para superar esse problema (Projeto Enlace, 2023, p. 69).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da presente análise, foi possível observar a complexidade que envolve a interseção entre direitos reprodutivos, violência obstétrica e as experiências de pessoas trans durante a gestação.

Inicialmente, a discussão se aprofundou na definição e nas formas de violência obstétrica, caracterizando-a como uma violência de gênero que desrespeita a autonomia das mulheres sobre seus corpos. A violência obstétrica foi apresentada como uma prática institucionalizada que perpetua desigualdades de gênero e violações dos direitos humanos, afetando desproporcionalmente mulheres de grupos marginalizados. Nesse sentido, considerando a experiência gestacional de mulheres cisgênero, destacou-se a importância de reconhecer e combater a violência obstétrica para garantir um atendimento mais humanizado e respeitoso durante o parto.

Na sequência, foi ampliada a discussão ao incluir as experiências de pessoas trans, destacando como a violência obstétrica também afeta homens trans e outros corpos que gestam. Assim, examinou-se a problemática da violência obstétrica em um escopo de gênero e sexualidade, em uma leitura que buscou evidenciar quais as violações da autonomia durante a gestação que as transmasculinidades usualmente sofrem no sistema de saúde.

Além disso, pontuou-se que a violência obstétrica, apesar de, na maior parte dos casos, afetar mulheres cis de baixa renda, pretas e pardas, também afeta casais homossexuais, gestantes trans e parceiros trans, tendo em vista que as violências podem afetar também o companheiro ou a companheira da gestante ou do gestante. Com isso, problematizou-se que, não obstante as novas realidades parentais se apresentarem na sociedade, a literatura especializada das áreas de direito e de medicina, bem como a normatividade legal e os projetos de lei que surgem, encaram a violência obstétrica sob uma ótica (cis) heteronormativa.

Desse modo, após destacar a invisibilização das adversidades homoparentais e transparentais, demonstrou-se de que forma a violência obstétrica pode se inserir em outras realidades que não as usualmente versadas nos estudos sobre a problemática. A falta de preparo e sensibilidade dos profissionais de saúde em lidar com a diversidade sexual e de gênero resulta em discriminações e tratamentos inadequados, exacerbando a vulnerabilidade dessas pessoas. Essa análise sugere que a inclusão de uma perspectiva de gênero mais ampla e a formação adequada dos profissionais de saúde são essenciais para assegurar um atendimento digno e inclusivo.

A partir dessas inferências, concluiu-se que a violência obstétrica é um problema multifacetado que requer abordagens interseccionais para ser efetivamente combatido. É fundamental que políticas públicas e práticas de saúde considerem as diversas identidades e experiências das pessoas que gestam, promovendo um ambiente de cuidado que respeite

a autonomia não apenas das mulheres cis, mas também dos outros corpos que gestam. Além disso, a formação contínua e a sensibilização dos profissionais de saúde são cruciais para transformar a cultura institucional e eliminar práticas violentas e discriminatórias. Desse modo, outros modelos familiares, que não o tradicional, poderão ter efetivada sua proteção, garantindo a autonomia dos corpos que gestam.

Em suma, a luta contra a violência obstétrica deve ser integrada a um esforço mais amplo de promoção dos direitos reprodutivos e da identidade de gênero. Somente através de uma abordagem inclusiva e interseccional será possível garantir que todas as pessoas, independentemente de sua identidade de gênero, recebam um atendimento de saúde digno, respeitoso e livre de violência.

Para tanto, evidenciou-se como necessárias algumas transformações, como o mapeamento da população trans, que dá base para a criação de políticas públicas, a construção de uma abordagem da saúde que reconheça os marcadores sociais da diferença, uma maior abertura dos órgãos de representação de classe médica às críticas e sugestões de outros campos do saber e às demandas de minorias sociais, a desconstrução dos currículos *cissexualizados* a fim de permitir uma leitura crítica da realidade social. Desse modo, foi possível identificar como alternativas mitigadoras da problemática o acompanhamento por doulas, a construção de redes de apoio entre gestantes e o empoderamento dos corpos que gestam por meio de acesso à informação, garantindo uma maior autonomia sobre seus corpos.

REFERÊNCIAS

ANGONESE, Mônica; LAGO, Mara Coelho de Souza. Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 256-270, jan./mar. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/FqFGGyngpCS9xJp4zr-ZYBcL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRUCKNER, *et al.* Impacts of poverty alleviation on national and global carbon emissions. **Nat Sustain** v.5, p.311–320, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41893-021-00842-z>. Acesso em 13 out. 2024.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Tradução de Renato Aguiar. 1. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

CABRAL, Fernanda Beheregaray; RESSEL, Lúcia Beatriz; LANDERDAHL, Maria Celeste. Consulta de enfermagem: estratégia de abordagem à gestante na perspectiva de gênero. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 459-465, dez. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/MG4KqbnpSGBLyVd6SfH5fDs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 jan. 2025.

CAMÊLLO, Saulo Tete de Oliveira; OLIVEIRA, Letícia Xavier de; BAHIA, Alexandre Gustavo Melo Franco. Corpos que gestam: biopolítica e direitos reprodutivos na era farmacopornográfica. *In*: SEMINÁRIO

INTERNACIONAL DIGNIDADE HUMANA E JUSTIÇA: TECNOPODER, DIREITO E DEMOCRACIA NO BRASIL CONTEMPORÂNEO, 2024, Blumenau. **Anais [...]**. Blumenau, SC: FURB, 2024. Disponível em: <https://bit.ly/4h2pfNG>. Acesso em: 13 jan. 2025.

CAMÊLLO, Saulo; BAHIA, Alexandre; SANTANA, Thaís. O corpo impedido de constituir família: farmacopoder e parentalidade de pessoas trans. **Revista de Direito da Universidade de Brasília**, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 199-222, 2024. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/revistadedireitounb/article/view/51837>. Acesso em: 5 nov. 2024.

CARDOSO, Priscila Fernanda Gonçalves; SHIMIZU, Mariana Arissa. Violência obstétrica e LGBTQIA+fobia: o entrelaçamento de opressões e violações. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 4, p. 1-10, abr. 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/S97fky4NjCdTnmGDMqWpwQ/>. Acesso em: 14 out. 2024.

CARDOSO, Vanessa; MORAIS, Leonnardo Vieira. **Análise das decisões judiciais nos casos de violência obstétrica nos TJDF**. In: SIMPÓSIO ICESP, 14, 2018, Brasília/DF. Anais [...], Brasília-DF: 14 Simpósio de TCC e 7 Seminário de IC da Faculdade ICESP, 2018. p. 2-14.

CARIDADE, Amparo. O adolescente e a sexualidade. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Cadernos juventude saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. p. 206-212.

CARVALHO, Sergio Resende. “Os múltiplos sentidos da categoria ‘empowerment’ no projeto de Promoção à Saúde”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1.088-1.095, ago. 2004.

COMETTI, L. S. F. **Período gestacional: perfil das gestantes e a importância da atividade física**. TCC (Graduação em Licenciatura Plena em Educação Física) - Faculdade de Ciências da UNESP – Campus de Bauru, 2006.

D’OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; DINIZ, Simone Grilo; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **The Lancet**, v. 359, issue 9318, p. 1681-1685, may 2002. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)08592-6/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)08592-6/abstract). Acesso em: 13 jan. 2025.

DE SOUZA, Ana Carolina Ferreira. A assistência do enfermeiro à parturiente no contexto hospitalar: um olhar sobre a violência obstétrica. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 11, n. 2, p. 149-162, 2022.

DINIZ, Simone Grilo et al. **Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção**. J. Hum. Growth Dev., São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; SANTOS, Elizabeth Moreira dos; LEAL, Maria do Carmo. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 1, p. S52-S62, 2004.

FIGUEIREDO, Eurídice. Desfazendo gênero: a teoria queer de Judith Butler. **Criação & Crítica**, n. 20, p. 40-55, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/criacaoecritica/article/download/138143/139436/290774>. Acesso em: 10 jun. 2024.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução de Raquel Ramallete. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2018.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Violência no parto: Na hora de fazer não gritou**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2013.

HOOKS, bell. **O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras**. Tradução de Ana Luiza Libânio. 1. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018. Recurso digital.

LARA, Bruna. Cremesp afirma que violência obstétrica ofende médicos e ignora a dor das mulheres. **The Intercept Brasil**, 15 jul. 2022. Disponível em: <https://www.intercept.com.br/2022/07/15/cremesp-p-violencia-obstetrica-ofende-medicos/>. Acesso em: jun. 2024.

LEAL, Maria do Carmo (coord.). **Nascer no Brasil**: inquérito sobre o parto e nascimento. Rio de Janeiro: Fiocruz, [2014?]. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/12/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf. Acesso em: 13 jan. 2025.

LIMA, Tatiane Michele Melo de. **Violência obstétrica**: as disputas discursivas e a luta das mulheres. 2019. 214f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/33886/1/TESE%20Tatiane%20Michele%20Melo%20de%20Lima.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2025.

LOURO, Guacira Lopes. **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

MARTINN, Gabriel. **Transmasculinidades e o colapso no (cis)tema de saúde**: dilemas emergentes no campo da saúde sexual e reprodutiva. 2024. 108f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2024. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-16052024-142427/pt-br.php>. Acesso em: 13 jan. 2025.

MILLET, An. **Cissexismo y salud**: algunas ideas desde otro lado. 1. ed. Buenos Aires: Puntos Suspenivos Ediciones, 2020. (Colección Justicia Epistémica).

