



Coordenadores:

Maria Paula Cruz Messerlian, Eduardo Henrique Fiaschi,
Luiza Pereira Lessa e Victor Delamerlini Rodrigues.

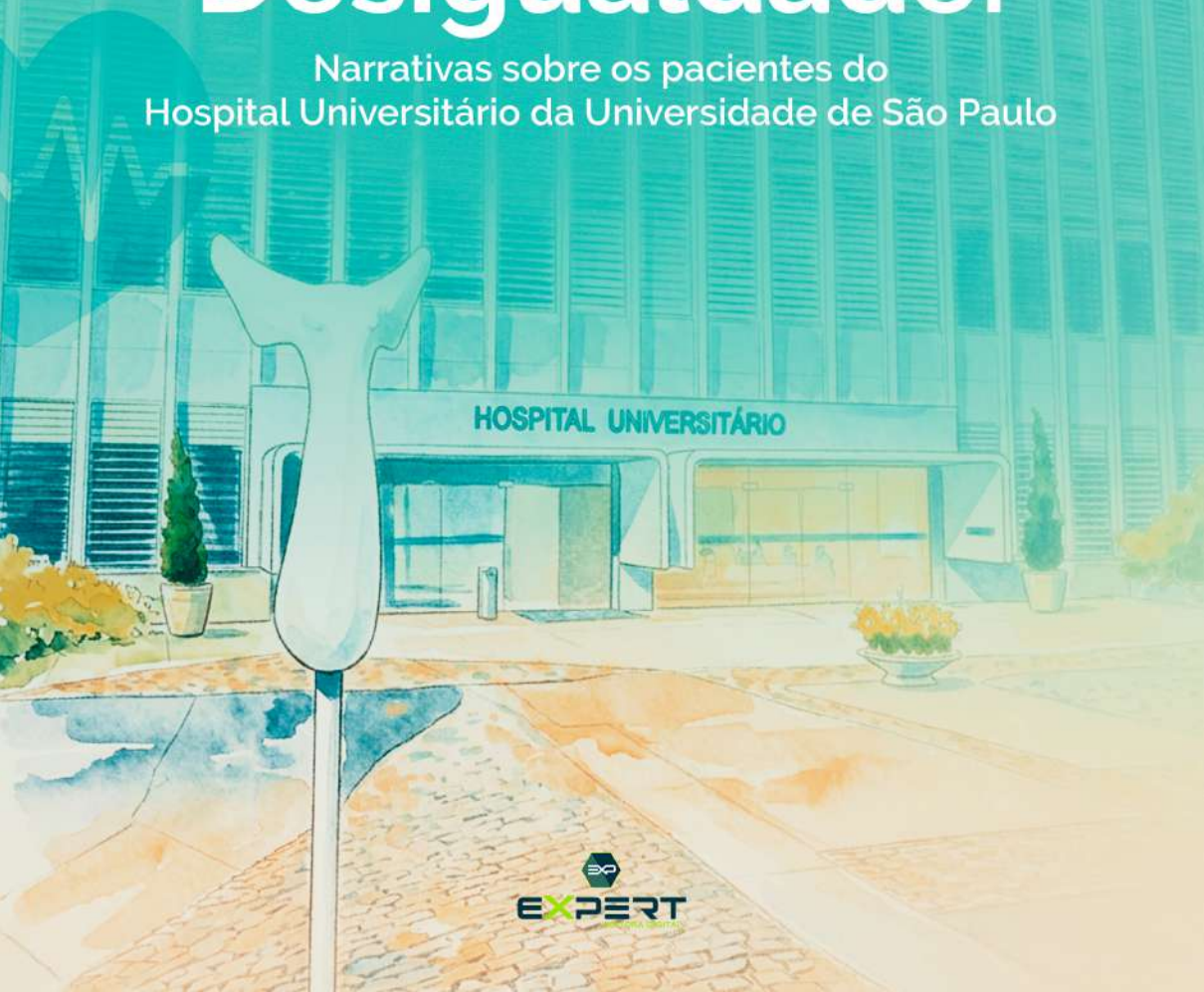
Orientador: Carlos Portugal Gouvêa

Consultores: Caio Caesar Dib e
Deborah Marconcini Bittar



SAÚDE E Desigualdade:

Narrativas sobre os pacientes do
Hospital Universitário da Universidade de São Paulo



O acesso à saúde é um direito fundamental assegurado pela Constituição Federal de 1988. Apesar disso, a realidade brasileira revela a persistência de profundas desigualdades que afetam a efetividade desse direito, especialmente para populações em situação de vulnerabilidade social. Nesse contexto, em 2025, os alunos do Grupo de Direito, Saúde e Desigualdade Social da Universidade de São Paulo analisaram os desafios enfrentados pelos pacientes do Hospital Universitário da USP (HU) no exercício de direitos sociais, bem como a efetividade das instituições envolvidas e a desigualdade social. Mais do que histórias isoladas, trata-se de narrativas que revelam problemas estruturais, desigualdades persistentes e desafios institucionais que atravessam a sociedade brasileira. Nesse sentido, esses relatos se tornam um instrumento de sensibilização e produção de conhecimento, capaz de gerar debates interdisciplinares e estimular uma atuação jurídica mais comprometida com a realidade social e com a promoção da justiça social.

ISBN 978-65-6006-323-5



9 786560 063235 >

SAÚDE E **Desigualdade:**

Narrativas sobre os pacientes do
Hospital Universitário da Universidade de São Paulo

Direção Executiva: Luciana de Castro Bastos
Direção Editorial: Daniel Carvalho
Diagramação e Capa: Editora Expert
A regra ortográfica usada foi prerrogativa do autor



Todos os livros publicados pela Expert Editora Digital estão sob os direitos da Creative Commons 4.0 BY-SA. <https://br.creativecommons.org/>
"A prerrogativa da licença creative commons 4.0, referencias, bem como a obra, são de responsabilidade exclusiva do autor"

A Expert Editora, bem como a organização da obra não se responsabilizam por quaisquer posições, opiniões e condutas compartilhadas nesta obra, sendo o conteúdo dos capítulos de responsabilidade exclusiva de seus respectivos autores.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S255s Saúde e desigualdade : narrativas sobre os pacientes do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo / coordenação de Maria Paula Cruz Messerlian, Eduardo Henrique Fiaschi, Luiza Pereira Lessa e Victor Delamerlini Rodrigues ; orientação de Carlos Portugal Gouvêa ; consultoria de Caio Caesar Dib e Deborah Marconcini Bittar. – Belo Horizonte : Expert Editora Digital, 2026. 144 p.

ISBN: 978-65-6006-323-5

Modo de acesso: <https://experteditora.com.br>

1. Saúde pública. 2. Desigualdades em saúde. 3. Direito à saúde. 4. Determinantes sociais da saúde. 5. Sistema Único de Saúde (Brasil). 6. Políticas públicas de saúde. I. Messerlian, Maria Paula Cruz, coord. II. Fiaschi, Eduardo Henrique, coord. III. Lessa, Luiza Pereira, coord. IV. Rodrigues, Victor Delamerlini, coord. V. Gouvêa, Carlos Portugal, orient. VI. Dib, Caio Caesar, consult. VII. Bittar, Deborah Marconcini, consult. VIII. Título.

CDD: 362.1

CDU: 614

Índices para catálogo sistemático:

Saúde pública / Desigualdades em saúde – CDD 362.1 / CDU 614

experteditora.com.br
contato@editoraexpert.com.br





Prof. Dra. Adriana Goulart De Sena Orsini

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

**Prof. Dr. Alexandre Miguel
Cavaco Picanco Mestre**

Universidade Autónoma de Lisboa, Escola.
Superior de Desporto de Rio Maior, Escola.
Superior de Comunicação Social (Portugal),
The Football Business Academy (Suíça)

Prof. Dra. Amanda Flavio de Oliveira

Universidade de Brasília - UnB

Prof. Dr. Carlos Raul Iparraguirre

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales,
Universidad Nacional del Litoral (Argentina)

Prof. Dr. César Mauricio Giraldo

Universidad de los Andes, ISDE, Universidad
Pontificia Bolivariana UPB (Bolívia)

Prof. Dr. Eduardo Goulart Pimenta

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG.
e PUC - Minas

Prof. Dr. Gladston Mamede

Advogado e escritor

Prof. Dr. Francisco Satiro

Faculdade de Direito da USP - Largo São
Francisco

Prof. Dr. Gustavo Lopes Pires de Souza

Universidad de Litoral (Argentina)

Prof. Dr. Henrique Viana Pereira

PUC - Minas

Prof. Dr. Javier Avilez Martínez

Universidad Anahuac, Universidad
Tecnológica de México (UNITEC), Universidad
Del Valle de México (UVM) (México)

Prof. Dr. João Bosco Leopoldino da Fonseca

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG.

Prof. Dr. Julio Cesar de Sá da Rocha

Universidade Federal da Bahia - UFBA

Prof. Dr. Leonardo Gomes de Aquino

UnICEUB e UniEuro, Brasília, DF.

Prof. Dr. Leonardo Ferreira Vilaça

Universidade de Itaúna - UIT e Universidade
do Estado de Minas Gerais - UEM

Prof. Dr. Luciano Timm

Fundação Getúlio Vargas - FGVSP

Prof. Dr. Mário Freud

Faculdade de direito Universidade
Agostinho Neto (Angola)

Prof. Dr. Marcelo Andrade Féres

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Prof. Dr. Omar Jesús Galarreta Zegarra

Universidad Continental sede Huancayo,
Universidad Sagrado Corazón (UNIFE),
Universidad Cesar Vallejo. Lima Norte (Peru)

Prof. Dr. Rafael Soares Duarte de Moura

Universidade Estadual De Montes Claros

Prof. Dr. Raphael Silva Rodrigues

Centro Universitário Unihorizontes
e Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Prof. Dra. Renata C. Vieira Maia

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Prof. Dr. Rodolpho Barreto Sampaio Júnior

PUC - Minas e Faculdade Milton Campos

Prof. Dr. Rodrigo Almeida Magalhães

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG.
PUC - Minas

Prof. Dr. Thiago Penido Martins

Universidade do Estado de
Minas Gerais - UEMG

Professor Responsável

Carlos Portugal Gouvêa

Coordenadores

Eduardo Henrique Fiaschi

Luiza Pereira Lessa

Maria Paula Cruz Messerlian

Victor Delamerlini Rodrigues

Consultores

Caio Caesar Dib

Deborah Marconcini Bittar

Membros do Grupo

Ariane Santos Gonçalves

Arthur Santos Oliveira

Beatriz Suemi Fugimoto

Feliciano Contardo

Iasmin Maria Figueira Maia

Luiza Aparecida Azevedo Daminello

Rafaella Sales

Ricardo Janotti

Vinícius Xavier Raphael

AGRADECIMENTOS

A equipe do DS² agradece aos professores Carlos Portugal Gouvêa e José Pinhata Otoch e a toda a equipe do Hospital Universitário, que nos auxiliou na concepção, elaboração e execução do projeto desde o primeiro dia. Também registramos nosso agradecimento a Nancy e Tatiane, da Superintendência do hospital, que sempre apoiaram nossas ideias e contribuíram de forma decisiva para que elas se tornassem realidade.

Agradecemos, também, a Fernanda e à equipe de assistentes sociais, que nos apresentou a rotina e as demandas de cada paciente, bem como à equipe de enfermagem, por permitir nossa circulação no hospital e por orientar, de forma constante, nossa atuação adequada no ambiente hospitalar.

Equipe do DS²

Os relatos apresentados nesta publicação foram produzidos a partir de depoimentos de pacientes, no âmbito de atividade extensionista desenvolvida pela Faculdade de Direito, e expressam as experiências e percepções individuais de seus autores acerca de sua vivência no ambiente hospitalar.

As narrativas refletem, portanto, a perspectiva dos pacientes e não têm, isoladamente, a pretensão de representar a totalidade dos acontecimentos, dos contextos assistenciais ou das circunstâncias relacionadas a cada caso. A experiência relatada por um paciente pode compreender apenas parte de um processo que envolve diferentes profissionais, setores, fluxos e circunstâncias institucionais.

Os casos assistenciais são conduzidos pelas equipes do Hospital de acordo com as normas técnicas, protocolos, fluxos e diretrizes institucionais aplicáveis, observadas as condições clínicas e as circunstâncias específicas de cada atendimento, com o compromisso de oferecer assistência qualificada, segura, ética e humanizada.

A inclusão de determinado relato nesta publicação não implica reconhecimento, validação ou concordância, por parte do Hospital, com todos os fatos, interpretações ou conclusões nele apresentados. Da mesma forma, eventuais percepções ou avaliações expressas pelos pacientes não constituem, necessariamente, a posição institucional do Hospital ou de seus profissionais. Os depoimentos foram organizados e apresentados com a preservação da identidade dos pacientes, de modo a resguardar sua privacidade e confidencialidade.

Esta publicação tem caráter acadêmico e extensionista e busca dar visibilidade às experiências dos usuários dos serviços de saúde, contribuindo para a reflexão e o diálogo sobre a assistência e sobre a relação entre usuários e instituições de

saúde. Seu conteúdo não deve ser interpretado como documento oficial de registro, apuração ou avaliação institucional dos casos relatados.

Superintendência do Hospital Universitário da USP

SUMÁRIO

Introdução	15
-------------------------	-----------

Metodologia.....	17
-------------------------	-----------

CAPÍTULO 1: Dignidade da pessoa humana no acesso à saúde

1.1. Violência contra a População Carcerária.....	23
1.1.1. Punição Cirúrgica: o relato de um médico do SUS sobre o preconceito e o racismo na sala de cirurgia.....	24
1.2. Um retrato da superlotação e do agravamento do estado de saúde física e mental do paciente.....	30
1.3. A falha diagnóstica como demonstrativo da falha estrutural do sistema.....	35

CAPÍTULO 2: Determinantes Sociais da Saúde

2.1. Desigualdades dentro de São Paulo e entre as regiões brasileiras.....	45
2.2. Os determinantes sociais no desenvolvimento infantil.....	51

CAPÍTULO 3: Desigualdade na maternidade

3.1. Os desafios do planejamento familiar e da maternidade no Brasil.....	56
3.2. Os desafios enfrentados desde o pré-natal até o puerpério	61
3.3. Duas mulheres, duas realidades distintas.....	66

CAPÍTULO 4: O acesso da população em situação de rua à saúde

4.1. Limitações do Direito à Saúde em contexto de múltiplos fatores de vulnerabilidade	74
--	----

CAPÍTULO 5: Pacientes em internações de longa duração e saúde mental

5.1. O leito que se tornou permanente	92
5.2. Lacuna na Rede de Atenção Psicossocial.....	94
5.3. Falta de programas para bem-estar dos pacientes de longa duração	96
5.4. A perda da identidade do paciente de longa internação	101
5.4.1. Autobiografia imaginada: um reflexo da experiência no HU.....	102
5.5. O impacto positivo do CAPS.....	107

CAPÍTULO 6: Educação Jurídica

6.1. Uma primeira visão da realidade	111
--	-----

Encerramento	120
---------------------------	------------

Referências	127
--------------------------	------------



INTRODUÇÃO

O direito à saúde é um direito social que se concretiza por meio de políticas sociais e econômicas voltadas à redução dos riscos de doenças e de outros agravos, bem como à garantia de acesso universal e igualitário a ações e serviços destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde. Nesse sentido, a saúde passa a ser reconhecida não apenas como um direito de todo cidadão, mas também como condição essencial para a preservação da vida e para a melhoria da qualidade de vida, configurando-se como elemento indispensável ao pleno exercício da cidadania.¹

No Brasil, a saúde foi formalmente reconhecida como direito fundamental em 1988, com a promulgação da Constituição Federal. O Estado organizou a sua prestação por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS).² Nesse sentido, o direito à saúde é um dos direitos fundamentais da pessoa humana.

É nesse contexto que se insere a experiência relatada nesta obra. Com início em 2024, o Grupo de Direito, Saúde e Desigualdade Social da Universidade de São Paulo (DS²) nasceu a partir da primeira visita do MAPA, projeto voltado a alunos e alunas do primeiro ano da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, que possui como objetivo de apresentar diferentes espaços do campus. Nessa visita, constatou-se que os estudantes de Direito nunca tinham conhecido o Hospital Universitário da USP (HU). Embora esse dado possa, à primeira vista, parecer trivial, ele revela um problema estrutural mais amplo: a ausência de um olhar sistemático e comprometido com a realidade concreta por parte da formação jurídica.

A partir dessa constatação e da reflexão sobre possíveis iniciativas junto ao HU, surgiu a proposta de entrevistar pacientes e, a partir de suas

¹ BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Organizado por Cláudio Brandão de Oliveira. Rio de Janeiro: Roma Victor, 2002. Arts. 6º e 196.

² MARTINI, Sandra Regina; STURZA, Janaína Machado. A dignidade humana enquanto princípio de proteção e garantia dos direitos fundamentais sociais: o direito à saúde. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 6, n. 2, p. 30, 2017.



narrativas, compreender de forma mais concreta o funcionamento e os desafios da saúde no Brasil, bem como suas evidentes intersecções com o direito. Com esse propósito, o DS² selecionou os estudantes participantes e promoveu um ciclo de preparação, voltado a capacitá-los para lidar com uma realidade distinta daquela tradicionalmente vivenciada no ambiente jurídico. Nosso principal objetivo foi mergulhar na realidade de um hospital do SUS e compreender não apenas questões aparentemente inatas ao direito, mas, sobretudo, os fatores que afetam diretamente a materialização do direito à saúde no Brasil, como renda, moradia, condições de trabalho, entre outros.

O HU é um hospital público, vinculado e mantido pela própria Universidade de São Paulo.³ Localizado na Cidade Universitária, na zona oeste da capital paulista, foi inaugurado em 6 de agosto de 1981.⁴ Concebido como um hospital-escola, tem como objetivo central servir de campo de ensino e treinamento prático para alunos das diversas áreas da saúde da USP, com a finalidade de promover a assistência à saúde, o ensino e a pesquisa.⁵

Para além de sua relevância acadêmica, o HU desempenha um papel fundamental na assistência em saúde tanto para a comunidade universitária quanto para a população paulistana. Trata-se do único hospital de médio-grande porte da região oeste de São Paulo, o que o torna essencial para o atendimento dos moradores do entorno do campus. Estima-se que cerca de 500 mil pessoas dessa região sejam potencialmente beneficiadas por seus serviços.⁶ Historicamente, diante da carência de unidades de saúde na região, o HU passou a exercer uma

³ UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Resolução nº 3.745, de 19 de outubro de 1990. Aprova o Estatuto da Universidade de São Paulo. In: NORMAS USP. São Paulo: USP, 1990. Disponível em: <https://leginf.usp.br/category/regimento-geral-da-usp/>. Acesso em: 12 jan. 2026.

⁴ HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. História. Disponível em: <https://www.hu.usp.br/historia>. Acesso em: 12 jan. 2026.

⁵ HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Missão, visão e valores.. Disponível em: <https://sites.usp.br/hu/missao-visao-e-valores/>. Acesso em: 12 jan. 2026.

⁶ PREFEITURA DE SÃO PAULO. Mapoteca Secretaria Municipal da Saúde. Disponível em: https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/epidemiologia_e_informacao/mapoteca/32424. Acesso em: 12 jan. 2026.



função comunitária indispensável, oferecendo atendimento gratuito e de qualidade e atuando como hospital secundário de referência para os bairros vizinhos e para a própria USP.⁷ Ressalta-se, ainda, que o HU é administrado diretamente pela Universidade de São Paulo, por meio de sua Superintendência, e financiado com recursos da própria USP,⁸ o que contribui para compreender suas especificidades institucionais.

Foi nesse ambiente que, ao longo das entrevistas, nos deparamos com diversas histórias que revelam tanto a potência quanto os limites do sistema público de saúde, mostrando-se, como se verá, que apesar das dificuldades, o HU permanece como um espaço privilegiado em comparação a outros hospitais públicos.

Por meio das nossas visitas, tivemos contato com pacientes das mais diversas origens, que compartilharam conosco suas histórias e nos permitiram um verdadeiro mergulho na realidade hospitalar e, de forma mais ampla, na realidade brasileira. Com esta obra, buscamos proporcionar um espaço de reflexão sobre os múltiplos fatores que envolvem a saúde no Brasil, marcada por profundas desigualdades sociais, econômicas e territoriais. Além disso, pretendemos demonstrar como uma abordagem interdisciplinar pode gerar frutos promissores não apenas para a Universidade de São Paulo, mas também para a transformação efetiva das políticas públicas e para uma aplicação do direito mais sensível, crítica e conectada à realidade concreta do país.

METODOLOGIA

O presente trabalho não tem como finalidade ser uma pesquisa científica, mas sim uma abertura para a exposição de relatos da realidade do SUS, para que, desse modo, políticas públicas possam ser geradas com uma inspiração concreta, além de identificar temas

⁷ PREFEITURA DE SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Plano Municipal de Saúde do Município de São Paulo 2022–2025. São Paulo: SMS, 2021.

⁸ UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Regimento do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, Resolução USP nº 3.890/1991; USP. Estrutura organizacional e administrativa da Universidade.



relevantes para a ampliação dos estudos interdisciplinares entre direito e saúde.

O principal método utilizado na obra é o de *storytelling*, que consiste em um método de narrativas. O *storytelling* jurídico pode ser observado, por exemplo, na Teoria Crítica Racial, justamente a partir do encorajamento para escritores negros e pardos a relatarem a sua visão acerca das narrativas dominantes do Direito.⁹

Sendo assim, considerando-se que o ambiente hospitalar é inteiramente novo para estudantes de Direito, o grupo se preocupou, em um primeiro momento, em promover um ciclo prévio de formação. Esse ciclo teve como objetivo fornecer aos estudantes os conhecimentos necessários para a adequada compreensão dos temas que poderiam ser encontrados ao longo do semestre, incluindo aulas introdutórias sobre o funcionamento do SUS e sobre desigualdade social.

As atividades de campo foram realizadas no HU, ao longo do primeiro semestre de 2025. No total, foram realizadas onze visitas ao hospital, cada uma com duração aproximada de três horas.

Antes do início das visitas, a equipe da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do HU ministrou uma aula preparatória aos estudantes, com orientações destinadas a garantir a segurança tanto dos membros do grupo quanto dos pacientes entrevistados. Nessa ocasião, foram apresentados os procedimentos adequados de higienização das mãos, bem como os equipamentos de proteção individual que deveriam ser utilizados antes da entrada nos quartos. Optou-se, ainda, por não entrevistar pacientes submetidos a restrição de contato, em razão da necessidade de preservação da segurança de todas as partes envolvidas.

Durante as visitas, os estudantes foram acompanhados pelo setor de serviço social do HU, que se dispôs a orientar e guiar os

⁹ SILVA, Delmo Mattos da; SILVA, Ítalo Viegas da; ALVES NETA, Maria da Conceição. Storytelling jurídico e análise narrativa: uma alternativa metodológica sociojurídica para o estudo de grupos vulneráveis no Direito. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Uberlândia**, Uberlândia, MG, v. 51, n. 1, p. 452–471, jan./jun. 2023.



alunos no ambiente hospitalar. A equipe de serviço social também contextualizava os casos considerados mais sensíveis em cada dia de visita. Ademais, a equipe de enfermagem prestou apoio contínuo, acompanhando e orientando as atividades desenvolvidas.

Foram selecionadas três alas do hospital para a realização das visitas: a neonatologia, a pediatria e a internação de adultos. Os estudantes foram organizados em três subgrupos, sendo um deles dedicado especialmente às alas de pediatria e neonatologia. Esse subgrupo foi composto exclusivamente por mulheres, com o objetivo de proporcionar maior conforto às mães entrevistadas.

As entrevistas foram realizadas com a divisão dos subgrupos em duplas ou trios para gerar o máximo de bem-estar para os pacientes, que se encontram em situações de alta vulnerabilidade. Logo, ao entrar no quarto dos pacientes, um dos estudantes explicava a finalidade da entrevista e a garantia de anonimato na participação, além do direito de a qualquer momento interromper a entrevista. Cumpre destacar que o projeto, apesar de não consistir em uma pesquisa acadêmica, optou por obter a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (CEP-HU), em conformidade com as exigências éticas aplicáveis à pesquisa envolvendo seres humanos, além de ser acompanhado de forma integral pela Superintendência do Hospital Universitário da USP.

Durante o período de escrita e revisão das narrativas, adotou-se a anonimização integral dos pacientes participantes das entrevistas, como medida essencial para a preservação de sua privacidade. Sendo assim, todos os nomes foram substituídos, e as narrativas foram deliberadamente combinadas, de modo a impedir qualquer possibilidade de identificação dos participantes.





CAPÍTULO 1: DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA NO ACESSO À SAÚDE

A dignidade da pessoa humana constitui um dos pilares estruturantes da ordem constitucional brasileira.¹⁰ Longe de se tratar de um conceito meramente abstrato, a dignidade opera como princípio central, orientando a interpretação e a concretização dos direitos fundamentais. Entre esses direitos, o acesso à saúde ocupa posição de destaque, por estar diretamente ligado à preservação da vida, da integridade física e psíquica e da autonomia dos indivíduos.

A dignidade da pessoa humana exige do Estado não apenas abstenções, mas prestações positivas indispensáveis à garantia de condições mínimas de existência.¹¹ No campo da saúde, isso significa assegurar não só o acesso formal aos serviços, mas também a sua efetividade. A mera previsão normativa do direito, dissociada de sua realização concreta, esvazia o próprio conteúdo da dignidade. Na mesma linha, a dignidade humana impõe ao Estado o dever de estruturar políticas públicas capazes de enfrentar desigualdades materiais profundas, sob pena de transformar direitos fundamentais em promessas vazias.¹² O direito à saúde, em um país marcado por assimetrias sociais e regionais, revela a intensidade dessa tensão entre norma e realidade.

É nesse ponto que se insere o SUS, concebido como política pública universal, integral e gratuita, responsável por atender a maior parte da população brasileira.¹³ Apesar de sua relevância histórica e institucional, o SUS convive com limitações estruturais

¹⁰ BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Organizado por Cláudio Brandão de Oliveira. Rio de Janeiro: Roma Victor, 2002. Art. 1º, III.

¹¹ SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 11. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012, p. 70.

¹² SARMENTO, Daniel. **Direitos fundamentais e relações privadas**. 1. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010, p. 285.

¹³ Sistema Único de Saúde (SUS): sistema público de saúde brasileiro criado pela Constituição Federal de 1988, regido pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade.



persistentes, que se manifestam no cotidiano dos serviços de saúde e afetam diretamente a experiência concreta dos usuários. Como vamos observar nos relatos, a dificuldade para marcar consultas especializadas, a demora para realização de exames diagnósticos e a interrupção de acompanhamentos de rotina, são amplamente relatadas por pacientes e profissionais da saúde.

No ambiente hospitalar, essas limitações tornam-se ainda mais visíveis. Não são raros os casos de pacientes que chegam aos hospitais públicos com fraturas decorrentes de acidentes e permanecem por semanas com membros imobilizados ou tracionados, aguardando a realização de cirurgias ortopédicas. Embora clinicamente estabilizados, esses pacientes permanecem internados por ausência de vaga cirúrgica, de equipe especializada ou de materiais, experimentando dor prolongada, perda funcional e sofrimento psíquico. Situações como essas evidenciam que a violação à dignidade não decorre apenas da ausência absoluta de atendimento, mas também da sua postergação indefinida ou da sua prestação em condições inadequadas.

A efetivação dos direitos sociais, entre eles, o direito à saúde, exige escolhas públicas complexas, planejamento, priorização e responsabilidade institucional.¹⁴ No entanto, tais dificuldades não podem servir de justificativa para a normalização de situações que atentam contra a dignidade humana, sobretudo quando envolvem sofrimento evitável, abandono institucional ou permanências forçadas em ambientes hospitalares por ausência de alternativas sociais.

É justamente nesse ponto que os relatos apresentados neste capítulo ganham centralidade. Ao narrar histórias concretas de pacientes submetidos a internações prolongadas, agravamento do estado de saúde física e mental e obstáculos reiterados ao exercício de seus direitos, o capítulo busca iluminar as zonas de fricção entre o modelo normativo de proteção à dignidade da pessoa humana e

¹⁴ BARROSO, Luís Roberto. **O novo direito constitucional brasileiro**: contribuições para a construção teórica e prática da jurisdição constitucional no Brasil. Belo Horizonte: Fórum, 2012, p. 237.



sua realização prática no âmbito do sistema de saúde brasileiro. Mais do que ilustrar falhas pontuais, esses relatos revelam dinâmicas estruturais de exclusão, invisibilidade e sofrimento, que desafiam o compromisso constitucional com a dignidade e exigem reflexão crítica e respostas institucionais consistentes.

1.1. Violência contra a População Carcerária

Ao chegarmos ao hospital em uma sexta-feira, nos deparamos com um médico em um dos corredores do pronto-socorro do HU. A conversa com o médico se iniciou na área dos leitos do pronto-socorro, em um saguão caótico, com grande movimento de profissionais sobrecarregados circulando rapidamente por entre dezenas de pacientes acamados e desconfortavelmente próximos uns dos outros.

Doutor Paulo, que auxiliava uma técnica de enfermagem em uma coleta de exames enquanto evitava apoiar-se na maca do paciente ao lado, aproximou-se e procurou saber sobre a atividade dos estudantes de direito que estavam por ali. Estávamos coletando relatos de pacientes daquele setor. O médico anestesista aparentava ser jovem, na faixa dos 30 anos e nos relatou que conserva uma postura crítica com relação à prática médica e que, além do HU, atua em diversos hospitais de São Paulo, como frisou mais de uma vez.

O doutor Paulo demonstrou grande interesse pelo projeto de pesquisa do nosso grupo e disse ser sensível a questões políticas e de desigualdade social. O médico afirmou que acredita que os seus colegas de profissão costumam estar completamente desconectados desses assuntos e que tinha um relato muito interessante para o nosso projeto, mas optou por não compartilhar em qual dos hospitais públicos a história ocorreu, pois tinha medo de se prejudicar.

O anestesista, que prefere este termo em substituição a “anestesiologista”, o qual seria excessivamente formalista, respondeu que poderia colaborar com material escrito. Para ele, escrever funciona como uma válvula de descompressão, “para digerir” situações diversas do dia a dia da profissão. Transcrevemos a seguir, então, esse



relato a que o doutor Paulo se referia. Muito gentilmente, ele nos enviou o texto por e-mail declarando satisfação com a possibilidade de ter essas ideias divulgadas. Pediu apenas a manutenção do sigilo, preocupado com algum possível mal-estar com colegas de trabalho. Nós agradecemos imensamente ao doutor Paulo por sua contribuição.

1.1.1. Punição Cirúrgica: o relato de um médico do SUS sobre o preconceito e o racismo na sala de cirurgia

Como anestesista, meu foco é controlar as várias reações do organismo em face de uma agressão cirúrgica. Dentre essas reações, a dor é uma das mais importantes. Controlar a dor é parte central dos meus esforços. Estudamos e combatemos diversos fenômenos ligados à dor, desde o estímulo mecânico periférico até a percepção consciente subjetiva. Começamos o cuidado antes do início da cirurgia e não paramos antes da alta hospitalar. Cuidar da dor que se manifesta após a cirurgia é tarefa obrigatória.

Gostaria de relatar um caso que me fez repensar os determinantes do sofrimento ligado à cirurgia. Faço esta introdução procurando demonstrar a atenção séria que dedico ao tema. Em parte, porque, com esse caso, cheguei a uma conclusão controversa entre meus pares. Concluo que, muito provavelmente, pessoas de certos grupos sociais são mais expostas ao sofrimento perioperatório, por receberem um cuidado médico de pior qualidade. Sendo mais direto e exemplificando: muito provavelmente, pessoas pretas recebem um pior cuidado anestésico-cirúrgico do que pessoas brancas, em um mesmo serviço e com os mesmos profissionais.

A Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA), entidade representativa dos anestesistas brasileiros, emitiu uma nota¹⁵ tratando exatamente desse assunto, em 2011. A nota vinha em resposta a um artigo de Marcelo Rubens Paiva publicado no Estadão, intitulado

¹⁵ SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA (SBA). Nota de Esclarecimento da Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA). In: SBA. 15 dez. 2017. Disponível em: <https://www.sbahq.org/nota-de-esclarecimento-da-sba/>. Acesso em: 12 jan. 2026.



