



# CANABIS PARA QUEM?



Uso medicinal da planta no Brasil avança,  
mas acesso ainda é desigual



**COM O SUS NAS MÃOS:** A edição comemorativa de *Radis* sobre os 35 anos do Sistema Único de Saúde (SUS), de dezembro de 2025 (279), foi recebida com alegria pelos integrantes do Grupo de Apoio ao Laringectomizado Total (Galt), do Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), no Rio de Janeiro. A experiência de cuidado com pessoas que passaram pela cirurgia de retirada da laringe foi tema de uma das reportagens da edição: a matéria de Glauber Tiburtino mostrou como o princípio da integralidade funciona na prática. A iniciativa integra a Plataforma IdeiaSUS, da Fiocruz, que reúne relatos de unidades e trabalhadores do SUS, em todo o Brasil.

# RADIS

edição 283 ■ abril

CAPA: ILUSTRAÇÃO DIGITAL FELIPE PLAUSKA



- |  |   |
|--|---|
| EDITORIAL  | SAÚDE INDÍGENA  |
| <b>3</b> O remédio que o bolso não alcança               | <b>28</b> Os sanitaristas indígenas estão chegando                    |
| <b>4</b> VOZ DO LEITOR                                   | LEGALIZAÇÃO DO ABORTO   |
| <b>5</b> SÚMULA  | <b>30</b> A fé em defesa da escolha                                   |
| CAPA   MEDICAMENTO                                       | <b>34</b> SERVIÇO   |
| <b>10</b> Cannabis ainda é para poucos                   | <b>35</b> PÓS-TUDO  |
| <b>15</b> Luta pelo acesso à cannabis                    | <b>Masculinidades que matam: quando o poder ocupa o lugar do amor</b> |
| EQUIDADE   |   |
| <b>18</b> Saúde das pessoas negras ainda é negligenciada |   |
| ENTREVISTA   JEANE TAVARES                               |   |
| <b>23</b> "O racismo nos acompanha o tempo todo"         |   |

# O remédio que o bolso não alcança

A trajetória da cannabis medicinal no Brasil é marcada por um paradoxo persistente: de um lado, a ciência e a regulação dão passos largos rumo à legitimação terapêutica; do outro, o acesso real permanece como um privilégio de poucos. As histórias de Ana Paula e Adrianna, que abrem esta edição de *Radis*, ilustram com nitidez essa fronteira. Para elas, a cannabis não foi uma escolha ideológica, mas o último recurso contra dores crônicas e limitações severas impostas pela saúde. Encontraram alívio, mas esbarraram na economia.

O cenário regulatório brasileiro vive um momento de transição. A nova resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), de janeiro, tenta corrigir os rumos de 2019 ao permitir um ambiente mais favorável ao cultivo nacional para fins farmacêuticos. É uma medida que ataca a raiz do problema: a dependência quase total da importação, que dolariza o tratamento e o torna proibitivo para a maioria da população — e o que deveria ser um direito vira um produto de luxo.

As estatísticas confirmam que o brasileiro quer e precisa dessa alternativa. O salto em 10 anos revela um respaço de demanda que agora transborda. No entanto, o crescimento da judicialização e a interrupção de tratamentos por falta de verba são sinais de que o sistema ainda falha. Como disse o neurocientista Sidarta Ribeiro em 2020, “uma regulação que veta ou dificulta o plantio acaba por favorecer grandes corporações em detrimento do bem-estar social”.

A ciência, embora cautelosa, aponta caminhos identificando benefícios do tratamento com cannabis. Mas é preciso que o “novo ambiente regulatório” saia do papel e chegue ao cotidiano das associações de pacientes e, fundamentalmente, ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Tratar a cannabis como uma questão estritamente de segurança pública ou de mercado é ignorar o seu potencial humanitário. O Brasil precisa decidir se continuará a importar soluções caras para poucos ou se terá a coragem de democratizar o acesso, permitindo que histórias como as de Ana e Adrianna tenham continuidade, e não uma interrupção forçada pelo extrato bancário.

A saúde da população negra no Brasil ainda é marcada por negligência estrutural, apesar da existência da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) desde 2009. Dados recentes mostram que sua implementação é desigual e limitada, com muitos gestores desconhecendo suas diretrizes e diversos municípios sem ações específicas.

Essa política é justificada pelas profundas desigualdades e em dados epidemiológicos: pessoas negras morrem mais cedo, mulheres negras enfrentam maior mortalidade materna, há maior incidência de doenças como hipertensão e anemia falciforme, além da violência atingir de forma desproporcional essa população.

Apesar de 17 anos decorridos desde a criação da PNSIPN, as principais barreiras persistem envolvendo o racismo institucional, a falta de recursos, a invisibilidade das demandas específicas e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Iniciativas como o Observatório de Saúde da População Negra buscam dar visibilidade aos dados, fortalecer o controle social, com base no princípio da equidade. Enfrentar essas desigualdades exige reconhecer o racismo como determinante social da saúde e garantir compromisso político e investimento efetivo para promover equidade e salvar vidas.

O debate sobre o aborto no Brasil é marcado por fortes tensões entre argumentos morais, religiosos, jurídicos e de saúde pública. Um dos discursos mais recorrentes na oposição ao aborto legal é a chamada “defesa da vida”, frequentemente liderada por instituições que se identificam com valores cristãos. No entanto, essa posição não é unânime dentro do próprio campo religioso. O movimento Católicas pelo Direito de Decidir (CDD), por exemplo, propõe uma leitura alternativa, que também se fundamenta na fé, mas prioriza a dignidade, a autonomia e a vida das mulheres em sua totalidade.

Mesmo nos casos em que a legislação brasileira permite o aborto, o acesso a esse direito é frequentemente dificultado por barreiras institucionais, sociais e morais. Muitas mulheres, mesmo tendo respaldo legal, encontram resistência em serviços de saúde e acabam sendo forçadas a levar adiante uma gestação indesejada ou a recorrer a métodos clandestinos e inseguros. No Brasil, os dados evidenciam que a criminalização não impede a ocorrência, mas aumenta os riscos em decorrência de complicações.

Discutir o aborto no Brasil exige ir além de posições simplificadas. Ele é um tema complexo, que envolve fé, direitos, saúde pública e justiça social. Reconhecer a pluralidade de vozes — inclusive dentro das próprias tradições religiosas — é essencial para construir um debate mais humano, informado e comprometido com a vida em todas as suas dimensões.

Boa leitura!

■ JUSTA HELENA FRANCO, SUBCOORDENADORA DO PROGRAMA RADIS

SUA OPINIÃO

Para assinar, sugerir pautas e enviar a sua opinião, acesse um dos canais abaixo  
E-mail [radis.ensp@fiocruz.br](mailto:radis.ensp@fiocruz.br) Tel. (21) 3882-9026 End. Av. Brasil, 4036, Sala 510 Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ CEP 21040-361



**CUIDADORAS**

Assunto mais que necessário!

Leliane Castilho

Só falta ter uma valorização na parte financeira dos profissionais “cuidadores de idosos”.

Quezia Andrade Nina

Belo Horizonte em questão de saúde pública no Brasil está muito à frente. Como trabalhadora do SUS BH falo isso com muito orgulho.

Regina Célia

Tem que garantir direitos para quem cuida, principalmente quando é da família, que muitas vezes um abdica de toda sua vida pra cuidar.

Cristina Oliveira

O menos falado e o que mais falta são os Centros Dia, uma política de Estado que atende a pessoa com deficiência na fase adulta.

Maria Bertolino

**INESITA ARAÚJO**

Minha referência acadêmica quando falo de comunicação e saúde nas práticas de relações comunitárias e nos cursos de relações públicas e jornalismo.

Marcos José Zablonsky

O livro de Inesita Araújo e Janine Cardoso, “Comunicação e Saúde”, me causou tal

impacto que mudou os rumos da minha vida profissional. Minha querida orientadora!

Rita Vasconcelos

Mais uma mulher com papel importante na pesquisa científica brasileira!

Mirna Juliana

Que goiaço essa entrevista, *Radis!* Inesita é farol e inspiração!

Marina Saraiva

*Radis: Também ficamos muito felizes com a entrevista!*

**40 ANOS DA 8ª CNS**

O SUS é uma das maiores conquistas do povo brasileiro. É na sua essência que vemos o verdadeiro significado de justiça social: cuidar de todos, sem distinção, do nascimento à vida adulta, nos momentos mais vulneráveis e decisivos. Como profissional da saúde, eu vejo de perto o impacto real que o SUS tem na vida das pessoas. Não é só um sistema é acolhimento, é dignidade, é vida sendo preservada todos os dias. Defender o SUS é defender o direito básico de cada cidadão de ser cuidado. E isso não é favor, é conquista. Seguiremos na linha de frente, fortalecendo, valorizando e lutando por um SUS cada vez mais forte, humano e acessível para todos.

Monica Calazans

É preciso comemorar e também fortalecer a luta por um SUS 100% público, efetivo e com qualidade! Viva a participação social! Seguimos na luta.

Vera Rocha

40 anos depois, estamos aprendendo que toda luta da Reforma Sanitária e toda construção coletiva do SUS podem ser perdidas com o avanço do setor privado da saúde, que aos poucos vai tomando conta de tudo, através das terceirizações, OSS [Organizações Sociais de Saúde], PPPs [Parcerias público-privadas], que vão descaracterizando o sistema que deveria ser público e universal. Durante esses 40 anos, não conseguimos implementar ainda a carreira para os profissionais de saúde.

Daniela Carvalho

**PESQUISA DE OPINIÃO DE RADIS**

Parabéns a toda a equipe de pessoas e profissionais tão especiais e competentes! Sou fã de vocês há décadas! Faço sempre a maior propaganda da importância desse trabalho jornalístico comprometido com o SUS!