NJAINE, Kathie et al. Universidade Federal de Santa Catarina. **Violência e perspectiva relacional de gênero** [recurso eletrônico]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. 45 p. (Curso Atenção a Homens e Mulheres em Situação de Violência por Parceiros Íntimos - Modalidade a Distância).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde sexual, direitos humanos e a lei** [e-book]. Tradução realizada por projeto interinstitucional entre Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Paraná; coordenadores do projeto: Daniel Canavese de Oliveira e Maurício Polidoro. Porto Alegre: UFRGS, 2020.

PARKER, Richard Guy. **Sexuality, culture and society: shifting paradigms in sexuality research**. 2001. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/5243276_Sexuality_culture_and_society_Shifting_paradigms_in_sexuality_research. Acesso em: agosto 2024

PROJETO ENLACE. **Parteiras, enfermeiras obstétricas e obstetrizas: e a qualificação da atenção ao parto no Brasil desde o século XIX** / Fernanda La Cruz; ilustração Beatriz Quadros. -- 1. ed. -- Brasília, DF: Fundo de População das Nações Unidas, 2023.

REPOLÊS, Sereno Sofia Gonçalves; MISHYX, Sol Marita. “Vou me adoecer mais, então prefiro não ir”: envelhecimento transmasculino e o progressivo afastamento da saúde. **Revista Longevidade**, São Paulo, ano V, n. 20, p. 87-95, out./dez. 2023. Disponível em: <https://revistalongevidade.com.br/anteriores/index.php/revistaportal/article/download/1047/1098>. Acesso em: 13 jan. 2025.

RODRIGUES, Humberto. **O amor entre iguais**. São Paulo: Editora Mythos, 2004.

RODRIGUES, Karine. Tese faz análise histórica da violência obstétrica no Brasil. **Agência Focruz de notícias**, 2022. Disponível em: <https://agencia.focruz.br/tese-faz-analise-historica-da-violencia-obstetrica-no-brasil>. Acesso em: out. 2024.

SANTOS, Gisele Alves dos. **Transfobia sobre a vertente da violência obstétrica**. 2022. Monografia (Graduação em Direito) – Faculdade Evangélica de Rubiataba, Rubiataba, 2022.

SANTOS, Gisele Alves dos. **Transfobia sobre a vertente da violência obstétrica**. Rubiataba/GO: Associação Educativa Evangélica, 2022.

SARDENBERG, Cecília M. B.; TAVARES, Márcia S. **Violência de gênero contra mulheres: suas diferentes faces e estratégias de enfrentamento e monitoramento**. Salvador: EDUFBA, 2016. 335 p. (Coleção Bahianas, v. 19).

SENS, Maristela Muller; STAMM, Ana Maria Nunes de Faria Stamm. **Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente**. Interface (Botucatu), 2019.

SILVA, Ana Letícia Batista Alves. **Com dor darás à luz: aspectos jurídicos da violência obstétrica**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) — Centro Universitário do Rio Grande do Norte, UNI-RN, Departamento de Direito.

SILVA, Michelle Gonçalves et al. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Revista Rene**, v.15, n.4, p.720-728, 2014 jul-ago.

TEIXEIRA, Lara Azevedo; et al. A violência obstétrica como violação do direito à saúde da mulher: uma revisão narrativa. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 18, n. 63, p. 5-15, 2020.

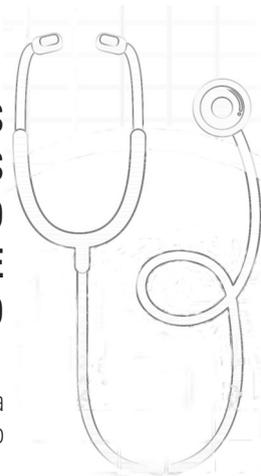
WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Who recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization, 2018.

YOSHIOKA, Anara Rebeca Ciscoto; OLIVEIRA, José S. de. Violência obstétrica e a vulnerabilidade dos homens trans diante de seus direitos de personalidade nos serviços de saúde do Brasil. **Revista Observatorio de la Economía Latinoamericana**, Curitiba, v. 21, n. 12, p. 26626-26655, 2023. Disponível em: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/2566>. Acesso em: 13 jan. 2025.

ZUCCHI, Gustavo. PSOL tenta derrubar resolução do CFM que veta aborto após 22 semanas. **Metrópoles**, 5 abr. 2024. Disponível em: <https://www.metropoles.com/colunas/igor-gadelha/psol-resolucao-aborto>. Acesso em: 7 jun. 2024.

O ADOECIMENTO MENTAL DE MULHERES NA FUNÇÃO DE CUIDADO E AS POSSIBILIDADES DA SOCIALIZAÇÃO COMUNITÁRIA COMO ALTERNATIVA DE TRATAMENTO

Isabela Rocha de Lima
Vittoria dos Santos Marcelino



SUMÁRIO

1 Introdução. **2** As mulheres e o protagonismo do cuidado. **3** Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): adoecimento mental e as fragilidades estatais. **3.1** Redes de apoio e ciclos de vulnerabilidade. **4** Redes de socialização comunitária como estratégias de suporte e inclusão. **5** Considerações finais. Referências.

1 INTRODUÇÃO

A marginalização de populações e suas consequências são temas recorrentes em debates sociais, e quando o recorte de gênero é adicionado a esta equação, as discussões ganham novas dimensões. O objetivo desta pesquisa é refletir sobre a assistência integral à saúde da mulher, especialmente no contexto da saúde mental de protagonistas do cuidado, incorporando outros saberes além do discurso técnico-científico tradicional, para se voltar àquelas mulheres que cuidam e não são cuidadas. Por meio da desestruturação dos serviços devido às invisibilidades do trabalho desempenhado por mulheres, desarticula-se o acesso às redes de assistência à saúde, de maneira a afetar desproporcionalmente diversos grupos, incluindo mulheres, pessoas LGBTQIA+, moradoras de áreas periféricas e minorias étnicas.

Ao examinarmos o cenário sob a ótica de gênero, torna-se evidente que, além de assumirem o papel “natural” de cuidadoras, as mulheres também enfrentam uma sobrecarga devido à invisibilidade e à naturalização do trabalho doméstico (Think Olga, 2023). As mulheres são vistas como as principais responsáveis pelo cuidado – uma visão que se perpetua tanto no ambiente doméstico quanto na esfera pública. Essa sobrecarga de responsabilidades, associada à marginalização social e econômica, agrava o quadro de vulnerabilidade e potencializa os desafios enfrentados por essas mulheres dentro da economia do cuidado.

Nesse aspecto, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) deveria prestar o papel de instituição de apoio e tratamento, no entanto, tanto os CAPS quanto as Clínicas da Família muitas vezes não conseguem atender toda a população que necessita de assistên-

cia psicológica. A falha na prestação estatal de serviços de cuidados com a saúde mental de maneira especializada, em que o sofrimento psíquico das mulheres que cuidam é constantemente negligenciado, é uma realidade social. Além disso, os fatores externos, como a falta de tempo e a impossibilidade de se locomover para os grandes centros em que estão localizados os CAPS, são fatores impeditivos para que os suportes do Estado sejam efetivos para elas (Silva, Umbelino e Soares 2022).

Perpetua-se um ciclo de exclusão, pois, embora o Sistema Único de Saúde (SUS) deva garantir o acesso igualitário para todos (Brasil, 2004), não se garante um acesso que compreenda as especificidades das cuidadoras. Para além da sobrecarga do trabalho, são acometidas pela culpa de se sentirem sobrecarregadas e adoecidas mentalmente, além do medo de serem julgadas pela sociedade e pelos próprios profissionais da saúde.

Nesse sentido, ao explorar a intersecção entre gênero, cuidado, vulnerabilidade social e saúde mental, este projeto visa evidenciar as barreiras de acesso ao direito à saúde enfrentadas por mulheres que, por falta de informação, subestimam seus sintomas e evitam buscar ajuda. Além disso, buscar compreender os desafios enfrentados no acesso aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais, muitas vezes estão sobrecarregados, negligenciando a importância do espaço de escuta e reflexão sobre a realidade enfrentada pelas mulheres que exercem trabalhos de cuidado, principalmente aqueles não remunerados.

Posto a falta de atuação estatal, surge um conceito de saúde mental que concede uma certa liberdade ao sujeito, permitindo-lhe dialogar com diversas instâncias sociais e seus pares, sem submeter-se integralmente a um discurso tecnicista. Nesse contexto, demonstra-se que na prática a sociedade unida, mobilizada e articulada em diferentes espaços é crucial para garantir a defesa da saúde e da vida das mulheres cuidadoras. Portanto, é essencial analisar a importância de grupos de acolhimento formados por mulheres na função do cuidado, que desempenham um papel fundamental ao estruturar uma forma de voz e escuta simultaneamente, atuando como alternativa de suporte primário ao CAPS (Oliveira, 2023).

Dessa forma, entende-se que o conceito de acesso efetivo à saúde mental vai além da mera disponibilidade de recursos em determinado momento (Barbiani *et al.*, 2014). Conforme esse contexto, surgem projetos da sociedade civil que representam alternativas diante das lacunas na relação entre vulnerabilidade social e saúde mental das mulheres. Diversos coletivos foram e estão sendo criados, tendo como foco a saúde mental das mulheres e as práticas de empoderamento, como o “Coletivo Mulheres Cuidadoras” que desempenha um papel crucial na vida de mulheres que dedicam sua vida ao cuidado, a fim de que lembrem que além de desempenharem cuidados em prol de terceiros, são indivíduos com suas próprias necessidades e identidade.