“Pretas recebem menos anestesia”¹⁶, e a um episódio do programa Roda Viva com a convidada Elisa Lucinda. Tanto Marcelo Rubens Paiva quanto Elisa Lucinda dialogavam com os resultados de alguns estudos demográfico-populacionais¹⁷ que apontavam para essa discrepância, de componente étnico-racial.

Estudos desse tipo apontavam na época, e foram corroborados posteriormente pela literatura médica, que, entre muitas outras diferenças, é mais frequente entre pessoas pretas a realização de anestesia geral em detrimento da anestesia regional – raqui, peridural ou anestesia local –, em certos contextos clínicos.¹⁸

A “nota de esclarecimento” da SBA chama a atenção para a possibilidade de a raça ser um fator confundidor, de modo que a associação observada nos estudos seria devida simplesmente à classe social. Ou seja, sendo em média as pessoas pretas mais pobres, elas teriam acesso a um cuidado de saúde em média mais limitado. Segundo a nota, não se trataria, de maneira alguma, de afirmar que a medicina e os seus médicos fossem racistas ou preconceituosos.

Eu estava de plantão em um hospital-escola consagrado da capital paulista. O paciente era um rapaz de 19 anos, negro, saudável, atlético, com quadro típico de apendicite aguda não complicada. Fui chamado para realizar a anestesia e me explicaram que seria uma apendicectomia por via aberta. Provavelmente a primeira informação que me foi dada sobre o paciente foi o fato de ele estar preso. Entrou no centro cirúrgico algemado à cama e escoltado por dois policiais armados. “Nessa idade já está trabalhando”, diz o

¹⁶ PAIVA, Marcelo Rubens. Pretas recebem menos anestesia. **O Estado de S. Paulo**, São Paulo, 09 abr. 2011. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/cultura/pretas-recebem-menos-anestesia-imp-/>. Acesso em: 12 jan. 2026.

¹⁷ LEAL, M.C; GAMA, S.G.N.; CUNHA, C.B. Racial, sociodemographic, and prenatal and childbirth care inequalities in Brazil, 1999–2001. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 100–107, 2005.

¹⁸ ALHAJ, Zainab; KLETO, George; ALMUBAID, Zainab; ALMOSA, Mohammed O.; ALMOSA, Abdullah; MOHAMED, Sara. Racial disparities in anesthesia care: a systematic review of pain management and patient outcomes. **Cureus**, v. 16, n. 9, e68992, 9 set. 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39385917/>. Acesso em: 16 jan. 2026.



cirurgião. A condenação do paciente seria o assunto do dia, de modo inescapável. “Devia estar na igreja”, alguém brincou, em resposta ao questionamento da enfermeira sobre qual teria sido o seu crime.

Trata-se de uma situação recorrente para a equipe de profissionais de saúde: um tom agressivo e de sarcasmo, ou, por vezes, expressamente de ódio, ao se referir a um paciente “privado de liberdade”, conforme o jargão médico.

Menos comum, mas também ocorrente, é a agressão direta por um profissional de saúde, inclusive médico, como vingança ou justiça pelas próprias mãos. Ocorre, por exemplo, para citar o que eu já testemunhei em outras ocasiões, a não realização de assepsia adequada para procedimentos invasivos, o não uso de anestésicos locais para suturas, a opção por agulhas desnecessariamente mais calibrosas. As punções se tornam punições.

Observo que médicos e outros profissionais de saúde facilmente aderem à narrativa das mídias de massa, que parecem promover a concepção de que jovens negros apenados são muito mais do que condenados por furto ou tráfico de drogas: são bandidos, terroristas ou a última e mais completa encarnação do mal.

É o que se chama de “criminologia do outro”, no campo da sociologia da punição,¹⁹ se eu bem entendi o conceito no breve contato que eu tive com esse assunto: o criminoso é um estrangeiro, um inimigo, um monstro. A oposição seria a “criminologia de si”, que concebe o criminoso como um semelhante, alguém que faça escolhas racionais diante de opções e falta de oportunidades. Nessa concepção, o criminoso faz o que nós, médicos, provavelmente faríamos se estivéssemos no lugar dele. Então, para concluir a digressão, fica difícil para mim acreditar que os médicos e outros profissionais da saúde estariam imunes aos preconceitos presentes na sociedade, como sugere a nota da SBA.

¹⁹ GARLAND, David. As contradições da “sociedade punitiva”: o caso britânico. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 13, p. 59–80, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/gDHjvtQy9VR7Ft6vZRF9gZt/?lang=pt>. Acesso em: 16 jan. 2026



O atendimento ao jovem apenas continuou sem grandes interferências. Os comentários sarcásticos mostraram-se inocentes, no sentido de não terem sido realizados diante do rapaz e de aparentemente não terem prejudicado o procedimento em si. Houve, porém, outros dois desvios importantes para esta reflexão, que efetivamente deram origem a esta reflexão: a opção pela via cirúrgica aberta e não por videolaparoscopia, além da pressão para que eu optasse pela anestesia geral e não pela raqui.

Antes de entrar na sala operatória, o rapaz mostrou-se fechado. Mantinha uma postura contida, numa mistura talvez de desconfiança e apreensão. Falava pouco, falava baixo, respondia com “sim” ou “não”, mantinha a cabeça baixa.

Colaborativo, acolheu com prontidão o comando: “pode passar para a mesa cirúrgica”. As algemas haviam sido retiradas minutos antes da entrada na sala, para a inquietação dos policiais que o acompanhavam. “Esses meninos são ninja”, um deles disse em outro momento.

Deitado na mesa cirúrgica, o rapaz, que agora aparentava estar mais ansioso, olhava ao redor. Em meio aos ajustes dos monitores, realizados rapidamente, e a uma conversa vaga sobre como seria tranquilo, ele me fez uma pergunta significativa: “vai ficar doendo muito depois?”. Perguntou com seriedade e esperava a resposta com atenção. Respondi buscando distrair ou dissipar a preocupação, disfarçando o meu próprio desconforto, dizendo que “não vai doer nada!”.

Internamente, porém, já estava com esta reflexão incômoda. Afirmar logo no começo que essa é uma questão central para o anestesista. Nesse caso, ainda, havia aqueles desvios de conduta a que me referi.

A opção pela apendicectomia por via aberta é raríssima. Na grande maioria dos casos de apendicite aguda, opta-se pela cirurgia videolaparoscópica, que consiste na instrumentação do abdome através de pequenos orifícios na parede abdominal, por onde são introduzidos, além dos instrumentos como pinças e tesouras, uma



câmera com uma fonte de luz e uma entrada de gás carbônico pressurizado. Com isso há uma insuflação do abdome, possibilitando a visualização e a operação dos órgãos em uma televisão. A cirurgia por via aberta, que é o método mais antigo e superado, conta com uma incisão maior no abdome, na região da fossa ilíaca direita, quase ao nível da cintura. Por essa incisão, uma parte do intestino é exteriorizada para operação direta do apêndice e regiões anexas.

A cirurgia por videolaparoscopia apresenta algumas vantagens, entre as quais se destacam uma recuperação mais rápida, em termos de dor e funcionalidade, e um menor comprometimento estético. Suponho que haja alguma vantagem também quanto ao risco de infecção ou ao risco de hérnia incisional. A cirurgia aberta também não possibilita uma avaliação mais ampla da cavidade abdominal. Na prática, a única situação em que se indica a apendicectomia aberta é a falta de recursos disponíveis para a realização da cirurgia por vídeo. Não era o caso do hospital em que eu estava.

Por que apendicectomia aberta? Por que nesse paciente? Era um caso simples, típico... Seria para treinamento do médico residente? Aproveitaram um paciente “bandido” como cobaia para o residente praticar uma técnica quase obsoleta, ainda que tradicional? Punição? Imaginei que teria ocorrido algum problema com o aparelho naquele dia. Não sou cirurgião, não tenho plena competência para essa avaliação.

Há um segundo dilema, agora da minha área de competência: anestesia geral ou raqui com sedação. Entendo que a única vantagem da apendicectomia por via aberta é a possibilidade de uma anestesia satisfatória com a raqui. Isso porque a raqui, coincidentemente, a exemplo do que se discutiu no primeiro dilema, possibilita um melhor controle de dor no pós-operatório e uma recuperação mais rápida. A cirurgia videolaparoscópica exige a anestesia geral, para que ocorra uma boa acomodação do gás carbônico insuflado no abdome, evitando dor e desconforto respiratório. Essa modalidade – a anestesia geral –, porém, depende de agentes anestésicos venosos em dose mais alta, gerando uma certa “ressaca” após o procedimento – inclusive



com eventuais náuseas e vômitos de difícil tratamento – e um maior tempo de mal-estar. A raqui permite uma analgesia potente com doses baixíssimas de medicamentos, pois estes são administrados mais diretamente na medula espinhal. Essa analgesia é efetiva e duradoura.

Para responder mais precisamente à pergunta do rapaz, portanto, eu poderia dizer que “sendo raqui, vai ficar doendo muito menos depois”. Idealmente, então, para completar o quadro clínico, em termos de sofrimento pós-operatório, teríamos como melhor opção a combinação hipotética, praticamente inexistente, de cirurgia videolaparoscópica com raqui. Certamente não teríamos a infeliz combinação de cirurgia aberta com anestesia geral, certo?

Pois, estranhamente, ocorreu alguma pressão por parte do restante da equipe para que eu optasse pela anestesia geral. Eu estava preparando a sala para realizar uma raqui, sem qualquer dúvida. Nem havia cogitado a anestesia geral. Demorei, inclusive, para perceber a resistência.

“Ninguém está confiando muito na raqui”, disse a enfermeira. “A manipulação abdominal pode ser um pouco maior e a raqui pode não ser suficiente”, disse o cirurgião. “Esses meninos são ninja”, disse o policial. E então acho que eu finalmente entendi o principal motivo por trás dessa preferência inédita: queriam uma contenção química.

A raqui para um procedimento simples como esse costuma ser acompanhada de uma sedação leve. O paciente respira espontaneamente, sem a ajuda de aparelhos, e pode despertar ao chamado. A anestesia geral é uma sedação muito profunda, com supressão da respiração e da movimentação, necessitando de suporte ventilatório intensivo, com intubação orotraqueal e ventilação mecânica. Acho que minha equipe queria que eu “apagasse” o rapaz, no jargão médico, é claro, não no jargão policial. Acho que eles queriam evitar qualquer tipo de contato com ele.

Entendo o incômodo, admito que eu mesmo me senti desconfortável com essa interação. Incluiria o medo de um comportamento violento do rapaz. Mas a anestesia não era para nós. Desconversei. Foi feita a raqui e o rapaz colaborou. Sem problemas.



Foi necessária uma sedação um pouco mais intensa, pois o garoto pareceu ser meio “ninja” mesmo, exibindo alguma resistência aos medicamentos. Nada fora do padrão, porém, para um paciente do seu perfil: jovem, saudável, atlético e ansioso. Uma vez iniciado o procedimento cirúrgico, este transcorreu de maneira habitual e o tom sarcástico cessou.

Conclusão: esse caso, para mim, revela a mediocridade da equipe médica. Mediocridade no sentido de normalidade, de ausência de destaque com relação à média. Médicos não são deuses isentos das falhas humanas e imunes às feridas da sociedade. Se há criminologia do outro na televisão, há criminologia do outro nas cabeças dos médicos e isso interfere no cuidado que o paciente apenas recebe. Por extensão lógica, só posso concluir que se há racismo na sociedade, há racismo nas cabeças dos médicos e isso interfere no cuidado que o paciente recebe.

(Ricardo)

1.2. Um retrato da superlotação e do agravamento do estado de saúde física e mental do paciente.

Após agradecermos o doutor Paulo e seguirmos a nossa visita, entramos no quarto de José, um homem com cerca de 40 anos, pardo. A experiência de José é, antes de tudo, o retrato vivo de um sistema de saúde exaurido, que opera permanentemente no limite e que encontra, nas histórias individuais, a expressão mais concreta de suas falhas estruturais. Seu relato evidencia como as violações do direito à saúde aparecem de forma material, sensorial e cotidiana para os usuários do SUS. José ficou grato pela oportunidade de conversar conosco e compartilhar justamente essa percepção sobre o estado em que se encontra o sistema de saúde pública brasileiro.

Após sentir fortes dores na vesícula, ele inicia sua trajetória buscando atendimento em uma Unidade de Pronto Atendimento



(UPA), onde recebe acolhimento, escuta e diagnóstico inicial. Esse primeiro contato gera confiança e reforça a imagem positiva do SUS enquanto espaço público de cuidado, fortalecendo a ideia de que o sistema, apesar de suas fragilidades, é reconhecido pelos usuários como uma referência de acolhimento. A partir do momento em que chega ao HU, o paciente vivencia dificuldades: José teve que ficar acomodado em cadeiras no corredor, pela falta de leitos disponíveis devido à superlotação, o que o fez se sentir humilhado e totalmente inseguro. O paciente nos contou, de maneira muito lúcida, que sua condição não é fruto de descaso dos profissionais, pois ele elogia os profissionais do HU envolvidos.

O uso prolongado de cadeiras improvisadas, sob luz constante, sem espaço adequado para repouso, sem privacidade e muitas vezes próximo a situações de dor e sofrimento alheio, o que representa muito mais do que desconforto: é uma forma de descumprimento do dever constitucional de acesso à saúde. Sendo assim, permite-se visualizar o conceito de descontinuidade do cuidado, alvo central de críticas na literatura da saúde coletiva.

Os médicos o atualizavam constantemente sobre a disponibilidade dos leitos, e estavam visivelmente preocupados com seu bem-estar, mas casos de pacientes considerados emergenciais, como pessoas gravemente feridas, iam passando na sua frente. Ele ficou sete dias nesta situação até ser encaminhado para um leito, onde se constatou o agravamento de sua condição, o que ele atribui também ao período de espera pelo leito, resultando na remoção do órgão que nesse ponto já estava completamente necrosado.

A necrose que se desenvolve enquanto ele espera por atendimento não se deve a uma conduta imprudente, negligente ou imperita de um profissional específico, mas ao fato de que os profissionais não dispõem das condições materiais necessárias para agir a tempo, já que o sistema de saúde como um todo se encontra totalmente sobrecarregado.

José fez questão de destacar que o atendimento no hospital era ótimo, com o problema sendo a superlotação, enfrentada por



hospitais públicos devido à negligência do Estado. Na sua opinião, a precarização no oferecimento de serviços de saúde pública o faz ter a impressão de que o SUS “está morrendo”.

Esse conceito é central para o debate da responsabilidade civil do Estado. O caso dele ilustra a diferença entre responsabilizar o “médico que não viu” e responsabilizar um sistema que impede o médico de ver. A espera em condições adversas acelera o dano, e o dano, embora não intencional, é produzido pelo próprio arranjo institucional. Isso é reflexo de uma falha organizacional crítica, quando a estrutura é tão inadequada que produz resultados danosos independentemente da atuação individual.

O caso de José nos permite refletir acerca da superlotação no sistema de saúde brasileiro. No caso do HU, constata-se atualmente uma situação crítica de superlotação, com ocupação do pronto-socorro chegando a mais de 300% acima da capacidade prevista.²⁰ Esse quadro reflete um conjunto de fatores que se acumulam ao longo do tempo, como a limitação da estrutura física, a falta de profissionais em número suficiente e a consequente impossibilidade de abrir todos os leitos disponíveis, especialmente em unidades de maior complexidade, como UTI e semi-intensiva. Estima-se que cerca de 100 leitos estejam inutilizados por ausência de equipe, o que agrava a sobrecarga no atendimento. Assim, pacientes considerados menos graves, como no caso de José, chegam a esperar mais de seis horas para atendimento, enquanto os profissionais de saúde enfrentam uma rotina marcada pelo excesso de demanda e pela complexidade crescente dos casos recebidos.

No ofício da Associação de Docentes da Universidade de São Paulo (ADUSP), que tem como função representar interesses da comunidade acadêmica da USP, são levantadas demandas essenciais que aprofundam a compreensão do problema. Em primeiro lugar,

²⁰ QUEIROZ, Júlia. Superlotação: hospital da USP tem ocupação 300% acima da capacidade. **Metrópoles**, São Paulo, [s. d.]. Disponível em: <https://www.metrópoles.com/sao-paulo/superlotacao-hospital-da-usp-tem-ocupacao-300-acima-da-capacidade>. Acesso em: 16 set. 2025.



afirma-se que os serviços existentes na região oeste de São Paulo são insuficientes para atender às necessidades da população.²¹ Ademais, entre os pontos destacados, está a necessidade de responsabilização dos órgãos públicos competentes pela adoção de medidas efetivas para restabelecer a normalidade no atendimento. Também se exige transparência nas ações orçamentárias: é necessário que se divulguem os dados reais de custo de manutenção do hospital, número de leitos ativos versus inativos por falta de pessoal, taxas de ocupação diária e tempo médio de espera, de modo a dar visibilidade aos gargalos operacionais.²²

Além disso, o ofício da ADUSP ressalta que a superlotação não é apenas uma questão de atendimento médico imediato, mas está ligada à saúde do trabalhador, à qualidade de ensino e à pesquisa, já que o HU é uma instituição universitária. Profissionais e estudantes são afetados por condições degradantes de trabalho, pela sobrecarga e pelo comprometimento da segurança do paciente. O documento aponta também que a subutilização de leitos por falta de pessoal configura um desperdício de recursos públicos, visto que a estrutura existe, os equipamentos estão lá, mas não há quem os opere adequadamente.²³

O hospital tem redirecionado casos de menor urgência para Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Pronto-Atendimento

²¹ ASSOCIAÇÃO DE DOCENTES DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (ADUSP). O atendimento prestado pelo HU “não tem sido mais o mesmo e, infelizmente, a população tem sentido diretamente o impacto das mudanças”, reconhece superintendente do hospital em ofício à Secretaria Estadual da Saúde. In: ADUSP. São Paulo: ADUSP, 31 jan. 2025. Disponível em: <https://adusp.org.br/saude-publica/oficio-hu/>. Acesso em: 16 set. 2025.

²² ASSOCIAÇÃO DE DOCENTES DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (ADUSP). O atendimento prestado pelo HU “não tem sido mais o mesmo e, infelizmente, a população tem sentido diretamente o impacto das mudanças”, reconhece superintendente do hospital em ofício à Secretaria Estadual da Saúde. In: ADUSP. São Paulo: ADUSP, 31 jan. 2025. Disponível em: <https://adusp.org.br/saude-publica/oficio-hu/>. Acesso em: 16 set. 2025.

²³ ASSOCIAÇÃO DE DOCENTES DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (ADUSP). O atendimento prestado pelo HU “não tem sido mais o mesmo e, infelizmente, a população tem sentido diretamente o impacto das mudanças”, reconhece superintendente do hospital em ofício à Secretaria Estadual da Saúde. In: ADUSP. São Paulo: ADUSP, 31 jan. 2025. Disponível em: <https://adusp.org.br/saude-publica/oficio-hu/>. Acesso em: 16 set. 2025.



(UPA), na tentativa de aliviar a pressão sobre o pronto-socorro, além de já ter sido obrigado a suspender atendimentos e cirurgias eletivas em ocasiões recentes. A administração reconhece a gravidade da situação e vem apontando a necessidade de investimentos estruturais e de contratações regulares, de modo a reabrir leitos e assegurar o funcionamento adequado do hospital.

A situação do HU reflete um fenômeno comum no Brasil, que é a superlotação nos serviços de emergência hospitalar (SEH).²⁴ A inadequada avaliação do destino dos pacientes nas primeiras 24 horas, representada no caso de José, mas que é recorrente em muitos outros, é apontada como um dos fatores que contribuem para a superlotação. Esse processo de triagem deve ser repensado em toda a rede de saúde, já que grande parte dos usuários que procuram os serviços de emergência deveria, na verdade, ter sido atendida pela principal porta de entrada do SUS: a atenção primária.

Esse desvio de fluxo gera sobrecarga indevida nos SEH, uma vez que pacientes de baixa gravidade acabam competindo por espaço e recursos com casos mais complexos, intensificando o fenômeno da superlotação. Os usuários não buscaram previamente serviços de menor complexidade, fenômeno esse que também foi observado no HU.²⁵ Tal dado permite concluir que muitos atendimentos poderiam ter sido resolvidos em unidades básicas de saúde, o que reduziria de forma significativa o tempo de espera nas emergências. Nesse contexto, compreende-se a iniciativa do HU de restringir o acesso direto de pacientes ao pronto-socorro.

Outro problema identificado é a permanência prolongada de pacientes graves nos SEH, mesmo após o atendimento inicial.²⁶ Em muitos casos, eles permanecem em observação até receberem alta ou encaminhamento para internação, o que, segundo relatos de

²⁴ DA SILVA, Dênisson Pereira et al. Impactos da superlotação dos serviços hospitalares de urgência e emergência: revisão integrativa. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, Canoas, v. 14, n. 17, p. 65, 2020.

²⁵ DA SILVA et al., Impactos da superlotação dos serviços hospitalares, p. 65.

²⁶ DA SILVA et al., Impactos da superlotação dos serviços hospitalares, p. 65.



profissionais, representa uma das maiores dificuldades no dia a dia de trabalho. O correto, no entanto, seria que esses pacientes, após estabilização, fossem encaminhados de volta à atenção primária para seguimento adequado. Nesse sentido, a regionalização e a hierarquização do sistema de saúde exigem que os usuários sejam encaminhados a unidades especializadas apenas quando necessário, e que, após o atendimento, retornem à unidade básica de origem para continuidade do cuidado, por meio do mecanismo de referência e contrarreferência. Para que isso ocorra de forma efetiva, é indispensável a existência de um fluxo de informações ágil e eficiente entre as diferentes instâncias do SUS, hospitais, postos de saúde e unidades públicas ou privadas credenciadas, ainda que situadas em municípios ou estados distintos.²⁷

José agradeceu novamente a oportunidade de compartilhar a sua história e afirmou que, apesar da demora no atendimento, é muito grato pelo acompanhamento que vem recebendo no HU.

(Arthur e Vinícius)

1.3. A falha diagnóstica como demonstrativo da falha estrutural do sistema

Fomos direcionados pela assistente social para outro quarto do hospital, onde se encontrava Antônio, um senhor muito simpático, de aproximadamente 60 anos, pardo. Desde o primeiro momento, ele se mostrou bastante receptivo, demonstrando alegria em nos receber e também muita disposição para conversar.

A trajetória de Antônio revela um conjunto de tensões que atravessam o cuidado em saúde: o papel da atenção primária e das

²⁷ BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Art. 14-A, III, incluído pela Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm



portas de urgência, a falha diagnóstica em quadros graves, os limites da responsabilidade civil do Estado e a percepção do próprio usuário sobre o funcionamento do sistema. É um caso que demonstra como, mesmo em contextos aparentemente menos vulneráveis que os demais entrevistados, a fragilidade estrutural do SUS pode produzir riscos sérios.

Sua postura aberta e acolhedora fez com que o diálogo fluísse de forma natural. Antônio iniciou a conversa nos contando um pouco de sua história de vida. Ele relatou que migrou do Nordeste para São Paulo ainda na adolescência, em busca de melhores oportunidades. Ao longo dos anos, fez cursos profissionalizantes, especificamente para se tornar chaveiro e desenhista mecânico. Sua trajetória profissional foi linear e estável: trabalhou durante muitos anos como chaveiro e, por esse motivo, hoje recebe aposentadoria pelo INSS. Ao falar sobre sua vida profissional, demonstrava orgulho por ter conseguido construir uma carreira e garantir sua aposentadoria.

Intrigados, perguntamos então o motivo de ele estar internado no Hospital Universitário. Seu adoecimento começou de forma aparentemente banal: cansaço durante o trabalho, falta de ar, mal-estar contínuo. Ele explicou que estava pintando diversas portas e utilizando uma tinta acrílica forte. Após algum tempo realizando essa atividade, começou a se sentir muito cansado e como já estava próximo do horário do almoço, decidiu parar. Ao subir uma rua para ir até o restaurante, precisou se apoiar em um poste, pois estava com falta de ar. Depois de descansar um pouco, conseguiu almoçar normalmente e retornou ao trabalho. No entanto, no dia seguinte, os mesmos sintomas voltaram a aparecer o que o impediu de conseguir dormir. Esses episódios persistiram por cerca de dois dias, o que o levou a procurar atendimento médico.

Antônio nos contou que foi, inicialmente, à UPA. Lá, segundo seu relato, o atendimento foi extremamente rápido e superficial: o médico mal o examinou e acabou prescrevendo um xarope e um comprimido para dor. A superficialidade do atendimento é, por si só, um dado que merece atenção. Em um quadro compatível com



síndrome coronariana aguda, o exame clínico ligeiro e a prescrição de medicamentos sintomáticos representam risco grave à vida.

Como os sintomas continuaram, Antônio decidiu procurar o Ambulatório Médico de Especialidades (AME), onde foi orientado a se dirigir à UPA. Após peregrinação entre diferentes unidades, finalmente obteve diagnosticada a gravidade de sua condição, possivelmente um infarto silencioso. Foi encaminhado ao Hospital Universitário para passar por um procedimento de cateterismo. Quando conversávamos com ele, Antônio aguardava para ser chamado para a realização do procedimento. Ele procurava se manter calmo e conversou conosco com uma tranquilidade que contrastava com a seriedade de seu estado de saúde.

O intervalo entre o primeiro atendimento inadequado e o diagnóstico na última unidade poderia ter sido suficiente para transformar um evento grave em um evento fatal. Em um outro cenário, Antônio poderia simplesmente não ter procurado outro serviço de saúde, confiando plenamente na prescrição que lhe foi dada. Nesse caso, seu quadro poderia ter se agravado de forma significativa, colocando não apenas sua saúde, mas também sua própria vida em risco. O desfecho positivo não elimina a falha anterior.

A trajetória de Antônio evidencia a importância da atenção qualificada na porta de entrada. A UPA tem função definida: acolher emergências, estabilizar, diagnosticar o que for possível e encaminhar com segurança.²⁸ Não existe justificativa técnica para que um paciente com sintomas típicos de comprometimento cardíaco receba apenas xarope e analgésico. Ainda que a obrigação médica seja de meio, não de resultado, existe um padrão mínimo de diligência, investigação e prudência.²⁹ No caso, esses elementos foram negligenciados.

²⁸ PREFEITURA DE SÃO PAULO. UPA: saiba quando procurar este serviço na rede municipal. In: Secretaria Municipal da Saúde. São Paulo, 28 set. 2025. Disponível em: <https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/upa-saiba-quando-procurar-este-servi%C3%A7o-na-rede-municipal>. Acesso em: 16 set. 2025.

²⁹ CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de responsabilidade civil**. 15. ed. São Paulo: Atlas, 2022



A narrativa permite analisar de forma concreta os limites da responsabilização jurídica por erro médico. Embora o atendimento inadequado possa ter colocado em risco a vida do paciente, a jurisprudência³⁰ aponta que a responsabilização exige comprovação inequívoca de três elementos: o dano efetivamente sofrido, o nexo causal e a conduta culposa.³¹ Na prática, a dificuldade reside na prova técnica. A perícia, realizada por outro médico, é frequentemente determinante, e o corporativismo estrutural da categoria cria barreiras para o reconhecimento judicial da negligência. Além disso, muitos quadros cardíacos evoluem de maneira imprevisível, o que facilita argumentos defensivos de que o dano decorre da própria doença, não da conduta médica.

No entanto, independentemente da responsabilização civil, há aqui um dado inafastável: o atendimento inicial foi inadequado, e essa inadequação revela falha estrutural, não apenas individual. A pressa no atendimento, a falta de exames, a ausência de escuta clínica qualificada e a banalização de sintomas graves compõem um cenário em que o sistema, operando no limite, reduz a capacidade dos profissionais de exercer prudência. É uma forma de violência institucional silenciosa: não há intenção de causar dano, mas há condições que o favorecem.

É possível relacionar a questão do erro e da negligência médica com o problema da superlotação, que foi notada já no caso de José. A atuação do médico não pode ser analisada de forma isolada, dissociada do contexto de crise estrutural em que se encontra a saúde pública brasileira. A ocorrência de um erro não advém, necessariamente, da conduta individual do médico, mas pode ser resultado de uma cadeia de falhas que se inicia já na chegada do paciente à UBS, quando enfrenta longas horas de espera para a triagem, passando pelo atendimento de enfermagem, pela prescrição, até a retirada de medicamentos, por exemplo.

³⁰ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.109.343/RS, 3ª Turma, Brasília, DF, 2 jun. 2009. DJe 23 jun. 2009.

³¹ CAVALIERI FILHO, Programa de responsabilidade civil.



A lógica que rege o erro médico pode ser comparada à de um acidente aéreo: ainda que exista erro humano, é imprescindível observar o funcionamento do sistema como um todo. De modo análogo, o erro médico não deve ser compreendido apenas como responsabilidade do médico, mas como expressão de falhas distribuídas ao longo de toda a rede de atenção em saúde, envolvendo múltiplos profissionais e etapas do cuidado.³²

Ainda assim, a presença de uma questão social na saúde, isto é, a limitação na alocação de recursos, não deveria eliminar a responsabilidade pelos danos efetivamente causados. Além disso, um erro pode não ocorrer de forma isolada, mas de maneira sistêmica, afetando um número maior de pessoas e tornando a falha médica uma questão que facilmente se conecta à saúde pública.

O itinerário terapêutico posterior foi mais adequado. Ao procurar o AME, que, tecnicamente, não deveria ser porta de entrada,³³ recebeu a orientação correta de retorno à UPA, onde finalmente foi reconhecida a gravidade do caso e realizado o encaminhamento para o hospital. Esse percurso mostra que, quando a rede funciona minimamente alinhada, há possibilidade de correção do erro inicial. Mas também reforça um aspecto crítico: o diagnóstico correto não deveria depender da insistência do paciente ou da aleatoriedade do profissional que o atende. No caso de Antônio, a falha não está no resultado em si, mas na forma como o atendimento inicial foi conduzido, o que evidencia a importância de uma escuta atenta, de uma avaliação adequada e de um compromisso real com a segurança do paciente.

Em relação ao sistema de saúde, Antônio percebe o SUS como amplo, complexo e difícil de melhorar, dada a dimensão do país. Atribui a precariedade do atendimento à falta de médicos, revelando uma visão comum entre usuários, mas que simplifica a questão:

³² FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito médico**. 12. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2014, p. 257.

³³ SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Ambulatório Médico de Especialidades (AMEs). In: Governo do Estado de São Paulo. Disponível em: <https://saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidadao/ambulatorio-medico-de-especialidades-ames/ambulatorio-medico-de-especialidades-ames>. Acesso em: 12 jan. 2026.



a insuficiência de profissionais existe, mas ela é consequência de problemas maiores, como subfinanciamento crônico, má gestão, concentração geográfica de especialistas, fragilidade da atenção básica e sobrecarga de urgências.

A conversa seguiu de maneira leve e descontraída, e aproveitamos o momento para perguntar o que ele gostava de fazer em seu tempo livre, além de questionarmos se praticava algum esporte, especialmente pelo fato de possuir problemas cardíacos, já que a prática de atividades físicas é uma importante forma de prevenção e cuidado com esse tipo de condição. Antônio respondeu com bastante humor, dizendo que praticava “levantamento de garfo”, arrancando risadas, mas logo completou que, além disso, não praticava nenhum esporte regularmente.

Ele também nos contou que sua esposa gosta muito de andar de bicicleta quando os dois visitam o litoral norte de São Paulo, momentos que descreveu com empolgação. No entanto, comentou que ambos acham extremamente frustrante a falta de espaços adequados de lazer no bairro em que vivem, na Grande São Paulo. Segundo ele, se houvesse mais áreas apropriadas para atividades ao ar livre perto de onde mora, teria prazer em andar de bicicleta com a esposa com mais frequência, o que torna evidente como a ausência de infraestrutura urbana também impacta diretamente na qualidade de vida e na saúde da população.