Renata Ruiz

**EXPEDIENTE**

**RADIS** © é uma publicação impressa e digital da Fundação Oswaldo Cruz, editada pelo Programa Radis de Comunicação e Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

**FIOCRUZ**

**Mario Moreira**  
Presidente

**ENSP**

**Marco Menezes**  
Diretor

**PROGRAMA RADIS**

**Rogério Lannes Rocha**  
Coordenador e editor-chefe

**Justa Helena Franco**  
Subcoordenadora

**REDAÇÃO**

**Luiz Felipe Stevanim**  
Editor

**Glauber Tiburtino**  
Subeditor

Reportagem  
**Adriano De Lavor, Jesuan Xavier, Lara Souza e Paula Passos**

Arte  
**Eduardo de Oliveira, Felipe Plauska e Fernanda Andrade**

ADMINISTRAÇÃO  
**Fábio Lucas e Ingridi Maia da Silva**

DOCUMENTAÇÃO  
**Licia Oliveira** (Projetos Memória Radis 40+ e Radis Aberto)

**ASSINATURAS**

Assinatura grátis (sujeita a ampliação)  
Periodicidade mensal Impressão Gráfica RJ Offset  
Tiragem 112.500 exemplares

**USO DA INFORMAÇÃO**

Textos podem ser reproduzidos, citada a fonte original.



## GUERRA NO ORIENTE MÉDIO DEIXA O MUNDO EM ALERTA

O mundo pode atingir níveis recordes de fome nos próximos meses. É o que revela um comunicado (17/3) do Programa Mundial de Alimentação (PMA) da Organização das Nações Unidas (ONU). Segundo o órgão, se o conflito bélico iniciado em 28 de fevereiro, envolvendo Estados Unidos, Israel e Irã, se estender até meados de 2026, mais de 45 milhões de pessoas poderão enfrentar insegurança alimentar aguda, somando-se aos 318 milhões que já sofrem com essa situação em todo o planeta. Mas as consequências dessa guerra não param por aí.

O conflito no Oriente Médio pressiona o preço do petróleo, ameaça rotas comerciais, desestabiliza a economia e amplia o risco de uma crise humanitária e de tensões geopolíticas. Em desvantagem contra o poderio bélico das forças estadunidenses e israelenses, o Irã aposta no abalo econômico como estratégia para pressionar Trump e Netanyahu e vem atacando estações energéticas e bases estadunidenses em países do Golfo Pérsico, como Iraque, Catar, Emirados Árabes Unidos, Bahrein e Omã.

Duas semanas após o início dos ataques a Teerã, capital do Irã, e a outras cidades iranianas — que mataram milhares de civis, militares e autoridades, como o líder máximo do país de regime teocrático, o aiatolá Ali Khamenei —, a BBC Mundo listou (12/3) três efeitos da guerra que poderão ser sentidos em larga escala muito em breve. São eles: a crise alimentar, problemas na distribuição de medicamentos e o impacto na indústria global.

O Outra Saúde (20/3) destacou que ao interromper cadeias globais de produção e distribuição, especialmente de insumos farmacêuticos, a guerra compromete o acesso a medicamentos. O resultado é o risco de desabastecimento, aumento de preços e agravamento de crises de saúde pública. Segundo relatório da ONU, “aumentos nos investimentos militares estão associados a reduções no financiamento público da saúde e da educação”.

Em coluna assinada também no Outra Saúde (19/3), o médico Reinaldo Guimarães, vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), citou a urgência de ampliar a autossuficiência do Brasil no setor farmacêutico, para que o país enfrente crises como essa com menos turbulência. Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) alertou (22/3) que a guerra alcançou uma fase crítica: “Os ataques contra instalações nucleares representam uma ameaça crescente à saúde pública e à segurança ambiental”, afirmou o diretor-geral Tedros Adhanom Ghebreyesus.

Sem um objetivo claro definido para a guerra e após violações de tratativas de cessar-fogo, tudo indica que o conflito no Oriente Médio ainda se prolongará, aumentando a tensão e riscos de colapso nas mais diversas áreas, como a humanitária, de produção, comércio e serviços. Promessa de dias difíceis para um mundo cada dia mais interligado e menos estável.

“ Não faz sentido que a América Latina e a África não tenham representação adequada no Conselho de Segurança da ONU. As guerras na Ucrânia, em Gaza, no Irã e tantos outros conflitos nos afastam do caminho do desenvolvimento ”

Luiz Inácio Lula da Silva,  
na Reunião de Chefes de Estado CELAC-África, em Bogotá (21/3)

## Rumo à 18ª Conferência Nacional de Saúde

O Conselho Nacional de Saúde divulgou (11/3) o documento com as orientações para a 18ª Conferência Nacional de Saúde (18ª CNS), prevista para ocorrer em julho de 2027. O tema da próxima edição é "Saúde, Democracia, Soberania e SUS — cuidar do povo é cuidar do Brasil". As etapas municipais e os encontros estaduais para a próxima conferência tiveram início no dia 16/3. Os encontros municipais elegem as pessoas que serão delegadas nas etapas posteriores. As discussões são focadas nas realidades locais e devem ocorrer até julho deste ano, por causa do período eleitoral. Já as conferências estaduais são iniciativas do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde.

Veja os quatro eixos mobilizadores da 18ª CNS:

- Democracia, saúde como direito e soberania nacional
- Financiamento adequado e suficiente para o SUS, com base na justiça tributária e na sustentabilidade fiscal e social
- Os desafios para o SUS na agenda nacional de defesa da vida e da saúde, incluindo emergências climáticas e justiça socioambiental
- Modelo de atenção e gestão do SUS, territórios integrados e cuidado integral

### CONFIRA O CRONOGRAMA COMPLETO DA 18ª CNS

2026	2027	
CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS	CONFERÊNCIAS ESTADUAIS, DISTRITAL E CONFERÊNCIAS LIVRES NACIONAIS	ETAPA NACIONAL
16 de março a 4 de julho	janeiro a abril	prevista para julho, em Brasília (DF)

- Acesse o documento completo com as orientações para a 18ª: <https://bit.ly/documento18cns>

## Remédio para malária a crianças da Amazônia

O Ministério da Saúde iniciou (2/3) a distribuição de uma medicação contra a malária para crianças no Brasil. O país é pioneiro na formulação pediátrica de tafenoquina, com uma dosagem de 50 mg, uma vez que cerca de 50% dos casos de malária ocorrem entre o público infantil. A iniciativa foi iniciada prioritariamente na Amazônia Legal, região que concentra a maior incidência da doença. O medicamento será administrado em dose única e a implementação do novo protocolo inclui capacitação de profissionais e articulação com lideranças indígenas para fortalecer as ações de controle na região.

## Mais proteção contra as ISTs

O Ministério da Saúde vai incorporar ao SUS a DoxiPEP, profilaxia pós-exposição com doxiciclina, para prevenir infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), como sífilis e clamídia. A estratégia consiste no uso de dois comprimidos do antibiótico após relações sexuais sem proteção, reduzindo a chance de infecções. Inicialmente, o tratamento será oferecido a grupos considerados mais vulneráveis: homens cisgênero gays, bissexuais, outros homens que fazem sexo com homens e mulheres trans que tiveram alguma infecção sexualmente transmissível no último ano.

## Retratos dos feminicídios no Brasil

**1568 vítimas em 2025**

(aumento de 14,5% em relação a 2021)

**62,6%**

das vítimas eram negras

**59,4%**

mortas pelo parceiro

**21,3%**

mortas pelo ex-parceiro

**66,3%**

dos casos aconteceram em casa (nos casos entre 2021 e 2024)

Fonte: Fórum Brasileiro de Segurança Pública

## Atendimento para mulheres em situação de violência

O governo federal anunciou um serviço nacional de teleatendimento para mulheres em situação de violência, com foco na saúde mental. Desde março, o SUS passou a disponibilizar acolhimento psicológico e orientação como parte do Pacto Brasil entre os Três Poderes para o Enfrentamento do Feminicídio. O serviço também prevê oferta de atendimento humanizado na rede pública, reconstrução dentária para vítimas de agressão e articulação com políticas de proteção. A proposta é ampliar o cuidado integral e a prevenção da violência. A previsão é que até 4,7 milhões de atendimentos psicológicos sejam ofertados anualmente.



1.568 peças de roupa representam as vítimas de feminicídio no Brasil em 2025. O Movimento dos Trabalhadores sem Teto (MTST) de Porto Alegre realizou o protesto simbólico na fachada da Ocupação Maria da Conceição Tavares (19/3).

## Assassinatos de mulheres em SP

São Paulo teve o mês de janeiro mais violento para as mulheres desde o início da série histórica, em 2018, com 27 feminicídios. A escalada da violência também aparece nos registros de ameaças contra mulheres, que passaram de 8.705 para 9.646, comparado com janeiro de 2024. Já os casos de lesão corporal subiram de 6.014 para 6.527, segundo dados da Secretaria de Segurança Pública de SP.

■ Leia pós-tudo sobre o tema na página 35

Em caso de denúncia de violência contra a mulher, **disque 180** (Central de Atendimento à Mulher).

## ECA Digital começa a valer

A Lei do Estatuto Digital da Criança e do Adolescente (nº 15.211/2025), também conhecida como ECA Digital ou “Lei Felca”, entrou em vigor em março. A lei foi promulgada em setembro de 2025 e as plataformas digitais tiveram um prazo de seis meses para se adaptarem. O ECA Digital não substitui o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990, mas pretende proteger crianças e adolescentes no ambiente virtual, como redes sociais, jogos eletrônicos, serviços de vídeo e lojas virtuais de produtos e serviços voltados a estas faixas etárias ou que possam ser acessados por elas.