Sob a direção do “acolhimento”, os projetos sociais incitam a transformação do modelo tradicional de atendimento, para que se avalie o risco e a vulnerabilidade específica em que se insere o paciente. A ideia é desconstruir a atual abordagem medicalizada,

promovendo um suporte primário ao CAPS com base em reflexões coletivas. O ideal é que os espaços que promovem a educação em saúde possam realmente oferecer apoio às mulheres sobrecarregadas.

O artigo discute, em quatro partes, o protagonismo feminino na Economia do Cuidado e o consequente adoecimento mental gerado pela sobrecarga e invisibilidade do trabalho desenvolvido. Em seguida, analisa o papel do CAPS no acolhimento dessas mulheres, destacando as dificuldades de acesso aos serviços. Por fim, examina como a socialização comunitária pode fortalecer os laços sociais, atuando como rede de suporte à saúde mental e promovendo o empoderamento feminino, oferecendo uma alternativa de suporte complementar ao CAPS.

2 AS MULHERES E O PROTAGONISMO DO CUIDADO

Historicamente o trabalho doméstico foi silenciado e invisibilizado, desconsiderado como trabalho formal, o que mascara as relações de poder assimétricas entre os sexos. Sendo assim, tarefas domésticas, ligadas ao casamento e às reciprocidades familiares, ocultavam a subalternidade e a opressão das mulheres, que eram vistas como as únicas responsáveis pelo amor e cuidado, enquanto os homens eram os provedores financeiros do núcleo familiar (Scott *apud* Ramos, 2013). A história construiu um modelo de família em que a mulher, especialmente as mães – e muitas vezes as avós também – são protagonistas no cuidado e na educação moral dos filhos.

Segundo Hirata (1995), essa divisão sexual do trabalho resulta das “relações sociais de sexo”, que moldam a divisão de funções entre homens e mulheres, perpetuando uma assimetria histórica e social. Enquanto as mulheres ficam relegadas à esfera reprodutiva e ao cuidado, os homens são posicionados na esfera produtiva, criando uma posição que sustenta a opressão e a exploração das mulheres, ao passo que os homens detêm o prestígio social.

A Secretária Nacional de Cuidados e Família e socióloga, Laís Wendel Abramo, enfatiza quanto ao cuidado que:

[...] o cuidado é um direito das pessoas em todos seus ciclos de vida. Cuidado não é só cuidar de uma criança ou pessoa doente, se refere também à reprodução diária da existência, aos variados cuidados necessários para cada um de nós [...]. O acesso a esse direito é desigual, as mulheres são as provedoras principais na ausência da ação pública, compromete o tempo e a vida de uma mulher e sua renda (Pauta Brasil [...], 2021).

Diante disso, as mulheres são encarregadas de uma série de responsabilidades socialmente delegadas, como preparar ou providenciar alimentos, cuidar de crianças, idosos, enfermos e pessoas com deficiência, além de manter a higiene da casa e das roupas. Elas também zelam pelos cuidados com a saúde e educação da família, e, em alguns contextos, proporcionam água e quantidades de alimentos. Essas atividades, agora na modernidade, são somadas ao trabalho para o mercado, resultando em uma sobrecarga injusta para as mulheres (Fontoura *et al.*, 2010).

A naturalização da feminilização do cuidado é fundamental para compreender conceitos como a “ética do cuidado” e o “dispositivo materno”, na medida em que, conforme enfatiza filósofa francesa Elisabeth Badinter (1985), entre as diversas teorias que legitimaram os papéis de gênero, o discurso biológico foi amplamente utilizado para sustentar a ideia de instintos naturais femininos. Em outras palavras, esse discurso, além de condicionar as mulheres a um papel de submissão social, também se consolidou como principais responsáveis pelo cuidado, perpetuando sua função de cuidadoras na sociedade:

Esse dispositivo materno diz respeito, assim, a um lugar de subjetivação no qual as mulheres são constituídas como cuidadoras ‘natas’. [...] esse dispositivo se construiu historicamente, sobretudo a partir do século XVIII, momento esse no qual a capacidade de maternagem foi compreendida como desdobramento da capacidade de procriação (Zanello, 2016, p. 113-114).

Contudo, o “dispositivo materno” não atua apenas sobre as mulheres que são mães, mas, também, institui códigos e valores morais na sociedade, para todas as mulheres, para que estejam prezando sempre pelo cuidado dos outros. Como observamos a seguir:

[...] ainda que uma mulher não tenha seus próprios filhos, ela é vista como naturalmente cuidadora (capaz de “maternar”), podendo e devendo empregar esse “dom” no cuidado de outras pessoas: dos pais, irmãos, sobrinhos, doentes da família, etc. Além disso, esse “cuidado” se desdobra em uma naturalização dos cuidados domésticos, cabendo a elas, também, em grande parte, até hoje, os serviços de casa. Uma mulher que não priorize o cuidado com os outros (filhos, marido, família), geralmente é julgada como egoísta, fálca e outros termos que, no uso, adquirem um caráter pejorativo (Zanello, 2016, p. 114).

É necessário que, além de compreender as especificidades do sofrimento ocasionado pelo gênero, seja entendido como fator relevante o papel desempenhado como cuidadora, conforme Andrade (2023, p. 43) destaca: “[...] o gênero permeia a definição das relações de cuidado na família, indicando a importância deste como marcador social para a discussão sobre a reorganização da lógica de assistência em saúde mental no país”.

Depreende-se que as mulheres assumem o protagonismo do cuidado. Cuidado esse que não se restringe ao âmbito doméstico, mas que se reproduz em várias dimensões, no qual mulheres são responsáveis pelo provimento financeiro da casa, como também pelo amparo emocional das pessoas que nela vivem. Logo, essa pesada e desigual responsabilidade do trabalho do cuidado perpetuam as desigualdades de gênero e econômica, conforme aponta o Relatório Tempo de Cuidar (Oxfam, 2020).

Essa divisão desvalorizou o trabalho do cuidado, que, quando reconhecido, é tratado como de menor importância social. As mulheres assumem a carga principal deste trabalho invisível e mal remunerado, o que afeta diretamente sua saúde mental. A sobrecarga física e emocional provocada pela necessidade de conciliar as ações domésticas e o mercado de trabalho coloca as mulheres em uma situação de maior vulnerabilidade, muitas vezes sem o suporte adequado do sistema de saúde público. A falta de reconhecimento e acolhimento da exaustão contribui para o estresse de sua saúde mental, e o acesso limitado a tratamentos adequados pelo SUS agrava ainda mais esse cenário. Dessa forma, o protagonismo das mulheres no trabalho de cuidado, sobretudo quando não se trata de escolha e sim imposta socialmente, reflete uma estrutura desigual que impacta diretamente seu bem-estar psicológico e emocional.

Considerando esse cenário, perante a análise desse panorama em dados divulgados pelo IBGE (2022), entre 2016 e 2019, é observado a disparidade de tempo dedicado às ações domésticas e ao cuidado de pessoas entre homens e mulheres. Enquanto as mulheres dedicavam 21,4 horas semanais a essas tarefas, a contribuição dos homens era de apenas 11 horas, resultando em uma diferença de 10,4 horas semanais a mais para as mulheres.

Média de horas dedicadas pelas pessoas de 14 anos ou mais de idade aos afazeres domésticos e/ou às tarefas de cuidado de pessoas, por sexo				
Brasil				
Sexo	Ano			
	2016	2017	2018	2019
Total	16,7	16,5	16,8	16,8
Homens	11,0	10,8	10,9	11,0
Mulheres	20,9	20,9	21,3	21,4
Mulheres - Homens	9,9	10,1	10,4	10,4

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua anual

As mulheres sem ocupação fora do domicílio dedicaram, em média, 24 horas semanais aos afazeres domésticos e ao cuidado de pessoas, enquanto os homens na mesma situação dedicaram apenas 12,1 horas semanais, ou seja, metade do tempo. Já entre aqueles que possuem uma ocupação fora de casa, persiste uma desigualdade ainda maior: as mulheres ocupadas se dedicaram, em média, 8,1 horas a mais por semana a essas tarefas do que os homens também ocupados (IBGE, 2022).

Média de horas dedicadas pelas pessoas de 14 anos ou mais de idade aos afazeres domésticos e/ou às tarefas de cuidado de pessoas, por sexo e situação de ocupação - 2019						
Sexo	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Total	16,8	16,3	17,1	17,3	16,2	14,8
Homens	11,0	11,2	10,5	11,3	11,4	9,7
Mulheres	21,4	20,6	21,8	22,1	20,2	19,0
Homens ocupados	10,4	10,8	10,0	10,7	10,7	9,3
Mulheres ocupadas	18,5	18,4	19,1	18,8	17,7	16,8
Homens não ocupados	12,1	12,1	11,1	12,6	13,2	10,9
Mulheres não ocupadas	24,0	22,2	23,6	25,4	22,9	21,4

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua anual

Esses dados mostram que, independentemente de estarem ou não no mercado de trabalho, as mulheres continuam assumindo uma carga desproporcional de responsabilidades domésticas, evidenciando uma divisão desigual de tarefas baseadas no gênero.

De acordo com Chohfi, Melo e Souza (2021), a saúde mental das mulheres que cuidam é comprometida pelo contexto estrutural em que vivem. Pelo fato de, predominantemente, residirem em regiões periféricas, sofrem com o desgaste causado pelo deslocamento diário aos grandes centros, além da sensação de não pertencimento aos espaços que frequentam. Assim, a falha do Estado perante esses espaços se desdobra no cotidiano das mulheres a partir da impotência, da sobrecarga das responsabilidades familiares, da culpa, da estigmatização.