Esse problema relacionado à falta de áreas de lazer é uma ilustração muito clara de uma questão histórica que atinge a cidade de São Paulo. A escassez de áreas verdes nas regiões periféricas é resultado de um processo de urbanização profundamente desigual, no qual o planejamento urbano privilegia determinadas áreas da cidade em detrimento de outras. Dessa forma, os principais parques, áreas verdes e centros de lazer acabaram se concentrando em regiões economicamente mais valorizadas, enquanto os bairros periféricos permanecem carentes desses espaços.³⁴

³⁴ GÓES, J. A.; RIBEIRO, S. M. L. Desigualdades socioespaciais e distribuição de áreas verdes urbanas: um enfoque na cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Estudos**



A ausência de áreas verdes gera diversas consequências negativas para a população que vive nesses locais. Entre elas, destacam-se o aumento da temperatura local, a piora da qualidade do ar e da água, além do crescimento de doenças respiratórias diretamente relacionadas a esses fatores ambientais. Além dos impactos físicos, há também efeitos significativos na saúde mental da população,³⁵ como o aumento dos níveis de estresse, ansiedade e depressão, agravados pela falta de espaços de convivência, lazer e contato com a natureza. Essa desigualdade na distribuição de áreas verdes e de lazer reforça ainda mais as divisões sociais e espaciais da cidade, fazendo com que as populações em situação de maior vulnerabilidade sejam também as mais afetadas por essas carências.³⁶

Assim, a falta de políticas públicas voltadas à criação e manutenção de espaços verdes nas periferias não é apenas uma questão urbanística, mas também um problema de saúde pública e de justiça social. Com base no relato de Antônio, refletimos sobre como a desigualdade está diretamente atrelada ao nível de sofrimento climático.³⁷ Nesse contexto, as mudanças climáticas tendem a afetar de forma distinta os territórios pobres e os mais ricos.³⁸

Essa observação, à primeira vista simples, tem dimensão estrutural: a prevenção de doenças cardiovasculares depende de

Urbanos e Regionais (RBEUR), São Paulo, v. 20, n. 2, p. 187–207, 2018.

³⁵ IRALA, Bruna. Falta de cobertura verde na região metropolitana de São Paulo aumenta casos de ansiedade. **Jornal da USP**, Universidade de São Paulo, 8 out. 2021. Disponível em: <https://jornal.usp.br/?p=455863>. Acesso em: 16 set. 2025.

³⁶ QUIRINO, Matheus Lopes. Desigualdade ambiental em São Paulo: por que o direito ao verde não é para todos. **Mongabay Brasil**, [s.l.], 16 abr. 2024. Disponível em: <https://brasil.mongabay.com/2024/04/desigualdade-ambiental-em-sao-paulo-por-que-o-direito-ao-verde-nao-e-para-todos/>. Acesso em: 16 set. 2025.

³⁷ QUASE 80% dos pobres do mundo vivem em regiões expostas a riscos climáticos. **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento**, [s.l.], 17 out. 2025. Disponível em: <https://www.undp.org/pt/brazil/press-releases/quase-80-dos-pobres-do-mundo-vivem-em-regioes-expostas-riscos-climaticos>. Acesso em: 16 set. 2025.

³⁸ DESIGUALDADE climática: estudo aponta que população mais pobre sofre consequências maiores por causa do calor. **G1**, [s.l.], 16 abr. 2025. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sorocaba-jundiai/noticia/2025/04/16/desigualdade-climatica-estudo-aponta-que-populacao-mais-pobre-sofre-consequencias-maiores-por-cao-do-calor.ghtml>. Acesso em: 16 set. 2025.



hábitos que o território precisa possibilitar. Como veremos a seguir, os determinantes sociais da saúde são essenciais para compreendermos a saúde como algo dependente de diversas condições, como moradia, lazer, renda, mobilidade, ambiente. Logo, a saúde não se limita ao corpo, pois depende do ambiente urbano, da existência de parques, ciclovias, calçadas adequadas e segurança. Sem isso, o cuidado preventivo se torna desigual.

(Vinícius, Ariane e Arthur)



CAPÍTULO 2: DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Durante as nossas visitas ao HU, notamos que as condições sociais e econômicas dos pacientes, muitas vezes, são interpretadas como desconexas da saúde, quando, na realidade, são mais relevantes do que qualquer outro fator. José, paciente retratado no capítulo anterior, ilustra esse fenômeno: além de perder um órgão, ele perde estabilidade econômica, previsibilidade e autonomia. A doença o retira da circulação social e o expõe ao risco de uma vulnerabilidade prolongada.

No caso de José, o paciente é trabalhador, depende da própria força de trabalho para sobreviver, não possui renda garantida e não tem acesso facilitado a benefícios sociais enquanto está internado. A internação prolongada em condições precárias gera perda de renda, instabilidade, aflição financeira e agravamento de seu sofrimento psicológico. José relata constantemente a preocupação com contas, família e emprego, fatores que contribuem para o estresse tóxico que acompanha o adoecimento em populações vulneráveis. O caso desse paciente reforça o adoecimento como um gatilho para processos de empobrecimento. Ao final de sua trajetória, o paciente, assim como diversos outros entrevistados, não expressa revolta individualizada; expressa indignação estrutural. Ele reconhece a boa vontade dos trabalhadores, mas percebe que há algo muito maior e mais profundo impedindo o cuidado adequado.

Os determinantes sociais da saúde atravessam o caso de José, mas também todos os relatos desta obra. Torna-se claro que, sem políticas públicas articuladas em múltiplas áreas, o verdadeiro acesso à saúde não se concretiza.³⁹ Todos os relatos podem e devem ser analisados à luz desse mesmo entendimento. Assim, a saúde de uma pessoa revela-se inseparável das condições de vida nas quais ela está inserida.

Nesse contexto, o Relatório Mundial dos Determinantes Sociais da Igualdade na Saúde, produzido pela Organização Mundial

³⁹ GOSTIN, Lawrence. **Global health law**. Cambridge, Massachusetts; London, England: Harvard University Press, 2014. p.412-440



da Saúde (OMS), em 2025, determina o que são os determinantes sociais da igualdade na saúde e afirma que esses fatores abrangem os sistemas econômicos, como desigualdade de renda, sistemas tributários, mercados de trabalho, políticas industriais e comerciais, sistemas financeiros e economia informal, a infraestrutura social, incluindo políticas sociais universais e serviços públicos adaptados à urbanização e às transições demográficas, a discriminação estrutural, como racismo, desigualdade de gênero e privilégios de classe, os contextos de conflito, que envolvem a relação entre paz e saúde, bem como as mudanças climáticas e a digitalização. Todos esses fatores se expressam nas condições diárias dos indivíduos como o desenvolvimento das crianças, a educação, a conexão social, o trabalho e o emprego, os ambientes alimentares, a moradia e o acesso à água, saneamento e energia, bem como o transporte e a mobilidade.⁴⁰

Outro ponto impressionante do relatório de 2025 é o dado de que dentro de um mesmo país, a diferença na expectativa de vida pode chegar até 33 anos.⁴¹ Logo, é possível afirmar que a saúde segue um gradiente social e as desigualdades sociais afetam como o acesso à saúde ocorrerá na realidade.⁴² A mortalidade na pandemia, por exemplo, aumentou na maternidade como um todo, mas observa-se que entre as mulheres negras o aumento foi muito maior, assim como indivíduos pardos e pretos tinham maior chance de morrer em um hospital.⁴³

⁴⁰ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on social determinants of health equity**. Geneva: World Health Organization, 2025, p. xiii.

⁴¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on social determinants of health equity**, p. xiii.

⁴² DESIGUALDADES em saúde estão encurtando décadas de vida. **Organização Pan-Americana da Saúde**, [s.l.], 6 mai. 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/6-5-2025-desigualdades-em-saude-estao-encurtando-decadas-vida>. Acesso em: 12 jan. 2026.

⁴³ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on social determinants of health equity**, p. 26..



Nesse sentido, medidas em áreas que aparentemente não têm relação com a saúde possuem grande impacto em sua garantia.⁴⁴ Aquilo que frequentemente passa despercebido, e que pode alimentar a percepção de que a saúde universal e igualitária é uma prioridade para todos os setores, é que o inverso também se verifica: elevados níveis de desigualdade e uma população em condições precárias de saúde exercem impactos diretos e significativos sobre a economia e sobre a própria organização social.⁴⁵

O presente capítulo visa destacar a importância dos fatores socioeconômicos para a garantia plena do direito à saúde, tendo em vista que todos esses fatores que aparentam estar dissociados da saúde são, na realidade, essenciais para a sua efetiva concretização.⁴⁶

2.1. Desigualdades dentro de São Paulo e entre as regiões brasileiras

Quando escutamos a trajetória de Francisco, percebe-se com clareza, as múltiplas camadas que compõem o funcionamento cotidiano do sistema público de saúde e revela como o adoecimento repercute de forma direta na vida social, econômica e emocional de trabalhadores autônomos. Em que pese sua internação decorrer de um infarto, inicialmente, o seu quadro clínico foi configurado como se fosse um problema respiratório, o que evidencia o papel decisivo da rede de urgência e emergência na detecção precoce de agravos de alta complexidade. Afinal, infartos são, em regra, casos de urgência e não deveriam, portanto, ser confundidos com problemas de menor relevância.

Apesar das limitações estruturais conhecidas do SUS, o paciente vivenciou um fluxo relativamente regular entre unidades, sendo

⁴⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on social determinants of health equity**, p. 26.

⁴⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on social determinants of health equity**, p. 38.

⁴⁶ GOSTIN, Lawrence. **Global health law**. p.412-440.



transferido da porta de entrada para o hospital universitário em tempo que considerou “rápido”. Esse percurso reforça a importância do desenho regionalizado⁴⁷ e hierarquizado dos serviços: o atendimento inicial em uma unidade de emergência seguido do encaminhamento para um serviço hospitalar especializado mostra que, quando minimamente articulada, a rede é capaz de garantir racionalidade e acesso a tecnologias de maior complexidade.

Contudo, a aparente normalidade do percurso não elimina os impactos profundos do adoecimento sobre sua vida cotidiana. Francisco é autônomo, depende exclusivamente da própria força de trabalho, administra sozinho sua atividade econômica e sustenta a família. A internação paralisa integralmente sua fonte de renda, colocando-o diante de um dilema recorrente para trabalhadores sem rede de proteção: cada dia hospitalizado representa perda material concreta.

Esse cenário reforça a relação direta entre determinantes sociais da saúde e vulnerabilidade econômica. A história de trabalho precoce, a ausência de proteção previdenciária e a dependência total da própria produtividade revelam que a doença não é apenas experiência clínica: é evento social, gerador de instabilidade, risco de empobrecimento e ameaça ao equilíbrio doméstico.

O Relatório da OMS de 2025 aponta que apenas 30% dos trabalhadores ao redor do mundo têm acesso à proteção social quando adoecem enquanto trabalham,⁴⁸ o que evidencia a necessidade de que o direcionamento das políticas públicas seja orientado por uma perspectiva de equidade. Nesse sentido, trabalhadores do setor informal devem receber atenção especializada, a fim de promover a melhoria do bem-estar psicológico e o aumento da segurança alimentar.⁴⁹

⁴⁷ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Regionalização. In: Ministério da Saúde. [s.l]: Ministério da Saúde, [s.d]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/dgip/regionalizacao>. Acesso em: 12 jan. 2026.

⁴⁸ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on social determinants of health equity**, p. 52.

⁴⁹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on social determinants of health equity**, p. 86.



Ademais, ambientes de trabalho insalubres não produzem apenas as típicas doenças do trabalho, mas também cansaço, ansiedade, estresse, desânimo, distúrbios do sono, sofrimento psicológico e dores, além de estarem associados ao desenvolvimento de doenças como problemas cardiovasculares, gastrite ou úlcera, hipertensão, depressão e AVC.⁵⁰

Francisco, como muitos outros pacientes entrevistados, reconhece o bom atendimento e elogia a equipe do Hospital Universitário, mas contrasta essa experiência com atendimentos anteriores em regiões periféricas, onde afirma ter enfrentado demora e desorganização. Esse contraste evidencia desigualdades regionais persistentes na própria cidade de São Paulo, que produzem acesso desigual ao cuidado. O local de residência influencia diretamente o tempo de espera, a qualidade da triagem e a eficiência dos encaminhamentos, violando, na prática, o ideal constitucional de isonomia.⁵¹

Logo, moradores da periferia enfrentam diferenças no acesso à saúde, como por exemplo, a discrepância significativa no tempo de espera para atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, de até 39 dias na Zona Sul e de apenas 4 dias nos bairros mais ricos.⁵² A localização afeta até mesmo a mortalidade de determinadas doenças, como as cerebrovasculares – como o Acidente Vascular Cerebral – que apresentam maior índice de mortes prematuras em Parelheiros, bairro com um dos piores índices de desenvolvimento humano (IDH) de São Paulo e menor mortalidade no Jardim Paulista, bairro abastado

⁵⁰ CARDOSO, Ana Claudia Moreira. O trabalho como determinante do processo saúde-doença. **Dossiê Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo, v. 27, n. 1, jan./jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ts/a/4zYdCRfPsMbWRBR9bfPxNsf/>. Acesso em: 12 jan. 2026.

⁵¹ BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Organizado por Cláudio Brandão de Oliveira. Rio de Janeiro: Roma Victor, 2002. Art. 5º.

⁵² CRUZ, Felipe; RAFAEL, Willian; EUNOUR, Fernanda. Desigualdade na saúde: tempo médio para conseguir consulta em UBSS de SP chega até a 39 dias na periferia, diz estudo. **G1**, São Paulo, 8 mar. 2024. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2024/03/08/desigualdade-na-saude-tempo-medio-para-conseguir-consulta-em-ubss-de-sp-chega-ate-a-39-dias-na-periferia-diz-estudo.ghtml>. Acesso em: 12 jan. 2026.



da zona oeste. Também é o caso da diabetes tipo 2, em que as pessoas morrem dez vezes mais em Jardim Helena, na zona leste, do que no bairro nobre de Moema, na zona sul.⁵³ Dados mais impressionantes ainda demonstram a discrepância na expectativa de vida: em Alto de Pinheiros, de 85,33 anos, enquanto em São Miguel Paulista, de 71,29 anos.⁵⁴

Outro aspecto sensível é a incerteza do tempo de espera para o procedimento cardíaco. Embora clinicamente estável, a ausência de previsão clara reforça a sensação de vulnerabilidade e dependência total do sistema. Em agravos cardiovasculares, o tempo é fator determinante tanto para o prognóstico quanto para a experiência subjetiva do adoecimento.⁵⁵

Assim, o caso de Francisco evidencia simultaneamente as potencialidades e as fragilidades do SUS: quando articulado, salva vidas; quando atravessado por desigualdades territoriais e insuficiência de proteção social, aprofunda vulnerabilidades já existentes.

Ao entrarmos no quarto de Lucas, conhecemos a sua história, que revela uma trajetória profundamente marcada por eventos traumáticos, deslocamentos, acidentes graves, precarização laboral e interrupção educacional precoce. Assim como Francisco é um retrato das desigualdades dentro do estado de São Paulo, Lucas é um exemplo das disparidades regionais do SUS.

Após sofrer lesões severas em um acidente de motocicleta e enfrentar espera prolongada por uma cirurgia na Bahia, Lucas decidiu migrar para São Paulo para tentar obter um atendimento mais

⁵³ CORDEIRO, Tiago. Estudo sobre saúde na capital paulista marca início da parceria do Insper com a Umane. **Insper**, [s.l.], 05 ago. 2024. Disponível em: <https://www.insper.edu.br/pt/conteudos/politicas-publicas/estudo-sobre-saude-na-capital-paulista-marca-inicio-da-parceria-do-insper-com-a-umane>. Acesso em: 12 jan. 2026.

⁵⁴ DIFERENÇA de expectativa de vida entre distritos de São Paulo chega a 14 anos, diz prefeitura. **G1**, São Paulo, 11 fev. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/02/11/diferenca-de-expectativa-de-vida-entre-distritos-de-sao-paulo-chega-a-14-anos-diz-prefeitura.gh.html>. Acesso em: 12 jan. 2026.

⁵⁵ RIBEIRO, Maiara. Quanto tempo temos para chegar ao hospital em casos de infarto? **Portal Drauzio Varella**, [s.l.], 27 jul. 2018. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/cardiovascular/quanto-tempo-temos-para-chegar-ao-hospital-em-casos-de-infarto/>. Acesso em: 12 jan. 2026.



adequado. Nesse contexto, esse deslocamento evidencia desigualdades profundas na oferta de serviços de alta complexidade no país: quando o indivíduo decide mudar de estado por conta própria para ter acesso a um procedimento cirúrgico básico, torna-se evidente a ausência de coordenação entre entes federativos e a fragmentação da oferta de cuidados especializados.

Apesar do aumento nas transferências federais e maior aporte municipal, a distribuição de recursos tem reforçado as desigualdades. A maior disparidade ocorre entre as regiões Sudeste e Norte,⁵⁶ e os serviços de saúde são mais facilmente acessados no Sul e Sudeste, em comparação com as outras regiões do país. Logo, percebe-se que há desigualdade entre regiões, apesar dos bolsões de baixo desenvolvimento nas regiões mais ricas, como visto no caso de Francisco.⁵⁷

Portanto, as chamadas regiões de saúde no Brasil, apesar de terem sido elaboradas para garantir a universalidade do acesso à saúde, ainda apresentam problemas estruturais de desigualdades regionais.⁵⁸

Além disso, a sua condição respiratória atual, perceptível durante a entrevista, revela limitações importantes para a vida diária e para o exercício de atividades profissionais. Embora incapaz de trabalhar, ele não recebe qualquer benefício previdenciário. Três negativas sucessivas do INSS o deixam completamente desprotegido, dependente da família e sem qualquer mecanismo institucional de

⁵⁶ LINS, Pedro Buril Saraiva; PEREIRA, Ana Carolina Esteves da Silva; IMBIMBO, Danilo Oliveira. Desigualdades regionais no financiamento da saúde nas capitais brasileiras (2003–2022): uma análise das transferências intergovernamentais e dos gastos municipais. **Universidade de Brasília**, Brasília, DF, 2025.

⁵⁷ SANTOS, Janice Lemos de Araujo Silva; CONSERVA, Marinalva de Sousa. Desigualdade regional e saúde: algumas considerações sobre a questão regional no Brasil e sua relação com o acesso à saúde. **XI Jornada Internacional de Políticas Públicas**, [S. l.], 2023, p. 2. Disponível em: https://joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2023/upload/anaais/trabalho_submissaoId_2903_2903649897ec23294.pdf?122650. Acesso em: 16 jan. 2026.

⁵⁸ PASCHOALOTTO, Marco Antonio Catussi; PASSADOR, João Luiz; PASSADOR, Claudia Souza; ENDO, Gustavo Yuho. Regionalização da saúde no Brasil: desigualdades socioeconômicas e na performance em saúde. **Gestão & Regionalidade**, [s.l.], v. 38, n. 113, 24 mar. 2021. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_gestao/pt_BR/article/view/7017. Acesso em: 16 jan. 2026.



garantia de renda. Essa desconexão entre saúde e proteção social agrava o sofrimento e impede a reconstrução da autonomia. A incapacidade laboral não é apenas biológica: é social, econômica e jurídica. Sem laudos padronizados, apoio institucional e orientação adequada, indivíduos como Lucas permanecem à margem de políticas que exigem capacidades burocráticas que ele simplesmente não possui.

O ambiente onde o paciente vive também contribui para seu adoecimento. A presença de enchentes, esgoto a céu aberto e descarte irregular de resíduos representa risco sanitário contínuo. Esses determinantes ambientais reforçam que a saúde não se limita ao corpo, mas depende das condições materiais do território. Mesmo tendo moradia fixa, vive em um local marcado por vulnerabilidades ambientais severas.

Nesse sentido, o ambiente físico também interfere na saúde⁵⁹. Com a ausência de planejamento urbano e a crescente urbanização, os grupos socialmente vulneráveis tendem a viver em bairros com mais riscos, tanto de origem humana, quanto natural. O crescimento exponencial das cidades também torna o abastecimento de água, saneamento, energia e transporte algo para poucos.⁶⁰ Sem políticas públicas para a melhoria do acesso à água tratada, saneamento básico, habitação acessível e de boa qualidade, compromete-se a saúde de milhões de pessoas.⁶¹

Sendo assim, fatores como a moradia, a ausência de estudos formais, a precariedade nas ocupações anteriores e as repetidas tentativas frustradas de retorno ao mercado de trabalho compõem um quadro de fragilidade estrutural que se intensifica com a falta de políticas intersetoriais. Embora receba atendimento clínico adequado no hospital universitário, permanece à margem das políticas de

⁵⁹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on social determinants of health equity**, p. 18

⁶⁰ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on social determinants of health equity**, p. 42

⁶¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on social determinants of health equity**, p. 41



assistência, previdência e trabalho, compondo um ciclo de desproteção que o impede de reconstruir qualquer estabilidade.

2.2. Os determinantes sociais no desenvolvimento infantil

A mesma constatação é repetida diversas vezes ao longo de nossas visitas. A trajetória de Ana, mulher preta, com cerca de 30 anos e mãe – que acompanha a filha internada –, revela, de forma contundente, como o adoecimento de uma criança pode desencadear um conjunto de vulnerabilidades que extrapola o campo estritamente clínico e se espalha por esferas sociais, econômicas, jurídicas e institucionais.

As crianças representaram mais da metade das pessoas em situação de pobreza extrema, fator de risco de mortalidade infantil.⁶² Os problemas de saúde atingem crianças de modo desigual dentro de cada país, estado ou município.⁶³ Logo, são necessárias políticas que tenham impacto na melhoria da renda e no acesso à educação e aos serviços de saúde, assim como políticas redistributivas, programas de transferência condicionada de renda que atuam na pobreza, bem como com o aumento do uso de serviços de saúde e dos comportamentos preventivos.⁶⁴

A filha de Ana está internada há aproximadamente dois meses em razão de uma osteomielite, infecção grave no osso causada por bactérias, micobactérias ou fungos,⁶⁵ que, embora já tivesse se manifestado na infância, não recebeu acompanhamento contínuo ao longo da vida. A mãe relata ter buscado serviços de saúde em dois momentos distintos em uma mesma unidade, recebendo apenas dipirona como resposta.

⁶² WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on social determinants of health equity**, p. 19.

⁶³ REBOUÇAS, Poliana; FALCÃO, Ila R.; BARRETO, Mauricio L. Desigualdades sociais e suas repercussões na saúde das crianças: uma perspectiva atual e global. **Jornal de Pediatria**, v. 98, n. S1, p. 55–65, mar./abr. 2022.

⁶⁴ REBOUÇAS; FALCÃO; BARRETO, Desigualdades sociais e suas repercussões na saúde das crianças, p. 55–65.

⁶⁵ BRUNA, Maria Helena Varella. Osteomielite. **Portal Drauzio Varella**, [s.l.], 19 fev. 2018. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/osteomielite/>. Acesso em: 12 jan. 2026.



A persistência das queixas e a ausência de melhora a obrigaram a peregrinar por diferentes serviços até encontrar um diagnóstico adequado em outro hospital, e, posteriormente, um tratamento resolutivo apenas no hospital universitário. Chama atenção também o fato de que diversos hospitais recusaram realizar o tratamento de sua filha, o que não condiz com a obrigação constitucional de garantia do direito à saúde.

Esse itinerário revela falhas graves na linha de cuidado: ausência de diagnóstico oportuno, baixa resolutividade em unidades de menor complexidade, dificuldade de acesso a exames e falta de integração entre os pontos da rede. Cada retorno ao serviço de saúde sem diagnóstico não é apenas um desvio técnico; é uma forma de violência estrutural que posterga o cuidado, aumenta o sofrimento e cria risco real de agravamento. Em doenças infecciosas ósseas, o tempo é prognóstico, sendo que a demora transforma um quadro tratável em uma condição que exige procedimentos invasivos, como a instalação de fixadores externos.⁶⁶

Ao mesmo tempo em que lida com o temor pela saúde da filha, a mãe enfrenta um cenário familiar marcado pela violência doméstica. Sua narrativa descreve agressões, controle emocional e econômico e tentativas reiteradas do agressor de desestabilizar sua vida por meio de denúncias no conselho tutelar. A retirada prévia de denúncias, motivada pelo medo, pela esperança de mudança e pela precariedade material, mostra a complexidade concreta da violência doméstica.

O Brasil enfrenta índices impressionantes de violência doméstica, a maioria praticada por companheiros ou ex-companheiros.⁶⁷ Entre fevereiro de 2024 e fevereiro de 2025, 27,6 milhões de mulheres brasileiras sofreram pelo menos um tipo de violência por parceiro íntimo, sendo a maioria a violência psicológica, seguida da física. Os casos chegam nos tribunais e só em 2024 foram julgados 10.991

⁶⁶ BRUNA, Maria Helena Varella. Osteomielite.

⁶⁷ GAMA, Guilherme. Brasil tem 17 denúncias de violência contra mulher por hora, diz ministério. **CNN Brasil**, São Paulo, 7 ago. 2025. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/brasil/brasil-tem-17-denuncias-de-violencia-contra-mulher-por-hora-diz-ministerio/>. Acesso em: 12 jan. 2026.



processos de feminicídio. Já o Painel Violência Contra a Mulher, do Conselho Nacional de Justiça registrou o maior número de casos desde o início do projeto.⁶⁸

Além disso, constata-se que famílias que possuem casos de violência doméstica podem ter tido casos de violência na geração passada. Mulheres com baixa renda e mulheres negras sofrem mais violência. Acerca da violência durante a gestação, a maioria também é de mulheres negras ou pardas.⁶⁹ Dependência econômica, trabalho informal, falta de acesso à moradia formal, número de filhos e baixa escolaridade são fatores que são observados, mas ainda assim, ressalta-se que a violência contra mulher vitimiza todas as classes sociais e é um problema estrutural da sociedade brasileira.⁷⁰

A violência doméstica tem efeitos para além da violência em si, mas muda de forma profunda a saúde e o desenvolvimento de mulheres e seus filhos. Nas mulheres, causa baixa autoestima, ansiedade, depressão e estresse pós-traumático. Nas crianças e adolescentes, causam aumento de agressividade, depressão e isolamento, dificuldades de aprendizado, déficit cognitivo e diversos transtornos mentais.⁷¹

O quadro econômico da família agrava ainda mais essa trama. Com seis filhas e nenhuma estabilidade financeira, a mãe depende majoritariamente do Bolsa Família, que se encontra bloqueado por

⁶⁸ A Lei Maria da Penha completa 19 anos com altos índices de violência. **Instituto Brasileiro de Direito de Família**, [s.l], 7 ago. 2025. Disponível em: <https://ibdfam.org.br/noticias/13125/Lei+Maria+daAncia>. Acesso em: 12 jan. 2026.

⁶⁹ CARVALHO, José Raimundo; OLIVEIRA, Victor Hugo. Pesquisa de Condições Socioeconômicas e Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher (PCSVDFMulher) relatório executivo III – primeira onda (2016): violência doméstica, violência na gravidez e transmissão entre gerações. **Universidade Federal do Ceará et. al**, Fortaleza, 2017.

⁷⁰ EXPOSIÇÃO aponta perfil de vítimas de violência doméstica e revela necessidade no combate à desigualdade de gênero. **Tribunal de Justiça do Amazonas**, Amazonas, 06 mar. 2024. Disponível em: <https://www.tjam.jus.br/index.php/menu/sala-de-imprensa/10748-exposicao-aponta-perfil-de-vitimas-de-violencia-domestica-e-revela-necessidade-no-combate-a-desigualdade-de-genero>. Acesso em: 12 jan. 2026.

⁷¹ IMPACTOS da violência doméstica e familiar na saúde das mulheres e das crianças. **Tribunal de Justiça do Paraná**, Paraná, [s.d]. Disponível em: <https://www.tjpr.jus.br/web/cevid/impactos-violencia-domestica>. Acesso em: 12 jan. 2026.



falha administrativa, no caso, a não transferência correta do histórico escolar de uma das crianças. Esse detalhe aparentemente burocrático tem consequências devastadoras: impede o acesso à principal fonte de renda, intensifica a dependência de terceiros e amplia o desamparo social em meio ao adoecimento da filha. Em vez de funcionar como mecanismo protetivo para famílias em situação de vulnerabilidade, a política pública falha em garantir sua própria continuidade.

Além disso, a separação entre mãe e filhas, forçada pela internação prolongada e pela distância física, evidencia a tensão entre cuidado hospitalar e cuidado doméstico. Com parte das crianças distribuídas entre familiares e com a filha mais nova sob responsabilidade do pai, figura associada à violência, a mãe vive uma experiência de fragmentação familiar que acentua o sofrimento psicológico e aumenta a sensação de impotência. A comunicação feita por vídeos enviados pela filha mais velha funciona como um elo tênue que tenta compensar a ausência forçada, mas também revela a precariedade dos arranjos de cuidado disponíveis.

O caso de Ana, portanto, sintetiza a sobreposição de vulnerabilidades: falhas na atenção à saúde, violência doméstica, precariedade habitacional, fragilidade financeira, bloqueio de benefícios sociais, instabilidade familiar, desgaste emocional e dependência involuntária de terceiros. Cada política pública que falha, como saúde, serviço social, educação, habitação ou proteção à mulher, amplia o peso suportado por essa mãe e reforça a sensação de que o Estado, quando aparece, chega tarde, de modo fragmentado e insuficiente.



CAPÍTULO 3: DESIGUALDADE NA MATERNIDADE

Os relatos que serão apresentados a seguir são fruto das visitas realizadas aos setores de maternidade e pediatria do Hospital Universitário. Ao nos organizarmos em um grupo exclusivamente feminino, percorremos os corredores do hospital com o objetivo de compreender a realidade das mulheres brasileiras no sistema público de saúde. O que observamos, de forma geral, foi uma percepção positiva em relação aos serviços prestados pelo HU, marcada por muitos elogios e por algumas reclamações pontuais, como, por exemplo, o número limitado de poltronas destinadas às mães durante a internação neonatal.

Entretanto, a realidade se impôs diante de nossos olhos, revelando problemas estruturais que afetam diretamente as mulheres brasileiras. Longos deslocamentos para acessar serviços de saúde de qualidade, dificuldade de acesso ao planejamento familiar, assédio no ambiente de trabalho e relatos recorrentes de violência doméstica foram algumas das situações com as quais nos deparamos ao longo dos dias de visita. Esses relatos evidenciam que a problemática enfrentada vai muito além das questões estritamente relacionadas à saúde, permeando diversas esferas da nossa sociedade.

Após a longa trajetória dos direitos humanos iniciada em 1948, os direitos reprodutivos foram consolidados na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, no Egito, em 1994.⁷² Logo, é evidente que todo indivíduo tem o direito de tomar decisões acerca do número, o espaçamento e o momento que terá filhos. Ademais, o conceito de direitos sexuais, com a sua previsão fruto da IV Conferência Mundial sobre a Mulher afirma que as mulheres devem ter controle sobre a sua sexualidade, como,

⁷² DINIZ, Carmen Simone Grilo; MATTAR, Laura Davis. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 40, mar. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000001>. Acesso em: 12 jan. 2026.



por exemplo, a saúde reprodutiva, livre de violência.⁷³ No Brasil, a proteção aos direitos reprodutivos existe de forma implícita desde 1983, com a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM),⁷⁴ embora sua regulamentação formal tenha ocorrido apenas com a Lei nº 9.263,⁷⁵ de 1996.⁷⁶

O relatório produzido pela OMS acerca das determinantes sociais da saúde evidencia que mulheres que integram grupos socialmente vulnerabilizados têm maior chance de morrer por causas relacionadas à gravidez. Ademais, desigualdades raciais e étnicas afetam diretamente nas taxas de mortalidade materna.⁷⁷ Como será observado nos próximos relatos, a maternidade é profundamente marcada por desigualdades sociais e fatores como raça, classe social, idade e parceria sexual, que se mostram determinantes tanto para a aceitação social dessas mulheres quanto para as condições, muitas vezes mais precárias, que enfrentarão.⁷⁸

3.1. Os desafios do planejamento familiar e da maternidade no Brasil

No dia 23 de março de 2025, ocorreu a nossa primeira visita ao Hospital Universitário. Ela iniciou-se pela ida ao setor de Serviço Social do HU. A equipe, como sempre, foi muito solícita, fornecendo suporte e viabilidade para as entrevistas que iriam ocorrer. Nesse

⁷³ DINIZ; MATTAR, Hierarquias reprodutivas.