### PRINCIPAIS PONTOS:

- 1 Verificação de idade para evitar a autodeclaração (“Tenho mais de 18 anos”): As plataformas devem usar mecanismos seguros para verificar a idade real e impedir o acesso de menores a conteúdos impróprios (pornografia, violência, apostas, jogos de azar)
- 2 Menores de 16 anos só poderão ter contas em redes sociais vinculadas a um responsável legal; e a plataforma deve informar, de forma clara, que seus serviços podem ser inadequados para crianças e adolescentes
- 3 Remoção imediata das plataformas que contêm abuso, exploração sexual, bullying e automutilação, sem necessidade de ordem judicial inicial
- 4 Vedação a práticas que estimulem dependência digital, como reprodução automática de vídeos e rolagem de feed sem pausas; também vale para os jogos com caixas de recompensa (loot boxes) que só serão permitidas a maiores de idade
- 5 Proibição de publicidade direcionada a crianças e adolescentes baseada em seus gostos, comportamentos e históricos de busca; também está proibida a monetização e o impulsionamento de conteúdos em que crianças e adolescentes são expostas de forma erotizada ou em contexto próprio do universo sexual adulto



ECA - REPRODUÇÃO/ECA.ART.BR



DENILSON SECRETA

## Brasil tem seu primeiro quilombo tombado

A Comunidade Quilombola Tia Eva, em Campo Grande (MS), tornou-se o primeiro quilombo do Brasil oficialmente tombado como patrimônio cultural pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (Iphan). Fundada por Eva Maria de Jesus, ex-escravizada, a comunidade é símbolo de resistência negra. O reconhecimento valoriza a memória, a cultura e a história quilombola, além de incentivar políticas públicas e preservação do território. Hoje, cerca de 250 famílias vivem na área, todas descendentes de Tia Eva.

## Médica negra assassinada em ação policial

**N**a noite de 15 de março, um domingo, a violência policial no Rio de Janeiro tirou a vida de Andréa Marins Dias. Mulher negra, 61 anos, a médica ginecologista e cirurgiã oncológica trabalhava no Instituto Nacional do Câncer (Inca), no setor de cuidados paliativos. Andréa foi assassinada durante perseguição policial e seu carro foi alvejado supostamente por ser confundido com outro em que estariam assaltantes. A médica tinha acabado de visitar seus pais (de 91 e 88 anos) em Cascadura, na Zona Norte do Rio. Além dos pais, Andréa deixou uma filha de 30 anos e teve sua trajetória profissional, voltada para o cuidado das mulheres, brutalmente interrompida.

O Ministério da Igualdade Racial pediu esclarecimentos e providências nas investigações sobre o caso ao governo e à Secretaria de Segurança Pública do Rio de Janeiro. A Comissão de Defesa dos Direitos Humanos e Cidadania



ACERVO PESSOAL

da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro também enviou um ofício ao comando da Polícia Militar e o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremerj) manifestou indignação com a morte da médica. O Inca e a Associação de trabalhadores da instituição reforçaram a memória e o legado da dedicação profissional com que Andréa exerceu a medicina e sua atuação no serviço público.

**30 ANOS DO MASSACRE DE ELDORADO DO CARAJÁS:** Em 17 de abril de 1996, ação violenta da Polícia Militar resultou em 21 assassinatos de trabalhadores rurais que marchavam pacificamente pela Reforma Agrária em Eldorado do Carajás (PA). O episódio, que deixou ainda dezenas de feridos, virou um marco na luta pela distribuição de terras no Brasil e transformou 17 de abril no Dia Internacional da Luta pela Terra e no Dia Nacional de Luta pela Reforma Agrária. Este registro fotográfico foi feito por João Roberto Ripper, um dos fotógrafos presentes nas primeiras horas após o massacre, e integra o Acervo mantido pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz), que visa proteger e divulgar a produção do fotodocumentarista brasileiro.



JOÃO ROBERTO RIPPER

# CANNABIS

# ABIS

## AINDA É PARA POUCOS

Tratamento à base de derivados da maconha enfrenta estigmas e barreiras que dificultam o acesso a quem precisa

JESUAN XAVIER

**D**epois de enfrentar um câncer de mama em 2014 e uma recidiva três anos depois, com comprometimento da axila e do pulmão, a fisioterapeuta Ana Paula Neves passou a conviver com um efeito colateral difícil de controlar: dores articulares intensas provocadas pelas medicações do tratamento. Durante uma consulta com uma reumatologista, surgiu uma alternativa inesperada. A médica sugeriu o uso de produtos à base de cannabis medicinal para aliviar os sintomas. Ana Paula decidiu tentar.

Passou a utilizar óleo e gomas contendo canabinoides — compostos químicos presentes na cannabis, que interagem com receptores específicos do corpo humano, sendo os mais conhecidos o THC (tetrahidrocanabinol) e o CBD (cannabidiol). Aos poucos, percebeu mudanças no corpo e na rotina. As dores diminuíram. A ansiedade reduziu. O sono melhorou. “Passei a sentir menos dor e ainda foi maravilhoso para a ansiedade e para o sono”, conta.

Durante cerca de dois anos, a cannabis fez parte de sua rotina terapêutica. O acesso ao medicamento, naquele momento, não foi complicado do ponto de vista burocrático. A própria médica encaminhou a prescrição para uma empresa responsável pela importação e pelo pedido de autorização junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

O problema apareceu depois. Com valores elevados, o tratamento acabou interrompido. “Não são produtos baratos. Isso precisa melhorar para que mais pessoas possam fazer uso”, afirma a carioca.

No início deste ano (28/1), a Anvisa estabeleceu novas regras para cultivo, prescrição, controle de qualidade e classificação da cannabis, com fins exclusivamente medicinais e/ou farmacêuticos. A mudança é tratada como um novo ambiente regulatório para a cannabis medicinal no Brasil e representa uma novidade em relação à determinação anterior, de dezembro de 2019, que permitia apenas a importação do produto para uso medicinal. Apesar de ser ainda uma medida embrionária, a expectativa é de que facilite a produção interna, principalmente por meio de associações de pacientes [Leia mais na página 15]. Contudo, ainda se discute uma questão fundamental: quem tem acesso a tratamentos com cannabis no Brasil?

### “A DOR DIMINUIU. O PROBLEMA FOI O PREÇO”

A história da maranhense Adrianna Pereira segue um caminho semelhante ao de Ana Paula, embora tenha começado por outro problema de saúde. Ela convive há anos com dores intensas provocadas por fibromialgia e espondilite anquilosante, duas condições que afetam articulações e músculos e podem comprometer profundamente a qualidade de vida. Antes de chegar à cannabis medicinal, Adrianna tentou diversos tratamentos convencionais.

“Usei muitos medicamentos fortes, inclusive de tarja preta, mas não conseguia um alívio significativo. As dores eram constantes e afetavam muito meu sono e minhas atividades do dia a dia”, relata.

# “Hoje estamos longe de ter medicamentos à base de canabinoides disponíveis no SUS”

**Dartiu Xavier da Silveira**  
professor da USP



O contato com a cannabis medicinal surgiu de forma inesperada, em conversas em um grupo nas redes sociais de mães atípicas [mulheres que criam filhos com neurodivergências]. Algumas participantes comentavam sobre o uso do canabidiol para dor e inflamação. A partir dessas conversas, Adrianna começou a pesquisar mais sobre o assunto.

Encontrar atendimento médico, porém, não foi simples. “Na época era muito difícil achar médicos que prescrevessem esse tratamento pelo plano de saúde ou pelo SUS. Acabei encontrando uma médica que atendia online com valor social de consulta. Foi assim que consegui a primeira prescrição.”

Com o início do tratamento, ela percebeu mudanças importantes. “Passei a ter mais controle das dores, dormia melhor e também tive melhora nas crises de ansiedade. Meu corpo ficava mais relaxado e eu conseguia lidar melhor com o dia a dia.”

O acesso ao medicamento, no entanto, voltou a ser um obstáculo. O custo era elevado e Adrianna não tinha condições de pagar. Após a negativa do plano de saúde, ela entrou na Justiça e conseguiu uma decisão favorável que obrigou a operadora a custear o tratamento.

Mesmo assim, o processo foi longo e burocrático. “A burocracia é tão grande, tanta informação desencontrada, que quase desisti no meio do caminho”, lembra.

Ela conseguiu manter o tratamento por pouco mais de dois anos. A interrupção veio quando mudou de plano de saúde e a nova operadora deixou de cobrir o medicamento. “Como o valor é muito alto, não consegui continuar pagando por conta própria”, relata.

Histórias como as de Ana Paula e Adrianna têm se tornado cada vez mais comuns no Brasil. Nos últimos anos, cresce o número de pacientes que recorrem à cannabis como alternativa terapêutica, especialmente em casos de

dor crônica, epilepsia e sintomas associados a tratamentos agressivos, como a quimioterapia.

Em dez anos, o número de autorizações saltou de centenas para milhares, revelando a rápida expansão do uso medicinal da cannabis no país. Dados da Anvisa indicam que o Brasil ultrapassou 194 mil autorizações para importação de produtos à base de cannabis em 2025, um crescimento de cerca de 16,3% em relação ao ano anterior [veja Box na página 15].

O contraste com o início da série histórica é expressivo. Em 2015, quando a agência começou a autorizar o acesso mediante prescrição médica, apenas 850 permissões haviam sido concedidas. Para se ter uma ideia, apenas entre janeiro e setembro de 2025, foram emitidas mais de 139 mil autorizações.

Ao mesmo tempo em que a demanda aumenta, persistem desafios importantes: evidências científicas ainda em construção, regras regulatórias em evolução e, principalmente, o alto custo dos produtos.

Atualmente, cerca de 600 produtos podem ser importados por pacientes brasileiros, oferecidos por mais de 500 empresas. Apesar da expansão, a dependência quase total da importação mantém os preços elevados, dificulta a oferta no Sistema Único de Saúde (SUS) e deixa o tratamento fora do alcance de grande parte da população.