Posto isso, quando se analisa em dados a relação entre o protagonismo do cuidado e o adoecimento mental feminino, chama atenção a pesquisa global do *Institute For Health Metrics And Evaluation* (IHME), de 2019, que ressalta que, dentre as 49 milhões de pessoas que viviam com algum tipo de transtorno mental ou por uso de substâncias no Brasil, 53% delas eram mulheres. Ou seja, isso demonstra que a cada 100 mulheres brasileiras,

19 tinham algum tipo de transtorno mental ou abuso de substâncias. Ainda, de acordo com esse estudo, as mulheres representavam quase dois terços das pessoas com transtornos de ansiedade e depressão. Em paralelo a isso, em 2021, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), demonstrou que cerca de 62,8% das pessoas que viviam em domicílios eram chefiados por mães solo com filhos de até 14 anos, que estavam abaixo da linha de pobreza.

Esses dados evidenciam a conexão direta entre o protagonismo das mulheres no cuidado e o adoecimento mental feminino. As mulheres, além de arcarem com a maior parte das responsabilidades domésticas e de cuidado, muitas vezes enfrentam condições precárias de vida, como no caso das mães solo que vivem na pobreza. Essa sobrecarga, associada à invisibilização de seu papel na Economia do Cuidado, gera um desgaste emocional e psicológico significativo, refletido nas elevadas taxas de transtornos mentais entre elas. Portanto, a pressão de sustentar a família e cuidar dos filhos em condições de vulnerabilidade extrema expõe às mulheres níveis de estresse, ansiedade e depressão muito maiores.

Em paralelo a isso, segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU) em 2022, mais de 70% das pessoas que vivem em situação de pobreza no mundo são mulheres (ONU, 2022). Esse fenômeno é intitulado de feminização da pobreza, na medida que a pressão e a preocupação para colocar comida na mesa e pagar todas as contas da casa e da família recai sobre elas, como provedoras e cuidadoras.

Dessa forma, além de serem as principais cuidadoras e promotoras de saúde de suas famílias e comunidades (Brasil, 2007), as mulheres enfrentam discriminação e dificuldades estatais ao buscar serviços de saúde. Esse cenário é agravado para as mulheres periféricas, que, devido à exposição a contextos mais vulneráveis e violentos, sofrem um impacto direto na saúde mental. Mesmo ocupando o papel central no cuidado familiar, elas frequentemente não têm acesso adequado a cuidados para si mesmas.

Como observa Rodrigues (2018), diante de toda a sobrecarga e adoecimento mental sofrido na função que desempenham, na busca por cuidados para si mesmas, se deparam com falta de acolhimento. Isso faz com que elas não retornem a esses serviços ou alternativas possíveis. Dessa forma, além das muitas angústias que carregam, essas mulheres acabam guardando mais um fardo – a ruína da própria mente.

3 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): ADOECIMENTO MENTAL E AS FRAGILIDADES ESTATAIS

No Brasil, desde a década de 1930 até meados dos anos setenta, as políticas públicas de assistência à saúde da mulher se desenvolveram a partir de uma visão reducionista, em que se atribuía à mulher uma especificidade biológica, sendo que esse cenário se modi-

ficou a partir da década de 80, com a reforma sanitária no país incitado pelos movimentos feministas (Martins, 2004).

Em 1984, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando o início de mudanças nas políticas com uma abordagem inovadora, centrada na assistência integral à mulher. Destaca-se que antes do surgimento deste programa, as políticas públicas de atenção à mulher eram focadas exclusivamente no grupo materno-infantil, priorizando intervenções em mulheres no momento gravídico.

Embora a publicação do Ministério da Saúde em 2004, sobre os princípios norteadores da política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, tenha incorporado no enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde, com avanços significativos no campo da atenção à saúde integral, os cuidados oferecidos nos serviços continuam fragmentados e impessoais, visto que os atendimentos continuam carecendo de personalização e sensibilidade às necessidades das mulheres.

Distanciando-se do debate de gênero, os avanços na saúde em geral foram significativos. A promoção da desinstitucionalização e redução de leitos psiquiátricos teve início com o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial no Brasil, ao passo que buscava a implementação de redes de atenção integral em saúde mental, as quais promoveriam ações terapêuticas, visando inserir pessoas com transtornos psiquiátricos na sociedade.

Assim, no Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi pensada para oferecer apoio integral e gratuito a quem necessita de atendimento psicológico. Esta rede engloba uma variedade de serviços e espaços, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs) e os leitos de atenção integral (presentes em hospitais gerais e nos CAPS III). Em colaboração com a RAPS, organizações locais trabalham para reduzir os danos enfrentados pela população mais vulnerável.

Em paralelo ao RAPS, os CAPS originam-se em conjunto, também no contexto da reforma manicomial, e da crescente demanda por abordagens terapêuticas mais complexas que considerem as diferentes necessidades dos diversos sujeitos a serem atendidos.

Assim, é observada na própria estrutura organizacional do CAPS, que é concebido múltiplas modalidades, a variação de acordo com a capacidade de atendimento populacional. O principal papel, teoricamente, dos referidos centros está no acompanhamento dos indivíduos em sofrimento mental, auxiliando no processo terapêutico, não só o paciente, como também seus familiares. Dessa maneira, esse formato de abordagem busca promover a saúde mental com atenção às peculiaridades que cada paciente possa vir a ter – nuances de classe, raça e gênero – articulando-se o cuidado com as demais redes de apoio, como psicólogos, médicos, assistentes sociais e demais agentes que vão para além dos serviços de saúde (Leal; Antoni, 2013).

Entretanto, apesar dessa estrutura, Rossato, Corbo e Nespoli (2020) relatam que a assistência aos que necessitam de prevenção ou tratamento básico da saúde mental ainda é insuficiente. Mesmo quando têm acesso, como é o caso do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), em que as mulheres muitas vezes se deparam com referências ao machismo como causa de seus sofrimentos psíquicos, além de relatos de violências sexuais vivenciadas.

Dado o papel que o CAPS deveria desempenhar e a sua importância na implementação como uma grande rede de tratamento de cuidado, introduz-se as dificuldades encontradas ao tentar acessar os serviços disponibilizados de cuidados com a saúde mental, visto a insuficiência estatal na prestação de serviços e as questões internas às funções de cuidado executado pelas mulheres. Por trás desse recorte, busca-se demonstrar que “essa medida coloca em evidência a importância que o Estado possui no debate sobre cuidado e gênero” (Bassi; Bovolenta, 2024, p. 3).

Portanto, esse contexto evidencia que, mesmo com legislações atuais sobre saúde mental, sobretudo aquelas com enfoque na situação das mulheres, como a Lei n. 14.721/2023, que expande a assistência psicológica às mulheres durante a gravidez, o pré-natal e o puerpério, ainda, não é garantido seu acesso efetivo.

A dificuldade de acesso ao CAPS vivenciado pelas mulheres que cuidam se demonstram como fator de assimetria das atividades desenvolvidas, levando ao fato de acarretar adoecimento mental em um contexto de falta de incentivo e acolhimento:

[...] o ambiente doméstico em que muitas mulheres, principalmente negras e de classes subalternas, passam a maior parte de suas vidas pode ser um fator de risco no que diz respeito à saúde mental, principalmente quando essas mulheres são atingidas pelas desigualdades sociais (Soares, 2022, p. 8).

Dessa forma, a sobrecarga das mulheres no cuidado é invisibilizada, e suas necessidades de apoio, especialmente em relação à saúde mental, são banalizadas. O peso da responsabilidade emocional, somado à falta de acesso aos centros de apoio, leva muitas mulheres ao esgotamento. Em meio a uma estrutura frágil de acolhimento, as instituições acabam reproduzindo um ciclo de sobrecarga e exclusão.

Para além das barreiras territoriais (por vezes em que as mulheres residem longe de unidades de atendimento), reforçando a falta de prestação estatal efetiva de serviços, e a falta de tempo hábil para ir até um CAPS pela sobrecarga do cuidado estar centralizada em si, há outra a ser enfrentada: o entendimento das demandas de gênero e do trabalho desenvolvido. A interseccionalidade de gênero, classe social e raça resulta na necessidade de que as mulheres disponham de atenção psicossocial, contudo, devido a delimitação de

espaços institucionalizados, sem abranger essa importante interseccionalidade, as demandas específicas passam a não ter uma abordagem suficiente.

A interseccionalidade remete a uma teoria transdisciplinar que visa apreender a complexidade das identidades e das desigualdades sociais por intermédio de um enfoque integrado. Ela refuta o enclausuramento e a hierarquização dos grandes eixos da diferenciação social que são as categorias de sexo/gênero, classe, raça, etnicidade, idade, deficiência e orientação sexual. O enfoque interseccional vai além do simples reconhecimento da multiplicidade dos sistemas de opressão que opera a partir dessas categorias e postula sua interação na produção e na reprodução das desigualdades sociais (Bilge, 2009, p. 70).

Esse cenário de falha estatal na prestação de espaços que compreendam as dificuldades específicas dessas mulheres evidencia os entraves na participação delas, vez que não levam em consideração as barreiras territoriais e de disponibilidade de horário que as permeiam, conforme Silva, Umbelino e Soares (2022, p. 177):

[...] apesar do reconhecimento da potência dos grupos tanto por parte dos profissionais como também das usuárias, que muitas vezes sinalizam os seus benefícios, surge também nos relatos uma grande dificuldade desses grupos permanecerem ativos e até mesmo de iniciar. Compreende-se que um fator relevante para a interferência na adesão dessas mulheres a algumas atividades é justamente a indisponibilidade de tempo causada pela sobrecarga do cuidado.