⁷⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção Integral à Saúde das Mulheres. In: Ministério da Saúde. [s.l], [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/pnaism>. Acesso em: 12 jan. 2026.

⁷⁵ BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil: Brasília, DF, p. 561 15 jan. 1996. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=9263&ano=1996&ato=c07gXUq1UMJpWT6b4>. Acesso em: 16 jan. 2026.

⁷⁶ DINIZ; MATTAR, Hierarquias reprodutivas.

⁷⁷ DESIGUALDADES em saúde estão encurtando décadas de vida. **Organização Pan-Americana da Saúde.**

⁷⁸ DINIZ; MATTAR, Hierarquias reprodutivas.



dia, nos foram apresentados três casos, sendo um deles no setor da maternidade, o qual, durante a descrição, chamou minha atenção: o da paciente Giovanna.

Cuidadosamente entramos no quarto da Giovanna, uma mulher parda e de aparência jovem, a qual estava em um quarto de leito compartilhado, cheio e com bastante movimentação, já que, além de Giovanna, havia outra paciente na cama em frente, junto ao marido e ao seu recém-nascido. Junto de Giovanna estavam a sua mãe e a sua recém-nascida. A paciente se encontrava agitada, sempre prestando atenção à filha, que estava aos cuidados de sua mãe.

Ela nos contou sua história, informando que possuía apenas 22 anos, estava, no momento, desempregada e que, na verdade, não morava pela região, mas sim em um município do longe de São Paulo. Ao tentarmos entender as razões pelas quais ela optou por ter sua filha no HU, explicou que tinha ouvido relatos “assustadores” de amigas que tiveram seus filhos no hospital da rede pública desse município, as quais relataram terem sido obrigadas a realizar a cesárea em vez do parto normal. Giovanna afirmou que sempre teve recomendações da maternidade do HU e, diante do medo, deslocou-se por mais de 130 quilômetros para poder dar à luz a sua filha.

Uma das informações que nos foi passada pela assistente social foi a dificuldade de transporte que Giovanna estava enfrentando, de modo que não possuía meios de voltar para sua residência com uma recém-nascida no colo. Ainda, nos foi informado que a assistida já tinha tido alta, restando apenas a confirmação de se voltaria para o município de origem ou permaneceria em São Paulo, de modo que o hospital estaria tentando fornecer auxílio no transporte. Nesse sentido, com base nas entrevistas ocorridas, percebe-se uma alta demanda do HU no atendimento de pacientes da região e de fora dela, muitas vezes em decorrência da boa avaliação do hospital.

Em um artigo publicado na revista *The Lancet*,⁷⁹ foram avaliados cerca de 7 milhões de partos ocorridos no SUS, sendo que, desse

⁷⁹ ALBUQUERQUE, Priscila Costa *et al.* Geographic accessibility to hospital childbirths in Brazil (2010–2011 and 2018–2019): a cross-sectional study. **The Lancet Regional**



número, 25,4% das mulheres precisaram se deslocar para outros municípios a fim de realizar o parto. Tanto o número de deslocamentos quanto as distâncias percorridas aumentaram entre 2010 e 2019, ampliando os riscos de mortalidade materna e neonatal. Observa-se, ainda, uma acentuada disparidade regional, na qual as mulheres da região Nordeste são as que mais necessitam viajar para conseguir acesso ao parto. Embora a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM) e a Rede Cegonha, reestruturada como Rede Alyne em setembro de 2024, busquem reduzir as distâncias percorridas pelas gestantes, tais políticas não estabelecem parâmetros objetivos sobre o que seria uma distância aceitável para o acesso ao parto.

O estudo aponta múltiplos fatores que explicam a realização dessas viagens,⁸⁰ como a qualidade dos serviços prestados, a infraestrutura disponível, a oferta de leitos e, inclusive, a proximidade com a rede familiar de apoio. Assim, mesmo com a existência de hospitais do SUS em municípios próximos, muitas mulheres, como visto no caso de Giovanna, optam por deslocamentos longos em busca de atendimento considerado mais adequado. Ressalta-se que esse fenômeno não é exclusivo do Brasil, sendo recorrente em países de baixa e média renda. Essa realidade é diretamente influenciada por fatores socioeconômicos e demográficos, como o tamanho da população e o nível de renda, sendo que municípios com maior renda per capita tendem a apresentar menores deslocamentos para a realização do parto. Dessa forma, o caso narrado por Giovanna representa milhões de mulheres brasileiras que, assustadas, põem em risco a própria vida e a vida de seu filho em busca de boas condições de parto.

Além disso, Giovanna afirmou que a gestação não havia sido planejada e que nunca havia utilizado métodos contraceptivos. De

Health – Americas, v. 42, 100976, fev. 2025. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(24\)00303-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(24)00303-X/fulltext). Acesso em: 12 jan. 2026.

⁸⁰ ALBUQUERQUE, Priscila Costa *et al.* Geographic accessibility to hospital childbirths in Brazil (2010–2011 and 2018–2019): a cross-sectional study.



forma tímida, a paciente afirmou que, inclusive, durante o período da gravidez, considerou a realização do aborto, mas não disse de que modo, apenas destacando que teve medo por sua própria saúde. Depois, comunicou que essa era sua segunda gestação indesejada, sendo a primeira quando tinha apenas 18 anos de idade. Seu filho, de 4 anos, estava aos cuidados do pai. Percebi, nesse momento, um desconforto na paciente ao tentar explicar que seus filhos possuíam pais diferentes e que a ausência do genitor da recém-nascida no ambiente decorria da relação conturbada entre os dois. Por fim, informou, um pouco desconfortável, que não tinha interesse em manter contato com o genitor da criança e que registrou a filha apenas com seu sobrenome.

O planejamento familiar no Brasil enfrenta muitas dificuldades, em que a Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz indica que 55% das gestações no Brasil não são planejadas, índice ainda pior entre adolescentes, com cerca de 80%.⁸¹ Nesse sentido, a classe média e os estratos mais ricos da população têm acesso garantido a métodos contraceptivos eficazes, além de procedimentos definitivos.⁸² Já mulheres em áreas periféricas e de menor escolaridade encontram mais dificuldade em manter o uso regular desses métodos, o que amplia os índices de gravidez não planejada.⁸³ Essa desigualdade reflete não apenas falhas no sistema de saúde, mas também fatores culturais e educacionais. A desinformação, a falta de equipamentos e o treinamento insuficiente dos profissionais de saúde, além das diferenças regionais, agravam esse cenário. Apesar de haver acesso a diversos métodos contraceptivos, existe uma dificuldade significativa em obter os chamados contraceptivos de longa duração, como o DIU,

⁸¹ MAIS de 55% das gestações no Brasil não são planejadas; especialistas destacam importância do acesso a contraceptivos. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**, [s.l], 26 Set. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/mais-de-55-das-gestacoes-no-brasil-nao-sao-planejadas-especialistas-destacam-importancia-do-acesso-a-contraceptivos>. Acesso em: 12 jan. 2026.

⁸² VARELLA, Drauzio. Planejamento familiar. **Portal Drauzio Varella**, [s.l], 25 abr. 2011. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/mulher/planejamento-familiar-artigo/>. Acesso em: 12 jan. 2026.

⁸³ VIEIRA, Elisabeth; SOUZA, Cláudia. Planejamento familiar no Brasil: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4345–4356, 2019.



que independe da memória da paciente, o que acaba gerando maior impacto financeiro no sistema de saúde brasileiro.⁸⁴ Além disso, Giovanna representa a realidade dos abortos no Brasil, com grande parte ocorrendo em mulheres jovens, com 19 anos ou menos.⁸⁵

A Lei 9.263/1996⁸⁶ é um marco ao assegurar o planejamento familiar como direito de cidadania, proibindo práticas coercitivas e garantindo a oferta de todos os métodos contraceptivos cientificamente aceitos. No entanto, a efetividade dessa lei depende de políticas públicas integradas, que articulem saúde, educação e equidade de gênero. A Rede Cegonha, criada em 2011, foi um exemplo positivo ao ampliar o acesso ao pré-natal e ao parto humanizado. Entretanto, a sua implementação foi desigual entre regiões. Ao refletir sobre essas experiências, compreendi que a saúde reprodutiva vai muito além da assistência médica: envolve políticas de educação sexual, acesso igualitário a métodos contraceptivos, suporte social e o combate às desigualdades de gênero. Sem isso, o planejamento familiar se torna um privilégio de poucas mulheres, e não um direito universal.

Além disso, a dificuldade de efetivar as políticas de planejamento familiar possui reflexos diretos sobre a violência urbana, com bairros pobres apresentando uma população mais jovem, com menores oportunidades de emprego e maior exposição a contextos de violência. A falta de acesso ao planejamento familiar por casais sem condições financeiras aumenta o empobrecimento da família e do país como um todo, além de aprofundarem as desigualdades sociais já existentes.⁸⁷

Visto isso, foi evidenciado que, embora o planejamento familiar seja um direito garantido por lei no Brasil, sua implementação ainda

⁸⁴ PASSARINHO, Nathalia; FRANCO, Luiza. Com 55% de gestações não planejadas, Brasil falha na oferta de contracepção eficaz. **BBC News Brasil**, [s.l], 26 jun. 2018. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-44549368>. Acesso em: 12 jan. 2026.

⁸⁵ DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto – Brasil, 2021. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, jun. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.01892023>. Acesso em: 12 jan. 2026.

⁸⁶ BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996.

⁸⁷ VARELLA, Drauzio. Planejamento familiar.



enfrenta problemas.⁸⁸ Essa análise torna-se clara ao observar o caso de Giovanna, um caso que representa a realidade de muitas outras mulheres no Brasil, o qual explicita a falta de acesso a informações claras, em conjunto com limitações estruturais nos serviços de saúde, o que impede a autonomia reprodutiva dessas mulheres. É fundamental investir em ações educativas, ampliar o acesso a informações e aprimorar o atendimento nos serviços de saúde, para garantir que métodos contraceptivos cheguem até as mulheres, de modo que possam ter um controle efetivo sobre a sua saúde reprodutiva, não tendo que apelar para métodos abortivos sem supervisão ou algum tipo de verificação.

Assim, o relato de Giovanna representa inúmeras histórias não retratadas aqui, com dificuldade de locomoção para sua cidade e a realidade de duas gestações ainda jovem, sem o devido auxílio e informação sobre seu corpo e sobre planejamento familiar, mas que, apesar das dificuldades e da preocupação de como irá cuidar de sua filha recém-nascida, estava muito feliz com sua chegada e contava com o apoio de familiares para lhe ajudar.

(Beatriz, Iasmin e Maria Paula)

3.2. Os desafios enfrentados desde o pré-natal até o puerpério

Em um corredor agitado e com muitos bebês chorando, ao entrar no quarto em que Isabel estava com sua filha, parecia que a tranquilidade e a paz tomavam conta do ambiente. A previsão de alta da mãe e da filha era para o dia seguinte, e ambas pareciam serenas após uma cesárea realizada com sucesso. Isabel parecia alegre e

⁸⁸ GADELHA, Geraldo Gilberto Raikkoner Silva; SANTOS, Leticia Cezario Clarindo dos; SOUZA, Érica da Silva; FREIRE, João Victor Sousa; JORGE, Antonio Rafael Coelho; MOTA, Fabricy Fernandes. Planejamento familiar e saúde reprodutiva: prevenção de gestações não planejadas. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [s. l.], v. 7, n. 3, p. 2135–2152, 29 mar. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n3p2135-2152>. Acesso em: 12 jan. 2026.



animada; estava ao lado de seu companheiro, de sua filha Eliana, de 7 anos, e da filha recém-nascida, Sarah.

Contudo, o parto tranquilo realizado no HU não reflete toda a realidade da vida de Isabel, tampouco sua experiência de gravidez dentro do sistema de saúde brasileiro. No período de sua infância e juventude, ela afirmou que morou em Guaianases, zona leste do município de São Paulo, onde frequentou a escola e cursou o ensino médio completo. Não cursou o ensino superior e afirmou que não chegou a trabalhar, mas realizava “bicos” para ganhar dinheiro.

Ela saiu de Guaianases, aproximadamente aos 23 anos, e se afastou da convivência com a família quando conheceu o primeiro companheiro, pai de sua primeira filha, Eliana. Depois de dar à luz Eliana, ela permaneceu em casa e não chegou a trabalhar, dedicando-se às tarefas domésticas. Alegou que não teve o apoio do pai de Eliana e passou por dificuldades financeiras, sobretudo por nunca ter conseguido acesso ao auxílio do Bolsa Família ou a um possível salário-maternidade. Ela afirmou que não compreende o motivo pelo qual não consegue tais benefícios e, inclusive, pediu ajuda para solicitá-los. A própria assistente social com quem conversamos antes da entrevista explicou que esse era um dos principais pedidos de Isabel.

Em relação à gestação da segunda filha, Sarah, a relação com o companheiro parecia ser bem mais estável, e ambos estavam muito felizes com a chegada da criança. O pai afirmou ser construtor civil e, segundo o casal, ele é a única fonte de renda da casa, tendo em vista que Isabel pediu demissão do emprego de caixa de supermercado enquanto estava grávida de Sarah. De acordo com a paciente, a rescisão foi feita em decorrência dos maus-tratos praticados pela chefe, que a desrespeitava e causava estresse constante.

Questionamos se a chefe sempre teve o comportamento inadequado de tal maneira; todavia, a entrevistada negou e afirmou que o tratamento diferenciado teve início após o anúncio da gravidez. A situação se intensificou com as necessidades de ausência para a realização de exames decorrentes do pré-natal. Vale lembrar que a



CLT garante o direito para as mulheres grávidas se ausentarem até seis vezes para realizar o pré-natal.⁸⁹

Isabel afirmou que chegou a gravar em seu celular conversas com a chefe, nas quais era explicitamente maltratada, porém desistiu do desejo de processá-la no futuro, pois entende que o desgaste emocional seria muito grande. Assim, por medo de perder a filha diante das situações de tensão a que era submetida constantemente, Isabel optou por se demitir. Ademais, manifestou o desejo de procurar trabalho como empregada doméstica a partir de agora.

Fiquei muito comovida com essa parte do relato, principalmente porque entendo que as condições de trabalho no supermercado deviam ser tão ruins e estressantes para ela que pedir demissão, sem receber nenhum tipo de vantagem ou verba adicional, foi a melhor opção para o prosseguimento de sua gravidez. Ela declarou que a filha dela é o que considera mais importante, e o receio de perdê-la em razão das situações degradantes no trabalho foi determinante para a decisão de demissão, além do fato de o salário ser muito baixo.

A realidade de Isabel, infelizmente, encontra muitos paralelos na sociedade brasileira, na medida em que a discriminação contra mulheres grávidas é recorrente nos ambientes de trabalho. Nesse contexto, surge o termo assédio materno,⁹⁰ que consiste em violências psicológicas e práticas discriminatórias dirigidas a empregadas mães no ambiente laboral, podendo ocorrer ainda durante a gravidez, como no caso de Isabel. A alteração das condições de trabalho, a mudança de função dentro da empresa e a redução salarial são apenas alguns dos desafios enfrentados pelas mulheres nesse contexto.

A jurisprudência reforça a frequência dessa mudança de comportamento por parte dos empregadores, como no caso decidido

⁸⁹ BRASIL. Consolidação das Leis do Trabalho: aprovada pelo Decreto-Lei nº5.452, de 1º de maio de 1943. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1943. Art. 392, § 4º, II.

⁹⁰ MÃES enfrentam assédio materno e outras dificuldades para se manterem no mercado de trabalho. **Tribunal Superior do Trabalho**. [s.l.], [s.d.]. Disponível em: <https://www.tst.jus.br/-/m%C3%A3es-enfrentam-ass%C3%A9dio-materno-e-outras-dificuldades-para-se-manterem-no-mercado-de-trabalho>. Acesso em: 12 jan. 2026.



em 2020 pela Segunda Turma do Tribunal Superior do Trabalho,⁹¹ que reconheceu o aumento do nível de exigência, de cobrança e a ocorrência de humilhações após o anúncio da gravidez. De modo semelhante, a 6ª Turma do Tribunal Regional do Trabalho da Terceira Região decidiu, em maio de 2025, sobre um caso muito similar ao de Isabel,⁹² no qual a trabalhadora teve suas funções alteradas para atividades incompatíveis com sua condição, exigindo esforço físico, como, por exemplo, a realização de tarefas em posição agachada.

Logo, percebe-se o caráter estrutural da violência de gênero na sociedade, pois Isabel exemplifica uma situação em que os abusos são cometidos por uma superior hierárquica mulher, que justamente reproduz a lógica dominante de repressão às mulheres que desejam ter filhos e continuar no mercado de trabalho.

Atualmente, o casal afirmou que mora na zona leste; contudo, mesmo com a distância, optaram por realizar o parto da bebê no Hospital Universitário, por recomendação da sobrinha do pai de Sarah, que, como observado no caso de Giovanna, possui boa reputação entre as mulheres grávidas. De acordo com Isabel, o parto no HU foi ótimo para ela e incomparável com o nascimento de sua primeira filha, que foi muito difícil, dolorido e, até mesmo, envolto de violências.

Todo o tratamento que recebeu em hospitais e unidades de saúde públicas foi inferior em relação ao do HU, que, segundo Isabel, foi o melhor em que ela já esteve. Alegou que foi bem tratada por todos e que, quando chegou e identificaram que o parto era de risco, logo foi levada para a realização do procedimento, sem demora ou qualquer tipo de espera prolongada. A única ressalva apontada foi que os hospitais da zona leste são mais novos e limpos do que o HU.

⁹¹ ASSISTENTE consegue manter rescisão motivada por assédio moral durante gravidez. **Tribunal Superior do Trabalho**. [s.l.], [s.d.]. Disponível em: <https://www.tst.jus.br/-/assistente-consegue-manter-rescis%C3%A3o-motivada-por-ass%C3%A9dio-moral-durante-gravidez>. Acesso em: 12 jan. 2026.

⁹² GESTANTE vítima de assédio no trabalho deve ser indenizada, decide TRT-3. **Instituto Brasileiro de Direito de Família**, [s.l.], 13 mai. 2025. Disponível em: <https://ibdfam.org.br/noticias/12870/Gestant+TRT-3>. Acesso em: 12 jan. 2026.



As dificuldades enfrentadas por Isabel no pré-natal extrapolam a esfera individual, em que grande parte das mulheres passa por dificuldades no sistema público de saúde. Muitas pacientes realizam consultas, mas poucas recebem o pré-natal adequado, com baixa qualidade enfrentada pelos grupos socioeconômicos mais baixos.⁹³ Ainda há barreiras no acesso e inadequação da atenção pré-natal, o que aumenta os índices de mortalidade nas maternidades. Um dado interessante é justamente a baixa vinculação à maternidade para o parto, apesar da Lei 11.634/2007⁹⁴, com peregrinações que causam mais risco à mãe e ao bebê, caso já observado com Giovanna, que precisou se deslocar de seu município de origem para a capital.

No que diz respeito aos hospitais em que realizou o pré-natal, Isabel relatou que, durante o acompanhamento, foi diagnosticada com uma bactéria e, conseqüentemente, necessitou de medicação. O remédio não foi fornecido a ela em nenhum momento, e ela precisou se esforçar para encontrá-lo e financiá-lo, o que foi ruim devido ao preço relativamente alto. Ademais, ela também reclamou que sua última consulta foi cancelada sem que consentisse ou fosse avisada, e só foi remarcada para maio, quando ela já havia dado à luz a sua filha, o que gerou grande descontentamento.

A paciente alegou que todo o atendimento que teve no HU até o parto foi excelente, mas estava desorientada e confusa sobre possíveis auxílios e assistências a que poderia ter acesso depois de já ter tido sua filha. Há no HU a realização do Plano de Parto,⁹⁵ em que se evidencia

⁹³ LEAL, Maria do Carmo; ESTEVES-PEREIRA, Ana Paula; VIELLAS, Elaine Fernandes; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, (2020), 21 jan. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>. Acesso em: 12 jan. 2026.

⁹⁴ BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil: Brasília, DF, p.2, 28 dez. 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm. Acesso em: 12 jan. 2026.

⁹⁵ HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Plano de Parto. In: Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. São Paulo: HU, [s.d.]. Disponível em: <https://www.hu.usp.br/plano-de-parto>. Acesso em: 12 jan. 2026.



que o hospital tem medidas importantes para as gestantes no que tange ao período anterior ao parto, porém ainda há a necessidade de um maior acompanhamento no período do puerpério. O puerpério consiste nas seis semanas posteriores ao parto e demanda a facilidade de acesso aos níveis de atenção à saúde. O principal desafio é, justamente, na comunicação entre os serviços, além das consultas ficarem apenas no recém-nascido e não darem a atenção necessária à saúde da mulher.⁹⁶

O impacto da falta de cuidado com o pós-parto tem reflexos na saúde mental das mulheres que acabaram de se tornar mães. É perceptível que, no Brasil, transtornos como a depressão pós-parto são frequentes. Nesse contexto, a Lei nº 14.721/2023⁹⁷ obriga hospitais e estabelecimentos de saúde que atendem gestantes, públicos ou privados, a desenvolverem atividades de conscientização sobre a saúde mental de mulheres grávidas e puérperas.

O caso de Isabel representa as dificuldades enfrentadas desde o pré-natal, até o puerpério, além da violência de gênero estrutural vivenciada por mulheres que trabalham e desejam ser mães. Apesar de todos os desafios, Isabel está muito feliz com o nascimento de sua segunda filha, Sarah e agradeceu a oportunidade de compartilhar a sua história.

(Luiza e Maria Paula)

3.3. Duas mulheres, duas realidades distintas

Quando conheci Julia, no dia 9 de maio de 2025, fiquei impressionada com sua força e resiliência. Ela tinha 26 anos e era

⁹⁶ PRINCIPAIS questões sobre a consulta de puerpério na Atenção Primária à Saúde. **Fundação Oswaldo Cruz**, [s.l.], 5 mai. 2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-a-consulta-de-puerperio-na-atencao-primaria-a-saude/>. Acesso em: 12 jan. 2026.

⁹⁷ BRASIL. Lei nº 14.721, de 8 de novembro de 2023. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para assegurar à mulher o direito de acompanhante nos atendimentos realizados em serviços de saúde públicos e privados. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil: Brasília, DF, p.1, 01 nov. 2023.



mãe de três filhos, sendo o mais novo nascido prematuro, com 35 semanas, após a ruptura da bolsa. Estava internada no HU, onde relatou ter recebido um atendimento acolhedor tanto no parto quanto no pré-natal, realizado na UBS. Mesmo assim, lembrou da dificuldade inicial em conseguir uma poltrona para se acomodar com o bebê nos primeiros dias, problema que foi resolvido após a primeira semana.

O que mais me marcou em sua fala não foi apenas o parto em si, mas a maneira como descreveu sua rotina fora do hospital: uma jornada diária marcada pela luta pela sobrevivência. Julia trabalha como auxiliar de limpeza, com carteira assinada, recebendo um salário-mínimo. Interrompeu os estudos ainda na sétima série e divide os cuidados de seus filhos com a sua mãe, que é peça fundamental para que consiga conciliar trabalho e maternidade. Sua realidade traduz, com clareza, o conceito de “dupla jornada”⁹⁸, que aponta como as mulheres das classes populares acumulam responsabilidades produtivas e reprodutivas, comprometendo sua saúde física e emocional.

Ao ouvir Julia, notei que sua experiência de maternidade, assim como o caso de Giovanna, estava longe de ser fruto de uma escolha planejada. Ela expressava, ao mesmo tempo, alegria pelo nascimento do bebê e frustração por não conseguir estar presente em todos os momentos da infância dos filhos, já que dependia do apoio da mãe para suprir as ausências causadas pelo trabalho. Essa contradição revela como a saúde reprodutiva, embora prevista como um direito humano⁹⁹, ainda encontra enormes barreiras quando confrontada com desigualdades sociais.

Em contrapartida, a trajetória de Amanda, que conheci no dia 6 de junho de 2025, trouxe outra perspectiva. Com 33 anos, formada em

⁹⁸ SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Perseu Abramo, 2004.

⁹⁹ CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO (1994). *Programa de Ação*. Cairo, 1994. BRASIL. *Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996*. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.



Fisioterapia, Amanda mora com os pais em São Silvestre, em uma casa própria de seis cômodos. Sua vida também foi marcada por desafios, como um aborto espontâneo em 2019, que ela relaciona ao seu quadro de hipertireoidismo. No entanto, diferentemente de Julia, Amanda conseguiu acesso contínuo ao tratamento com tapazol fornecido pelo SUS e contou com apoio constante de sua família. Essa rede de suporte foi determinante para que pudesse reconstruir seus projetos e vivenciar a maternidade de forma mais planejada.

Amanda relatou duas experiências de parto distintas: na primeira gestação, em outro hospital público de São Paulo, enfrentou um episódio desconfortável durante a cesárea, quando lhe aplicaram oito medicamentos para dilatação, número acima do protocolo recomendado. Já na segunda gestação, no HU, a experiência foi radicalmente diferente: ela escolheu a cesárea e recebeu um atendimento humanizado e organizado, destacando o acolhimento da equipe. Além disso, sua filha mais velha, nascida com lábio leporino e palato aberto, recebe acompanhamento multidisciplinar contínuo no sistema público de saúde, incluindo fonoaudiologia, otorrinolaringologia e cirurgia. O brilho nos olhos de Amanda ao falar desse cuidado mostrou-me, de forma concreta, como a rede pública de saúde pode ser transformadora quando funciona de maneira integrada.

Comparando as duas histórias, percebi que a saúde reprodutiva é profundamente determinada pelas condições socioeconômicas. Enquanto Julia representa as mulheres que não conseguem exercer plenamente o direito de decidir quando e quantos filhos ter, Amanda simboliza aquelas que, com maior estabilidade econômica e rede de apoio, conseguem vivenciar maternidade com mais autonomia. Os dados nacionais reforçam essa percepção: cerca de 55% das gestações no Brasil não são planejadas¹⁰⁰, especialmente entre mulheres jovens,

¹⁰⁰ MAIS de 55% das gestações no Brasil não são planejadas; especialistas destacam importância do acesso a contraceptivos. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.**



negras e de baixa renda.¹⁰¹ Essa estatística não é apenas um número: é o retrato da vida de milhões de mulheres que, como Julia, têm seus projetos de estudo e trabalho interrompidos pela maternidade precoce e pela falta de acesso a métodos contraceptivos de forma contínua.

Nesse contexto, a desigualdade afeta diretamente o caráter universal e igualitário do SUS. Assim, como vimos no tópico dos determinantes sociais da saúde, a baixa escolaridade, a desinformação, a renda, a raça influenciam diretamente na experiência obtida no sistema de saúde brasileiro e tais fatores devem ser levados em consideração.¹⁰² Logo, quanto maior é o nível de escolaridade, acesso a transporte, condições de moradia, maior o acesso à saúde.¹⁰³ Um exemplo evidente foi observado com a disparidade no acesso aos serviços de saúde por mulheres no contexto da pandemia de COVID-19, com marcadores raciais, de renda e de escolaridade evidentes.¹⁰⁴

Em suma, Julia e Amanda mostraram que a saúde reprodutiva é, antes de tudo, um espelho das condições sociais e da capacidade do Estado de garantir direitos. A primeira, marcada pela sobrecarga e pela maternidade não planejada; a segunda, pela possibilidade de escolhas mais seguras e responsáveis. Sendo assim, ambas ensinaram que lutar por saúde reprodutiva é lutar por dignidade, equidade e justiça social.

Essa percepção me levou a compreender, de forma ainda mais clara, que a saúde é um fenômeno social, coletivo e político. O

¹⁰¹ SANTOS, Iná; LEAL, Maria do Carmo. Desigualdades sociais e gravidez não planejada no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, 2020.

¹⁰² BARROS, Fernando Passos Cupertino de; SOUSA, Maria Fátima de. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 9–18, 2016. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/issue/view/8534>. Acesso em: 15 abr. 2016.

¹⁰³ OLIVEIRA, Thaís de Souza; PEREIRA, Adelyne Maria Mendes. Expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde na América Latina: uma revisão de escopo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, jul. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.04932024>. Acesso em: 12 jan. 2026.

¹⁰⁴ OLIVEIRA, Jossiane Teixeira de; ALMEIDA, Ana Paula Santana Coelho; SARTI, Thiago Dias; ESPOSTI, Carolina Dutra Degli. Falta de acesso aos serviços de saúde por mulheres no contexto da pandemia de COVID-19: interseccionando cor da pele, renda e escolaridade. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 30, n.5, mai. 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/C8bcry7GqWkvXWPG6f5Wz4H/>. Acesso em: 12 jan. 2026.



acesso universal garantido pela Constituição Federal de 1988 é um avanço civilizatório, mas sua efetividade depende da redução das desigualdades sociais. Sem enfrentar as condições estruturais que produzem vulnerabilidades, o SUS, por mais que ofereça atendimento, terá sua capacidade limitada diante da força dos determinantes sociais.

Dessa forma, nota-se que a promoção da saúde exige muito mais do que o funcionamento adequado dos serviços hospitalares. É necessário integrar políticas de educação, trabalho, habitação, saneamento e segurança alimentar, de modo que o cuidado em saúde seja expressão de justiça social e não apenas de tratamento biológico. Ao observar as trajetórias de Julia e Amanda à luz dos determinantes sociais da saúde, torna-se evidente que a realidade brasileira reflete um desafio global: garantir saúde digna e universal em contextos de desigualdade. Em muitos países de renda média e baixa, o acesso à saúde ainda é fortemente condicionado por fatores econômicos, educacionais e geográficos.

Os casos de Julia e Amanda também ilustram a importância de um olhar diferenciado para grupos vulneráveis. Julia, devido à baixa renda, à interrupção escolar e à sobrecarga doméstica, enfrenta barreiras múltiplas que aumentam os riscos de adoecimento e comprometem seu bem-estar. Amanda, embora economicamente mais favorecida e com uma rede de apoio familiar sólida, depende do acesso a serviços especializados para assegurar uma saúde integral. Essa diferença evidencia que políticas públicas devem ser desenhadas com sensibilidade às desigualdades existentes, priorizando recursos para aqueles em maior vulnerabilidade, sem deixar de fortalecer a universalidade do sistema.

Em última análise, as vivências de Julia e Amanda ensinam que a saúde é um direito intrinsecamente ligado à justiça social. Garantir dignidade significa não apenas atender doenças, mas transformar condições de vida, fortalecer redes de apoio e investir em prevenção e equidade. O Brasil tem infraestrutura, conhecimento e tradição em atenção à saúde que permitem avançar nesse caminho, mas o comprometimento político e a continuidade de políticas



públicas sustentáveis são cruciais para que o SUS cumpra seu papel constitucional de forma plena.

Portanto, refletir sobre os determinantes sociais da saúde, à luz de casos concretos como os de Julia e Amanda, não é apenas um exercício acadêmico, mas uma exigência ética e política. Implica reconhecer que saúde, dignidade e equidade caminham juntas, e que a verdadeira universalidade do SUS só será alcançada quando políticas de atenção à vida considerarem integralmente as condições sociais que moldam o adoecimento. Nesse sentido, experiências individuais e dados populacionais convergem para um mesmo entendimento: cuidar da saúde é, acima de tudo, cuidar da vida em sua totalidade, promovendo justiça, inclusão e respeito à dignidade humana, valores que devem permear todas as políticas públicas.

(Iasmin e Maria Paula)





CAPÍTULO 4: O ACESSO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA À SAÚDE

A população em situação de rua constitui um dos grupos sociais mais expostos a múltiplas formas de vulnerabilidade, resultantes da sobreposição de fatores econômicos, sociais, institucionais e simbólicos.¹⁰⁵ A exclusão do acesso regular à moradia, ao trabalho e aos serviços públicos compromete não apenas a subsistência material, mas também o exercício de direitos fundamentais, entre eles o direito à saúde, à autonomia corporal e ao planejamento reprodutivo. Nesse contexto, a experiência da população em situação de rua revela, de forma particularmente evidente, os limites das políticas públicas quando estruturadas a partir de pressupostos de estabilidade, previsibilidade e responsabilidade individual abstrata.