O crescimento da demanda no Brasil acompanha uma tendência global. Estimativas do setor indicam que o mercado mundial de cannabis medicinal já movimentará dezenas de bilhões de dólares por ano e pode ultrapassar US\$ 60 bilhões até o fim da década, impulsionado pela ampliação das pesquisas científicas e pela regulamentação do uso terapêutico em diversos países. Alemanha e Canadá, por exemplo, já estruturaram mercados regulados e programas públicos para o uso terapêutico da cannabis [veja Box na página 15].

Para compreender os avanços e também os limites da utilização do produto no Brasil, além das duas histórias que abrem esta matéria, *Radis* ouviu o presidente de uma das maiores associações de pacientes do país e um médico especialista no tema. A reportagem traz um “raio X” do que já é realidade e o que ainda está por vir.

### O QUE A CIÊNCIA JÁ SABE

O uso medicinal da cannabis avançou rapidamente nos últimos anos, impulsionado pela demanda de pacientes e pela flexibilização das regulações em vários países. A ciência, porém, ainda busca respostas concretas sobre eficácia, dose e indicações. Para o psiquiatra Dartiu Xavier da Silveira, professor da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), as evidências mais sólidas até agora se concentram em um conjunto restrito de condições clínicas.

Dartiu, que coordena pesquisas e programas de tratamento voltados ao uso de álcool e outras drogas — uma das principais referências nacionais no estudo de dependência química — defende que a cannabis seja tratada com base em evidências científicas, reconhecendo o potencial terapêutico da planta em algumas condições médicas, mas ressaltando a necessidade de regulação, prescrição médica e controle de riscos.

Segundo ele, derivados da cannabis demonstram eficácia principalmente no tratamento de sintomas associados à esclerose múltipla, como espasmos e contrações musculares, além de algumas formas de dor crônica que não respondem aos tratamentos convencionais. Também há resultados importantes no controle de náuseas e vômitos provocados pela quimioterapia e em determinados tipos de epilepsia infantil. “Há crianças que tinham 20 ou 30 convulsões por dia e passaram a ter uma ou menos com o uso de canabinoides”, afirma.

Um dos exemplos é a síndrome de Dravet, forma rara e grave de epilepsia que pode causar danos neurológicos quando as crises são frequentes. Em outras áreas da medicina, porém, as evidências ainda são menos conclusivas, ressalta ele.

No campo da psiquiatria, por exemplo, produtos à base de cannabis têm sido utilizados por pacientes para tratar depressão, ansiedade e problemas de sono, mas os estudos científicos ainda não permitem conclusões definitivas, segundo o médico.

Pesquisa conduzida por Dartiu com cerca de 17 mil usuários de maconha, em parceria com o pesquisador Paulo Moraes, da Universidade Federal de Rondônia (Unir), indicou que muitos recorrem à substância como forma de lidar com ansiedade e depressão. Os resultados sugerem melhora em alguns casos de ansiedade, mas não há evidência consistente de benefício para depressão.

Adrianna Pereira utiliza a cannabis medicinal:  
“Passei a ter mais controle das dores”



MANU FARIAS

Diogo Dias é presidente de uma associação de pacientes, profissionais de saúde e ativistas em prol do uso da cannabis medicinal



## REGULAÇÃO EM EVOLUÇÃO

Para o psiquiatra Dartiu, a regulação da cannabis medicinal no Brasil representa um avanço, ainda que modesto. A autorização para uso terapêutico e a criação de regras para produtos derivados da planta ajudam a reduzir o estigma e a estimular pesquisas científicas.

Mas ele lembra que o avanço das pesquisas foi historicamente limitado pela própria criminalização da planta. Durante décadas, a visão proibicionista dificultou inclusive a investigação científica sobre possíveis usos terapêuticos da cannabis. “Como era vista apenas como uma droga ilícita, muitas vezes nem se podia estudar seus potenciais farmacológicos”, afirma.

No Brasil, a regulamentação é conduzida pela Anvisa, que passou a permitir a importação e a comercialização de alguns produtos à base de cannabis, mediante prescrição médica desde dezembro de 2019. Mesmo assim, o psiquiatra avalia que o marco regulatório ainda precisa evoluir.

Segundo Dartiu, um dos maiores desafios é a própria complexidade da planta. “Quando se fala em maconha, muitas pessoas imaginam uma única substância, mas na verdade existem mais de 80 tipos de canabinoides, além de terpenos e outras moléculas”, afirma.

Por isso, explica, os efeitos da planta in natura podem ser diferentes daqueles observados em medicamentos produzidos a partir de moléculas isoladas ou formulações padronizadas. Para o psiquiatra, compreender essas combinações é um dos grandes desafios atuais da pesquisa científica sobre a cannabis medicinal.

A combinação e a concentração dessas substâncias variam de produto para produto e podem produzir efeitos diferentes no organismo. Apesar dos avanços

regulatórios, o acesso aos tratamentos ainda é limitado, sobretudo para a população de baixa renda.

Ele ressalta que os produtos disponíveis no mercado têm preços elevados e dificilmente estão ao alcance da maioria dos pacientes. “Hoje estamos longe de ter medicamentos à base de canabinoides disponíveis no Sistema Único de Saúde”, observa.

Em farmácias, um frasco pode custar cerca de R\$ 3 mil. Já produtos adquiridos por outras vias, fora do circuito farmacêutico tradicional, podem custar cerca de R\$ 500, o que revela a existência de um mercado paralelo e pouco regulado.

Esse cenário foi “previsto” pelo neurocientista Sidarta Ribeiro, em entrevista exclusiva à *Radis*, em fevereiro de 2020 (*Radis* 209). Na ocasião, ele falou sobre a decisão da Anvisa de liberar a venda de produtos à base de maconha para fins medicinais, em dezembro de 2019. “Regulamentou remédios à base de maconha de uma maneira extremamente conservadora, porque vetou o plantio. O que eles estão permitindo é somente que possamos importar os componentes da maconha para produzir os remédios no Brasil. Isso só vai favorecer as grandes empresas. O acesso vai continuar difícil”, disse à época.

Ele estava certo. De lá pra cá, houve um crescente aumento da judicialização. Pacientes que não conseguem arcar com os custos recorrem frequentemente à Justiça para obter autorização ou financiamento para o tratamento.

Para Dartiu, a discussão atual também reflete uma mudança gradual de perspectiva sobre a cannabis. “Durante muito tempo ela foi vista apenas como uma droga ilícita a ser combatida. Hoje começa a ser reconhecida também como uma substância com potencial farmacológico que precisa ser estudada com rigor científico”, afirma.

## CANNABIS EM NÚMEROS

### CANNABIS MEDICINAL NO MUNDO

#### CANADÁ

Legalização medicinal em 2001 e recreativa em 2018. Possui mercado regulado nacional

#### ALEMANHA

Desde 2017, pacientes podem obter cannabis medicinal com receita e cobertura do seguro de saúde

#### ESTADOS UNIDOS

Uso medicinal autorizado em mais de 35 estados

# 850

autorizações em 2015  
(início da série da Anvisa)

# 194 MIL

autorizações para importação  
no Brasil em 2025

# 600

produtos disponíveis para  
importação

# R\$3000

preço aproximado de um  
frasco em farmácias

# US\$ 60 BI

tamanho estimado do  
mercado global até 2030

### REGULAMENTAÇÃO DA CANNABIS MEDICINAL NO BRASIL

**2014:** Primeira decisão judicial autorizando a importação da cannabis medicinal

**2015:** Anvisa remove o cannabidiol da lista de substâncias proibidas

**2017:** Registro do primeiro medicamento à base da cannabis para venda em farmácias

**2019:** Anvisa regulamenta a venda de cannabis nas farmácias (RDC nº 327/2019)

**2026:** Anvisa aprova regras para cultivo e produção nacional da cannabis para fins medicinais e científicos (RDC nº 1.015/2026)

# LUTA PELO ACESSO À CANNABIS

O debate sobre acesso à cannabis medicinal no Brasil entrou em uma nova fase após a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) criar um ambiente regulatório experimental para projetos de cultivo e pesquisa com a planta. A recente resolução (RDC nº 1.015/2026), de 28/1, atualiza as normas e cumpre determinação do Superior Tribunal de Justiça (STJ), de novembro de 2024, que definiu a legalidade da produção “para fins exclusivamente medicinais e/ou farmacêuticos atrelados à proteção do direito à saúde”.

“Trata-se de um passo que leva esperança concreta a milhares de famílias brasileiras: ao dar previsibilidade e segurança para pesquisa e fins medicinais, abrimos caminho para que a ciência e o setor produtivo do país desenvolvam soluções de qualidade para crianças, adolescentes, adultos e idosos, colocando o cuidado em primeiro lugar e aproximando inovação de quem mais precisa”, afirmou o diretor-presidente da Anvisa, Leandro Safatle.

Para Diogo Dias, presidente da AMME Medicinal, associação de pacientes, profissionais de saúde e ativistas em prol do uso da cannabis, com sede no Recife, Pernambuco, a nova medida ainda está distante de uma

política pública estruturada, mas já é uma luz no fim do túnel: “Longe de representar uma regulamentação plena do cultivo, mas que pode abrir sim um caminho para ampliar a oferta de produtos”.

Ele explica que a AMME é uma associação de pacientes que fazem uso do óleo da cannabis terapêutica para diversas patologias e que atua com base em decisão judicial destinada exclusivamente aos seus associados. Atualmente, atende mais de mil famílias em todo o território brasileiro, sempre com prescrição e laudo médico atestando a necessidade dos remédios à base do extrato da planta da cannabis. Grande parte dos pacientes são crianças e adultos que convivem com doenças degenerativas, transtornos mentais ou quadros de dor crônica.