Nesse aspecto, mesmo com tentativas de grupos que visam o cuidado ao cuidador, a sobrecarga da dupla – ou tripla – jornada de trabalho que essas mulheres enfrentam acaba por ser determinante em não conseguirem participar por falta de motivação e disponibilidade de tempo, sobretudo pela falta de acessibilidade nos horários fornecidos pelas redes de apoio.

Outrossim, Silva, Umbelino e Soares (2022, p. 178) destacam que a localização geográfica dos CAPS representa um obstáculo significativo ao acesso, pois muitos usuários não conseguem chegar até o serviço devido à distância, dificuldades no trajeto ou falta de recursos para o transporte. Dessa forma, o atendimento acaba sendo buscado apenas em estágios avançados de sofrimento psíquico, quando a intervenção precoce já poderia ter evitado um agravamento do quadro.

Desta forma, é essencial garantir que as redes de apoio, especialmente o CAPS, atuem como facilitadoras no tratamento de mulheres cuidadoras em sofrimento mental, adaptando-se às suas realidades. Para que cumpra seu papel, o CAPS deve considerar as demandas específicas dessas mulheres, como a compatibilidade de horários de funciona-

mento, a territorialidade e a interseccionalidade de gênero, trabalho, raça e classe social. Isso é crucial, uma vez que a maioria dessas mulheres estão inseridas em contextos de vulnerabilidade.

3.1 Redes de apoio e ciclos de vulnerabilidade

Diante do panorama em que os múltiplos papéis desempenhados pelas mulheres na sociedade voltadas para o cuidado resulta em aumento de transtornos mentais, aliado à falta de um acompanhamento eficaz que contemple suas demandas específicas nas redes de atenção psicossocial, é essencial analisar o ciclo de vulnerabilidade vivido por muitas mulheres, mães e trabalhadoras. Nesse contexto, a criação de uma rede de apoio subjetiva, onde as mulheres unem suas realidades e estabelecem laços de acolhimento, torna-se fundamental para enfrentar esses desafios.

Diante da desvalorização e sobrecarga de trabalho, especialmente ao serem designados como principais responsáveis pelo cuidado de familiares com sofrimento psíquico, percebe-se que esse dever recai quase exclusivamente sobre as mulheres, com pouca divisão entre os demais familiares. Sem uma rede de apoio adequada, essas mulheres não têm acesso ao amparo e ao acolhimento, nem mesmo dentro do seu círculo social, o que intensifica o seu sofrimento psíquico para enfrentarem essa responsabilidade sozinhas (Bassi; Bovolenta, 2024).

Nesse sentido, Bassi e Bovolenta (2024) realizaram uma pesquisa com usuárias do CAPS-I, a qual constatou que a maioria delas relatadas não contaram com nenhuma rede de apoio, refletindo a realidade de muitas mulheres na condição de cuidadoras. Além disso, essas mulheres muitas vezes não conseguem compartilhar com familiares as consequências da sobrecarga na sua saúde mental. As autoras observaram, ainda, que a falta de oportunidade para compartilhar comentários pode resultar em impactos negativos, afetando tanto o aspecto financeiro quanto a sobrecarga emocional e física.

Essa atribuição da mulher como única responsável pelo cuidado, evidenciando a falta de rede de apoio dentro do núcleo familiar, impacta diretamente as cuidadoras, tanto financeiramente – pois muitos não conseguem manter empregos formais fora de casa devido à necessidade de atenção integral – quanto emocional e fisicamente, devido à sobrecarga de responsabilidades.

As cuidadoras estão sujeitas a enfrentar diversas adversidades que podem causar consequências significativas para as suas vidas. Nesse sentido, as redes de apoio que poderiam ser uma fonte de amparo, vínculo e afeto, por não se encontrarem presentes para a maioria das entrevistadas, levam-nas a enfrentar processos de “desfiliação social” e desproteção social. Um outro recurso que quando presente

pode auxiliar e amparar as cuidadoras, pode ser o serviço em que seus/suas filhos/as são atendidos/as, no caso, o CAPSi (Bassi; Bovolenta, 2024, p. 8).

Conforme destacado pelas autoras, o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) pode representar um espaço de apoio às cuidadoras, ao auxiliar no desempenho do cuidado que elas realizam informalmente. No entanto, esta abordagem não leva em consideração as demandas específicas mencionadas acima, como os horários e locais de funcionamento, além da interseção entre gênero, raça e classe social no trabalho de cuidado. É importante ressaltar que não se deve naturalizar a ausência de responsabilização do Estado na criação de políticas que assegurem o direito à saúde mental e à proteção social, resultando em redes de apoio para aqueles que não têm suporte.

Do mesmo modo, ao realizar estudo de investigação de mulheres que prestam cuidado a pessoas com sofrimento psíquico, Nantes (2022) narra a vivência de familiares cuidadores, evidenciando que muitas vezes este cuidado se transforma em um ciclo de vulnerabilidade, em que a cuidadora passa a precisar de uma outra cuidadora para si. Na família narrada, trata-se de filha, mãe e avó, sendo a filha a acompanhada junto ao CAPS, que culminou no sofrimento mental da mãe, indo esse ciclo até a avó (nomeada no caso como Dulcinéia), que acaba por ter que ser a rede de apoio das duas:

A narrativa de Dulcinéia é reveladora da dupla jornada no cuidado de duas pessoas com sofrimento psíquico em uma mesma família, além de outra jornada na gestão da casa, podendo levar a impossibilidade do adequado cuidado às condições exigidas por sua filha e neta, além de uma possível divisão do cuidado em cascata (Nantes, 2022, p. 68).

Essa dimensão do cuidado em dobro, demonstrando o ciclo da vulnerabilidade como fator decorrente da falta de uma boa rede de apoio, necessita de mais atenção e cuidado especializado nas instituições promotoras de saúde mental, como forma de amenizar os impactos sofridos por estas mulheres (Magalhães *et al.*, 2018).

Por fim, evidencia-se as dificuldades enfrentadas pelas cuidadoras na formação de redes de apoio. Quando essas redes tentam existir de alguma forma, se transformam em círculos de vulnerabilidade, pois permanecem ligadas ao cuidado de outras pessoas. Isso ressalta a necessidade de promover uma saúde igualitária, destacando o papel do CAPS como um facilitador do cuidado para as cuidadoras.

Bassi e Bovolenta (2024, p. 10) enfatizam a importância do Estado nessas iniciativas, afirmando que “a finalidade é construir redes de apoio solidárias, afetivas e protetivas para as mulheres cuidadoras, com o Estado como seu principal fomentador”. Contudo,

quando o Estado não se faz presente, a sociedade civil passa a agir nas necessidades que foram negligenciadas.

4 REDES DE SOCIALIZAÇÃO COMUNITÁRIA COMO ESTRATÉGIAS DE SUPORTE E INCLUSÃO

Como já mencionado, as mulheres que assumem o papel de cuidadoras enfrentam dois grandes obstáculos ao adoecerem mentalmente: a falta de uma rede de apoio adequada e a dificuldade de acesso efetivo aos sistemas de saúde públicos. A expectativa de que essas mulheres priorizem sempre as necessidades dos outros – agravada pelo sucateamento dos serviços de saúde pública, que as leva a assumir essa sobrecarga – acaba sendo normalizada, muitas vezes em detrimento de sua própria saúde mental. As consequências dessa sobrecarga são compreendidas apenas por aquelas que vivem essa mesma realidade.

O gênero, posto como marcador social, passa a demonstrar a necessidade de se conectar as ações de saúde pública com ênfase nessa interseccionalidade. Em face disso, torna-se comum que os CAPS acabem por lidar frequentemente com casos já em estágios avançados, onde as mulheres perdem a própria funcionalidade por decorrência do adoecimento mental.

De acordo com Oliveira (2023), a importância do gênero atrelado ao trabalho de cuidado está justamente na manutenção de uma rede social de apoio a serem construídas por elas mesmas, pois, além de estarem à frente dos cuidados enquanto profissionais de saúde, passam a ser as irmãs, filhas e amigas que realizam trabalhos informais de cuidados:

As mulheres pobres, que vivem em situação de precariedade, sejam pelo salário baixo ou pela falta de renda, as mulheres negras e as mulheres que não têm acesso ao mercado de trabalho formal, mas que exercem a função do cuidado somada às tarefas do trabalho não remunerado, são as que mais lutam pela sobrevivência e certamente não podem pagar para que alguém cuide, por elas, cuide das responsabilidades atribuídas a elas, ou seja, o trabalho não remunerado (Oliveira, 2023, p. 64).

Dessa forma, o que se indaga é o fato de essas mulheres tanto se dedicarem ao cuidado dos outros sem uma efetiva contraprestação de cuidado em relação a elas, visto que não há sequer a expectativa de aposentadoria por conta da informalidade do trabalho desenvolvido, em um cenário de abandono pelos serviços públicos.

Nesse cenário, a importância do acolhimento manifesta-se quando o sofrimento mental é validado e compreendido por pessoas com vivências semelhantes. O reconhecimento de experiências comuns entre os membros da rede comunitária permite uma percepção mais profunda das especificidades do sofrimento, de uma forma que, muitas vezes, os profissionais de saúde pública não conseguem explorar integralmente – seja por falta de vivência em contextos similares ou pela ausência de um interesse mais aprofundado.

Não nos referimos aqui ao acolhimento no sentido de atendimento especializado por profissionais de psiquiatria e psicologia, mas sim no sentido mais amplo, já que as mulheres que cuidam e/ou vivenciam sofrimentos chegam com demandas muito específicas, que vão das possibilidades ofertadas pela RAPS, apesar dos esforços da rede em atender a agenda da Reforma Psiquiátrica (Oliveira, 2023, p. 121).