Em “Memória, esquecimento, silêncio”, o sociólogo Michael Pollak, ao abordar a construção da memória coletiva, descreve o que ele identifica como sendo memórias subterrâneas: o registro da memória de grupos excluídos e marginalizados, suprimido por se opor aos discursos da “memória oficial”, marcada por um caráter uniformizador e opressor que mascara questões sociais. No entanto, quando as memórias subterrâneas conseguem invadir o espaço público, elas são acompanhadas por uma série de reivindicações múltiplas por ações de transformação social,¹⁰⁶ o que expressa de forma clara a necessidade de escutar, compreender e ampliar o alcance de relatos de indivíduos que se encontram em situação de vulnerabilidade socioeconômica e invisibilizados em diversos contextos.

Indubitavelmente, tratar do acesso a serviços de saúde na perspectiva da população em situação de rua é imprescindível para

¹⁰⁵ PRADO, Juliana Gama Vieira Rizo; MENDES, Paulo César. Desafios vivenciados por populações em situação de rua. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, [S. l.], v. 18, n. 11, 11 nov. 2025. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/download/22370/12922/60896>. Acesso em: 15 jan. 2026.

¹⁰⁶ POLLACK, Michael. Memória, esquecimento, silêncio. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, 1989. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/reh/article/view/2278/1417>. Acesso em: 7 nov. 2025.



concretizar uma série de direitos previstos na Constituição. Segundo dados do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), mais de 200 mil pessoas se encontram em situação de rua no Brasil,¹⁰⁷ número que apresentou crescimento contínuo desde a Pandemia de COVID-19. Apesar da existência de políticas públicas voltadas a essa população, como o programa Consultório na Rua – que consiste na atuação de equipes multiprofissionais que, de forma itinerante e em conjunto com Unidades Básicas de Saúde e outros serviços da rede de saúde, atendem a população em situação de rua¹⁰⁸ – e a Política Nacional para a População em Situação de Rua – que busca assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro a serviços e programas que integram políticas públicas –,¹⁰⁹ ainda podem ser observados diversos obstáculos significativos no acesso destes indivíduos a serviços de saúde.

4.1. Limitações do Direito à Saúde em contexto de múltiplos fatores de vulnerabilidade

Nesse contexto, a trajetória de Joaquim revela a intersecção entre pobreza, dependência química, ausência de políticas públicas efetivas e adoecimento crônico. Sua história não é apenas sobre o uso de álcool, cigarro e drogas, é a narrativa de como condições sociais degradantes moldam escolhas, restringem possibilidades e ampliam uma vulnerabilidade que passa a se reproduzir sozinha, mesmo na ausência de novos agravantes.

¹⁰⁷ INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **População em situação de rua supera 281,4 mil pessoas no Brasil**. [s.l.], 08 dez. 2022. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/porta/categorias/45-todas-as-noticias/noticias/13457-populacao-em-situacao-de-rua-supera-281-4-mil-pessoas-no-brasil>. Acesso em: 18 dez. 2025.

¹⁰⁸ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Consultório na Rua. In: Ministério da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s. d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf/consultorio-na-rua>. Acesso em: 18 dez. 2025.

¹⁰⁹ ANDRADE, Rebeca de *et al.* O acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n.132, jan./mar. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/c8JDyXMSz7bHRHrLFdxtHPr/?lang=pt>. Acesso em: 18 dez. 2025.



Em uma tarde de quinta-feira comum, conhecemos Joaquim, um homem de aproximadamente 40 anos, pardo, que estava internado no HU. Lembro que já era início da tarde e que ele havia acabado de almoçar. Seu companheiro de quarto dormia profundamente, o que nos fez hesitar antes de entrar, receosos de interromper o descanso. No entanto, ao percebermos que Joaquim estava acordado e atento ao movimento no quarto, aproximamo-nos e iniciamos a conversa. Desde o início, Joaquim mostrou-se aberto e disposto a falar, relatando sua origem, sua trajetória anterior à internação e as circunstâncias que o haviam conduzido até aquele momento.

Joaquim se encontrava enfrentando um longo processo de recuperação: devido a um problema de insuficiência cardíaca, que se manifestou há aproximadamente oito anos, o seu corpo já não conseguia bombear o sangue da forma como deveria, resultando no acúmulo de excesso de fluídos em diversas partes do corpo. Quando foi encaminhado ao hospital, estava pesando mais de 100kg e com uma fadiga que parecia consumir todas as suas forças de uma forma que nunca sentira nos seus 44 anos de vida.

Apesar de estar visivelmente cansado da internação, especialmente das repetidas refeições, do tédio e da solidão, o que para ele era curioso, já que além dele, o leito comportava outros dois pacientes, se sentia grato pelos cuidados da equipe do hospital, que além de realizar o acompanhamento médico, também proporcionou o atendimento do serviço social, que oferecera importantes informações sobre serviços socioassistenciais que poderiam auxiliá-lo. Entre os serviços sociais de maior proeminência são Centros de Referência Especializado para População em Situação de Rua, sendo 246 unidades espalhadas pelo país, além dos Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), que entre as funções se destacam ações de atenção e orientação direcionadas para a promoção de direitos, a preservação e o fortalecimento de vínculos familiares.¹¹⁰

¹¹⁰ MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS E DA CIDADANIA (MDHC). População em situação de rua: diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal. Brasília, DF, ago. 2023.



Ao narrar sua trajetória de vida, Joaquim contou que, aos 24 anos, migrou de sua cidade natal, no interior do Paraná, para São Paulo, por intermédio de uma agência de empregos. Com escolaridade limitada ao então primeiro grau, buscava melhores oportunidades de trabalho na capital paulista, informação essa que se reflete nos dados elaborados pelo Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania que revelaram que mais de 46% das pessoas em situação de rua têm o ensino fundamental incompleto.¹¹¹ Inicialmente, inseriu-se no mercado informal como garçom, mesmo sem experiência prévia, admitindo que alegou tê-la para conseguir a vaga. No entanto, enfrentou dificuldades significativas de adaptação, especialmente em razão do desenvolvimento da dependência do álcool e do cigarro, fatores que culminaram na perda do emprego e dificultaram sua permanência no mercado de trabalho.

Além da dependência do álcool, Joaquim passou a enfrentar problemas emocionais e financeiros, o que agravou ainda mais sua situação. Sem conseguir manter um trabalho fixo, acabou tendo as ruas de São Paulo como sua nova casa, o que tornava praticamente impossível conseguir um novo emprego, ainda que antes disso já houvesse obstáculos. A experiência da rua, marcada por desproteção e exposição contínua a riscos, introduziu também as drogas ilícitas em sua vida. Sua saúde deteriorou-se progressivamente, evidenciando que a dependência química raramente se apresenta como um evento isolado, mas como resultado da combinação entre pobreza, ruptura de vínculos familiares, ausência de políticas de acolhimento e condições de vida extremamente fragilizadas.

Durante aproximadamente duas décadas, Joaquim permaneceu sem contato com seus familiares no Paraná. Além das dificuldades materiais inerentes à vida nas ruas, relatou o medo de receber notícias negativas como um fator que o afastava ainda mais de qualquer tentativa

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: 18 dez. 2025.

¹¹¹ ESCOLARIDADE das pessoas em situação de rua. **Observatório Nacional dos Direitos Humanos (ObservaDH)**. [s.l.], 17 jun. 2025. Disponível em: <https://storymaps.arcgis.com/stories/2c0784af58ec460c802136d502d1e0d2>. Acesso em: 18 dez. 2025.



de reconexão. Nesse contexto, os vínculos familiares interrompidos e fragilizados estão entre algumas das principais dificuldades que a população em situação de rua enfrenta,¹¹² o que, somado ao estigma com que muitos tratam essa população tem um impacto psicológico relevante.

A insuficiência cardíaca congênita, condição com a qual convivia sem sequer saber, manifestou-se apenas quando o corpo se torna incapaz de compensar anos de abuso de substâncias e negligência involuntária consigo mesmo. Esse desconhecimento sobre a própria condição clínica expõe uma faceta central da exclusão: para quem vive na rua, a prevenção parece simplesmente não existir, observa-se, portanto, que, apesar de conseguir obter atendimento por meio da rede pública de saúde, o acesso a serviços de saúde ocorreu somente em emergências médicas, e não por meio de consultas periódicas, o que seria imprescindível para impedir o agravamento de sua condição clínica.

Joaquim relatou, por exemplo, conviver com hipertensão arterial, condição que exige acompanhamento contínuo, jamais efetivamente acessado. Recebia medicamentos apenas em passagens pontuais por hospitais, sem acompanhamento sistemático. A procura por serviços de emergência e não de atenção primária, e a falta de acesso a consultas periódicas é uma realidade comum observada na população em situação de rua, que geralmente chega aos serviços de saúde em estágios de adoecimento mais avançados.¹¹³

Existe uma série de questões na estrutura do funcionamento dos serviços de saúde que contribuem para a reprodução de situações de opressão e preconceito que distanciam pessoas em situação de rua da busca por orientação médica e consultas de atenção primária – e também

¹¹² ANDRADE, Rebeca de; COSTA, Alane Andréa Souza; SOUZA, Elyana Teixeira; ROCON, Pablo Cardozo. O acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 132, p. 227–239, 27 jun. 2022. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/6157>. Acesso em: 18 dez. 2025.

¹¹³ ANDRADE, Rebeca de; COSTA, Alane Andréa Souza; SOUZA, Elyana Teixeira; ROCON, Pablo Cardozo. O acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua: uma revisão integrativa.



serviços de média e alta complexidade. Barreiras burocráticas, como a exigência de documentos de identidade, endereço, higiene adequada, conhecimento dos serviços oferecidos pelo SUS, horários inflexíveis de consulta;¹¹⁴ e falta de recursos, tanto humanos como materiais, para o fornecimento e vinculação a serviços especializados – como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Esses obstáculos convergem para um elemento central: o estigma. Relatos de preconceito, tratamento desumanizado e até recusa de atendimento por parte de profissionais de saúde reproduzem um olhar sociocultural que desumaniza pessoas em situação de rua e compromete a efetividade das políticas públicas.

A Constituição estabelece que a saúde deve ser garantida mediante políticas que reduzam riscos e agravos, na forma do artigo 196.¹¹⁵ Mas a vida na rua é, por definição, um ambiente onde todos os riscos estão amplificados: frio, fome, violência, exposição ambiental, ausência de higiene, uso compartilhado de instrumentos e substâncias, impossibilidade de armazenar medicamentos, impossibilidade de seguir horários, dificuldades para retornar a serviços, instabilidade permanente. A prevenção depende de rotinas, e a rua é a impossibilidade prática da rotina.

Assim, quando precisou ser internado pelo sistema público de saúde pela primeira vez, passou por um tratamento em um hospital do Tatuapé para realizar drenagem dos líquidos que estavam acumulados em seu corpo. Em outro momento, já foi internado com o pulmão perfurado após ser esfaqueado e ficou hospitalizado na Santa Casa, que apesar de ser uma instituição privada, realiza atendimentos pelo SUS, para tratar problemas cardíacos e respiratórios decorrentes do abuso de álcool e drogas. Foi nessa ocasião que os profissionais de saúde conseguiram localizar e contatar seus familiares.

Após o procedimento, Joaquim recebeu a medicação adequada, mas, segundo ele próprio nos contou, naquele momento ainda

¹¹⁴ ANDRADE, Rebeca de; COSTA, Alane Andréa Souza; SOUZA, Elyana Teixeira; ROCON, Pablo Cardozo. O acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua: uma revisão integrativa.

¹¹⁵ BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Organizado por Cláudio Brandão de Oliveira. Rio de Janeiro: Roma Victor, 2002.



não mudou os seus hábitos. A mudança só veio após uma segunda internação, também causada por problemas cardíacos, mas que, dessa vez, foi agravada por dificuldades respiratórias. Esse novo episódio fez com que ele pensasse sobre sua vida e suas escolhas. No momento da entrevista, afirmou, com visível orgulho, estar há dois anos sem consumir álcool, tabaco ou drogas. Ainda assim, encontrava-se internado novamente, pois precisou realizar outra drenagem de líquidos acumulados e do inchaço, já que seu problema de saúde o acompanhará pelo resto da vida.

Antes de chegar ao HU, Joaquim passou por um hospital menor, na região da Barra Funda, que lidava com superlotação, motivo pelo qual foi transferido. A superlotação hospitalar é um problema que atinge todo o Brasil, especialmente as grandes cidades, e gera inúmeras consequências. Entre elas, estão os atrasos no diagnóstico e no início do tratamento, a demora na administração de medicamentos essenciais, como antibióticos, o aumento da taxa de mortalidade e o agravamento do quadro clínico dos pacientes. Além disso, os profissionais da saúde acabam sobrecarregados, sofrendo com estresse e exaustão, o que pode comprometer a qualidade do atendimento e aumentar a possibilidade de erros médicos.¹¹⁶

No que se refere ao uso de medicamentos, Joaquim relatou dificuldades constantes para manter o tratamento adequado. Quando suas receitas venciam, dirigia-se a prontos-socorros para renová-las e para obter medicamentos para hipertensão, o que evidencia a ausência de acompanhamento regular e de uma equipe de referência. Não havia orientação farmacêutica contínua nem suporte institucional capaz de viabilizar a adesão ao tratamento, tornando previsível o uso irregular da medicação.

¹¹⁶ SILVA, Salvyana Carla Palmeira Sarmiento; NUNES, Marco Antônio Prado; SANTANA, Vanessa Rocha; REIS, Francisco Prado; MACHADO NETO, José; LIMA, Sonia Oliveira. A síndrome de burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3011–3020, out. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tMHPSfqgYFQPPDdqKqQrw6b/?lang=pt>. Acesso em: 15 jan. 2026.



Como o relato de Joaquim expõe, episódios de violência e exposição a substâncias entorpecentes contribuem para agravar a condição de vulnerabilidade da população em situação de rua, o que se torna ainda mais perigoso considerando as barreiras no acesso a serviços de saúde. Dessa forma, locais que proporcionem abrigo e acolhimento a esses indivíduos, contando com serviços essenciais – como refeições, apoio médico e serviço social – são necessários, desde que respeitem uma série de pressupostos, como, por exemplo, um espaço suficiente que proporcione algum grau de privacidade para os residentes, o que contribui para preservar a saúde mental e evitar a propagação de doenças contagiosas; evitar exposição contínua a barulhos intermitentes, que é responsável por uma série de problemas como distúrbios de sono e irritabilidade; e infraestrutura adequada, que proteja os residentes de umidade (prejudicial para a saúde respiratória) e de desconforto climático.¹¹⁷

Joaquim aproveitou a conversa para nos contar que, atualmente, já não mora mais nas ruas. Hoje, ele vive em um grande albergue, que abriga aproximadamente 80 pessoas. Apesar deste número parecer elevado, Joaquim não considera que há superlotação. Segundo ele, o local oferece o básico para a sobrevivência, como café da manhã, almoço e jantar, o que representa uma mudança significativa em relação à vida que levava antes. Além disso, afirmou a presença constante de assistentes sociais, sempre dispostos a orientar e auxiliar aqueles que demonstram interesse em buscar ajuda ou melhorar sua situação.

Apesar desses pontos positivos, ele também fez questão de destacar algumas limitações do albergue. Joaquim nos contou que há atendimento médico apenas em casos de emergência, o que, muitas vezes, não é suficiente para quem possui problemas de saúde contínuos, como no seu caso. Quando precisa de outros tipos de apoio, especialmente ajuda para se locomover, não há acompanhamento

¹¹⁷ ALDER, Beth *et al.* **Psychology and sociology applied to medicine**. 3. ed. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier, 2009.



médico ou assistência adequada disponível. Embora o transporte do albergue tenha sido responsável por levá-lo ao hospital em uma das internações, Joaquim admitiu que, durante muito tempo, não buscava ativamente o apoio do serviço social, o que, à primeira vista, poderia ser interpretado como desinteresse individual.

À primeira vista, essa fala sugere uma escolha individual, como se o afastamento do cuidado fosse fruto exclusivo de desinteresse pessoal. De fato, há um componente individual: a saúde envolve decisões, comportamentos e atitudes, e cada pessoa exerce certo grau de autodeterminação sobre o próprio corpo. Porém, essa autonomia não existe no vazio. Quando a vida cotidiana é organizada pela lógica da sobrevivência, a capacidade real de escolher se cuidar diminui drasticamente. O que parece desleixo, na superfície, reflete na verdade um limite estrutural: a dificuldade de estabelecer vínculos com instituições em um cenário de instabilidade radical. A promoção da saúde, que pressupõe tempo, previsibilidade e condições mínimas para desenvolver hábitos estáveis, torna-se praticamente impossível quando as condições materiais desmoronam. Nesse contexto, a responsabilidade individual existe, mas é continuamente atravessada, limitada e muitas vezes neutralizada pela força dos determinantes sociais.

A dependência química, nesse caso, não é apenas doença. É também resultado de determinantes sociais severos: perda de vínculos de trabalho, inexistência de residência fixa, convivência permanente com usuários, ausência de suporte familiar, falta de políticas de acolhimento eficazes e inexistência de ações consistentes de promoção da saúde. A trajetória do paciente demonstra que políticas sobre drogas não podem se limitar à repressão, abstinência compulsória ou abordagens moralistas. É impossível cobrar responsabilidade individual absoluta quando o Estado não oferece condições mínimas para que essa responsabilidade exista.

O paciente relata, ainda, que só buscava atendimento quando os sintomas se tornavam insuportáveis. Essa prática, comum entre moradores de rua, expressa uma realidade incontornável: a prevenção



depende mais de condições sociais do que de decisões individuais. Se a pessoa não tem onde guardar um comprimido, não tem como seguir horários, não tem como evitar gatilhos do vício, não tem acesso contínuo a profissionais de referência e vive em ambiente de risco, qualquer política de prevenção se torna abstrata.

Quando finalmente buscou atendimento, percorreu diferentes serviços: um pronto-socorro pequeno, superlotado, que não suportou a complexidade do caso, e posteriormente o hospital universitário, onde ocorreu o atendimento necessário. Seu itinerário terapêutico, nesse momento específico, foi correto, mas só foi possível porque a gravidade o obrigou a entrar no sistema já em colapso físico.

O paciente também descreve como obtinha medicamentos para hipertensão: recorrendo a hospitais quando as receitas estavam prestes a vencer e retirando remédios em prontos-socorros. Essa logística evidencia a ausência completa de acompanhamento regular. Não havia equipe de referência, não havia unidade básica atuando como porta de cuidado contínuo, não havia orientação farmacêutica. Não é surpresa que não tomasse os medicamentos corretamente; a estrutura para aderir ao tratamento simplesmente não existia.

A Política Nacional de Medicamentos estabelece como diretriz central o uso racional de medicamentos. Mas essa racionalidade pressupõe condições: informação adequada, acompanhamento, explicação sobre riscos, apoio contínuo e estabilidade mínima. Nada disso é possível para quem vive na rua. Na prática, a dispensação costuma ser feita sem explicações, e o paciente, já fragilizado e sem recursos cognitivos ou materiais para seguir o tratamento, ocupa sozinho a responsabilidade que deveria ser compartilhada com o sistema.

A experiência do Joaquim demonstra com clareza que políticas públicas sobre dependência química e saúde da população em situação de rua não podem ser episódicas. A promoção da saúde, nesse contexto, significa reduzir vulnerabilidades, oferecer abrigo contínuo, garantir acesso à educação em saúde, criar políticas de redução de



danos e articular os serviços de forma horizontal, com continuidade real. A prevenção, quando oferecida tardiamente, perde sentido.

O caso mostra ainda que, quando o indivíduo já está profundamente imerso no ciclo da dependência e da rua, qualquer política estatal baseada apenas na oferta, e não na construção ativa de vínculos, tende a falhar. Isso porque ninguém pode ser obrigado a se tratar, e o direito à saúde, sendo um direito público subjetivo, exige adesão voluntária. Logo, para que essa adesão ocorra, é necessário que o Estado construa condições para que a escolha pelo cuidado seja possível, desejável e acessível.

A trajetória de Joaquim sintetiza uma verdade incômoda: o adoecimento não começa no corpo, mas no território social. A insuficiência cardíaca congênita manifestada apenas após anos de uso de substâncias é a face biológica de um processo social muito mais amplo: abandono institucional, precariedade extrema, ausência de redes, desigualdade estrutural e políticas públicas insuficientes.

Joaquim relatou também sobreviver, em parte, com o auxílio do Bolsa Família, benefício ao qual teve acesso por meio de um evento beneficente promovido por uma instituição religiosa. Além disso, quando possível, realizava trabalhos informais com reciclagem, embora suas limitações físicas o restringissem a tarefas mais leves como pesagem de material e realização de contas. Nesse momento da conversa, percebemos que ele estava chateado com sua situação, embora tentasse disfarçar o sentimento brincando consigo mesmo, dizendo que só conseguia fazer as contas graças à existência da calculadora e ao auxílio que recebia.

Esse relato evidencia o quanto são fundamentais as políticas públicas e ações específicas voltadas à garantia de acesso à saúde e ao serviço social para a população em situação de rua. É sabido que o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Ministério da Saúde possuem projetos, ferramentas e planejamentos voltados a esse objetivo, mas, ainda assim, muitas pessoas, como Joaquim, só conseguem conhecer e acessar determinados benefícios graças a iniciativas coletivas e ações comunitárias. Por isso, torna-se evidente a importância da promoção



e fortalecimento de iniciativas voltadas à população em situação de rua, para que o acesso aos direitos básicos não dependa apenas do acaso ou da sorte de cruzar com alguém disposto a ajudar.

Aproveitamos o último momento para perguntar a Joaquim o que ele acreditava que deveria melhorar no sistema, especialmente no que diz respeito ao tratamento e ao auxílio destinados à população em situação de rua, que é extremamente vulnerável e, muitas vezes, negligenciada por ser vista como uma “população invisível”, colocada à margem da sociedade.

A resposta de Joaquim foi simples, mas, ao mesmo tempo, extremamente impactante. Ele nos disse que, no momento, estava satisfeito com a forma como sua situação vinha sendo conduzida no país. Segundo ele, sempre que precisa de algo, acaba conseguindo ajuda, ainda que, muitas vezes, seja necessário esperar bastante em razão da alta demanda. Para Joaquim, isso já representava algo positivo.

Ele também comentou que, em sua visão, as pessoas em situação de rua geralmente só procuram ajuda quando realmente precisam e, por isso, não conseguia apontar melhorias específicas ou falhas claras no sistema. Joaquim explicou que essa percepção era baseada em suas próprias escolhas, pois, segundo ele, durante muito tempo ignorou qualquer possibilidade de assistência e só recorreu a esse tipo de apoio quando decidiu, por vontade própria, buscar ajuda. Essa resposta, vinda de alguém que vive diariamente essa realidade, nos fez refletir profundamente sobre como, muitas vezes, a ausência de reivindicações não significa ausência de problemas, mas sim a naturalização da precariedade.

Portanto, tornar essas experiências visíveis é importante para que não permaneçam confinadas ao campo das memórias silenciadas, permitindo que o direito à saúde seja repensado a partir das realidades concretas daqueles que mais dele necessitam.

(Arthur, Ariane e Vinícius)



Em mais uma ida ao HU para realizar entrevistas com os pacientes, passamos a priori na ala do Serviço Social, na qual nos contaram de um caso delicado, no qual a paciente internada se encontrava em uma situação de grave vulnerabilidade. Ficamos preocupados com a situação e perguntamos os detalhes do caso. Antes da visita a Marília, informaram-nos que esta paciente se encontrava em situação de rua, sofria violência doméstica do marido e possuía histórico de abuso de substâncias. No mais, apesar de ficar abalada ao escutar essa história, explicaram também que ela estava internada devido ao acidente de ônibus que sofreu enquanto fugia do marido. Nesse sentido, segundo dados da pesquisa DataSenado¹¹⁸, a violência de gênero atinge 3,7 milhões de brasileiras, um problema social persistente no contexto brasileiro, sendo que a subnotificação de casos também é presente.

Em seguida à breve explicação, nosso grupo se direcionou ao setor de internação de adultos do hospital enquanto conversamos sobre a forma a ser abordada na entrevista, de modo que decidimos então não perguntar diretamente sobre nenhuma das situações que nos foram passadas sem antes ela mencionar por conta própria, com intuito de evitar deixá-la desconfortável.

Ao entrarmos no quarto, o ambiente apresentava-se calmo e acolhedor. Uma enfermeira realizava cuidados em outro paciente, enquanto Marília conversava de forma animada com as pessoas ao seu redor. Ao perceber nossa aproximação, demonstrou receptividade e entusiasmo. Após explicarmos os objetivos do projeto de pesquisa, ela prontamente se dispôs a compartilhar sua história, mantendo um tom leve e aparentemente alegre.

A paciente estava contente em nos contar o seu relato, que começou informando sobre como havia sofrido o acidente. Indicou que enquanto andava de bicicleta tinha sido atropelada por um ônibus que passava no mesmo instante, e, diante da emergência da situação,

¹¹⁸ DATASENADO: violência de gênero atinge 3,7 milhões de brasileiras. **Senado Notícias**, Brasília, 24 nov. 2025. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2025/11/24/datasenado-violencia-de-genero-atinge-3-7-milhoes-de-brasileiras>. Acesso em: 18 dez. 2025.



o resgate a transportou diretamente para o HU, sendo atendida imediatamente e sem demora.

Durante a nossa conversa, informou, enquanto chorava e tentava cobrir o rosto deitada no leito, relatou o quanto se sentia bem tratada no hospital, expressando profunda gratidão à equipe de saúde e afirmando que, após o acidente, estava disposta a valorizar mais a própria vida. O impacto emocional de seu relato foi intenso, exigindo de nossa parte grande esforço para conter a comoção diante de seu sofrimento.

Em nenhum momento a paciente mencionou o motivo que estava andando de bicicleta distraída, mas citou inúmeras vezes o seu marido, sem nunca relatar nada negativo a seu respeito, apenas afirmando que ele a visitaria em breve. Ao ser questionada sobre quem a auxiliaria no período de recuperação após a alta hospitalar, respondeu prontamente que seria o marido, acrescentando que ele lhe compraria outra bicicleta quando retornasse. Em nenhum momento verbalizou críticas ou relatos negativos a seu respeito. Nesse sentido, a pesquisa DataSenado revela que 12% das mulheres que sofrem um tipo de violência continuam a viver com seus agressores e 4% a conviver de alguma forma.¹¹⁹

Em matéria de saúde, informou que não frequentava e nem utilizava de nenhuma forma do sistema público de saúde, que não era atendida no local que residia e que também não ia a postos de saúde ou hospitais, o momento atual de internação afirmou ser uma exceção, já que foi transportada ao HU devido ao acidente que sofrera.

Enquanto saía do quarto pensei diversas possibilidades do que poderia ter causado essa ruptura entre ela e os filhos, mas durante a breve menção a seus filhos percebi o carinho que ela guardava por eles e não consegui imaginar a dor de Marília de não ter mais contato com eles.

¹¹⁹ BERGAMO, Mônica. Cerca de 4 milhões de mulheres convivem com o agressor no Brasil, revela pesquisa. **Folha de S.Paulo**, São Paulo, 2025. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/monicabergamo/2025/11/cerca-de-4-milhoes-de-mulheres-convivem-com-o-agressor-no-brasil-revela-pesquisa.shtml>. Acesso em: 15 jan. 2026.



O caso de Marília é mais uma representação da vulnerabilidade das pessoas que se encontram em situação de rua, que, apesar das diversas políticas públicas anunciadas de acesso à saúde a essa população, como o “consultório na rua”,¹²⁰ “programa redenção”,¹²¹ “unidade odontológica móvel”¹²² e programas sociais da prefeitura de São Paulo,¹²³ esse relato nos faz questionar quais efetivamente alcançam uma parcela significativa dessas pessoas em vulnerabilidade. Ainda, nota-se que a população em situação de rua no Brasil cresceu 8,5% em relação ao que foi registrado em 2024, o que se calcula um total em média de 358.553 pessoas, segundo relatório do Observatório Brasileiro de Políticas Públicas com a População em Situação de Rua da UFMG.¹²⁴

Portanto, esses projetos e programas, com objetivo de atender à população em situação de rua, oferecendo serviços e ações que promovam a dignidade, a inclusão social e garantia de direitos básicos para essas pessoas que vivem em condições de vulnerabilidade extrema, ainda precisam de maior difusão especialmente pela falta de acesso à informação e não apenas a disponibilização dos meios.

¹²⁰ PREFEITURA DE SÃO PAULO. Consultório na Rua. In: Secretaria Municipal da Saúde. São Paulo: Secretaria de Saúde, 2024. Disponível em: https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/atencao_basica/346112. Acesso em: 15 jan. 2026.

¹²¹ PREFEITURA DE SÃO PAULO. Programa Redenção: ações integradas de saúde, assistência social, trabalho e direitos humanos para pessoas em situação de vulnerabilidade social e uso abusivo de álcool e outras drogas. In: Secretaria Executiva de Projetos Estratégicos. São Paulo: Secretaria Executiva de Projetos Estratégicos, 2025. Disponível em: https://prefeitura.sp.gov.br/web/secretaria_executiva_de_projetos_estrategicos/programo_redencao/o_programa. Acesso em: 15 jan. 2026.

¹²² PREFEITURA DE SÃO PAULO. Unidade Odontológica Móvel (UOM) – Saúde Bucal. In: Secretaria Municipal da Saúde. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2023. Disponível em: https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/atencao_basica/346114. Acesso em: 15 jan. 2026.

¹²³ PREFEITURA DE SÃO PAULO. Programas e projetos: ações para a população em situação de rua. In: Coordenação de Políticas para a População em Situação de Rua – PopRua. São Paulo: Coordenação de Políticas para a População em Situação de Rua, 2025. Disponível em: <https://prefeitura.sp.gov.br/web/poprua/w/274596>. Acesso em: 15 jan. 2026.

¹²⁴ POPULAÇÃO em situação de rua no Brasil cresce cerca de 88% entre 2020 e 2026, aponta estudo. **CBN**, Belo Horizonte, 3 nov. 2025. Disponível em: <https://cbn.globo.com/brasil/noticia/2025/11/03/populacao-em-situacao-de-rua-no-brasil-cresce-85percent-mostra-levantamento.ghtml>. Acesso em: 15 jan. 2026.



A situação de Marília demonstra essa falta de alcance desses projetos sociais e dessas políticas públicas implementadas pelo Estado. Ainda, outra preocupação abordada com a enfermeira após nossa conversa com a paciente foi o que aconteceria após a alta de Marília, se existe algum auxílio de tratamento após a cirurgia dela, onde ela poderia ficar, mas a realidade é que após os cuidados que Marília obteve no hospital foi informado que provavelmente ela retornaria ao mesmo ambiente opressivo, violento e insalubre em que ela se encontrava antes de tentar fugir do marido.

(Beatriz e Maria Paula)



CAPÍTULO 5: PACIENTES EM INTERNAÇÕES DE LONGA DURAÇÃO E SAÚDE MENTAL

A internação hospitalar é concebida, no desenho das políticas públicas de saúde, como uma medida excepcional e transitória, voltada ao cuidado intensivo em situações agudas. No entanto, no funcionamento concreto do SUS, hospitais gerais passam a desempenhar funções que extrapolam sua finalidade original, convertendo-se, em determinados contextos, em espaços de permanência prolongada. Essa conversão informal transforma o hospital em local de moradia involuntária para pacientes que já não demandam cuidados hospitalares complexos, mas que não encontram condições sociais, familiares ou institucionais para viabilizar a alta.

Esse fenômeno não resulta de uma decisão médica isolada, mas da sobreposição de fatores estruturais. Como veremos, o abandono familiar, a fragilidade das redes de apoio comunitárias, a pobreza e a insuficiência de políticas públicas de acolhimento produzem situações em que a alta médica, embora formalmente concedida, torna-se materialmente impossível.¹²⁵ Nesses casos, o hospital passa a absorver demandas que pertencem a outros campos da política social, em especial ao serviço social e à saúde mental, assumindo funções para as quais não foi projetado.

No Estado de São Paulo, a principal alternativa institucional para pessoas idosas em situação de dependência são as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).¹²⁶ Essas instituições destinam-se ao acolhimento de pessoas com idade mínima de 60 anos, oferecendo moradia, cuidados básicos, acompanhamento social e apoio à saúde, sem caráter hospitalar. As ILPI podem ser públicas,

¹²⁵ MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. Internações prolongadas e o impacto dos determinantes sociais da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 389–398, 2009.