Segundo Diogo, o crescimento da demanda tem impulsionado tanto iniciativas regulamentadas quanto produções fora do circuito formal. “O aumento da procura está disparando as produções, legais e ilegais. Isso deve acarretar redução de preços e aumento gradual da oferta”, considera.

Na avaliação do dirigente da associação, a ampliação do mercado tende inicialmente a beneficiar os próprios pacientes, que hoje enfrentam dificuldades para acessar os produtos. “No início, não vejo risco de o mercado se

beneficiar mais do que os pacientes. Quem precisa do tratamento já sofre com a falta de acesso, e toda ampliação geralmente melhora esse cenário”, diz.

A decisão da Anvisa cria um instrumento específico para associações de pacientes sem fins lucrativos, que também não prevê autorização para comercialização. O objetivo é avaliar, em ambiente controlado e supervisionado, a viabilidade sanitária da produção e operação em pequena escala, fora do modelo industrial; e produzir dados e evidências sobre qualidade e segurança da produção por essas instituições para decisão regulatória futura da Anvisa.

Para o presidente da AMME, as associações devem ter papel central nesse processo regulatório. “Agora é correr para atender aos requisitos e se qualificar para participar do sandbox regulatório [um ambiente em que o órgão regulador permite que alguma empresa opere com regras diferentes das demais por um tempo determinado para possibilitar testes]”, considera.

### **DISTANTE DE UMA POLÍTICA ESTRUTURADA**

Entre os principais pontos da decisão da Anvisa, está a inclusão dos pacientes que sofrem de doenças debilitantes graves, como fibromialgia e lúpus, no rol de pessoas autorizadas a fazerem uso medicinal de produtos à base de cannabis com concentração de THC (tetrahydrocannabinol)





acima de 0,2% [canabinoide extraído da planta]. Além disso, foram ampliadas as formas de administração dos produtos com autorização para o uso dermatológico, sublingual, bucal e inalatório. A medida visa ampliar a adesão ao tratamento de pacientes em condições especiais.

Apesar dos avanços recentes, Diogo avalia que o Brasil ainda está distante de uma política pública estruturada para o uso medicinal da cannabis. Exemplos como os da Alemanha e do Canadá ainda são utopias para aqueles que defendem a liberação por aqui. No primeiro exemplo, desde 2017, o país estabeleceu um mercado rigorosamente regulamentado, focado exclusivamente no tratamento de pacientes com condições de saúde específica, em que a cannabis medicinal fica acessível com receita médica; o segundo, em 2018, legalizou o cultivo, a produção e a venda, não apenas da cannabis medicinal como da recreativa, em que a comercialização passou a ser permitida por meio de lojas físicas licenciadas e em plataformas online regulamentadas pelo governo.

Nestes países onde a regulamentação avançou, o acesso se ampliou rapidamente. Na Alemanha, o número de pacientes atendidos com cannabis medicinal ultrapassa 200 mil, com cobertura parcial do sistema de saúde. No Canadá, o mercado regulamentado movimentou bilhões de dólares por ano e conta com dezenas de empresas autorizadas a produzir medicamentos derivados da planta

## **O QUE MUDA COM O NOVO AMBIENTE REGULATÓRIO DA ANVISA**

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária aprovou a criação de um ambiente regulatório experimental (sandbox) para projetos de cultivo e pesquisa com cannabis. O modelo permite testar projetos de:

-  *cultivo controlado da planta*
-  *produção de insumos farmacêuticos*
-  *desenvolvimento de medicamentos*
-  *A medida ainda não libera o cultivo de forma ampla, mas busca gerar informações técnicas para futuras regulamentações*

Para associações de pacientes, o mecanismo representa um passo inicial, mas o avanço real dependerá de políticas mais amplas, como regulamentação do cultivo, financiamento público para pesquisa e inclusão dos tratamentos no Sistema Único de Saúde

## USO MEDICINAL X USO RECREATIVO

Embora a cannabis seja a mesma planta, o uso terapêutico é diferente do consumo recreativo.

### ✦ USO MEDICINAL

- *Produtos padronizados com concentrações definidas de canabinoides como CBD e THC*
- *Prescrição médica e acompanhamento clínico*
- *Indicado para condições específicas com evidência científica*

### ✦ USO RECREATIVO

- *Composição da substância geralmente desconhecida ou variável*
- *Sem controle de dose ou padronização*
- *Consumo sem acompanhamento médico*

Segundo o psiquiatra Dartiu Xavier da Silveira, a distinção é fundamental para o debate público. “O tratamento médico envolve substâncias padronizadas e acompanhamento profissional, algo muito diferente do uso recreativo”, explica.

— mais de 300 mil pacientes estão registrados em programas terapêuticos, de acordo com dados da Health Canada.

Entre os desafios no Brasil, Diogo cita a necessidade de financiamento público, inclusão do tratamento no SUS e medidas de reparação histórica relacionadas à criminalização da planta. “Nossa luta é pelo direito ao cultivo, tratamento e informação”, defende.

### USO MEDICINAL NÃO É USO RECREATIVO

Outro ponto de atenção é a confusão frequente entre uso terapêutico e uso recreativo da cannabis. No tratamento médico são utilizadas formulações padronizadas de substâncias como CBD (canabidiol) e THC (tetraidrocannabinol), com doses definidas e acompanhamento clínico. Já no consumo recreativo, a composição da substância é desconhecida e pode variar significativamente, o que torna impossível garantir segurança ou eficácia terapêutica.

O psiquiatra Dartiu Xavier da Silveira observa que, em alguns casos, a fronteira entre uso recreativo e busca por alívio de sintomas pode ser mais complexa. “Muitas pessoas acabam usando a maconha de forma recreativa porque percebem algum efeito terapêutico, como redução da ansiedade ou relaxamento”, explica.

Especialistas também alertam para o risco de banalização do consumo sob o argumento medicinal. “Há uma tendência de se acreditar que a cannabis serve para tratar praticamente qualquer problema de saúde, mas isso não é verdade”, afirma.

Alguns grupos, segundo ele, exigem cautela especial. Adolescentes apresentam risco aumentado de desenvolver episódios psicóticos associados ao uso de cannabis, motivo pelo qual o tratamento não costuma ser indicado para essa faixa etária. Pessoas com histórico de transtornos psicóticos ou doenças cardíacas graves também devem evitar o uso sem avaliação médica criteriosa.

Para o psiquiatra, o desafio agora é ampliar as pesquisas científicas, definir protocolos clínicos mais claros e avançar na regulação do setor. Sem isso, a expansão do uso pode continuar marcada por incertezas e desigualdades. Hoje, enquanto cresce o número de pacientes que relatam melhora com o tratamento, também aumenta a distância entre quem consegue pagar pelos produtos e quem depende de decisões judiciais ou de redes informais para acessar os medicamentos.

Enquanto a ciência avança e novas regulações são discutidas, o maior desafio permanece o mesmo: transformar a promessa terapêutica da cannabis em um tratamento realmente acessível para todos. 🚫

# SAÚDE DAS PESSOAS NEGRAS AINDA É NEGADA

Racismo se reflete na baixa adesão à Política Nacional de Saúde

POR GLAUBER TIBURTINO

Mesmo após 17 anos de sua criação, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) ainda está longe de ser plenamente implementada no Brasil. Um inquérito nacional conduzido pela Fiocruz mostra que 34,6% dos gestores municipais que responderam ao levantamento sequer conhecem as diretrizes da política.

Para Marly Cruz, uma das coordenadoras do Observatório de Saúde da População Negra e vice-presidente de Educação, Informação e Comunicação da Fiocruz, o cenário reflete um problema estrutural: “Não tem como falarmos da saúde da população negra sem enfrentar o racismo”.

Pesquisadora na área de monitoramento e avaliação de políticas de saúde, Marly tem se dedicado ao acompanhamento da PNSIPN, criada pela Portaria 992, de 13 de maio de 2009 (*Radis* 142), e trabalhou no desenvolvimento de um inquérito nacional de implementação da política. Os resultados compõem um painel de monitoramento disponível na página do Observatório (<https://observatoriospn.ensp.fiocruz.br>), que pode ser acompanhado por gestores, pesquisadores, movimentos sociais e outros interessados.

“Algo que me surpreendeu foi termos encontrado uma situação pior do que imaginávamos”, comenta a pesquisadora, ao constatar a desvalorização da política. E aponta o que é preciso para que o cenário mude: “Se os gestores, no nível federal, estadual e municipal não abraçarem de fato a política e a colocarem no centro da agenda, as coisas não acontecerão”.

Além da falta de reconhecimento quanto à necessidade e relevância da PNSIPN como um instrumento para melhorar a saúde da população negra no país, Marly ainda chama atenção para uma questão anterior: o desconhecimento em relação à política. “Muitas pessoas que responderam ao inquérito sequer conheciam o texto da política, só que não estamos falando de qualquer pessoa, pois a orientação é que o questionário fosse preenchido pelo responsável técnico por ela”, ressalta.

Embora não tenha alcançado todo o território nacional, o inquérito reuniu respostas suficientes para traçar um

# POSSOAS NEGRAS PLIGENCIADA

desão de estados e municípios  
Integral da População Negra

panorama da implementação da política no Brasil. Na data de publicação da reportagem, a participação voluntária de gestores estaduais e municipais da saúde havia ocorrido em 26 das 27 unidades da federação (96%), com exceção apenas do Rio Grande do Norte, e em 2.587 municípios dentre os 5.570.

Isso significa que 46,45% das cidades brasileiras responderam ao Diagnóstico Situacional da Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra nos Municípios Brasileiros e participaram do monitoramento. Quase um terço delas declarou não desenvolver qualquer ação voltada a essa população.