Assim, as redes comunitárias surgem como um conjunto de relações e intercâmbios entre indivíduos, formando espaços de trocas coletivas que conferem ao sujeito identidade e sentimento de pertencimento por meio das experiências.

Ao desenvolver os conceitos e práticas essenciais na implementação da clínica ampliada, evitando posturas reducionistas, fomenta-se a identificação e reflexão coletiva. Em tais ambientes, promove-se a autonomia do usuário, rompendo as relações de poder típicas dos serviços de saúde, na medida em que se busca soluções compartilhadas por todos os envolvidos (Zara *et al.*, 2008).

Portanto, o protagonismo do cuidado e o trabalho não-remunerado que mulheres, mães, trabalhadoras realizam, são vistos como obrigações inerentes ao gênero, o que resulta na ausência de apoio estatal e na negação do direito à saúde para as cuidadoras. Dessa forma, recai sobre elas mais uma responsabilidade: a criação, por conta própria, de redes comunitárias de apoio.

Essas alternativas pretendem dar suporte para aquelas pessoas que estão em uma situação semelhante e não possuem condições de ir procurar por uma ajuda especializada, ou, por diversos motivos, sintam-se com medo, conforme relatado por Oliveira (2023, p. 133): “A dificuldade em falar sobre essas experiências nos serviços de saúde mental foi citada por algumas mulheres devido à falta de segurança, de empatia no sentido real da palavra, do julgamento, da estigmatização e do medo de retaliação ou exposição excessiva”. Em outras palavras, a mulher se reconhece na outra, há a esperança de que haja empatia, fazendo com que consiga se expressar quanto ao sofrimento mental vivido.

Por meio das vivências, surge para as próprias mulheres a necessidade de criação de redes comunitárias de socialização formadas por elas e para elas. Torna-se crucial destacar a análise de grupos de convivência que exemplificam esse modelo de desenvolvimen-

to social. Um exemplo dessa socialização comunitária é o “Coletivo Mulheres Cuidadoras”, que surgiu como um projeto de extensão na Universidade Estadual do Rio de Janeiro que visava acolher mulheres cuidadoras de usuários de serviços públicos de saúde mental, e cresceu como uma rede de apoio mútuo, conversa e troca de experiências.

Em consonância com essa abordagem, o projeto “Mulheres da AP 2.2” concentra-se na educação em saúde no município do Rio de Janeiro, com o objetivo de preencher lacunas práticas e analíticas no âmbito do SUS. Para isso, desenvolve suas atividades em três frentes principais: i. criar grupos que funcionam como espaços de apoio e suporte, atuando como intervenções em saúde mental; ii. formam Grupos de Convivência, que servem como ambientes de educação em saúde; e iii. oferecem assistência na geração de renda.

Essa abordagem fortalece os laços de apoio e empodera os participantes, permitindo que superem dificuldades e melhorem sua qualidade de vida. Nesse contexto, os grupos representam disciplinas psicossociais de suporte, em que o compartilhamento de experiências se revela um mecanismo fundamental de apoio.

A importância dessas redes comunitárias reside no suporte que oferecem, pois, além da “medicamentação” do sofrimento, promovem uma reflexão coletiva sobre a autonomia da mulher, rompendo com as dinâmicas de poder presentes nos serviços de saúde. Além disso, conforme destaca Oliveira (2023, p. 121), essas mulheres começam a se sentir incluídas e parte de um ambiente livre de julgamentos:

Quando essas mulheres resolvem participar de algum grupo de apoio ou são convidadas a fazer parte de um coletivo, um dos principais fatores de motivação é sair da solidão e se sentir parte de uma comunidade movida por interesses coletivos, vivencia uma realidade em comum e deseja se fortalecer para questionar esses silêncios e buscar melhorias para si e para as pessoas que cuidam (Oliveira, 2023).

Esses espaços têm como objetivo reconhecer as violências vividas, em que as cuidadoras (sejam elas cuidadoras parentais ou informais) passam a se comunicar com mulheres que compreendem a situação que elas enfrentam, trazendo expectativa de mudança, ou, ao menos, melhora na sobrecarga mental ao se sentir ouvida e acolhida.

Nesse sentido, além de aliviar o próprio sofrimento, Oliveira (2023) destaca a importância de incentivar os interesses coletivos dos protagonistas do cuidado. A utilização dessa rede de apoio pode servir como uma voz para reivindicar a criação de políticas públicas que promovam uma melhor qualidade de vida, dentro de um ambiente de diálogo e escuta especializada.

Diante disso, é importante destacar o exemplo da rede comunitária de comunicação e apoio promovida pelo Coletivo Mulheres Cuidadoras, que tem como objetivo central

protagonizar as mulheres nas discussões sobre políticas públicas de cuidado. Ademais, busca-se que as participantes do coletivo formem novos grupos, ampliando essa rede de acolhimento e fortalecimento mútuo, promovendo o aprimoramento e o empoderamento das mulheres.

Outro papel relevante da socialização comunitária se visualiza ao ultrapassar as barreiras geométricas e de horário de atendimento, que, conforme abordado na seção anterior, é uma das dificuldades de mulheres que moram em locais periféricos. O acesso às redes comunitárias pode se dar de maneira virtual, como funciona o Coletivo Mulheres Cuidadoras, porém a possibilidade mais relevante é justamente quando se fazem presentes na própria comunidade em que vivem, de maneira presencial. Nesse formato, a flexibilidade em ajustar os horários de acordo com a rotina não convencional dessas mulheres torna-se mais acessível, contribuindo para a superação do estigma sobre as dificuldades para obter ajuda.

Pode-se afirmar que a rede comunitária se mostra efetiva na inclusão social de mulheres que exercem atividades de cuidado, pois, ao criar vínculos entre pessoas que compartilham experiências semelhantes em saúde mental decorrentes da rotina como cuidadoras, promove um suporte mútuo bem-sucedido.

Nessa mesma linha de pensamento, evidencia-se o Grupo Histórias de Marias, explorado pela autora Liana Bolzan em “Marias flores: extratos da vivência cotidiana no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas – CAPSAD”. Esse texto relata a experiência compartilhada com um grupo de mulheres participantes do CAPSAD (Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas), usando a metáfora das flores para ilustrar a necessidade de cuidados para o florescimento. Assim como as flores que, com raízes fortes, conseguem romper os solos mais duros, o projeto busca ampliar os cuidados através da promoção dos direitos da população invisibilizada, dando voz e espaço àqueles que enfrentam barreiras no acesso à saúde (Bolzan, 2013).

Diante desse contexto, Zara *et al.* (2008) evidencia que a escolha de ouvir os diversos atores de uma situação durante o próprio encontro de acolhimento possibilita à equipe compreender, de maneira mais abrangente e aprofundada, as diversas circunstâncias envolvidas na problemática. Isso transforma o modelo tradicional, que era centrado no agendamento por ordem de chegada, em um atendimento que efetivamente leva em conta o risco e a vulnerabilidade dos indivíduos.

Sob essa perspectiva, ao adotar a diretriz do “acolhimento”, estes projetos possuem um papel de grande importância no acolhimento e visibilização da situação enfrentada por essas mulheres. Contudo, deve-se ter em mente que mesmo com a efetividade desses grupos, não se deve encarar como uma alternativa de substituição do CAPS e desoneração do Estado, vez que é necessário a melhoria na atuação dos serviços públicos,

atuando conjuntamente de maneira integrada. De maneira conjunta é possível amenizar a sobrecarga crônica que recai sobre as mulheres que cuidam.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O reconhecimento da mulher como cuidadora na sociedade está diretamente associado a sobrecarga de responsabilidades emocionais e físicas, o que frequentemente resulta em sofrimento psíquico. O trabalho de cuidado é socialmente imposto às mulheres, enquanto sua saúde mental é negligenciada nas políticas públicas. Esse cenário revela uma interseccionalidade: além de as dificuldades intrínsecas ao papel de cuidadora serem invisibilizadas e desvalorizadas, as mulheres enfrentam a falta de reconhecimento e de apoio estatal.

Este trabalho demonstrou que a Economia do Cuidado, entendida como o desempenho das atividades de cuidado – especialmente as informais – são realizadas majoritariamente por mulheres que vivem em áreas periféricas. Isso gera um ciclo constante de vulnerabilidade, pois a sobrecarga dos cuidados domésticos, sobretudo quando há um familiar doente, recai sobre a mulher, que já possui uma rotina exaustiva de luta pela sobrevivência.

Além disso, a dificuldade de acesso aos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que, apesar ser um importante ator na luta antimanicomial, demonstra a falta de profissionais qualificados para compreender as demandas específicas, além de barreiras funcionais, quanto à localização em que se encontram e os horários de funcionamento.

Como resultado, essas dificuldades logísticas e da falta de acolhimento, demonstram a falha estatal frente às mulheres que cuidam. A saúde mental, conforme exposto ao decorrer dos capítulos, exige interseccionalidade com gênero, raça, sexualidade, classe social e principalmente as atividades desempenhadas que culminam na sobrecarga física e mental. Isso se agrava quando as redes de apoio mais próximas também não são um caminho a ser trilhado, pois muitas vezes a própria família, que deveria ser a rede de apoio, é aquela que precisa dos trabalhos de cuidado. Dessa forma, tem-se uma dimensão dupla: quem cuida também precisa de cuidado.