¹²⁶ PREFEITURA DE SÃO PAULO. Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). In: Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. São Paulo: Prefeitura de São Paulo, 2025. Disponível em: https://prefeitura.sp.gov.br/web/assistencia_social/w/idosos/331343. Acesso em: 16 jan. 2026.



conveniadas ou privadas, e sua atuação é regulada por normas sanitárias específicas. Apesar disso, o número de vagas disponíveis é insuficiente para atender à demanda existente, especialmente no setor público, o que resulta em longas filas de espera e exclusão de pacientes que permanecem internados em hospitais gerais por ausência de alternativa institucional.

A insuficiência dessas instituições produz um efeito de deslocamento estrutural: pacientes que deveriam estar acolhidos em equipamentos de proteção social permanecem hospitalizados, ocupando leitos destinados a cuidados agudos. Esse deslocamento é particularmente visível em hospitais universitários e hospitais gerais de referência, como o HU, que, embora não sejam hospitais psiquiátricos, acabam absorvendo demandas relacionadas à saúde mental em razão da fragilidade da rede de retaguarda especializada.¹²⁷

A saúde mental emerge como eixo central da problemática da internação de longa duração. A permanência prolongada em ambiente hospitalar, sobretudo quando não há perspectiva concreta de alta, produz impactos significativos sobre o estado psíquico dos pacientes. O isolamento social, a ruptura de vínculos afetivos, a perda progressiva de autonomia e a vivência contínua da dependência contribuem para o surgimento ou agravamento de quadros de depressão, confusão mental, ansiedade intensa e ideação suicida.¹²⁸ Em muitos casos, o sofrimento psíquico não antecede a internação, mas se desenvolve ou se intensifica ao longo dela, como resultado direto da institucionalização prolongada.

Esse quadro se insere em um contexto mais amplo de adoecimento mental da população usuária do SUS. A demanda por cuidados em saúde mental aumentou de forma expressiva nas últimas décadas, enquanto a capacidade de resposta da rede pública permanece limitada. A

¹²⁷ GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Saúde Mental. In: Humanização. São Paulo: Governo do Estado de São Paulo, [s.d.]. Disponível em: <https://saude.sp.gov.br/humanizacao/areas-tematicas/saude-mental>. Acesso em: 16 jan. 2026.

¹²⁸ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Quality of care in mental health services. Geneva: WHO, 2012; OMS. Guidelines on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: WHO, 2021.



Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída com o objetivo de organizar o cuidado em saúde mental de forma territorializada e comunitária, evitando a centralização do atendimento em hospitais. No entanto, a rede enfrenta dificuldades estruturais, como cobertura territorial desigual, escassez de profissionais e insuficiência de serviços de média e alta complexidade.¹²⁹

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), principais dispositivos da RAPS, nem sempre conseguem oferecer acompanhamento contínuo e intensivo a todos os usuários que necessitam desse cuidado.¹³⁰ Como consequência, pacientes em sofrimento psíquico agudo ou em situação de crise acabam sendo encaminhados para hospitais gerais, que passam a lidar com demandas psiquiátricas complexas sem dispor de estrutura adequada para internações prolongadas dessa natureza.

Nesse cenário, o hospital deixa de ser apenas espaço de cuidado em saúde e passa a operar como instância de contenção social. A ausência de articulação efetiva entre saúde, serviço social e políticas de acolhimento institucional resulta em permanências involuntárias que suspendem, por tempo indeterminado, a possibilidade de retorno à vida fora do hospital. Trata-se de um processo que afeta diretamente a saúde mental dos pacientes, produz sofrimento evitável e revela falhas estruturais na organização das políticas públicas.

Este capítulo parte desse contexto para examinar a internação de longa duração como fenômeno que ultrapassa o campo estritamente médico. Ao reunir relatos de pacientes submetidos a permanências prolongadas em hospitais gerais, busca-se evidenciar como a falta de alternativas institucionais e a fragilidade das redes de cuidado

¹²⁹ SAMPAIO, Mariá Lanzotti; JÚNIOR, José Patrício Bispo. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Caderno de Saúde Pública*, [s.l.], v.37, n. 3, 07 abr. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2021.v37n3/e00042620/#>. Acesso em: 16 jan. 2026.

¹³⁰ Os CAPS são serviços de base comunitária integrantes da RAPS, responsáveis pelo acompanhamento clínico e pela reinserção social de pessoas em sofrimento mental grave e persistente. Ver GOVERNO FEDERAL. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). In: Ministério da Saúde. [s.l.]: Governo Federal, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps>. Acesso em: 16 jan. 2026.



produzem trajetórias marcadas pela perda de autonomia, pelo agravamento do sofrimento psíquico e pela indefinição prolongada do destino desses sujeitos no sistema de saúde. Além disso, vamos relatar casos que representam os desafios que envolvem a promoção de saúde mental no Brasil.

5.1. O leito que se tornou permanente

Valéria foi internada no HU em agosto de 2024, com um quadro de insuficiência cardíaca grave. Àquela altura, ninguém imaginava que a internação, pensada como passagem, se transformaria em permanência. O tratamento clínico foi bem-sucedido, mas deixou marcas: Valéria saiu da fase aguda acamada, sem autonomia para se locomover, dependente de cuidados constantes para as tarefas mais elementares do cotidiano.

A alta médica veio em setembro do mesmo ano. No papel, ela estava apta a deixar o hospital. Na realidade, nunca saiu. Desde então, Valéria permanece no HU, ocupando um quarto individual. Quando nós a entrevistamos, em março de 2025, ela estava sozinha. Somente naquela semana conseguiu acesso a uma televisão para o quarto, um gesto simples, quase tardio, para alguém que já contabilizava meses de internação sem nenhum tipo de entretenimento. O tempo prolongado no hospital tinha produzido efeitos visíveis: confusão mental, lapsos de memória e falas desconexas em alguns momentos. As assistentes sociais relataram que, em certas ocasiões, Valéria se tornava agressiva, como quem reage a um confinamento que não compreende completamente, mas sente diariamente no corpo.

Valéria é moradora de Embu das Artes. Tem duas irmãs: Vanda, empregada doméstica, que nunca escondeu que não teria condições materiais de acolhê-la, e Vanessa, que por outro lado, vive em situação confortável, sustentada por um antigo relacionamento. Vanessa tem uma filha, Vânia, que esteve no hospital ao menos duas vezes. Em ambas, prometeu que buscaria a tia. Nunca voltou.



Os familiares estiveram no HU uma única vez de forma decisiva: para levar embora os documentos pessoais de Valéria e seu telefone celular. O gesto não foi fruto de descuido, mas sim intencional. Ao retirar os meios de comunicação e identificação, impediram-na de exercer qualquer autonomia, desde falar com amigos, acessar vizinhos, movimentar sua conta bancária, até organizar sua própria saída do hospital. Sem documentos e sem celular, Valéria ficou imobilizada não apenas fisicamente, mas em todos os aspectos de sua vida como ser humano.

A sua aposentadoria continuava sendo depositada regularmente. Uma boa aposentadoria, composta por pensão deixada pelo ex-marido, suficiente para custear uma cuidadora em tempo integral, mas Valéria não sabia se ainda recebia o benefício. Tendo o contato com o mundo exterior completamente cortado, não conseguia acessar a sua conta bancária ou até mesmo ligar para o banco. Quando a equipe social identificou dois empréstimos consignados ativos em sua conta, ninguém soube informar quem os havia contratado. As assistentes sociais a levaram pessoalmente ao banco para cancelar os contratos. A autoria nunca foi esclarecida.

Em Embu das Artes, Valéria ainda tinha a sua casa, um lugar possível de retorno. Um ponto de partida para reconstrução mínima da sua vida, mas os vizinhos tinham sido informados por Vanessa de que Valéria estava morta. Por isso, ninguém mais a procurava e o silêncio era completo. Durante a entrevista, Valéria alternava momentos de lucidez e desorganização. Em alguns, falava com clareza sobre o que havia perdido; em outros, parecia falar de si como alguém distante. Em três ocasiões distintas, falou diretamente em autoextermínio. Não como metáfora, mas como intenção: “vou me jogar do alto dessa cama”, “quero morrer”. As falas foram imediatamente comunicadas à equipe do hospital.

O ressentimento em relação à irmã Vanessa atravessava toda a narrativa. Não apenas pelo abandono, mas pela percepção de que a irmã tinha tirado, deliberadamente, qualquer possibilidade de retorno à vida normal. Valéria pedia ajuda. Pedia alguém que fosse até



Embu, que dissesse aos vizinhos que ela estava viva. Implorava por um gesto simples que rompesse o isolamento. Mas a fronteira entre escuta acadêmica e intervenção pessoal não podia ser ultrapassada.

Apesar da alta médica, o HU não consegue efetivá-la. A regra é clara: Valéria só pode sair com um responsável. Ninguém aparece. Não há cuidadora contratada. A família se ausenta. A alternativa institucional pelo SUS, uma residência permanente, não é possível: Valéria ainda não atingiu a idade mínima exigida. O sistema não oferece outra saída.

Em agosto de 2025, chegou a última notícia. Valéria continuava internada no HU. Havia tentado o autoextermínio. Sobreviveu. O quadro de depressão era descrito como severo. Nada havia mudado em relação à família, aos documentos e ao acesso à própria renda. O tempo segue passando no hospital. Os dias se acumulam sem horizonte de saída. Valéria permanece ali, não porque precisa do leito de alta complexidade, mas porque a rede que deveria sustentá-la fora do hospital falhou por completo. Sua internação não é apenas médica. É social, jurídica e afetiva. Uma permanência que se prolonga, silenciosa, à margem das categorias formais, e que cobra, pouco a pouco, seu preço na saúde mental de quem espera.

(Eduardo e Maria Paula)

5.2. Lacuna na Rede de Atenção Psicossocial

Ao entrevistarmos João ficou evidente a questão da saúde mental e as internações de longa duração. Não se trata apenas de um episódio depressivo ou de uma descompensação psiquiátrica isolada; trata-se de uma trajetória de vida marcada por sofrimento contínuo, o que é um relevante fator de adoecimento.

Um dos maiores desafios da RAPS¹³¹ é a baixa interação entre seus dispositivos internos e a frágil articulação com outras políticas

¹³¹ GOVERNO FEDERAL. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).



de saúde e proteção social. A experiência de João materializa esse problema com nitidez. Sendo assim, ele permanece internado há muitos dias, não em razão de uma demanda clínica que exija cuidado hospitalar contínuo, mas porque as lacunas das políticas públicas de saúde mental o empurram para dentro do hospital e impedem a sua saída.

O caso revela uma desconexão profunda entre os CAPS,¹³² atenção básica, serviço social, política sobre álcool e outras drogas, atenção hospitalar e serviços territoriais. Não há CAPS apto a recebê-lo; não há equipe da atenção básica que o acompanhe; não há articulação com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) que o reconheça como usuário em situação de vulnerabilidade extrema; não há política de redução de danos para lidar com sua dependência alcoólica; não há articulação com serviços de documentação civil para regularizar seus papéis; não há integração com benefícios assistenciais ou previdenciários que garantam subsistência mínima. Em vez de haver uma rede, o que existe é um conjunto de serviços que não conversam entre si.

A internação prolongada do paciente é, portanto, um sintoma das falhas estruturais do SUS. Sua permanência no hospital não decorre da necessidade terapêutica, mas da inexistência de porta de entrada efetiva, porta de passagem organizada e, sobretudo, porta de saída articulada. João se torna um corpo imobilizado num sistema que não oferece alternativas. A internação deixa de ser resposta clínica e passa a ser resposta à falência das políticas públicas. O hospital se transforma em depósito social, o único lugar onde ele encontra cama, alimentação, higiene e alguma previsibilidade.

O resultado é um circuito fechado de exclusão: a política pública falha antes da internação, falha durante a internação e falha na definição do que vem depois dela. João permanece no hospital não porque precisa, mas porque o Estado, em suas múltiplas esferas, não

¹³² GOVERNO FEDERAL. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).



oferece qualquer alternativa concreta de cuidado, acolhimento e reinserção social.

(Vinícius)

5.3. Falta de programas para bem-estar dos pacientes de longa duração

O HU encontrava-se especialmente nublado na tarde de 25 de abril de 2025. Me deparei com Leandro, paciente do Hospital já conhecido por toda equipe de enfermagem, vestindo a camisola hospitalar, com enxoval leve e descalço. Embora apresentasse um semblante forte e sério, Leandro também parecia muito frágil. Comentou que chegou a pesar 38 quilos e antes de ficar internado pesava cerca de 60. Ele estava realmente muito magro e visualmente aparentava ser bem mais velho do que a idade que tinha. Sua fala também estava bem prejudicada, apesar de ele conseguir expressar bem o que sentia e entender completamente o que perguntávamos. A situação de Leandro encontra paralelo em muitos casos de pacientes internados por longos períodos.

Dados do Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar, realizado com 4 mil pacientes, mostram que pelo menos 50% deles apresentam sintomas de desnutrição, desses 12% podem ser considerados graves. A pesquisa ainda demonstra que quanto maior o tempo de internação, maior o risco de o paciente ficar desnutrido. As estatísticas hospitalares mostram que pacientes internados há mais de 15 dias apresentam risco de desnutrição 70% maior. Além disso, o tempo de internação é aproximadamente 16% maior do que em pacientes nutricionalmente saudáveis. As complicações clínicas aumentam de duas a seis vezes, e o índice de mortalidade também cresce consideravelmente: de 4,6% para 10,2%.¹³³

¹³³ Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia ITD. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. **Nutrition**, v. 17, n.7-8, p.573-580, jul./



No caso Leandro, consegui perceber que a alimentação era evidentemente uma das grandes dificuldades que ele enfrentava no HU. A pior reclamação dele quanto ao hospital foi em relação à comida. Relata que passava mal com as refeições e que isso é realmente ruim para ele, inclusive até pediu para mudar de assunto quando falamos da comida, porque só de pensar disse que já sentia enjoo. Para além do problema quanto ao sabor da comida servida no Hospital, Leandro também enfrentava dificuldades emocionais que, a meu ver, influenciam na falta de motivação para alimentação já que ele passava o dia todo sentado, sozinho, com refeições em horários regrados, o que certamente lhe causou problemas de saúde mental. As únicas visitas que recebia eram da irmã, única parente que mora em São Paulo, o que contribui para o sentimento de solidão.

Em nenhum momento Leandro disse diretamente que se sentia triste, sozinho, ou que sentia falta de conversar, mas era perceptível que a rotina do hospital era maçante para ele. Filho de um padeiro, cresceu e morou durante a vida toda em Paripe, um bairro de Salvador. Sua rotina sempre foi muito ativa, trabalhava como mecânico e afirmou que morava em uma espécie de sítio com diversos animais, como bodes, jiboias, macacos, cachorros, além de conviver com ajudantes que trabalhavam na oficina. Ademais, durante sua juventude, por trabalhar com carros, se envolveu em diversas situações de risco, como a perda de um carro levado pelo mar e um acidente no qual houve uma batida de carro no poste em alta velocidade, na qual duas mulheres que o acompanharam vieram à óbito. Tal acidente provocou a quebra do fêmur de Leandro e ele precisou permanecer internado.

Diante de uma vida agitada, enquanto Leandro, natural de Salvador, me contava todas as histórias de suas aventuras na Bahia, imaginei que sua permanência no Hospital estava relacionada a uma delas. Durante o conserto de um carro em sua oficina, acidentalmente o veículo caiu em cima dele. A consequência foi a quebra da costela, perfuração da bexiga e perda de parte do intestino. Após o ocorrido

ago. 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11448575/>. Acesso em: 16 jan. 2026.



ele foi medicado e permaneceu estável. Dias depois, ele veio para São Paulo visitar a irmã, de 53 anos e moradora do Rio Pequeno e, ao beber suco de limão, passou a sentir ardência e incômodo muito forte em toda região abdominal, o que o fez ir ao HU, onde permanece internado há 4 meses.

Durante todo o período internado, passou por 3 cirurgias – e irá precisar de mais uma – e alegou que a recuperação delas foi muito complexa, sem conseguir permanecer em pé e sequer se alimentar. Ele ficou muito tempo na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), mas agora sua situação é bem mais estável e está no quarto. Quatro meses são aproximadamente 120 dias. Eu já fiquei internada 6 dias e no último dia já estava ansiosa para voltar para casa. Leandro era um homem totalmente consciente, lúcido e precisava passar as vinte e quatro horas do dia deitado, sem nenhum tipo de interação a não ser com as enfermeiras, por poucos minutos enquanto faziam alguma tarefa em seu leito. A situação já seria difícil para qualquer um submetido a ela, mas Leandro que era um homem especialmente ativo, independente e falante, parecia ainda pior.

Quando eu e o colega que estava entrevistando Leandro comigo dissemos que precisávamos ir embora, ele lamentou muito e pediu para que ficássemos mais tempo. Disse que ainda tinha muitas histórias para contar e pediu para que houvesse mais visitas a ele. De todo o relato dele, penso que a maior problemática que identifiquei a necessidade de uma ampliação dos cuidados com pacientes de longa internação no SUS.

Vinculados à USP, existem diversos projetos desenvolvidos no HU de Ribeirão Preto, como o Projeto FelizIdade, a equipe de cuidados paliativos e o Projeto “Saúde em nossas mãos”. Ao redor do Brasil é possível encontrar diversos hospitais com iniciativas criativas para a resolução dessa problemática. A exemplo disso está o Projeto Terapêutico Singular (PTS)¹³⁴ o qual foi implantado no estado de Goiás,

¹³⁴ “O PTS reúne uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos e outros profissionais em reuniões em que discutem sobre esses casos e constroem planos de



no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (Hugo), uma unidade do Governo de Goiás com a gestão da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, iniciado em novembro de 2024 e que em janeiro de 2025 já havia apresentado redução de 32% na permanência de pacientes internados há mais de 28 dias. O plano elaborado consiste na reunião de equipes multidisciplinares de profissionais hospitalares para que discutam os casos e construam juntos planos de tratamento específicos, com metas e prazos definidos. Assim, cada paciente possui seu próprio guia personalizado e, portanto, um cuidado mais eficiente e direcionado.

Ademais, os participantes do projeto são pacientes com previsão de internação por mais de 48 horas, acompanhados por mais de três equipes multiprofissionais. Os critérios de elegibilidade envolvem pendências sociais, como, por exemplo, a ausência de acompanhantes, de moradia, que aguardam transferência para internação psiquiátrica. Vítimas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) com sequelas neurológicas com apoio de dispositivo – como a traqueostomia, sonda nasoenteral ou gastrostomia e sonda vesical de demora, condições relacionadas a bucomaxilo, coluna, prótese de ombro, quadril ou joelho. O paciente também pode ser alocado posteriormente ao projeto.

Além disso, vale citar o papel do Escritório de Gestão de Altas (EGA), estrutura organizacional que tem como finalidade coordenar e gerenciar o processo de alta, buscando reduzir o tempo de internação.¹³⁵ O EGA está sendo implementado em alguns hospitais de outros

tratamento específicos, com metas e prazos definidos, visando um cuidado mais eficiente.” Ver em: HUGO reduz média de permanência de pacientes de longa duração em 32%. **Governo de Goiás, Goiás**, 3 jan. 2025. Disponível em: <https://goias.gov.br/casacivil/hugo-reduz-media-de-permanencia-de-pacientes-de-longa-duracao-em-32/>. Acesso em: 16 jan. 2026.

¹³⁵ HOSPITAL Municipal Guarapiranga começa implantar o Escritório de Gestão de Altas (EGA). **Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde**. [s.l.], 13 set. 2024. Disponível em: <https://ints.org.br/2024/09/13/hospital-municipal-guarapiranga-comeca-implantar-o-escritorio-de-gestao-de-altas-ega/>. Acesso em: 16 jan. 2026.



estados, como Minas Gerais¹³⁶ e Espírito Santo¹³⁷. Implementado no hospital Guarapiranga, as principais ações consistem em um cuidado voltado à saúde mental de pacientes sem visita e em internações longas, os quais precisam de interações e cuidados mais humanizados em decorrência da vulnerabilidade em que se encontram.¹³⁸

Também merece destaque a iniciativa “O que importa para você?”, o Serviço Social do Hospital Municipal de Cubatão (HMC)¹³⁹ decidiu promover uma ação voltada aos pacientes que estão internados por um longo período na Unidade, o que auxiliou na recuperação e na saúde mental dos pacientes atendidos para proporcionar os desejos, como, por exemplo, comidas específicas, contato com animais de estimação. A psicóloga que acompanhou a implementação do projeto, alegou que percebe que pacientes com internações muito longas apresentam mais quadros depressivos e ansiosos e esse tipo de tratamento humanizado dá mais qualidade de vida ao paciente.

A partir do conhecimento de iniciativas que já foram implementadas no Brasil para a resolução dos problemas de permanência por longas durações em hospitais, verifica-se que a realização de projetos desse tipo não é de difícil viabilização, sem necessidade de muitos custos e que pode ser realizado pelos próprios profissionais que já trabalham nos hospitais. Ademais, todos os efeitos de tal política pública são benéficos, tanto para os pacientes, quanto

¹³⁶ SANTA Casa BH inaugura Escritório de Gestão de Altas (EGA) com Workshop Alta Segura. **Santa Casa BH**, Belo Horizonte, 24 de jul. 2023. Disponível em: <https://santacasabh.org.br/santa-casa-bh-inaugura-escritorio-de-gestao-de-altas-ega-com-workshop-alta-segura/>

¹³⁷ <https://icepi.es.gov.br/Not%C3%ADcia/escritorio-de-gestao-de-alta-hospitalar-leva-inovacao-ao-sus>

¹³⁸ SHIRLEY conta como a humanização do atendimento beneficia a gestão de altas de longa duração no Hospital Guarapiranga. **Secretaria Municipal de Saúde**, São Paulo, 19 jul. 2025. Disponível em: <https://sampanews.prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/shirley-counta-como-a-humaniza%C3%A7%C3%A3o-do-atendimento-beneficia-a-gest%C3%A3o-de-altas-de-longa-dura%C3%A7%C3%A3o-no-hospital-guarapiranga>. Acesso em: 16 jan. 2026.

¹³⁹ PACIENTES internados com coronavírus realizam desejos e emocionam a web. **G1**, Santos, 11 ago. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/santos-regiao/mais-saude/noticia/2020/08/11/pacientes-internados-com-coronavirus-realizam-desejos-e-emocionam-a-web-video.ghtml>. Acesso em: 16 jan. 2026.



para o hospital. Os modelos citados já demonstraram sua efetividade na aplicação e podem servir de exemplos para novas políticas públicas relacionadas a tais pacientes por todo país. Diante da pesquisa e da constatação de que existem projetos que proporcionam cuidado voltado a pacientes internados por muito tempo, percebe-se que o HU realmente ainda carece de alguma medida para lidar com tal problemática. Mesmo com a situação de saúde bem complexa, Leandro permanece com esperança e esboçou diversas vezes a vontade de voltar para Salvador, buscar seu cachorro e vir morar em São Paulo com a irmã, porque ele pensa que o trabalho de mecânico aqui lhe proporcionaria condições melhores que em Salvador. Ele parece, apesar de estável, estar em uma situação bem grave, mesmo assim permanece com a crença de que logo receberá alta.

O relato de Leandro, apesar de demonstrar muita força e resiliência, nos ensina que um hospital com boa estrutura e profissionais competentes não é completo sem a existência de uma gestão que cuide dos pacientes de longa internação e, sobretudo, forneça auxílio psicológico e um cuidado especial para aqueles que não tem nenhum tipo de amparo, companhia, ou até mesmo um local para permanecer caso recebam alta. Percebe-se que esse é um ramo que ainda merece atenção e desenvolvimento mais amplo na área da saúde brasileira.

(Luiza e Maria Paula)

5.4. A perda da identidade do paciente de longa internação

O relato a seguir foi elaborado por um dos integrantes do nosso grupo após o contato com um paciente em situação de longa internação, no qual se busca imaginar as diversas sensações vivenciadas pelo paciente ao longo de meses no HU.



5.4.1. Autobiografia imaginada: um reflexo da experiência no HU

É incrível como a gente pode se adaptar aos contextos mais difíceis e improváveis. Sabe, faz um pouco mais de dois meses que estou internado no HU e posso dizer que já me acostumei com cada canto do meu leito, que passou a ser a minha nova casa; interajo com os enfermeiros e médicos como se já os conhecesse a anos; e os exames passaram a ser algo tão automático quanto as refeições do dia a dia. Nesse sentido, estou feliz por ter suportado todos os desafios dos últimos tempos a ponto de construir em minha mente uma rotina, o que oferece “senso de normalidade”. Por outro lado, o preço da adaptação é, de certa forma, a perda da minha própria individualidade.

Sinto que a medida em que o meu “eu” paciente se fortalece a cada remédio, procedimento e cirurgia, mais o meu “eu” verdadeiro é suprimido. E, às vezes, é como se esse meu “eu” verdadeiro quisesse se rebelar, ao lembrar como era a minha vida anteriormente e os acontecimentos que me fizeram chegar na situação em que estou.

Pouco antes do acidente, a minha vida não era fácil, mas eu era muito feliz. Mesmo desempregado, após ter perdido o meu emprego na construção civil, nunca deixei de fazer planos e de ter esperança no futuro. Um dos motivos é que eu tive a sorte de ter um círculo de convivência presente e acolhedor: os meus pais, que moravam comigo, e os meus amigos, que sempre fizeram questão de manter contato. Também, era uma pessoa bastante ativa, que gostava de tocar violão, ler, ir ao cinema, jogar futebol no final de semana - por isso, nunca imaginei que as bases da minha realidade pudessem ser alteradas por um acontecimento tão simples, infeliz e pontual.

Eu estava ajudando a consertar a telha do imóvel de um amigo, que tinha quebrado após uma tempestade. À primeira vista, não parecia ser uma missão difícil, considerando a minha experiência na área da construção civil. Porém, enquanto eu estava em cima da escada realizando o conserto, eu acabei escorregando e sofri um acidente grave. Foi tudo muito rápido: uma hora eu estava confiante,



fazendo o trabalho que já fiz um milhão de vezes e, na outra, estava aterrorizado, com o cotovelo latejando de dor. Quando lembro o que aconteceu, fico triste e com raiva, pensando se não poderia ter feito algo de diferente para evitar o pior.

Na hora, não sabia exatamente o que tinha ocorrido comigo, mas tinha certeza que era algo sério, pois nunca senti uma dor tão horrível. Vendo o inchaço da ferida e a minha angústia, o meu amigo chamou uma ambulância e, assim, fui levado até o HU. Ao chegar no Pronto Socorro, achei que em pouco tempo eu seria levado à sala de operações, para que fosse realizada uma cirurgia que reparasse o meu cotovelo e permitisse que no máximo em alguns dias eu estivesse novamente em casa. Mas até que o procedimento cirúrgico fosse feito, eu fiquei cinco dias em uma maca no Pronto Socorro, e esse foi o período mais traumatizante de toda essa jornada.

Era impossível ficar confortável naquele ambiente, pois além da superlotação e do barulho constante, ali presenciei diversas manifestações do sofrimento humano, que iam desde pacientes que chegavam ao hospital gravemente machucados após sofrer acidentes, especialmente motociclistas, e até mesmo pessoas que faleceram diante dos meus olhos. A imagem dos médicos fazendo de tudo para reanimar um jovem, que tinha parado de respirar, até hoje me assombra. Esse sentimento de impotência, de ver a vida de alguém se esvaindo e não poder fazer nada para ajudar, é algo que eu não desejo para ninguém.

Quando finalmente fui submetido a cirurgia, achei que os meus problemas tinham acabado, pois eu estava me sentindo bem e os médicos concluíram que eu poderia voltar para

casa. Mas, no dia da alta eu acabei sofrendo um desmaio, visto que o meu estado de saúde era muito mais delicado do que parecia: além da fratura do cotovelo, o acidente causou uma severa hemorragia no baço, que, até aquele momento, tinha passado despercebida. O meu órgão estava gravemente comprometido, e caso não fosse para a mesa de cirurgia praticamente de imediato, não estaria mais aqui.



Confesso que, ao constatar a extensão dos meus problemas de saúde, fiquei bastante decepcionado, já que aquilo significa mais procedimentos e mais cirurgias. Como se não bastasse, retirar o baço foi apenas o início de mais problemas, já que a cirurgia lesionou o meu pâncreas de tal modo que precisei utilizar um dreno. Nunca estive tão debilitado em toda a minha vida e a presença de um tubo acoplado no abdômen aumentou ainda mais a minha sensação de vulnerabilidade: era como se o meu corpo não bastasse por si mesmo. Pela primeira vez, tive medo de perder a autonomia e a capacidade de viver intensamente.

Depois de algumas semanas, eu cheguei a receber alta, mas precisei voltar no início deste ano para realizar outros procedimentos, e desde então me encontro internado. Por enquanto, essa é a minha realidade e, como já disse, até que estou em uma situação estável. Com exceção da comida pouco saborosa, que acredito ter contribuído para que eu emagrecesse cerca de 30 kg, sou muito bem atendido pelos funcionários do HU, que nunca me deixaram faltar nada.

Mas, fico triste quando penso que a minha vida “parou”. Nos últimos meses, praticamente deixei de fazer planos e de fazer as coisas que gostava e que, de certa forma, definiam a minha personalidade. Ao invés disso, vivo no automatismo da agenda hospitalar, das refeições e visitas programadas, dos exames e procedimentos repetitivos que não parecem ter fim. Em uma rotina tão condicionada, com quase nenhuma possibilidade de escolha, ainda posso dizer que conservo a minha individualidade?

É por isso que eu tenho medo do meu “eu” paciente ter substituído o meu “eu” verdadeiro, que só voltará a se manifestar quando eu sair do hospital. Engraçado, às vezes até consigo compreender os sentimentos de inadequação e de deslocamento que Gregor Samsa sentiu ao ser metamorfoseado em um inseto gigante e ficar confinado em um quarto.¹⁴⁰

¹⁴⁰ Personagem do livro *A Metamorfose*, de Franz Kafka. Ver em: KAFKA, Franz. *A metamorfose*. Tradução e posfácio Modesto Carone. São Paulo: Companhia das Letras, 1997



Porém, ao contrário do personagem do livro de Kafka, que foi abandonado pela família, eu nunca fui desprezado pelos meus parentes e pelos meus amigos, pelo contrário: eles sempre fizeram questão de me visitar e de me apoiar nos momentos mais difíceis. Inclusive, quando compartilhei as minhas inseguranças em relação ao rumo que minha vida está tomando, eles me disseram que não existe isso de “eu” verdadeiro, o que existe é o “eu” de agora, que se transforma constantemente, a partir das experiências boas e ruins, seja no bem-estar ou no trauma. Talvez eles estejam certos, talvez eu devesse tentar expressar mais meus sentimentos, realizar os meus desejos. Afinal, a vida é aqui e agora!

Além dos desafios físicos e mentais inerentes ao meu estado de saúde e a minha situação no hospital, não deixei de me preocupar com a minha situação socioeconômica.

Felizmente, passei a receber um benefício do INSS, graças ao próprio serviço social do HU, que me informou sobre a possibilidade do benefício. Assim, após ser avaliado por um perito do INSS, fui aprovado para receber parcelas de cerca de três mil reais. Como no momento não possuo nenhum outro tipo de renda, já é uma grande ajuda.

No geral, a minha experiência no HU foi positiva, pois fui muito bem cuidado pelos profissionais e sou eternamente grato por eles terem salvado a minha vida. Assim, acredito que é muito importante o trabalho que o SUS desenvolve, pois grande parte da população do Brasil depende dele para acessar serviços de saúde. Por exemplo, apesar de eu possuir um convênio, ele só abrange consultas e exames, então, se não fosse pelo SUS, não conseguiria arcar com procedimentos complexos, como as cirurgias que realizei, e com os outros cuidados que a rede pública de saúde me proporciona, como acesso a medicamentos de custo elevado e acompanhamento fisioterápico gratuito.