Em entrevista à *Radis*, Marly analisa a lentidão na adoção da PNSIPN por parte de estados e municípios brasileiros e explora algumas das causas e consequências. Fala também sobre a origem e o papel do Observatório, lançado oficialmente em novembro de 2025, e o que espera da ferramenta, destacando seu caráter mobilizador.

## POR QUE UMA POLÍTICA PARA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA?

Uma pergunta frequente quando se fala em uma política de saúde específica é sobre sua real necessidade. O princípio da equidade do SUS ajuda a responder ao questionamento: em um país desigual, é preciso tratar desigualmente os desiguais. Outro argumento são os dados estatísticos e epidemiológicos.

Indicadores de saúde mostram de forma consistente a maior vulnerabilidade de pessoas pretas e pardas no país. Como alguns exemplos, os índices de morte precoce, mortalidade materna e de doenças crônicas — como hipertensão arterial e anemia falciforme — são maiores entre essa população. E diferentes fontes confirmam essa realidade.

Dados do estudo “Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil”, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostram que cerca de 35,5% das mortes entre pessoas pretas e 34% entre pardas ocorrem antes dos 60 anos, proporção maior que entre brancos (26%). Já a pesquisa “Nascer no Brasil 2”, com base em dados de 2022 do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), indica que naquele ano a taxa de mortalidade materna de mulheres pretas mais que dobrou em relação à de mulheres brancas (100,38 a 46,6

a cada 100 mil nascimentos), uma proporção que se manteve em quase todos os anos desde 2015.

A ocorrência de doenças cardiovasculares também expressa as desigualdades raciais no país. Dados do Ministério da Saúde e pesquisas, como o Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (Elsa-Brasil), revelam que pretos e pardos apresentam maior mortalidade por hipertensão e acidente vascular cerebral (AVC) do que brancos. Ainda assim, apenas três estados (11,5% da amostra) declararam a existência de ações de prevenção e tratamento de hipertensão destinadas a essa população.

Marly Cruz também destaca essas desigualdades em relação a marcadores de violência, como violência obstétrica, feminicídio e homicídio entre jovens — que acometem mais a população negra. “Quando olhamos os indicadores, como o de mortalidade materna, ou o que significa o feminicídio para as mulheres brancas e para as mulheres negras, é claro que quem mais sofre são as negras”, afirma. Segundo dados do relatório “Retrato dos feminicídios no Brasil”, publicado pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública 2026, o índice de feminicídio entre mulheres negras é de 62,6%, enquanto o de mulheres brancas é de 36,8%.

“Não só a morte pela violência, mas a violência em si. Quem é mais violentado? Quem relata mais violência são as mulheres negras. Quando a gente pensa na questão do homicídio, quem mais tem morrido também são os jovens negros”, complementa Marly, que destaca ainda a desigualdade no acesso à prevenção, ao diagnóstico e a serviços de saúde como outra barreira a ser superada. “Por isso a gente reafirma, não tem hoje como se discutir acesso ao sistema de saúde sem vincular à equidade”.

Essa desigualdade no acesso é ilustrada também pela fala da enfermeira Cristiane Vicente, especialista em violência, doutoranda em Saúde Pública e gestora técnica em Saúde da População Negra na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). Ela acrescenta à análise os efeitos da violência armada, que muitas das vezes causa interrupção no atendimento de saúde em regiões predominantemente habitadas por pessoas negras.

E cita também o horário de funcionamento das unidades de saúde como outro importante empecilho à assistência: “Você vê hoje pessoas negras de 70 anos ainda trabalhando, e essas pessoas trabalham em horário comercial. Portanto, quando essa população acessa um serviço médico, isso geralmente ocorre quando já tem uma doença em estágio avançado”, reflete.



População de pretos e pardos é a maior no país (55,5%), segundo o Censo de 2022 do IBGE

TOMAZ SILVA/AGÊNCIA BRASIL

## POR QUE A PNSIPN NÃO AVANÇA COMO DEVERIA?

Apesar dos pontos explicitados pela reportagem e historicamente defendidos por diversos atores sociais, ainda se nota uma incompreensão em relação à necessidade e urgência de implementação da PNSIPN. Em muitos casos esse comportamento parte de gestores da saúde, o que impacta diretamente na baixa efetividade da política.

A própria participação no inquérito, mesmo alcançando quase metade dos municípios brasileiros, reflete o atual cenário do país em relação ao tema da saúde da população negra, observa Marly: “Percebemos que municípios com uma gestão mais conservadora não aderiram bem ao inquérito, mas uma boa parte aderiu e a gente pôde constatar que, de fato, existia um racismo institucional, sobretudo ao não se priorizar esta política”.

Outro fato destacado pela coordenadora do Observatório foi a alta presença de gestores brancos à frente da política: “São pessoas que muitas vezes não entendem ou não valorizam a PNSIPN como uma política importante e necessária, porque acham que é ‘mimimi’, quando na realidade temos evidências do quanto é grosseira a desigualdade racial quando tratamos dos indicadores de saúde”, acrescenta.

Tais constatações confrontam com o que ela afirma ser essencial para o avanço da PNSIPN. “Para você tirar essa política da gaveta, tem que haver vontade, interesse e disposição”, adverte. Como se trata de uma política pública voltada à maior parcela da população brasileira — 55,5% de pardos e pretos, segundo censo de 2022 do IBGE — naturalmente ela requer um financiamento adequado. “Esse é um dos principais nós desta política, a disponibilização de recurso financeiro para apoiar efetivamente suas ações”, complementa.

Os aspectos gerenciais, contudo, não são os únicos entraves da PNSIPN, segundo a pesquisadora. “Essa é uma política de saúde diferenciada, porque tem um problema a ser enfrentado em que o olhar para a questão da saúde deve ser pensando na determinação social do processo de adoecimento das pessoas negras, em que o racismo aparece como uma barreira incômoda”, analisa Marly.

Outra possível causa para a lentidão no avanço dessa política, de acordo com a vice-presidente da Fiocruz, é o fato de em muitos dos casos as ações direcionadas à saúde da população negra estarem incluídas na política de equidade, juntamente com temas como: saúde prisional; saúde da população em situação de rua; indígenas; população circense; ciganos; povos das águas e florestas etc. Isso causa, segundo ela, uma disputa entre essas diversas agendas que acabam ficando igualmente invisibilizadas.

“A gente pensa a composição do nosso país, onde se preza o patriarcado, o colonialismo, uma linha de pensamento de favorecimento pelo mérito, em um país majoritariamente negro, onde se nega o racismo”, afirma. Para ela, a falta de vontade de combater o racismo faz com que a PNSIPN seja negada.

## COMO O RACISMO SE MANIFESTA NO SUS?

Para que o SUS seja universal, integral e equânime, como idealizado, é preciso reconhecer que o enfrentamento ao racismo deve ser cotidiano, uma vez que está estruturado em toda a sociedade, e isso inclui os serviços de saúde. “Nós, do SUS, devemos rever as nossas práticas, os nossos discursos e a nossa forma de atuação, porque senão a gente vai continuar produzindo desigualdade”, alerta Marly, para quem a PNSIPN deixa uma pergunta

provocativa: “Quanto será que estamos produzindo de racismo dentro do SUS, quando a gente precisa falar de um SUS antirracista?”, questiona.

Ela reconhece que pessoas negras que utilizam o sistema por vezes enfrentam obstáculos e desrespeito já na porta de entrada: “Não podemos violentar tanto a população negra como ela tem sido violentada. Afinal de contas, falamos de humanização e de acolhimento, mas para quem? Como você transforma isso em prática efetiva? Até acho que já avançamos, mas ainda é preciso mais”, reivindica.

Outro alerta deve-se ao fato de a população composta por pessoas pretas e pardas ser a maior usuária do SUS, mas utilizarem menos os serviços que requerem um grau maior de conhecimento e informação para prevenção e cuidado com a saúde, como o acesso à Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV, o transplante e o tratamento de tuberculose. “A desigualdade dentro do SUS é evidente. A gente vê, por exemplo, que as pessoas negras vão majoritariamente se beneficiar com a atuação da atenção primária nos territórios”, diz Marly.

“No dia a dia vemos nos serviços de saúde a sobreposição de vulnerabilidades relacionadas à cor da pele, à classe social, ao gênero e ao território que influenciará fortemente neste acesso e no sucesso ou não do cuidado”, complementa. “E acaba que uma parcela — sobretudo uma parcela mais periférica, mais socialmente desintegrada, como no caso da população em situação de rua, a população com transtorno mental e a população negra em geral — está ficando para trás”, prossegue. Cristiane Vicente concorda ao invocar o conceito da “lei de cuidados inversos”, que ocorre quando se oferta menos a quem mais precisa.

Experimente ser uma mulher negra, jovem e grávida no sistema de saúde, desafia Marly, ao citar a sobreposição

de vulnerabilidades sociais que também afetam a saúde mental da população negra. “É um conjunto de violências que vão se somando e vão produzindo um sofrimento”, explica [Leia entrevista com Jeane Tavares sobre a saúde mental da população negra na página 23].

Sobre a saúde mental, diz haver uma grande lacuna no SUS. O inquérito de implementação da PNSIPN confirma e revela que entre os respondentes apenas 5,2% dos municípios (135 de 2.587) e 7,7% dos estados e DF (2 de 26) informam possuir políticas de saúde mental para a população negra. Confira esses e outros dados no infográfico abaixo.

Cristiane também fala sobre os efeitos do racismo no SUS: “Há uma dificuldade de entender que o racismo também é um determinante social de saúde por parte dos próprios profissionais de saúde”. A gestora técnica em Saúde da População Negra do Rio cita esse fato para expressar que a alta mortalidade materna e infantil de mulheres e crianças negras ainda é um grande desafio.