Nesse cenário, pretendeu-se demonstrar como a socialização comunitária auxilia na promoção da saúde mental das mulheres que cuidam. Ao se realizarem como espaços de mútuo apoio, em que as cuidadoras podem falar de suas próprias experiências e da sobrecarga vivida sem qualquer resquício de culpa, é encontrado a desestigmatização do adoecimento mental e o acolhimento, por meio do suporte e inclusão que essas redes de socialização comunitária promovem. Além disso, são fomentadas práticas de empoderamento e encorajamento, para que sejam cobradas novas ações e políticas públicas voltadas para as especificidades necessárias ao Estado.

Assim, ao desenvolver conceitos e práticas essenciais na implementação da clínica ampliada fomenta-se a identificação e reflexão coletiva. Dessa forma, o fortalecimento das redes comunitárias de socialização que permeiam o apoio psicológico suplementa as falhas estatais, e apresenta uma estratégia de inclusão para as desigualdades encontradas no gênero e cuidado. Em paralelo, a relevância do estudo indica a necessidade de uma atuação mais incisiva do Estado para a promoção de saúde mental qualificada.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Vanessa Crumial Herdy de. **Gênero e cuidado na Atenção Psicossocial**: o cotidiano de mulheres cuidadoras em um CAPS no Rio de Janeiro. 2023. 161f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <http://www.bdttd.uerj.br/handle/1/20408>. Acesso em: 30 jul. 2024.

BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARBIANI, Rosangela *et al.* A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil: avanços, limites e desafios. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 855-868, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/J8nzk4zZsnMnD6vwJkdFKpG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 6 ago. 2024.

BASSI, Daniele Batista; BOVOLenta, Gisele Aparecida. Rede de apoio no mundo dos cuidados: um recorte de gênero em saúde mental. **Revista Eletrônica Multidisciplinar de Investigação Científica**, v. 3, n. 16, 2024. Disponível em: <https://remici.com.br/index.php/revista/article/view/375>. Acesso em: 10 ago. 2024.

BILGE, Sirma. Théorisations féministes de l'intersectionnalité. **Diogene**, v. 1, n. 225, p. 70-88, 2009. Disponível em: <https://shs.cairn.info/revue-diogene-2009-1-page-70?lang=fr>. Acesso em: 13 jan. 2025.

BOLZAN, Liana de Menezes. **Marias flores**: extratos da vivência cotidiana no centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas – CAPSAD. 2013. 39f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/78026?locale-attribute=en>. Acesso em: 15 set. 2024.

BRASIL. **Lei n. 14.721, de 15 de julho de 2023**. Altera os arts. 8º e 10 da Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para ampliar a assistência à gestante e à mãe no período da gravidez, do pré-natal e do puerpério. Brasília, DF: Presidência da República, 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14721.htm. Acesso em: 05 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: Princípios e Diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CHOHFI, Laiz Maria Silva; MELO, Jailton Bezerra; SOUZA, Paola Alves de. Da violência epistemológica a epistemologias próprias: experiências de narrativas com mulheres cis periféricas, mulheres trans e travestis. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. especial, p. 27-38, out. 2021. Disponível em: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/4810>. Acesso em: 30 maio 2024.

DAS, Veena. O ato de testemunhar: violência, gênero e subjetividade. **Cadernos Pagu**, v. 37, jul./dez. 2011. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8645006>. Acesso em: 30 maio 2024.

FONTOURA, Natalia *et al.* Pesquisas de uso do tempo no Brasil: contribuições para a formulação de políticas de conciliação entre trabalho, família e vida pessoal. **Revista Econômica**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 11-46, jun. 2010. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/revistaeconomica/article/view/34823>. Acesso em: 12 set. 2024.

HIRATA, Helena. Divisão, relações sociais de sexo e do trabalho: contribuição à discussão sobre o conceito de trabalho. **Em Aberto**, Brasília, ano 15, n. 65, p. 39-49, jan./mar. 1995. Disponível em: <https://emaberto.inep.gov.br/ojs3/index.php/emaberto/article/view/2316>. Acesso em: 12 set. 2024.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Em média, mulheres dedicam 10,4 horas por semana a mais que os homens aos afazeres domésticos ou ao cuidado de pessoas. **Agência de Notícias IBGE**. 25 abr. 2022. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/27877-em-media-mulheres-dedicam-10-4-horas-por-semana-a-mais-que-os-homens-aos-afazeres-domesticos-ou-ao-cuidado-de-pessoas>. Acesso em: 03 ago. 2024.

IHME – INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. **GBD Results Tool**. 2019. Disponível em: <https://www.healthdata.org/data-visualization/gbd-results>. Acesso em: 1 ago. de 2024.

LEAL, Bruna Molina; ANTONI, Clarrisa de. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista Aletheia**, n. 40, p. 87-101, jan./abr. 2013. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n40/n40a08.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2024.

MAGALHÃES, Josélia Félix *et al.* Estratégias de enfrentamento de mulheres cuidadoras de pessoas com esquizofrenia. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 3, p. 793-800, jul./set. 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-906578>. Acesso em: 27 jul. 2024.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do feminino**: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. (História e Saúde Collection). Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/jnzhd/pdf/martins-9788575414514.pdf>. Acesso em: 05 set. 2024.

NANTES, Rosângela Fernandes Pinheiro. **“Veias Abertas” do sofrimento psíquico: representações sociais de cuidado em saúde mental.** 2022. 183f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, 2022. Disponível em: <https://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/1040981-veias-abertas-do-sofrimento-psiquico-representacoes-sociais-do-cuidado-em-saude-mental.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2024.

OLIVEIRA, Bruna Martins. **Eu sozinha ando bem, mas com você ando melhor: redes de comunicação, cuidado e saúde mental entre mulheres.** 2023. 167f. Dissertação (Mestrado em Informação e Comunicação em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/59306>. Acesso em: 03 set. 2024.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Igualdade de gênero: tema urgente para um futuro sustentável, afirmam especialistas. **ONU News**, 8 mar. 2022. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2022/03/1782022>. Acesso em: 15 set. 2024.

OXFAM. **Tempo de Cuidar:** o trabalho de cuidado não remunerado e mal pago e a crise global da desigualdade. 2020. Disponível em: <https://oxfam.org.br/publicacoes/tempo-de-cuidar/>. Acesso em: 10 ago. 2024.

PAUTA Brasil debateu as políticas de cuidado e desigualdade. **Fundação Perseu Abramo**, 25 out. 2021. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/2021/10/25/napp-mulher-politicas-de-cuidado-e-desigualdade-2/>. Acesso em: 6 ago. 2024.

RAMOS, Gilmária Salviano. Leitura feminista da história das mulheres no Brasil. **Revista Estudos Feministas**, v. 21, n. 3, p. 1232-5, dez. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2013000300026>. Acesso em: 20 ago. 2024.

RODRIGUES, Aline. Saúde mental da mulher periférica: quais são as alternativas para preservar ou resgatar? **Periferia em Movimento**, 26 jul. 2018. Disponível em: <https://periferiaemmovimento.com.br/saude-mental-da-mulher-periferica-quais-sao-as-alternativas-para-preservar-ou-resgatar/>. Acesso em: 02 jun. 2024.

ROSSATO, Alexania; CORBO, Anamaria D’Andrea; NESPOLI, Grasielle (org.). **Educação popular, direitos e participação social:** bordando a saúde das mulheres atingidas por barragens. Rio de Janeiro: MAB; EPSJV/Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/45730>. Acesso em: 05 set. 2024.

SILVA, Laís Orana Vieira Rodrigues da; UMBELINO, Vanessa Maria R. P. dos S.; SOARES, Sayonara da S. Saúde mental de mulheres cuidadoras informais sob a ótica de psicólogos do núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica. **Revista Humanidades e Inovação**, v. 10, n. 13, p. 172-180, 2022. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/7523>. Acesso em: 29 jul. 2024.

SOARES, Laís Chiareli de Souza. **Trabalho doméstico e de cuidados e saúde mental durante a pandemia: perspectiva de mulheres inseridas em Caps no DF.** 2022. 49 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) — Universidade de Brasília, Brasília, 2022. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/35008>. Acesso em: 17 ago. 2024.

THINK OLGA. **Esgotadas**. 2023. Disponível em: <https://lab.thinkolga.com/esgotadas/>. Acesso em: 1 jun. 2024.

ZANELLO, Valeska. Dispositivo materno e processos de subjetivação: desafios para a psicologia. *In*: ZANELLO, Valeska; PORTO, Madge (org.). **Aborto e (não) desejo de maternidade(s)**: questões para a psicologia. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2016. p. 103-122.

ZARA, Anamelia F. Prado *et al.* Grupo de acolhimento em saúde mental e reabilitação na atenção básica: uma reflexão sobre a potência de dispositivos grupais. **Psic. Rev.**, São Paulo, v. 17, n. 1 e n. 2, p. 77-97, 2008. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/18022>. Acesso em: 12 set. 2024.