Porém, reconheço que o SUS é negligenciado pelo Estado e que muito precisa ser feito para garantir que a população tenha um acesso digno à saúde. Nesse sentido, acredito que o Hospital Universitário deveria contar com mais funcionários para dar conta da demanda,



pois percebo que a equipe do hospital (especialmente os funcionários da enfermagem) está muito sobrecarregada e enfrentando jornadas exaustivas, o que afeta tanto o atendimento prestado aos pacientes quanto o bem-estar e saúde dos profissionais.

Também, a minha experiência me fez refletir sobre a situação dos pacientes em internação de longa duração. Nesse contexto, o desafio da pessoa que está internada vai muito além do sofrimento físico gerado pela doença: abrange também a questão do bem-estar psicológico. Quando se fica muito tempo no hospital, é fácil sentir a perda da liberdade, a perda da esperança e, até mesmo, a perda da própria identidade. Ademais, é difícil para o paciente, pelo menos temporariamente, exercer o mesmo papel social que possuía em casa, na família ou no trabalho, o que gera uma angustiante sensação de confusão e insegurança.

Porém, graças aos meus parentes e amigos, eu consegui lidar melhor com esses sentimentos e ressignificar o tempo que eu passei internado. Por isso, fico muito preocupado com aqueles que não têm a mesma sorte do que eu, de ter um círculo de apoio presente: como deve ser – com todo respeito – solitário e tedioso conviver somente com a equipe médica!

Deveria haver algum tipo de política para acolher indivíduos nesse tipo de situação, pois ninguém merece viver se sentindo abandonado ou inadequado. Parando para pensar, é impressionante como estou conseguindo superar todas as dores, internações, exames, cirurgias e procedimentos. Queria me lembrar disso mais vezes, para ter ainda mais força de lutar pela vida, além de exercitar a gratidão por todos aqueles que me ajudaram durante essa jornada, seja a minha família, amigos e profissionais do HU. Mesmo tendo passado tanto tempo no hospital, percebi que não posso tratar esse período como “tempo perdido”, pois isso seria jogar a minha vida fora.

Por mais que não seja possível retornar à minha antiga realidade, exatamente do jeito que ela era, isso não significa que, no período em que fiquei internado, eu não tenha crescido como ser humano. Pacientes em internação de longa duração não deixam sua



humanidade ao estarem no ambiente hospitalar e, por isso, devem continuar preservando a própria individualidade e liberdade na maior medida do possível. É imprescindível, para uma recuperação realmente eficaz, o convívio com outras pessoas que valorizem a escuta ativa, a expressividade e a empatia.

(Arthur)

5.5. O impacto positivo do CAPS

Ao adentrar a enfermaria encontramos Marcos em um quarto amplo e bem ventilado do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. A tarde era de garoa fina, mas com luminosidade e temperatura amena e agradável, bastante característico do mês de abril, época que marca a transição do verão para o outono na cidade de São Paulo. Marcos estava sozinho, deitado, usando roupas comuns. Escutava um rádio de pilha prateado que estava pendurado na parede ao lado da cabeceira de sua cama, daqueles pequenos, antigos, com o som estourado. Do outro lado, a janela que dá para as laterais do hospital. Aparentava estar tranquilo, ao menos aos olhos de um estudante de direito, cuja formação ainda se encontrava em isolamento epistemológico.

Marcos era um homem de 44 anos, branco, barba e cabelos castanhos, nascido na região metropolitana de São Paulo, no município de Osasco, assim como sua mãe e seus dois irmãos. Afirma que seu pai era de Serra Azul, cidade do interior de São Paulo, mas que se mudou para a capital para estudar administração e trabalhar como corretor. Sua mãe atuou a vida toda como funcionária de uma empresa de consultoria com sede no próprio município de Osasco. Ambos falecidos. Tem dois irmãos, um trabalha ministrando aulas em algum setor não especificado da Universidade de São Paulo, mas é o outro quem costuma visitá-lo com maior frequência, especialmente durante os períodos de internação. Mesmo com as perdas, a história familiar



transmite a sensação de que pertence a uma família estruturada. Nunca se casou e não teve filhos. No passado trabalhou como *office boy* com carteira assinada, situação rara atualmente. E, mais tarde, acabou por ser promovido dentro dessa mesma empresa para exercer funções administrativas pelo período de aproximadamente quatro anos.

Atualmente desempregado, Marcos não nos passou a impressão de não parecer ser somente esse o seu problema. Referiu estar buscando ser incluído como beneficiário da Lei Orgânica da Assistência Social, o Benefício de Prestação Continuada, o famoso BPC. O benefício representa uma renda mínima fundamental para pessoas em situação de vulnerabilidade, especialmente aquelas que, como ele, enfrentam limitações para inserção no mercado de trabalho. Até o momento sem sucesso. Com a questão burocrática tem tido auxílio do serviço social do hospital. Essa experiência evidencia a fragmentação das políticas públicas: saúde e serviço social, que embora juridicamente articuladas no plano normativo, na prática operam de forma setorializada. Nesse caso, o hospital acaba assumindo funções que em tese extrapolariam sua designação original, que seriam cuidar do processo saúde-doença garantindo a efetividade do direito à saúde dos indivíduos, além de, no caso de um hospital universitário, promover a prática do ensino e pesquisa, mas diante da realidade concreta acaba por ter de preencher lacunas deixadas por outras instituições.

Acabou por trazer e acrescentar informações importantes como o fato de já ter passado por tratamento clínico junto a Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD), não nos fornecendo maiores detalhes sobre esse tratamento, parecendo ser um tema sensível passou a dar respostas evasivas. No entanto, aguardava com entusiasmo a sua transferência do leito do hospital para o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) onde referiu já ter estado anteriormente. Destacou que o CAPS AD é um local com maior liberdade, com possibilidade de sentar-se ao ar livre, acordar de madrugada e tomar banho com água quente. Aprecia o abrigo oferecido pelo governo.

É provável que Marcos não saiba que o CAPS é fruto de um movimento estruturado de luta antimanicomial inaugurado em meados



da década de 80, quando surgem no sistema único de saúde práticas substitutivas às hospitalares.¹⁴¹ Atualmente o confinamento de um portador de transtorno mental por período indeterminado e sem o propósito de reinseri-lo na comunidade não mais é permitido, sendo o tratamento de caráter ambulatorial e interdisciplinar estimulado dentro do sistema único de saúde. A publicação da Lei nº 10.216, no ano de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”¹⁴² representa o estabelecimento da reforma psiquiátrica no âmbito nacional.

Já caminhando para o final da conversa Marcos manifestou o desejo de um dia poder prestar serviços à algum órgão da prefeitura de São Paulo, um trabalho comunitário qualquer, na intenção de poder retribuir o apoio. Ao ser questionado sobre o que achava do hospital e do atendimento, referiu que o serviço prestado durante toda a internação era bom. Embora reconheça o padrão geral de cuidado da instituição, sua principal crítica negativa se deu em relação ao modo como as contenções físicas eram feitas no momento anterior a sua internação, considerando a contenção física desnecessária. Observamos com cuidado e à primeira vista não apresentava hematomas, tampouco feridas, pelo menos não as que aparecem no corpo físico, apesar disso é necessário se ater a vivência concreta do cuidado, ou seja, a contenção física costuma ser analisada sob a ótica da necessidade clínica, no entanto, a escuta do paciente evidencia que a legalidade formal não tem o poder de esgotar a análise.

(Feliciano)

¹⁴¹ CORREIA, Ludmila Cerqueira. Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos de pessoas com transtornos mentais autoras de delito, 2007. 174f. Dissertação (Mestrado em Direito). Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas, **Universidade Federal da Paraíba**, Paraíba. p. 105-106; TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002. p. 41.

¹⁴² BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Palácio do Planalto, 2001.





CAPÍTULO 6: EDUCAÇÃO JURÍDICA

A formação jurídica universitária no Brasil é historicamente marcada por uma forte centralidade teórica e pela construção de um repertório conceitual voltado à interpretação das normas. Embora frequentemente visto como uma ferramenta daqueles que detêm o poder, o Direito ocupa um papel estratégico na conformação das políticas públicas do país, sendo responsável não apenas pela transmissão de conteúdos técnicos, mas também pela formação de instituições e de modos específicos de compreender conflitos sociais, direitos e deveres.

Nesse sentido, torna-se evidente que o ensino jurídico tradicional precisa se expandir e voltar seu olhar para a realidade concreta, atentando-se aos efeitos práticos de suas próprias ações. É nesse contexto que se inserem os relatos apresentados a seguir, elaborados por alunos do DS², que buscaram, ao longo desses meses, descer do pedestal da Faculdade de Direito marcada por estátuas antigas e pedras de mármore para se aproximar da realidade pulsante dos corredores do HU.

6.1. Uma primeira visão da realidade

O modelo educacional que não é emancipador e incapaz de atender às principais demandas da atualidade é aquele que o pedagogo Paulo Freire identificou como “educação bancária” na obra *Pedagogia do Oprimido*.¹⁴³ Esse modelo educacional pressupõe dos educandos uma postura passiva e alienada de mera recepção de uma “cultura legítima” imposta para a reprodução de mecanismos de opressão social. Ou seja, uma postura crítica em relação a problemas sociais é considerada indesejável, por um desestímulo ao questionamento de estruturas previamente consolidadas.

¹⁴³ FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 50 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.



Desde que iniciei o curso de Direito, me vi refletindo diversas vezes o quão inserido no modelo bancário de transmissão do conhecimento a educação jurídica tradicional se insere. Afinal, nela os conteúdos do Direito são tratados de forma descontextualizada e praticamente autônoma da realidade social, e espera-se que os alunos se adequem e fiquem restritos ao modo como seus professores mobilizam os conhecimentos jurídicos. Como explica Sérgio Adorno em *Os Aprendizizes do Poder*,¹⁴⁴ essa é uma herança do modo como foi criado o ensino jurídico no Brasil, processo baseado na implementação de instituições conservadoras para formar bacharéis desinteressados em compreender e alterar a realidade social, mas em perpetuar as estruturas de poder vigente.

Por isso são necessárias, experiências educacionais que não sejam baseadas na imposição de verdades únicas, mas na postura ativa dos educandos para que estes, dialogando com seus professores, pensem em soluções disruptivas e criativas que utilizem o Direito como meio de transformação social. Neste sentido, atividades de extensão como a desenvolvida no Hospital Universitário da USP (HU), que fazem intersecção entre questões jurídicas e sociais de forma multidisciplinar, incentivando estudantes a se posicionarem como agentes de transformação, são essenciais.

Em relação especificamente a temas judiciais envolvendo o acesso à saúde, o próprio Conselho Nacional de Justiça (CNJ) recomenda que seja colocada maior ênfase em ações que congregam a atuação entre os operadores do Direito e da Saúde no SUS, preparando os que atuam na área jurídica para a promoção do direito à saúde¹⁴⁵. Para isso, são necessárias vivências que levem à compreensão dos desafios presentes na universalização do acesso à saúde - e uma das

¹⁴⁴ ADORNO, Sérgio. **Os aprendizes do poder: o bacharelismo liberal na política brasileira**. 2. ed. São Paulo: Edusp, 1988, p. 21-27.

¹⁴⁵ NAUNDORF, B. *et al.* O Direito Sanitário como instrumento de fortalecimento do SUS: ênfase na educação permanente em saúde. **Caderno CONASS**, Brasília, v. 8 n. 4, out./dez. 2019. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/588>. Acesso em: 19 de dezembro de 2025.



principais experiências que um estudante de Direito da Universidade de São Paulo poderia ter neste sentido é conhecer de perto o trabalho desenvolvido pelo Hospital Universitário.

A primeira vez que tive a oportunidade de conhecer o Hospital Universitário foi um ano antes da experiência no Grupo de Direito, Saúde e Desigualdade Social (DS²), no primeiro ano da graduação por meio da extensão – que posteriormente se tornou uma disciplina eletiva para os primeiranistas da Faculdade de Direito da USP – “Introdução à Vida Universitária”, que teve como uma de suas atividades a realização de uma visita à Cidade Universitária. A visita ao campus por si só já era algo significativo para os calouros e calouras, considerando que a distância da Faculdade de Direito para o Campus Butantã da USP faz com que muitos alunos não se sintam engajados para explorar as outras unidades da Universidade, o que torna a formação muito restrita. Mas conhecer o HU foi muito marcante e nos motivou a refletir sobre iniciativas que, visando a promoção de impacto social, integrem o Direito a temas do acesso à saúde – o que mais tarde deu origem ao Grupo de Direito, Saúde e Desigualdade Social.

O HU é um dos hospitais mais importantes para a promoção da universalização do acesso à saúde, atendendo não apenas a comunidade da USP, mas sendo o único hospital secundário da zona oeste da capital paulista.¹⁴⁶ O Hospital Universitário é, por exemplo, a unidade de saúde mais próxima que os moradores da comunidade Jardim São Remo – localizada ao lado do Campus Butantã – têm para acessar serviços de urgência. Além da parte de ensino e pesquisa com alunos dos cursos de Saúde, o HU também agrega iniciativas de estudantes de outros cursos da USP, como Engenharia e Arquitetura, visando promover iniciativas multidisciplinares para atender os pacientes em diversos aspectos - o hospital conta, por exemplo, com uma área verde com horta.

¹⁴⁶ HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Missão, visão e valores.. Disponível em: <https://sites.usp.br/hu/missao-visao-e-valores/>. Acesso em: 12 jan. 2026.



Contudo, mesmo com este relevante papel, o hospital passa por sérias dificuldades que impactam diretamente no oferecimento de seus serviços, e consequentemente, na concretização do direito de acesso à saúde de milhares de pessoas: a redução expressiva no número de funcionários – desde 2013, o hospital perdeu mais de 400 profissionais –, sobrecarregando as equipes do hospital; superlotação pela diminuição no número; dificuldade para o agendamento de consultas; e orçamento aquém do necessário, resultando em problemas na infraestrutura¹⁴⁷. Esses problemas não são exclusivos do HU, mas refletem sobretudo em dificuldades estruturais enfrentadas pelo sistema público de saúde que, apesar de ser uma referência internacional na universalização de cuidados médicos, por diversas vezes não recebe o nível suficiente de investimentos e atenção que deveria.

Na visita ao HU, tivemos a oportunidade de conhecer estes aspectos, e também um tema que acaba não sendo tão discutido, mas que possui uma enorme importância: as demandas jurídicas dos pacientes do hospital. Diversos pacientes, mesmo após a conclusão do tratamento médico, precisam de apoio para acessar uma série de direitos que sua condição de saúde pressupõe, como solicitar auxílio por incapacidade do INSS, ou se encontram em grave vulnerabilidade socioeconômica. O hospital, por exemplo, atende muitas vítimas de episódios de violência, e existem pacientes internados no hospital mesmo quando deveriam já ter recebido alta por não terem contato com suas famílias ou redes de apoio fragilizadas, o que acontece especialmente com pessoas idosas. Portanto, foi possível perceber como é necessário a integração do Direito com outras áreas do conhecimento para atender questões sociais de forma abrangente.

Por diversas vezes, pelo caráter descontextualizado que diversos temas jurídicos acabam sendo transmitidos, o acesso à saúde acaba

¹⁴⁷ EID, G.; BRANDÃO, A.M. Para quem funciona o Hospital Universitário? **Jornal do Campus**, São Paulo, 20 dez. 2023. Disponível em: <https://www.jornaldocampus.usp.br/index.php/2023/12/para-quem-funciona-o-hospital-universitario/>. Acesso em: 19 de dezembro de 2025.



sendo discutido de modo bem breve e isolado de outros temas, mesmo que os desafios para a universalização deste direito envolvam diversas áreas. E isso se refletia também na ausência de iniciativas conjuntas por parte da Faculdade de Direito com o Hospital Universitário, assim como já ocorre com outros

cursos. A falta de contato com pessoas na área jurídica para escutar e compreender as suas demandas contribui para que muitos pacientes desconheçam as políticas públicas do SUS e as políticas de acesso à Justiça, como a atuação da Defensoria Pública.

Foram estas conclusões a partir visita que motivaram a criação do DS², que tem como um de seus objetivos proporcionar um novo modelo de ensino jurídico: compreensão da intersecção de temas de direito, saúde e desigualdade social a partir do diálogo com pacientes do Hospital Universitário, visando que os membros do grupo não apenas aprendam, mas pensem de forma crítica sobre como se dá o acesso à saúde e formas de ampliá-lo. Isto dialoga de forma clara com o modelo educacional proposto por Paulo Freire, que coloca os educandos não apenas como receptores passivos de conhecimento, mas em uma posição de protagonismo como agentes de transformações.

Antes de conversar com os pacientes do HU, participamos de um ciclo de formações sobre o funcionamento do sistema de saúde brasileiro; o relacionamento entre médicos e pacientes, e os conflitos jurídicos que podem surgir neste contexto; os modos de transmissão dos relatos de pacientes; e sobre métodos, práticas e desafios para a realização de pesquisa empírica no Direito. Além disso, também tivemos a oportunidade de ter uma formação no próprio Hospital Universitário sobre os protocolos de segurança e higiene que são necessários

no ambiente hospitalar. Todo este ciclo proporcionou uma base teórica que é importante não apenas para a experiência no DS², pois compreender o sistema de saúde público, assim como métodos de pesquisa sobre o tema e de coleta e transmissão de relatos de pacientes, é entender um dos principais exemplos de políticas públicas para a proteção de direitos fundamentais.



O Sistema Único de Saúde, criado há 35 anos para garantir o acesso universal ao atendimento integral das necessidades de saúde, é uma das bases do processo de democratização do Estado brasileiro, e para que o Direito possa ser instrumentalizado em prol da proteção dessa importante conquista, é imprescindível estudar as diferentes esferas de atuação do SUS.

Para realizar as entrevistas com os pacientes, fomos divididos em três grupos, o que contribuiu para expandir o escopo dos relatos coletados. Apesar do nervosismo inicial, o que era esperado por estarmos iniciando um novo projeto, a cada conversa com os pacientes fomos nos sentindo mais preparados e confiantes, com a base dos ciclos de formação contribuindo neste processo. A imensa maioria dos pacientes que conversamos, apesar de reconhecer os problemas enfrentados pelo Hospital Universitário, tem uma opinião bastante positiva do local, reforçando tanto o atendimento realizado pelos funcionários como o fato do hospital ter sido para muitos a única instituição de saúde na qual puderam recorrer. Um dos pacientes que entrevistamos que reside no litoral paulista, por exemplo, fez diversas críticas à infraestrutura dos serviços de saúde de Peruíbe, pois no município há tanto falta de hospitais para tratar casos mais complexos como um número limitado de profissionais médicos. Ele realizou no Instituto do Câncer diversas sessões de quimioterapia e duas cirurgias no HU (uma para a retirada de um tumor no intestino e outra para a reconstrução do trânsito intestinal) - se deslocando para São Paulo para o tratamento de câncer justamente pela infraestrutura deficitária do local onde vive. Quando perguntamos para os pacientes sobre as dificuldades pelas quais o HU está passando, grande parte, assim como coloquei anteriormente, também reconhecia que essas dificuldades são um sintoma de falta crônica de mais investimentos no SUS e no acesso a serviços de saúde por indivíduos em situação de hipossuficiência.

A experiência de conhecer de perto o trabalho desenvolvido pelo Hospital Universitário e de conversar com os pacientes ofereceu uma nova perspectiva sobre a realidade do acesso à saúde no país, que só



poderíamos ter acesso a partir de modelos de educação jurídica como o desenvolvido no DS². E especificamente sobre o tema do acesso à saúde, acredito que ter essa nova perspectiva é necessária para que se possa pensar em novas maneiras de efetivar esse direito a partir de uma visão multidisciplinar.

(Arthur)

Como aluna do quinto ano da Faculdade de Direito da USP, pude notar, ao longo da graduação, como são poucos os núcleos da faculdade que demonstram uma preocupação efetiva em lançar um olhar voltado para a realidade. Apesar de, constantemente, escutarmos nas aulas como o Direito molda a sociedade por meio de suas normas, a academia jurídica, em sua maioria, se atém ao estudo de um mundo abstrato. Com isso, forma-se a constante sensação de que o Direito é um sistema fechado.

Entretanto, o Direito justamente formata a realidade ao seu redor, e uma visão puramente fechada impede que ocorram transformações efetivas nas temáticas mais urgentes, além de permitir que o Direito seja percebido apenas como uma ferramenta técnica. Assim, não estamos acostumados a pensar a realidade, apesar de sermos responsáveis por formá-la e alterá-la.

Ao adentrar a área administrativa do Hospital Universitário pela primeira vez com os meus colegas para juntos, pensarmos como seria a extensão universitária, surgiu uma primeira constatação: aquele era um ambiente completamente novo para um estudante de Direito. Em um primeiro momento, os membros do HU pareceram muito surpresos com a ideia do nosso projeto, uma surpresa, com certeza, compreensível, visto que relataram as diversas dificuldades que enfrentam, como questões jurídicas recorrentes dentro do hospital e de difícil resolução, algumas das quais serão narradas nos próximos capítulos. Além disso, ouvimos que esse encontro entre o Direito e um hospital é raro e que elas nunca haviam presenciado a presença de pessoas do Direito naquele ambiente.



Quando finalmente fomos para as alas médicas do HU, senti-me em um ambiente nada confortável para uma estudante de Direito. Macas, pessoas com dor, enfermeiros e enfermeiras apressados, longos corredores com portas marcadas por avisos de isolamento devido ao risco de contágio por doenças cujos nomes e sintomas sequer conhecíamos, além da clara diferença em relação ao ambiente da faculdade do Largo de São Francisco, com seus quadros, escadas de mármore e mobiliário antigo. A assistente social que nos abordou pareceu gostar muito da nossa ideia e contou que um grupo de estudantes de Arquitetura da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da USP (FAU) havia passado por ali no semestre anterior para compreender como funcionava a infraestrutura do hospital. Novamente, senti como se os estudantes de Direito fossem os únicos a nunca saírem de sua bolha para explorar outros espaços e refletir, de fato, sobre a realidade.

Quando entramos no quarto do primeiro paciente, percebi imediatamente a ansiedade dos meus colegas. Tímidos e desconfortáveis nos primeiros minutos, tudo mudou à medida que conversavam com José e sua esposa. José, apesar das dificuldades, insistiu em se sentar para conversar conosco e abriu um sorriso ao perceber que seria entrevistado. Ali surgiu a primeira sensação concreta de que tudo aquilo que estudamos na faculdade atinge pessoas reais. O funcionamento do SUS, a distribuição de seus recursos, as políticas públicas de educação, moradia, trabalho e renda, todas essas dimensões passam a ter rosto quando entramos em um hospital.

(Maria Paula)

Mesmo para um aluno em início de formação, resta claro que, à beira-leito, o direito deixa de ser percebido apenas como um discurso dogmático e normativo e passa a ser uma prática institucional concreta inscrita entre relações humanas evidentemente assimétricas.

No Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, a articulação entre ensino, pesquisa e extensão demonstra o potencial de formação cidadã com capacidade de aliar teoria e prática. No campo



da saúde, a educação em direitos humanos e sua integração com políticas públicas e práticas hospitalares também fortalece o Sistema Único de Saúde (SUS). Assim como no direito, a pesquisa em políticas públicas pode ter uma dimensão analítica e uma dimensão prescritiva, concentrando-se sobre o processo das políticas públicas ou sobre a avaliação de políticas concretas, respectivamente.¹⁴⁸ Destaca-se a necessidade de superar o “manualismo” e adotar a pesquisa empírica como método de avanço científico no direito.¹⁴⁹ Esse enfoque permite que o ensino jurídico dialogue com dados concretos da saúde pública, respondendo de forma crítica à judicialização da saúde. O princípio da fraternidade deve orientar a formação jurídica, garantindo a interdisciplinaridade e a cultura de paz.¹⁵⁰

Terminada a interação com os pacientes e tomado por uma sensação de deslocamento ao percorrer os corredores do hospital, foi possível concluir que à beira do leito as normas jurídicas passam a incidir diretamente sobre a vida do indivíduo, assim como fazem as doenças, ambas precisando ser atentas ao que realmente aflige o indivíduo e qual a realidade que se observa naquele ambiente. Portanto, o ensino jurídico brasileiro deve estar adequado à realidade social tanto no campo teórico normativo quanto no campo da realidade material prática. Ressalte-se, assim, a importância do tecnicismo e tradicionalismo que não gere óbices ao desenvolvimento de uma formação crítica do estudante de direito.¹⁵¹

(Feliciano)

¹⁴⁸ RAMACCIOTTI, B. I.; BERNARDINO, M.C.C. Vertentes epistemológicas das políticas públicas: entre as análises descritiva e prescritiva. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 50, n. 175, jan./mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/198053146645>

¹⁴⁹ SOUZA, A. R. A.; SOARES, B. N. P. R. R.; VEIGA, F. A.; PESSOA, F. M. G. (orgs.). **Metodologia da pesquisa e do ensino jurídico: tecnologias, desvios e vanguardismos**. Aracaju: Criação, 2021. p. 19.

¹⁵⁰ ROCHA, A. G. D.; MACHADO, C. A. **O ensino jurídico e o princípio constitucional da fraternidade**. In: SOUZA, A. R. A. et al. *Metodologia da pesquisa e do ensino jurídico*. Aracaju: Criação, 2021. p.194

¹⁵¹ FORTES, D.M.A; SILVA, V. W. B. Ausência de criticidade no ensino jurídico brasileiro: suas origens e o reflexo do consequencialismo acadêmico nas decisões judiciais. **Revista Científica do Curso de Direito**, Belo Horizonte, [s.v.], n. 2, p. 93-120, dez. 2020.



ENCERRAMENTO

As narrativas descritas na presente obra têm como objetivo central gerar reflexão crítica e impacto para a formulação de futuros projetos acadêmicos, institucionais e de políticas públicas, além de contribuir para a ampliação dos estudos interdisciplinares entre o direito e a saúde. Ao reunir experiências concretas vivenciadas no contexto do Hospital Universitário, buscamos evidenciar como o que é previsto nas normas se materializa, ou falha em se materializar, na realidade social, especialmente no que se refere à garantia de direitos fundamentais.

Os relatos apresentados a seguir refletem as percepções dos participantes do projeto ao longo de sua execução, a partir do contato direto com pacientes, profissionais de saúde e com o ambiente hospitalar. Mais do que histórias isoladas, trata-se de narrativas que revelam problemas estruturais, desigualdades persistentes e desafios institucionais que atravessam o campo da saúde no Brasil. Nesse sentido, a obra pretende servir não apenas como registro de uma experiência extensionista, mas também como instrumento de sensibilização e produção de conhecimento, capaz de gerar debates interdisciplinares e estimular uma atuação jurídica mais comprometida com a realidade social e com a promoção da justiça social.

“A experiência de visitar o Hospital Universitário e conversar com os pacientes foi extremamente gratificante. Em muitos momentos, ficava evidente que tudo o que eles desejavam era serem ouvidos, ter sua história acolhida ou simplesmente receber um pouco de atenção. Além disso, o contato com pessoas de realidades sociais tão distintas nos leva a profundas reflexões sobre a nossa própria condição e nos conscientiza sobre privilégios que, no cotidiano, muitas vezes passam despercebidos. Como um todo, foi uma vivência única e verdadeiramente inesquecível.”

Ariane Santos Gonçalves

“A oportunidade de participar de um projeto como o DS², que por meio da interdisciplinaridade e vivências práticas supera o modelo tradicional



de educação jurídica, foi indubitavelmente uma experiência que agregou bastante para a minha formação. Tenho interesse em temas relacionados tanto à área jurídica como a da Saúde, e acompanhar de perto o importante trabalho do Hospital Universitário da USP na promoção do acesso à saúde (que é desconhecido por grande parte da comunidade universitária) ampliou a nossa compreensão da importância de ambas as áreas realizarem iniciativas conjuntas visando efetivar direitos fundamentais e a transformação social. Espero que este livro transmita a importância da realização de iniciativas como o DS², e contribua para gerar reflexão sobre o que pode ser feito na melhoria, ampliação e defesa do sistema público de saúde, que apesar de ser uma das maiores conquistas e um dos pilares do processo de democratização do país, sofre diversos ataques.”

Arthur Santos Oliveira

“A proposta do DS², desde o edital do processo seletivo, já me chamou atenção por seu caráter inovador, especialmente no contexto da Faculdade de Direito da USP. Tendo, inclusive, já considerado cursar Medicina, não encontrei outro projeto que conectasse de forma tão interessante o Direito e a área da saúde. A experiência das visitas ao HU foi única e enriquecedora, tanto do ponto de vista pessoal quanto acadêmico e profissional, pois o contato com os relatos das pessoas entrevistadas ampliou minha empatia e minha compreensão do funcionamento do sistema de saúde no Brasil e do Direito. Nesse sentido, espero que o livro seja capaz de proporcionar esse mesmo contato humano e despertar maior sensibilidade aos leitores e, principalmente, aos operadores do Direito.”

Beatriz Fugimoto

“Participar desta extensão representou uma experiência profundamente formativa, tanto no plano acadêmico quanto no humano. O caráter inovador do projeto, ao articular a Faculdade de Direito e a Faculdade de Medicina, rompeu fronteiras institucionais historicamente rígidas e permitiu que a formação jurídica extrapolasse o espaço tradicional do Largo de São Francisco, deslocando-se para um ambiente concreto de produção de sofrimento, cuidado e vulnerabilidade. A vivência no Hospital



Universitário colocou os estudantes diante de realidades com as quais não estamos habituados a dialogar: pessoas em condição de fragilidade física e psíquica, enfrentando não apenas doenças, mas também obstáculos jurídicos, sociais e institucionais no acesso à saúde. O contato direto com esses pacientes revelou, de forma viva, como problemas jurídicos atravessam o cotidiano hospitalar, desde dificuldades administrativas até situações de abandono, desinformação e exclusão. Chamou atenção, de modo recorrente, a gratidão expressa pelos pacientes em relação ao hospital e às equipes, mesmo quando o atendimento estava longe do ideal, o que evidencia tanto a precariedade estrutural do sistema quanto a importância simbólica do cuidado oferecido. Para mim, essa experiência foi especialmente marcante pela oportunidade de integrar um grupo diverso, comprometido e sensível, que trabalhou com seriedade e empenho para transformar escuta, aprendizado e reflexão em um produto coletivo. Fica, ao final, um sentimento genuíno de gratidão por ter participado de uma extensão que ampliou horizontes, produziu conhecimento situado e reafirmou o potencial transformador do encontro entre universidade pública e realidade social.”

Eduardo H. Fiaschi

“Dentro do ambiente hospitalar, cada sofrimento individual pode ser percebido como a expressão viva de uma ampla rede de determinantes sociais, institucionais e históricos que o antecedem e o atravessam. O hospital, quando observado como o espaço em que o direito à saúde se realiza na vida concreta, revela a presença de inúmeras contradições e mediações próprias de uma disputa permanente em torno de projetos de Estado. No leito, sofrimento e cura nunca aparecem de forma isolada, mas como resultado prático de um extenso arcabouço normativo e institucional, que só pode ser compreendido a partir de uma ideia de totalidade, na qual a dignidade humana é inseparável do direito à saúde e do funcionamento efetivo das estruturas democráticas e assistenciais do Estado. Espero que, por meio dos relatos, o leitor possa compreender o direito não como letra morta, mas como um fragmento vivo de um todo estruturado e complexo.”



Feliciano Contardo

“A experiência no hospital universitário foi singular e extremamente enriquecedora, marcada pela convivência com profissionais altamente qualificados, em especial as assistentes sociais, que se mostraram sempre solícitas no auxílio à compreensão dos quadros dos pacientes e na orientação quanto à melhor forma de conduzir as abordagens e formular as perguntas. De modo geral, fiquei profundamente contente por ter tido a oportunidade de conhecer tantas histórias e ampliar minha compreensão sobre as diferentes realidades vivenciadas pelos pacientes.”

Iasmin Maria

“Durante todos os dias de execução do projeto do DS², a maior sensação que eu tive foi que o grupo exerce integralmente a sua função de extensão da Faculdade de Direito, na medida em que conseguimos obter um aprendizado que não seria alcançado somente com os estudos teóricos fornecidos nas aulas da Faculdade. O contato com os pacientes, e até com os funcionários do hospital, me permitiu perceber que o direito pode sim ser um caminho para efetivar o acesso à saúde, mas também ficou claro que, sem a devida atuação ativa e constante do Estado, os objetivos e intenções determinados constitucionalmente permanecem somente no plano das ideias. Sem dúvidas foi uma experiência muito enriquecedora e que eu recomendaria para que outros alunos pudessem entender como o Direito funciona na realidade e não somente nos livros de doutrina.”