“Aqui, no Rio de Janeiro, o índice está mais alto do que o preconizado, e estamos trabalhando no plano de redução da mortalidade materna e no plano de redução da mortalidade infantil”. E observa que essas mães e crianças têm marcadores sociais e raciais definidos: “Quando a gente vai olhar essa criança e essa mulher que estão morrendo, elas têm cor e um território específico”, ressalta.

## SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NOS MUNICÍPIOS

**91%** não têm ações de saúde para a juventude negra

**95%** sem programas de saúde mental para essa população

**31,4%** não fazem NENHUMA ação

Não há PNSIPN sem enfrentamento ao racismo, indicam os dados do Observatório

Educação Antirracista Para todos...

## COMO TRANSFORMAR ESSA REALIDADE?

Para Marly Cruz, o Observatório de Saúde da População Negra deve ser mais do que um repositório de informações ou um mero painel de acompanhamento, mas uma ferramenta de transformação social para avanço da PNSIPN. Segundo ela, a própria movimentação em prol da resposta do inquérito já foi um primeiro impulsionador dessa mudança.

“Só em ter causado esta mobilização já foi uma sensibilização importante para que os municípios comecem pelo menos a refletir sobre a política. Acho que hoje temos um número muito maior de pessoas agindo nesse sentido”, pondera.

Ela ainda lembra que diferentemente de outras políticas públicas — criadas a partir de gestores, profissionais ou outros atores políticos — a PNSIPN foi fruto de demandas populares, dos movimentos sociais, que reivindicaram ações concretas em resposta aos indicadores de saúde da população negra.

Durante o lançamento do Observatório, a professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Márcia Alves, que também coordena a iniciativa junto com Marly, citou a importância de tornar público o monitoramento da PNSIPN: “Existem várias formas de matar [a população negra] e a invisibilidade é uma delas”, afirmou.

Para Marly, enfrentar essas desigualdades exige mais do que reconhecer os problemas. “A pergunta central é: queremos de fato enfrentar o racismo e a forma como ele se expressa na saúde?”, questiona. Ela complementa sua provocação com um palpite de resposta: “A pergunta é difícil de ser respondida, porque na verdade é difícil encontrarmos atores sociais que queiram levar a questão adiante”.

E conclui: “Esse é o grande desafio de estarmos num país que é tão rico e complexo, mas tão desigual, porque estamos tentando produzir equidade nos nossos diferentes espaços, mas sobretudo no espaço político, que é também onde essas definições se dão”. Enquanto as questões levantadas não se traduzem em ações efetivas, o Observatório de Saúde da População Negra pretende acompanhar de perto a implementação da PNSIPN — e cobrar avanços. **F**

## CONHEÇA O OBSERVATÓRIO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Resultado de uma parceria entre a Fiocruz, a UFRJ e o Ministério da Saúde, o Observatório Nacional de Saúde da População Negra consiste em um espaço coletivo de circulação e compartilhamento de saberes e experiências sobre a temática. Um dos destaques da página é o painel de monitoramento sobre a implementação da PNSIPN no país.

O inquérito de implementação da PNSIPN continua aberto à participação dos gestores públicos de saúde que ainda não o responderam. Saiba mais em <https://observatoriospn.ensp.fiocruz.br>.



Equipe do Observatório de Saúde da População Negra, com Marly Cruz (sexta, da esquerda para a direita) e Márcia Alves (sétima, no mesmo sentido)



EDUARDO ANIZELLI/FOUHPRESS

## ENTREVISTA | JEANE TAVARES

# “O racismo nos acompanha o tempo todo”

Para a professora da UFRB, saúde mental da população negra ainda é assunto negligenciado

LUIZ FELIPE STEVANIM

---

Quando Jeane Tavares se formou em Psicologia, em 2000, havia poucos estudantes negros e negras nas universidades. Nos serviços de saúde, a mesma coisa: eram raros os profissionais de nível superior negros, como gestores, médicos, enfermeiros e psicólogos. Ao longo dos anos atuando na região do Recôncavo Baiano, seu olhar aguçado percebeu algo que era comum às pessoas que atendia, em sua maioria negras, e que fazia parte dos

contextos de sofrimento psíquico, luto e ansiedade: eram vidas atravessadas pelas engrenagens do racismo.

Foi quando Jeane resolveu dar uma guinada e, a partir de sua experiência como mulher negra, buscar novas formas de promover um cuidado adequado a pessoas negras, pobres e de baixa escolaridade. E mais: decidiu pautar a discussão da saúde mental da população negra não somente na academia, mas no debate público e nas redes sociais. Hoje, além

# “ Como população negra, temos necessidades muito específicas que vêm dessa exposição ao racismo, não pontual, mas continuada ”

de referência nos estudos sobre o tema, a professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) é responsável por um perfil no Instagram que conta com 145 mil seguidores interessados no assunto (@saudementalpopnegra).

Na companhia de referências como Abdias Nascimento, Lélia Gonzales e Neusa Santos Souza, Jeane considera que o tema da saúde mental da população negra nunca foi central nas discussões da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica, mesmo com a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), em 2009. “A rede de saúde mental sabe pouquíssimo sobre negros e indígenas”, constata [Leia matéria sobre a PNSIPN na página 18].

Em entrevista à Radis, ela falou sobre as repercussões do racismo na saúde mental, contou como o tema da subjetividade das pessoas negras foi representado ao longo da história e analisou questões que incidem sobre o sofrimento psíquico, como a violência, a discriminação e as microagressões sofridas por profissionais de saúde no cotidiano. Também abordou as potencialidades da cultura e dos territórios no cuidado.

Psicóloga formada pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), onde concluiu o doutorado em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Jeane cursa atualmente o segundo pós-doutorado em Saúde Pública, desta vez, na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) e é docente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Sobre o trabalho nas redes sociais, ela diz que ainda se surpreende com o alcance da página e a repercussão dos temas que aborda. “Brinco que talvez esse seja o meu superpoder: conseguir falar de forma acessível sobre temas complexos”.

## **Por que é necessária uma abordagem atenta ao “recorte” da saúde mental da população negra?**

Vou começar pelo uso do termo recorte. O que discutimos ao longo dos anos é que raça não é um recorte. Raça é um fator central constituinte tanto da nossa sociedade, quanto das subjetividades e das relações interpessoais, assim como gênero e classe. Em relação à saúde mental, diz respeito às situações a que pessoas categorizadas como negras em nossa sociedade serão expostas, independentemente da sua classe. A classe vai fazer com que uma pessoa negra que ascendeu socialmente tenha recursos para não morar numa região periférica, não ouvir tiros, não ter que pegar um ônibus lotado por horas para chegar no trabalho. No entanto,

continua sendo negra e exposta a situações de humilhação e discriminação racial para que aprenda, ao longo da vida, o lugar social imposto a uma pessoa negra.

## **Como o racismo se expressa?**

O racismo é uma ideologia que estabelece a superioridade de um grupo racial sobre os demais, diz quais marcadores levam uma pessoa a ser tratada de determinada forma e organiza a distribuição da morte. Da concepção à morte, o racismo nos acompanha todo o tempo e estabelece para nós necessidades de saúde diferentes de brancos e indígenas. Como população negra, temos necessidades muito específicas que vêm dessa exposição ao racismo, não pontual, mas continuada. Outra questão importante: o racismo não forma apenas a subjetividade das pessoas negras. Forma, principalmente, a subjetividade das pessoas brancas, que são normalmente os profissionais de nível superior que estão no sistema de saúde e que vão tomar as decisões sobre nós.

## **Como a questão racial era vista pela Reforma Sanitária?**

Tanto na Reforma Sanitária quanto na Reforma Psiquiátrica, a questão racial era tratada como uma pauta exclusiva do movimento negro, e não como um eixo estruturante da saúde pública. Embora alguns autores, ainda nos anos 80, chegassem a mencionar a importância da raça e da etnia, essa discussão nunca foi radicalizada no campo da saúde coletiva. É preciso lembrar que ambos os movimentos de Reformas nasceram no ambiente acadêmico, majoritariamente liderados por homens brancos. Nesse cenário, o questionamento que se impõe é: onde estavam as mulheres e homens negros e indígenas pesquisadores, médicos, epidemiologistas, gestores, sociólogos e sanitaristas? Por que não aparecem como referências destes movimentos? Por que não temos registros de suas contribuições? O início da mudança política nos campos da saúde pública e saúde mental em relação à população negra ocorre apenas no século XXI, com os impactos das políticas de democratização do acesso ao ensino superior, notadamente a partir dos governos Lula e Dilma. Essa entrada sistemática de grupos não hegemônicos nas universidades alterou profundamente a ordem das coisas. Hoje, assistimos a uma transformação tanto na forma de produzir ciência quanto na própria organização da formação dos profissionais de saúde, forçando uma ruptura com o saber acadêmico tradicional.

### O que muda então?

A entrada de pesquisadores negros e indígenas nas universidades a partir do século 21 revelou que “o SUS para todos” precisava reconhecer, especificamente, quais corpos mais adoeciam e menos acessavam o cuidado. Ingressei na universidade como discente em 1995 e, em 2002, iniciei a docência em universidades privadas. Embora não tenha sido contemplada pelas políticas públicas afirmativas, minha trajetória precoce no ensino superior me permitiu observar, de dentro, essa transição. A universidade passou a ser palco de um embate que forçou o repensar das questões de saúde mental da população brasileira. Começamos a ocupar posições de professores, estudantes de pós-graduação e profissionais de nível superior no SUS. Deixamos de ser apenas o objeto de estudo, o paciente, a secretária ou a agente comunitária de saúde, passamos a atuar como gestores de políticas e especialistas na assistência. Essa ocupação de espaços impacta diretamente a qualidade do atendimento e exerce uma pressão política necessária pela construção de um cuidado que faça sentido nos territórios. Afinal, territórios marginalizados são, em sua vasta maioria, constituídos por pessoas negras.