ÍNDICE ALFABÉTICO

A

Acesso a medicamentos no SUS. Caminho desigual. Judicialização da saúde.....	61
Acesso à saúde. Princípios. Perspectiva histórica. Acordo de Paris.....	140
Acordo de Paris. Dupla ineficácia frente a garantia do acesso à saúde no Brasil.....	139
Acordo de Paris. Perspectiva histórica. Princípios. Acesso à saúde.....	140
Adoecimento mental de mulheres na função de cuidado. Possibilidades da socialização comunitária como alternativa de tratamento.....	179
Adoecimento mental e as fragilidades estatais. Centro de atenção psicossocial (CAPS).....	185
Alimentação adequada. Promoção do direito à saúde. Desafios. Efetivação.....	19
Alimentação adequada. Saúde.....	16
Alteração. Resolução CEMA n. 94/2014.....	129
Aspectos práticos. Internação compulsória no Brasil.....	51

B

Bianca Heloise Santoni.....	15
-----------------------------	----

C

Caminho desigual. Judicialização da saúde. Acesso a medicamentos no SUS.....	61
Centro de atenção psicossocial (CAPS). Adoecimento mental e as fragilidades estatais.....	185
Ciclos de vulnerabilidade. Redes de apoio.....	189
Conceito de dano estético. Teoria <i>versus</i> a aplicação concreta.....	85
Conceito de poder compensatório aplicado à análise antitruste.....	107
Consideração de aspectos socioeconômicos. Quantificação da indenização por danos estéticos no TJPR.....	83
Consumo. Saúde. Regulamentação.....	104
Corpos que gestam. Violência obstétrica nas intersecções de gênero e sexualidade.....	159
Cristian Mallmann.....	139

D

Dano estético. Erro médico nas decisões do TJPR.....	88
Danos ambientais. Saúde. Precarização da qualidade de vida das populações vulnerabilizadas.....	120
Dependência de drogas. Internação compulsória na jurisprudência do TJPR.....	44
Desafios. Efetivação. Promoção do direito à saúde. Alimentação adequada.....	19
Desafios enfrentados pelos corpos que gestam. Direitos reprodutivos e violência obstétrica fora do contexto cishetero.....	164
Desafios políticos e econômicos na implementação das NDGS. Ineficácia interna.....	149
Desigualdade socioeconômica. Fator determinante no acesso à saúde.....	93
Dignificação do parto para corpos outros. É preciso ir além.....	169
Direitos reprodutivos e violência obstétrica fora do contexto cishetero. Desafios enfrentados pelos corpos que gestam.....	164

Direito à saúde. Repercussões do racismo ambiental.....	119
Distribuição desigual de rejeitos. Políticas de aterros sanitários.....	124
Dois planos da ineficiência do Acordo de Paris no contexto brasileiro. Dupla ineficácia.....	148
Dupla ineficácia. Dois planos da ineficiência do Acordo de Paris no contexto brasileiro.....	148
Dupla ineficácia frente a garantia do acesso à saúde no Brasil. Acordo de Paris	139

E

Eduarda Villwock.....	39
Efetivação. Desafios. Promoção do direito à saúde. Alimentação adequada.....	19
Eloisa Kuster Bauer	159
É preciso ir além. Dignificação do parto para corpos outros.....	169
Erro médico nas decisões do TJPR. Dano estético	88
Estado da arte para a judicialização dos medicamentos não incorporados. Processo de incorporação de medicamentos no Sistema Único de Saúde	66
Estratégias de suporte e inclusão. Redes de socialização comunitária.....	191

F

Fator determinante no acesso à saúde. Desigualdade socioeconômica	93
Fernando Maia Eduardo.....	61

G

Gabriela Wilxenski Rodrigues.....	101
Gabriel Vicente Andrade	119
Giovanna Ribeiro Simões Nunes.....	15

H

Hipóteses de cabimento. Internação compulsória	40
--	----

I

Impacto das injustiças socioambientais. Qualidade de vida das populações vulnerabilizadas	121
Impactos das mudanças climáticas. Racismo ambiental na América Latina e Caribe	144
Indenização por dano estético. Quantificação.....	86
Indenização por dano estético	84
Ineficiência do Acordo de Paris em prover assistência internacional eficaz. Ineficácia externa.....	151
Ineficácia externa. Ineficiência do Acordo de Paris em prover assistência internacional eficaz.....	151
Ineficácia interna. Desafios políticos e econômicos na implementação das NDCS	149
Internação compulsória. Hipóteses de cabimento	40
Internação compulsória. Transtorno por uso de substâncias. Legislação e a jurisprudência do Tribunal de Justiça do Paraná	39
Internação compulsória na jurisprudência do TJPR. Dependência de drogas	44
Internação compulsória no Brasil. Aspectos práticos	51
Isabela Rocha de Lima	179

J

Judicialização. Meio insuficiente para efetivar o direito à saúde	62
Judicialização da saúde. Caminho desigual. Acesso a medicamentos no SUS.....	61
Judicialização da saúde no Brasil. Particularidades.....	70
Jurisprudência do CADE. Tabelas médicas	109

L

Legislação e a jurisprudência do Tribunal de Justiça do Paraná. Transtorno por uso de substâncias. Internação compulsória.....	39
--	----

M

Maria Julia Hornig	39
Mariana Rostyslavivna da Costa Tronenko	139
Marianna Lage Lourenço Anselmo.....	101
Marina Soares Jenisch	83
Matheus Ideta Bergamo.....	61
Meio insuficiente para efetivar o direito à saúde. Judicialização	62
Mercado. Saúde.....	102
Milena Collaço Martins.....	119
Mulheres. Protagonismo do cuidado.....	181

P

Papel da teoria do poder compensatório em tabelas de preço médicas. Poder de barganha em condutas (i)lícitas antitruste.	101
Particularidades. Judicialização da saúde no Brasil.....	70
Perspectiva ampla sobre o direito à saúde da população em situação de rua. Políticas de alimentação adequada no Brasil.	15
Perspectiva histórica. Acordo de Paris. Princípios. Acesso à saúde.....	140
Poder compensatório. Teoria	105
Poder de barganha em condutas (i)lícitas antitruste. Papel da teoria do poder compensatório em tabelas de preço médicas	101
Políticas de alimentação adequada no Brasil. Perspectiva ampla sobre o direito à saúde da população em situação de rua.....	15
Políticas de aterros sanitários. Distribuição desigual de rejeitos.....	124
Políticas públicas. PSR.....	27
Políticas públicas. Segurança alimentar	22
Possibilidades da socialização comunitária como alternativa de tratamento. Doecimento mental de mulheres na função de cuidado	179
Precarização da qualidade de vida das populações vulnerabilizadas Danos ambientais. Saúde	120
Princípios. Perspectiva histórica. Acordo de Paris. Acesso à saúde.....	140
Processo de incorporação de medicamentos no Sistema Único de Saúde. Estado da arte para a judicialização dos medicamentos não incorporados	66
Promoção do direito à saúde. Desafios. Efetivação. Alimentação adequada.....	19
Protagonismo do cuidado. Mulheres.....	181

PSR. Políticas públicas.....	27
------------------------------	----

Q

Qualidade de vida das populações vulnerabilizadas. Impacto das injustiças socioambientais.....	121
Quantificação. Indenização por dano estético.....	86
Quantificação da indenização por danos estéticos no TJPR. Consideração de aspectos socioeconômicos.....	83

R

Racismo ambiental na América Latina e Caribe. Impactos das mudanças climáticas	144
Rebeca Dionysio Felix	83
Redes de apoio. Ciclos de vulnerabilidade	189
Redes de socialização comunitária. Estratégias de suporte e inclusão.....	191
Regulamentação. Consumo. Saúde	104
Repercussões do racismo ambiental. Direito à saúde.....	119
Resolução CEMA n. 94/2014. Alteração	129

S

Saúde. Alimentação adequada	16
Saúde. Consumo. Regulamentação	104
Saúde. Danos ambientais. Precarização da qualidade de vida das populações vulnerabilizadas ...	120
Saúde. Mercado.....	102
Segurança alimentar. Políticas públicas.....	22

T

Tabelas médicas. Jurisprudência do CADE	109
Teoria. Poder compensatório	105
Teoria <i>versus</i> a aplicação concreta. Conceito de dano estético.....	85
Thalison Daniel Dullius	159
Transtorno por uso de substâncias. Internação compulsória. Legislação e a jurisprudência do Tribunal de Justiça do Paraná	39

V

Violência de gênero? Violência obstétrica	160
Violência obstétrica. Violência de gênero?	160
Violência obstétrica nas intersecções de gênero e sexualidade. Corpos que gestam.....	159
Vittoria dos Santos Marcelino	179

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua saúde “não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social” (Segre; Ferraz, 1997, p. 539). Diretamente relacionada com outros direitos, é um dos pilares de vida com dignidade.

Mas, para além do atendimento médico e da perspectiva individual de saúde, é fundamental tratar dos determinantes sociais de saúde (DSS). Os DSS referem-se ao conjunto de acontecimentos, fatos, situações e comportamentos relacionados aos aspectos econômicos, sociais, ambientais, políticos, governamentais e culturais que afetam a saúde de indivíduos e coletividades. Isso quer dizer que a saúde é afetada por conjuntos de fatores que expressam igualdades e desigualdades, usualmente penalizando de forma desproporcional grupos vulnerabilizados. Logo, tratar de saúde implica em enfrentar as desigualdades e construir olhares e práticas de equidade e justiça.

Nesse sentido, o presente livro traz múltiplos olhares sobre o fenômeno da saúde, através das articulações com direito e periferia, esta entendida em sentido amplo, não de territórios, mas de pessoas e situações vistas como secundárias.

As alunas e os alunos do Programa de Educação Tutorial (PET) construíram suas pesquisas em 2024 a partir de suas perspectivas e interesses, havendo amplo debate para que todos tivessem acesso ao conhecimento produzido. O resultado, neste livro, é a consolidação de pesquisas comprometidas com a compreensão do mundo em vistas de sua modificação. A maioria dos trabalhos pautou-se em pesquisa empírica documental, o que fez com que se conhecessem os caminhos da burocracia na formulação e aplicação de políticas públicas, além da atuação do judiciário em conflitos.

Será, assim, uma leitura enriquecedora sobre o tema.