Luiza Aparecida

“Preparar a conclusão de um projeto é organizar a antecipação de um fim. É escolher enquadrar uma realidade em matéria, espaço e tempo dentro de um contexto externo de instabilidades e indeterminação. É uma decisão subjetiva, que exige salientar a quem o produto será destinado e por qual meio ele será difundido. Envolve saber posicionar-se em uma rede de turbulências, onde os veículos de comunicação da ciência, os seus objetos de estudo, o seu público, devem ser repensados, pois os seus limites e os seus diálogos encontram-se em ruptura. Nesse contexto, enquanto a verdade e o reconhecimento do outro como sujeito de direito encontram-se



constrangidos, a ciência jurídica e a universidade pública podem esboçar o seu reposicionamento. O presente livro emerge nesse cenário, entre incerteza e criatividade, onde metodologias não ortodoxas para a academia jurídica, como o método de storytelling, permitem que o direito estenda o seu olhar, em direção ao outro, aqui, à ciência biológica, e o retorne a si mesmo. Com esses novos olhos, encontrar o corpo de um paciente ou de um sujeito de direito não é restringi-lo a uma zona de controle jurídico, onde determinações legais o definem, mas reconhecê-lo como uma pessoa dotada de direitos. Compartilhar os relatos transcritos por mãos de bacharéis são esforços de amplificar a humanidade de sujeitos de direito, realocalizando o olhar jurídico e médico na relação.”

Luiza Pereira Lessa

“Minha expectativa em relação a esta obra é que ela seja capaz de provocar reflexão profunda, sensível e crítica, permitindo aos leitores perceberem a complexidade das questões de saúde no Brasil para além de números, normas e estruturas formais. Que o livro contribua para revelar como a saúde é atravessada por desigualdades sociais, econômicas e territoriais, e como a formulação de políticas públicas só pode ser efetiva quando considera, de maneira concreta, aqueles que serão diretamente impactados por elas. Espero, ainda, que esta obra dialogue especialmente com os operadores do Direito, instigando-os a repensar o alcance de sua atuação. Que compreendam que sua função não se limita à reprodução técnica de normas ou à aplicação abstrata da lei, mas envolve responsabilidade social, escuta ativa e compromisso com a realidade vivida pela população. Enquanto pesquisadores e agentes institucionais, juristas podem e devem conceber projetos que se disponham a compreender o país em sua complexidade, reconhecendo as múltiplas formas de vulnerabilidade e contribuindo para a construção de um Direito mais humano, interdisciplinar e comprometido com a transformação social.”

Maria Paula Messerlian

“Durante as visitas pelo DS², foi possível olhar o HU como um local de cuidado e recuperação de saúde. Um lugar onde se pode observar o trabalho



exaustivo e duro dos profissionais e também histórias vividas por pessoas que comemoram, aguardam, reclamam para que seus problemas sejam resolvidos. Problemas complexos que envolvem soluções clínicas e médicas, a serem tratadas dentro do corpo, mas também problemas que dizem respeito às suas condições de vida, famílias, ao acesso a serviços e informações, enfim, que dizem respeito aos seus direitos. Andar por esse ambiente como observadora em buscas de histórias que refletissem de alguma forma situações de saúde transpassadas por questões jurídicas, abriu caminhos para entender na prática como a saúde e o direito se encontram. As histórias relatadas demonstram os pontos principais a serem elaborados de forma interdisciplinar no campo do direito e da saúde, além de representarem um pontapé para um percurso longo e promissor para o grupo DS².”

Rafaella Sales

“Minha experiência no DS² permitiu compreender a saúde não apenas como um direito, mas ir além, buscando a realidade de sua implementação em um campo marcado por interseccionalidades, no qual fatores como desigualdades e escolhas institucionais demonstram os limites da atuação do poder público e do alcance das políticas públicas. Conhecer o dia a dia do Hospital Universitário e a realidade dos pacientes ampliou os horizontes para a criticidade do Direito e evidenciou a necessidade de ir além do formalismo, passando a pensar o direito à saúde e as políticas públicas com base na análise empírica da realidade social, que fornece materiais essenciais tanto para a formação jurídica quanto para a criação de políticas públicas.”

Victor Delamerlini Rodrigues





REFERÊNCIAS

ADORNO, Sérgio. Os aprendizes do poder: o bacharelismo liberal na política brasileira. 2. ed. São Paulo: Edusp, 1988, p. 21–27.

A Lei Maria da Penha completa 19 anos com altos índices de violência. Instituto Brasileiro de Direito de Família, [s.l], 7 ago. 2025. Disponível em: <https://ibdfam.org.br/noticias/13125/Lei+Maria+da+Penha+completa+1+de+viol%C3%A2ncia>. Acesso em: 12 jan. 2026.

ALBUQUERQUE, Priscila Costa et al. Geographic accessibility to hospital childbirths in Brazil (2010–2011 and 2018–2019): a cross-sectional study. *The Lancet Regional Health – Americas*, v. 42, 100976, fev. 2025. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(24\)00303-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(24)00303-X/fulltext). Acesso em: 12 jan. 2026.

ALDER, Beth et al. *Psychology and sociology applied to medicine*. 3. ed. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier, 2009.

ALHAJ, Zainab; KLETO, George; ALMUBAID, Zainab; ALMOSA, Mohammed O.; ALMOSA, Abdullah; MOHAMED, Sara. Racial disparities in anesthesia care: a systematic review of pain management and patient outcomes. *Cureus*, v. 16, n. 9, e68992, 9 set. 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39385917/>. Acesso em: 16 jan. 2026.

ANDRADE, Rebeca de et al. O acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua: uma revisão integrativa. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n.132, jan./mar. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/c8JDyXMSz7bHRHrLFdxtHPr/?lang=pt>. Acesso em: 18 dez. 2025.

ANDRADE, Rebeca de; COSTA, Alane Andréa Souza; SOUZA, Elyana Teixeira; ROCON, Pablo Cardozo. O acesso aos serviços de saúde pela



população em situação de rua: uma revisão integrativa. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 132, p. 227–239, 27 jun. 2022. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/6157>. Acesso em: 18 dez. 2025.

ANDRADE, Rebeca de; COSTA, Alane Andréa Souza; SOUZA, Elyana Teixeira; ROCON, Pablo Cardozo. O acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua: uma revisão integrativa.

ANDRADE, Rebeca de; COSTA, Alane Andréa Souza; SOUZA, Elyana Teixeira; ROCON, Pablo Cardozo. O acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua: uma revisão integrativa.

ASSISTENTE consegue manter rescisão motivada por assédio moral durante gravidez. *Tribunal Superior do Trabalho*. [s.l.], [s.d.]. Disponível em: <https://www.tst.jus.br/-/assistente-consegue-manter-rescis%C3%A3o-motivada-por-ass%C3%A9dio-moral-durante-gravidez>. Acesso em: 12 jan. 2026.

ASSOCIAÇÃO DE DOCENTES DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (ADUSP). O atendimento prestado pelo HU “não tem sido mais o mesmo e, infelizmente, a população tem sentido diretamente o impacto das mudanças”, reconhece superintendente do hospital em ofício à Secretaria Estadual da Saúde. In: ADUSP. São Paulo: ADUSP, 31 jan. 2025. Disponível em: <https://adusp.org.br/saude-publica/oficio-hu/>. Acesso em: 16 set. 2025.

BARROSO, Luís Roberto. O novo direito constitucional brasileiro: contribuições para a construção teórica e prática da jurisdição constitucional no Brasil. Belo Horizonte: Fórum, 2012, p. 237.

BARROS, Fernando Passos Cupertino de; SOUSA, Maria Fátima de. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 9–18, 2016. Disponível em:



<http://www.revistas.usp.br/sausoc/issue/view/8534>. Acesso em: 15 abr. 2016.

BERGAMO, Mônica. Cerca de 4 milhões de mulheres convivem com o agressor no Brasil, revela pesquisa. Folha de S.Paulo, São Paulo, 2025. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/monicabergamo/2025/11/cerca-de-4-milhoes-de-mulheres-convivem-com-o-agressor-no-brasil-revela-pesquisa.shtml>. Acesso em: 15 jan. 2026.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. Organizado por Cláudio Brandão de Oliveira. Rio de Janeiro: Roma Victor, 2002.

BRASIL. Consolidação das Leis do Trabalho: aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1943. Art. 392, § 4º, II.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Palácio do Planalto, 2001.

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil: Brasília, DF, p.2, 28 dez. 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm. Acesso em: 12 jan. 2026.

BRASIL. Lei nº 14.721, de 8 de novembro de 2023. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para assegurar à mulher o direito de acompanhante nos atendimentos realizados em serviços de saúde públicos e privados. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil: Brasília, DF, p.1, 01 nov. 2023.



BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Art. 14-A, III, incluído pela Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil: Brasília, DF, p. 561 15 jan. 1996. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&nume>

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.109.343/RS, 3ª Turma, Brasília, DF, 2 jun. 2009. DJe 23 jun. 2009.

BRUNA, Maria Helena Varella. Osteomielite. Portal Drauzio Varella, [s.l.], 19 fev. 2018. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/osteomielite/>. Acesso em: 12 jan. 2026.

CARDOSO, Ana Claudia Moreira. O trabalho como determinante do processo saúde-doença. Dossiê Ciências Sociais e Saúde. São Paulo, v. 27, n. 1, jan./jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ts/a/4zYdCRfPsMbWRBR9bfPxNsf/>. Acesso em: 12 jan. 2026.

CARVALHO, José Raimundo; OLIVEIRA, Victor Hugo. Pesquisa de Condições Socioeconômicas e Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher (PCSVDFMulher) relatório executivo III – primeira onda (2016): violência doméstica, violência na gravidez e transmissão entre gerações. Universidade Federal do Ceará et. al, Fortaleza, 2017.

CAVALIERI FILHO, Sérgio. Programa de responsabilidade civil. 15. ed. São Paulo: Atlas, 2022.



CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO (1994). Programa de Ação. Cairo, 1994. BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

CORDEIRO, Tiago. Estudo sobre saúde na capital paulista marca início da parceria do Insper com a Umane. Insper, [s.l.], 05 ago. 2024. Disponível em: <https://www.insper.edu.br/pt/conteudos/politicas-publicas/estudo-sobre-saude-na-capital-paulista-marca-inicio-da-parceria-do-insper-com-a-umane>. Acesso em: 12 jan. 2026.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos de pessoas com transtornos mentais autoras de delito, 2007. 174 f. Dissertação (Mestrado em Direito). Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas, Universidade Federal da Paraíba, Paraíba. p. 105-106; TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002. p. 41.

CRUZ, Felipe; RAFAEL, Willian; EUNOUR, Fernanda. Desigualdade na saúde: tempo médio para conseguir consulta em UBSs de SP chega até a 39 dias na periferia, diz estudo. G1, São Paulo, 8 mar. 2024. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2024/03/08/desigualdade-na-saude-tempo-medio-para-conseguir-consulta-em-ubss-de-sp-chega-ate-a-39-dias-na-periferia-diz-estudo.ghtml>. Acesso em: 12 jan. 2026.

DA SILVA, Dênison Pereira et al. Impactos da superlotação dos serviços hospitalares de urgência e emergência: revisão integrativa. Revista Saúde e Desenvolvimento, Canoas, v. 14, n. 17, p. 65, 2020.

DATASENADO: violência de gênero atinge 3,7 milhões de brasileiras. Senado Notícias, Brasília, 24 nov. 2025. Disponível em: <https://www12.senado.gov.br/noticias>.



senado.leg.br/noticias/materias/2025/11/24/datasenado-violencia-de-genero-atinge-3-7-milhoes-de-brasileiras. Acesso em: 18 dez. 2025.

DESIGUALDADE climática: estudo aponta que população mais pobre sofre consequências maiores por causa do calor. G1, [s.l.], 16 abr. 2025. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sorocaba-jundiai/noticia/2025/04/16/desigualdade-climatica-estudo-aponta-que-populacao-mais-pobre-sofre-consequencias-maiores-por-cao-do-calor.ghtml>. Acesso em: 16 set. 2025.

DESIGUALDADES em saúde estão encurtando décadas de vida. Organização Pan-Americana da Saúde, [s.l.], 6 mai. 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/6-5-2025-desigualdades-em-saude-estao-encurtando-decadas-vida>. Acesso em: 12 jan. 2026.

DIFERENÇA de expectativa de vida entre distritos de São Paulo chega a 14 anos, diz prefeitura. G1, São Paulo, 11 fev. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/02/11/diferenca-de-expectativa-de-vida-entre-distritos-de-sao-paulo-chega-a-14-anos-diz-prefeitura.ghtml>. Acesso em: 12 jan. 2026.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; MATTAR, Laura Davis. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. Interface, Botucatu, v. 16, n. 40, mar. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000001>. Acesso em: 12 jan. 2026.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto – Brasil, 2021. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, jun. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.01892023>. Acesso em: 12 jan. 2026.

EID, G.; BRANDÃO, A.M. Para quem funciona o Hospital Universitário? Jornal do Campus, São Paulo, 20 dez. 2023. Disponível em: <https://www.jornaldocampus.usp.br/index.php/2023/12/>



para-quem-funciona-o-hospital-universitario/. Acesso em: 19 de dezembro de 2025.

ESCOLARIDADE das pessoas em situação de rua. Observatório Nacional dos Direitos Humanos (ObservaDH). [s.l.], 17 jun. 2025. Disponível em: <https://storymaps.arcgis.com/stories/2c0784af58ec460c802136d502d1e0d2>. Acesso em: 18 dez. 2025.

FORTES, D.M.A; SILVA, V. W. B. Ausência de criticidade no ensino jurídico brasileiro: suas origens e o reflexo do consequencialismo acadêmico nas decisões judiciais. *Revista Científica do Curso de Direito, Belo Horizonte*, v., n. 2, p. 93-120, dez. 2020.

FRANÇA, Genival Veloso de. *Direito médico*. 12. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2014, p. 257.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 50 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

GADELHA, Geraldo Gilberto Raikkoner Silva; SANTOS, Leticia Cezario Clarindo dos; SOUZA, Érica da Silva; FREIRE, João Victor Sousa; JORGE, Antonio Rafael Coelho; MOTA, Fabricy Fernandes. Planejamento familiar e saúde reprodutiva: prevenção de gestações não planejadas. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, [s. l.], v. 7, n. 3, p. 2135–2152, 29 mar. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n3p2135-2152>. Acesso em: 12 jan. 2026.

GAMA, Guilherme. Brasil tem 17 denúncias de violência contra mulher por hora, diz ministério. *CNN Brasil, São Paulo*, 7 ago. 2025. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/brasil/brasil-tem-17-denuncias-de-violencia-contra-mulher-por-hora-diz-ministerio/>. Acesso em: 12 jan. 2026.

GARLAND, David. As contradições da “sociedade punitiva”: o caso britânico. *Revista de Sociologia e Política, Curitiba*, n. 13,



p. 59–80, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/gDHjvtQy9VR7Ft6vZRF9gZt/?lang=pt>. Acesso em: 16 jan. 2026.

GESTANTE vítima de assédio no trabalho deve ser indenizada, decide TRT-3. Instituto Brasileiro de Direito de Família, [s.l.], 13 mai. 2025. Disponível em: <https://ibdfam.org.br/noticias/12870/Gestante+v%C3%BA+no+trabalho+deve+ser+indenizaTRT-3>. Acesso em: 12 jan. 2026.

GÓES, J. A.; RIBEIRO, S. M. L. Desigualdades socioespaciais e distribuição de áreas verdes urbanas: um enfoque na cidade de São Paulo. *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais (RBEUR)*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 187–207, 2018.

GOSTIN, Lawrence. *Global health law*. Cambridge, Massachusetts; London, England: Harvard University Press, 2014. p. 412-440.

GOSTIN, Lawrence. *Global health law*. p. 412-440.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Saúde Mental. In: *Humanização*. São Paulo: Governo do Estado de São Paulo, [s.d]. Disponível em: <https://saude.sp.gov.br/humanizacao/areas-tematicas/saude-mental>. Acesso em: 16 jan. 2026.

HOSPITAL Municipal Guarapiranga começa implantar o Escritório de Gestão de Altas (EGA). Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde. [s.l.], 13 set. 2024. Disponível em: <https://ints.org.br/2024/09/13/hospital-municipal-guarapiranga-comeca-implantar-o-escritorio-de-gestao-de-altas-ega/>. Acesso em: 16 jan. 2026.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. História. Disponível em: <https://www.hu.usp.br/historia>. Acesso em: 12 jan. 2026.



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Missão, visão e valores.. Disponível em: <https://sites.usp.br/hu/missao-visao-e-valores/>. Acesso em: 12 jan. 2026..

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Plano de Parto. In: Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. São Paulo: HU, [s.d.]. Disponível em: <https://www.hu.usp.br/plano-de-parto>. Acesso em: 12 jan. 2026.

<https://icepi.es.gov.br/Not%C3%ADcia/escritorio-de-gestao-de-alta-hospitalar-leva-inovacao-ao-sus>

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). População em situação de rua supera 281,4 mil pessoas no Brasil. [s.l.], 08 dez. 2022. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/categorias/45-todas-as-noticias/noticias/13457-populacao-em-situacao-de-rua-supera-281-4-mil-pessoas-no-brasil>. Acesso em: 18 dez. 2025.

IRALA, Bruna. Falta de cobertura verde na região metropolitana de São Paulo aumenta casos de ansiedade. Jornal da USP, Universidade de São Paulo, 8 out. 2021. Disponível em: <https://jornal.usp.br/?p=455863>. Acesso em: 16 set. 2025.

KAFKA, Franz. A metamorfose. Tradução e posfácio Modesto Carone. São Paulo: Companhia das Letras, 1997

LEAL, M.C; GAMA, S.G.N.; CUNHA, C.B. Racial, sociodemographic, and prenatal and childbirth care inequalities in Brazil, 1999–2001. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 100–107, 2005.

LEAL, Maria do Carmo; ESTEVES-PEREIRA, Ana Paula; VIELLAS, Elaine Fernandes; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 54, (2020), 21 jan. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>. Acesso em: 12 jan. 2026.



LINS, Pedro Buril Saraiva; PEREIRA, Ana Carolina Esteves da Silva; IMBIMBO, Danilo Oliveira. Desigualdades regionais no financiamento da saúde nas capitais brasileiras (2003–2022): uma análise das transferências intergovernamentais e dos gastos municipais. Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2025.

MAIS de 55% das gestações no Brasil não são planejadas; especialistas destacam importância do acesso a contraceptivos. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, [s.l], 26 set. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/mais-de-55-das-gestacoes-no-brasil-nao-sao-planejadas-especialistas-destacam-importancia-do-acesso-a-contraceptivos>. Acesso em: 12 jan. 2026.

MÃES enfrentam assédio materno e outras dificuldades para se manterem no mercado de trabalho. Tribunal Superior do Trabalho. [s.l.], [s.d.]. Disponível em: <https://www.tst.jus.br/-/m%C3%A3es-enfrentam-ass%C3%A9dio-materno-e-outras-dificuldades-para-se-manterem-no-mercado-de-trabalho>. Acesso em: 12 jan. 2026.

MARTINI, Sandra Regina; STURZA, Janaína Machado. A dignidade humana enquanto princípio de proteção e garantia dos direitos fundamentais sociais: o direito à saúde. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, v. 6, n. 2, p. 30, 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. Internações prolongadas e o impacto dos determinantes sociais da saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 389–398, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção Integral à Saúde das Mulheres. In: Ministério da Saúde. [s.l], [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/pnaism>. Acesso em: 12 jan. 2026.



MINISTÉRIO DA SAÚDE. Consultório na Rua. In: Ministério da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s. d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf/consultorio-na-rua>. Acesso em: 18 dez. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Regionalização. In: Ministério da Saúde. [s.l.]: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/dgip/regionalizacao>. Acesso em: 12 jan. 2026.

MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS E DA CIDADANIA (MDHC). População em situação de rua: diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal. Brasília, DF, ago. 2023. 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: 18 dez. 2025.

NAUNDORF, B. et al. O Direito Sanitário como instrumento de fortalecimento do SUS: ênfase na educação permanente em saúde. Caderno CONASS, Brasília, v. 8 n. 4, out./dez. 2019. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/588>. Acesso em: 19 de dezembro de 2025.

OLIVEIRA, Jossiane Teixeira de; ALMEIDA, Ana Paula Santana Coelho; SARTI, Thiago Dias; ESPOSTI, Carolina Dutra Degli. Falta de acesso aos serviços de saúde por mulheres no contexto da pandemia de COVID-19: interseccionando cor da pele, renda e escolaridade. Ciência & Saúde Coletiva, [s.l.], v. 30, n. 5, mai. 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/C8bcry7GqWkvXWPG6f5Wz4H/>. Acesso em: 12 jan. 2026.

OLIVEIRA, Thaís de Souza; PEREIRA, Adelyne Maria Mendes. Expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde na América Latina: uma revisão de escopo. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, jul. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.04932024>. Acesso em: 12 jan. 2026.



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Quality of care in mental health services. Geneva: WHO, 2012; OMS. Guidelines on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: WHO, 2021.

Os CAPS são serviços de base comunitária integrantes da RAPS, responsáveis pelo acompanhamento clínico e pela reinserção social de pessoas em sofrimento mental grave e persistente. Ver GOVERNO FEDERAL. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). In: Ministério da Saúde. [s.l.]: Governo Federal, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps>. Acesso em: 16 jan. 2026.

PAIVA, Marcelo Rubens. Pretas recebem menos anestesia. O Estado de S. Paulo, São Paulo, 09 abr. 2011. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/cultura/pretas-recebem-menos-anestesia-imp-/>. Acesso em: 12 jan. 2026.

PASCHOALOTTO, Marco Antonio Catussi; PASSADOR, João Luiz; PASSADOR, Claudia Souza; ENDO, Gustavo Yuho. Regionalização da saúde no Brasil: desigualdades socioeconômicas e na performance em saúde. *Gestão & Regionalidade*, [s.l.], v. 38, n. 113, 24 mar. 2021. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_gestao/pt_BR/article/view/7017. Acesso em: 16 jan. 2026.

PASSARINHO, Nathalia; FRANCO, Luiza. Com 55% de gestações não planejadas, Brasil falha na oferta de contracepção eficaz. BBC News Brasil, [s.l.], 26 jun. 2018. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-44549368>. Acesso em: 12 jan. 2026.

POLLACK, Michael. Memória, esquecimento, silêncio. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, 1989. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/reh/article/view/2278/1417>. Acesso em: 7 nov. 2025.



POPULAÇÃO em situação de rua no Brasil cresce cerca de 88% entre 2020 e 2026, aponta estudo. CBN, Belo Horizonte, 3 nov. 2025. Disponível em: <https://cbn.globo.com/brasil/noticia/2025/11/03/populacao-em-situacao-de-rua-no-brasil-cresce-85percent-mostra-levantamento.gh.html>. Acesso em: 15 jan. 2026.

PRADO, Juliana Gama Vieira Rizo; MENDES, Paulo César. Desafios vivenciados por populações em situação de rua. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, [S. l.], v. 18, n. 11, 11 nov. 2025. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/download/22370/12922/60896>. Acesso em: 15 jan. 2026.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Consultório na Rua. In: Secretaria Municipal da Saúde. São Paulo: Secretaria de Saúde, 2024. Disponível em: https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/atencao_basica/346112. Acesso em: 15 jan. 2026.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). In: Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. São Paulo: Prefeitura de São Paulo, 2025. Disponível em: https://prefeitura.sp.gov.br/web/assistencia_social/w/idosos/331343. Acesso em: 16 jan. 2026.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Mapoteca Secretaria Municipal da Saúde. Disponível em: https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/epidemiologia_e_informacao/mapoteca/32424. Acesso em: 12 jan. 2026.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Programa Redenção: ações integradas de saúde, assistência social, trabalho e direitos humanos para pessoas em situação de vulnerabilidade social e uso abusivo de álcool e outras drogas. In: Secretaria Executiva de Projetos Estratégicos. São Paulo: Secretaria Executiva de Projetos Estratégicos, 2025. Disponível em: <https://prefeitura.sp.gov.br/>



web/secretaria_executiva_de_projetos_estrategicos/programa_redencao/o_programa. Acesso em: 15 jan. 2026.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Programas e projetos: ações para a população em situação de rua. In: Coordenação de Políticas para a População em Situação de Rua – PopRua. São Paulo: Coordenação de Políticas para a População em Situação de Rua, 2025. Disponível em: <https://prefeitura.sp.gov.br/web/poprua/w/274596>. Acesso em: 15 jan. 2026.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Unidade Odontológica Móvel (UOM) – Saúde Bucal. In: Secretaria Municipal da Saúde. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2023. Disponível em: https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/atencao_basica/346114. Acesso em: 15 jan. 2026.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. UPA: saiba quando procurar este serviço na rede municipal. In: Secretaria Municipal da Saúde. São Paulo, 28 set. 2025. Disponível em: <https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/upa-saiba-quando-procurar-este-servi%C3%A7o-na-rede-municipal>. Acesso em: 16 set. 2025.

PRINCIPAIS questões sobre a consulta de puerpério na Atenção Primária à Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, [s.l.], 5 mai. 2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-a-consulta-de-puerperio-na-atencao-primaria-a-saude/>. Acesso em: 12 jan. 2026.

QUASE 80% dos pobres do mundo vivem em regiões expostas a riscos climáticos. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, [s.l.], 17 out. 2025. Disponível em: <https://www.undp.org/pt/brazil/press-releases/quase-80-dos-pobres-do-mundo-vivem-em-regioes-expostas-riscos-climaticos>. Acesso em: 16 set. 2025.

QUEIROZ, Júlia. Superlotação: hospital da USP tem ocupação 300% acima da capacidade. Metrópoles, São Paulo, [s. d.]. Disponível em:



<https://www.metropoles.com/sao-paulo/superlotacao-hospital-da-usp-tem-ocupacao-300-acima-da-capacidade>. Acesso em: 16 set. 2025.

QUIRINO, Matheus Lopes. Desigualdade ambiental em São Paulo: por que o direito ao verde não é para todos. Mongabay Brasil, [s.l], 16 abr. 2024. Disponível em: <https://brasil.mongabay.com/2024/04/desigualdade-ambiental-em-sao-paulo-por-que-o-direito-ao-verde-nao-e-para-todos/>. Acesso em: 16 set. 2025.

RAMACCIOTTI, B. L.; BERNARDINO, M.C.C. Vertentes epistemológicas das políticas públicas: entre as análises descritiva e prescritiva. Cadernos de Pesquisa, São Paulo, v. 50, n. 175, jan./mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/198053146645>

REBOUÇAS, Poliana; FALCÃO, Ila R.; BARRETO, Mauricio L. Desigualdades sociais e suas repercussões na saúde das crianças: uma perspectiva atual e global. Jornal de Pediatria, v. 98, n. S1, p. 55–65, mar./abr. 2022.

RIBEIRO, Maiara. Quanto tempo temos para chegar ao hospital em casos de infarto? Portal Drauzio Varella, [s.l], 27 jul. 2018. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/cardiovascular/quanto-tempo-temos-para-chegar-ao-hospital-em-casos-de-infarto/>. Acesso em: 12 jan. 2026.

ROCHA, A. G. D.; MACHADO, C. A. O ensino jurídico e o princípio constitucional da fraternidade. In: SOUZA, A. R. A. et al. Metodologia da pesquisa e do ensino jurídico. Aracaju: Criação, 2021. p. 194.

SAFFIOTI, Heleieth. Gênero, patriarcado, violência. São Paulo: Perseu Abramo, 2004.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; JÚNIOR, José Patrício Bispo. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. Caderno de Saúde Pública, [s.l.], v.37, n. 3,



07 abr. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2021.v37n3/e00042620/#>. Acesso em: 16 jan. 2026.

SANTA Casa BH inaugura Escritório de Gestão de Altas (EGA) com Workshop Alta Segura. Santa Casa BH, Belo Horizonte, 24 jul. 2023. Disponível em: <https://santacasabh.org.br/santa-casa-bh-inaugura-escritorio-de-gestao-de-altas-ega-com-workshop-alta-segura/>

SANTOS, Iná; LEAL, Maria do Carmo. Desigualdades sociais e gravidez não planejada no Brasil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 54, 2020.

SANTOS, Janice Lemos de Araujo Silva; CONSERVA, Marinalva de Sousa. Desigualdade regional e saúde: algumas considerações sobre a questão regional no Brasil e sua relação com o acesso à saúde. XI Jornada Internacional de Políticas Públicas, [S. l.], 2023, p. 2. Disponível em: https://joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2023/upload/anais/trabalho_submissaoId_2903_2903649897ec23294.pdf?122650. Acesso em: 16 jan. 2026.

SARLET, Ingo Wolfgang. A eficácia dos direitos fundamentais. 11. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012, p. 70.

SARMENTO, Daniel. Direitos fundamentais e relações privadas. 1. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010, p. 285.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Ambulatório Médico de Especialidades (AMEs). In: Governo do Estado de São Paulo. Disponível em: <https://saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidadao/ambulatorio-medico-de-especialidades-ames/ambulatorio-medico-de-especialidades-ames>. Acesso em: 12 jan. 2026.

SHIRLEY conta como a humanização do atendimento beneficia a gestão de altas de longa duração no Hospital Guarapiranga. Secretaria Municipal de Saúde, São Paulo, 19 jul. 2025. Disponível em: <https://sampanews.prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/>



shirley-conta-como-a-humaniza%C3%A7%C3%A3o-do-atendimento-beneficia-a-gest%C3%A3o-de-altas-de-longa-dura%C3%A7%C3%A3o-no-hospital-guarapiranga. Acesso em: 16 jan. 2026.

SILVA, Delmo Mattos da; SILVA, Ítalo Viegas da; ALVES NETA, Maria da Conceição. Storytelling jurídico e análise narrativa: uma alternativa metodológica sociojurídica para o estudo de grupos vulneráveis no Direito. *Revista da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG*, v. 51, n. 1, p. 452–471, jan./jun. 2023.

SILVA, Salvyana Carla Palmeira Sarmiento; NUNES, Marco Antônio Prado; SANTANA, Vanessa Rocha; REIS, Francisco Prado; MACHADO NETO, José; LIMA, Sonia Oliveira. A síndrome de burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, v. 20, n. 10, p. 3011–3020, out. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tMHPSfqgYFQPPDdqKqQrw6b/?lang=pt>. Acesso em: 15 jan. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA (SBA). Nota de Esclarecimento da Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA). In: SBA. 15 dez. 2017. Disponível em: <https://www.sbahq.org/nota-de-esclarecimento-da-sba/>. Acesso em: 12 jan. 2026.

SOUZA, A. R. A.; SOARES, B. N. P. R. R.; VEIGA, F. A.; PESSOA, F. M. G. (orgs.). *Metodologia da pesquisa e do ensino jurídico: tecnologias, desenviesamentos e vanguardismos*. Aracaju: Criação, 2021. p. 19.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Regimento do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, Resolução USP nº 3.890/1991; USP. Estrutura organizacional e administrativa da Universidade.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Resolução nº 3.745, de 19 de outubro de 1990. Aprova o Estatuto da Universidade de São Paulo. In: *NORMAS USP*. São Paulo: USP, 1990. Disponível em: <https://leginf.usp.br/category/regimento-geral-da-usp/>. Acesso em: 12 jan. 2026.



VARELLA, Drauzio. Planejamento familiar. Portal Drauzio Varella, [s.l], 25 abr. 2011. Disponível em: <https://drauziovorella.uol.com.br/mulher/planejamento-familiar-artigo/>. Acesso em: 12 jan. 2026.

VIEIRA, Elisabeth; SOUZA, Cláudia. Planejamento familiar no Brasil: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4345-4356, 2019.

Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia ITD. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutrition*, v. 17, n.7-8, p.573-580, jul./ago. 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11448575/>. Acesso em: 16 jan. 2026.

WORLDHEALTHORGANIZATION. Worldreport on social determinants of health equity. Geneva: World Health Organization, 2025.