### Que lugar a saúde mental ocupa na PNSIPN?

A PNSIPN surge como um esforço do movimento negro dentro do SUS, mas ainda não está devidamente implantada. Não temos de forma significativa uma sistematização, vamos ter agora com o Observatório [de Saúde da População Negra, leia na página 18]. Historicamente, o que existia como fonte de informação sobre a saúde mental dessa população restringia-se ao abuso de álcool e outras drogas. Essa coleta seletiva é, em si, uma expressão do racismo institucional: perpetua o estereótipo de que o sujeito negro é intrinsecamente ligado ao vício e à desordem. Enquanto isso, a atenção primária, que deveria ser centro da promoção da saúde e prevenção, permanece em grande medida alheia sobre as especificidades do sofrimento psíquico de negros e indígenas. Embora os profissionais que ingressam hoje no trabalho em saúde apresentem maior sensibilidade para o tema, a formação ainda não institucionalizou o racismo como um determinante ou mediador da saúde. Nossa rede de saúde mental ainda conhece pouco sobre a subjetividade de negros e indígenas. Após mais de um século de produções, compreendemos quais são as repercussões psíquicas e sociais do racismo. Agora, o nosso desafio é a ruptura com essa ideologia e com os modelos de atenção inspirados nela. Precisamos transformar, de forma radical, tanto a estrutura de formação profissional quanto a prática da assistência, garantindo que o cuidado deixe de ser uma lacuna e se torne realidade no território.

### Como o racismo adoce mentalmente?

O racismo nos submete a condições de estresse crônico, chamado de “estresse racial” que mantém o corpo e a mente em um estado de hipervigilância permanente. Estamos, o tempo todo, prontos para responder a um ataque. Esse estado de alerta constante desencadeia desregulações hormonais, insônia, fadiga crônica e uma exaustão cognitiva, gerada pela necessidade de monitorar cada movimento para evitar erros que, para nós, podem ser fatais. Diariamente, somos expostos a imagens de violência, ameaças e mortes. Há o medo real de circular em espaços públicos, como lojas, bancos ou supermercados, sob a sombra constante de ser acusado de cometimento de crimes

por critérios estritamente raciais. É o medo diário de que nossos filhos não retornem para casa, o medo da violência nas ruas e em casa, da escassez, da perda repentina do emprego e de bens. Aqui, a interseccionalidade entre raça e gênero é incontornável: o feminicídio atinge, de forma desproporcional, a mulher negra. Não estamos apenas em uma situação de desproteção social; enfrentamos barreiras sistêmicas que obstruem o nosso acesso aos direitos básicos de cidadania. Somos, simultaneamente, o grupo mais ameaçado e aquele que dispõe de menos recursos institucionais de enfrentamento.

### Que outras repercussões ocorrem na saúde mental?

Observamos uma incidência elevada de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), particularmente entre homens negros submetidos à violência policial sistemática. A essa exposição à violência estatal, soma-se a hipereposição à morte: a perda recorrente de entes queridos é uma experiência comum na trajetória de pessoas negras. Essa vulnerabilidade é, principalmente, territorial. Quando desastres climáticos, como as enchentes que devastaram o Rio Grande do Sul e Minas Gerais, atingem o país, são as populações negra e indígena que habitam as áreas de maior risco. Existe um sofrimento criado pelo racismo brasileiro que é sistêmico e que não para, é transgeracional. O





racismo dita modos de compreensão da vida e da finitude, além das crenças sobre autocuidado. Para muitos jovens negros, a previsão de uma morte precoce, testemunhada na prisão ou no assassinato de irmãos, primos, amigos e vizinhos, inibe o engajamento em comportamentos preventivos de saúde. Durante a pandemia de covid-19, por exemplo, escrevi um texto sobre possíveis razões por que homens negros resistiam a usar máscara. Este comportamento não podia ser interpretado apenas como “negligência” com a saúde pessoal e coletiva. Havia um cálculo de sobrevivência frente ao risco de serem prontamente identificados, ou “confundidos”, pela polícia como criminosos. O racismo, portanto, não apenas adoce, ele redefine a relação do indivíduo com o cuidado de si e com o próprio futuro.

### **Como o racismo repercute no cotidiano dos trabalhadores negros e negras do SUS?**

Em minha pesquisa sobre microagressões raciais direcionadas especificamente aos profissionais de saúde negros, observo que, de modo geral, o debate sobre o racismo institucional no SUS foca apenas na relação entre o profissional de saúde branco e o usuário negro. A PNSIPN foi concebida sob a premissa de organizar o SUS de forma antirracista para garantir que a população negra fosse efetivamente bem assistida. No entanto, quando essa política foi estruturada, ainda não contávamos com a presença significativa de profissionais negros em posições decisórias. Num primeiro momento, predominava entre estudantes universitários e profissionais recém-formados a crença, por vezes ingênua, de que o diploma universitário e a ascensão social atuariam como um escudo contra o racismo, conferindo-lhes uma respeitabilidade que diminuiria os ataques. No entanto, concordando com a discussão proposta por Virginia Bicudo na década de 1940,

nos parece que o diploma não reduz a violência: a depender da função exercida pelo trabalhador negro, ele a intensifica. O profissional negro, ao ocupar posições de autoridade, torna-se um alvo ainda mais frequente de deslegitimação, assédio, marginalização e exclusão interpessoal no ambiente de trabalho.

### **Que situações ocorrem com esses profissionais?**

O profissional negro na saúde, particularmente em posições de alto grau técnico, como a medicina, é submetido a um esquadriçamento permanente. É frequente o relato de médicos negros que, mesmo apresentando múltiplas formas de identificação, são confundidos com o vigilante ou com a equipe de apoio. Há um peso desproporcional sobre nossas ações que gera o medo de que qualquer erro seja interpretado não como uma falha humana, mas como uma prova de nossa incapacidade racial. Além disso, enfrentamos a sobreposição de violência racial a de gênero, observada nas equipes de enfermagem, área majoritariamente composta por mulheres negras. Assim, quando uma mulher negra assume a gestão de uma unidade ou de uma política, ocorre uma série de comportamentos raciais defensivos para recolocá-la nos espaços de subalternidade.

### **Como a cultura e a saúde mental podem andar juntas, principalmente nos territórios periféricos?**


Cada território terá a sua potencialidade, sua história e seus recursos de enfrentamento que vêm sendo construídos desde a escravização. Essas estratégias de cuidado em saúde mental são sistematicamente minadas pelo racismo e pela lógica de fragmentação do neoliberalismo. No entanto, mesmo sob constante ataque, territórios predominantemente negros seguem desenvolvendo tecnologias próprias e coletivas de cuidado.

# “Existe um sofrimento criado pelo racismo brasileiro que é sistêmico e que não para, é transgeracional”

## Como isso se expressa cotidianamente no SUS?

É nossa obrigação, como profissionais de saúde, descobrir junto às pessoas as suas potências. As religiões de matriz africana, por exemplo, são espaços extremamente potentes para a produção de saúde integral, cuidando do corpo e da mente de forma indissociável. Escolas, espaços comunitários, a música, a dança, a arte e a memória dos quilombos são, todos eles, mestres que têm muito a nos ensinar. Os coletivos organizados como as Mães de Acari [na Zona Norte do RJ] e de tantas outras comunidades, que são sobreviventes do terrorismo de Estado, cada uma a seu tempo e a seu modo, lança mão de recursos ancestrais e coletivos para suportar o insuportável. É nesse território de resistência que a saúde mental se faz, não como um recurso médico isolado, mas como uma prática de vida comunitária.

## Como tem sido o seu trabalho de comunicação na área de saúde mental?

Comecei a atender pessoas no Serviço de Psicologia da UFRB em 2013 e me dei conta que precisaria muito mais do que minha abordagem clínica me oferecia. Junto com meus estagiários, construímos modos de cuidado culturalmente contextualizados e adequados para pessoas negras, pobres, de baixa escolaridade, com doenças crônicas, e tinha muita dificuldade de encontrar informação sobre o tema. No ano de 2017, quando já estava me encaminhando para o meu primeiro pós-doutorado, decidi abrir um perfil no Facebook para ver se alguém se interessaria por esse trabalho. Pensei que encontraria cinco, dez pessoas interessadas nisso. Mas o perfil @saudementalpopnegra foi crescendo, veio a pandemia e explodiu. Foi necessário comunicar de forma acessível a milhões de pessoas os temas que já faziam parte da minha produção acadêmica e prática: saúde coletiva, perdas e luto, psicologia clínica, tudo ao mesmo tempo. A página hoje funciona como um meio de informação segura sobre saúde mental. As pessoas acreditam em meu trabalho e construímos uma comunidade, que não é gigantesca para os parâmetros da internet, mas formada por muita gente qualificada. Atualmente temos 145 mil seguidores. Uma média de 2 milhões, quase 3 milhões de visualizações. E não são só seguidores negros. Muitas pessoas brancas, indígenas, amarelas seguem a página, porque entendem que a discussão racial faz parte também do cotidiano delas e que elas também precisam participar. Sou muito feliz com esse trabalho porque consigo fazer a tradução de um conhecimento que, em outros tempos, estaria fechado na academia. Brinco que talvez esse seja o meu superpoder, conseguir falar de uma forma acessível sobre temas complexos. 



■ LEIA A ENTREVISTA COMPLETA COM JEANE TAVARES NO SITE



Os mestres da primeira turma indígena de sanitaristas registram a conquista histórica ao lado de Luiza Garnelo (de vestido estampado, no lado direito da imagem), idealizadora da formação

ACERVO PPGVIDA

# OS SANITARISTAS INDÍGENAS ESTÃO CHEGANDO

Primeira turma de mestres indígenas em saúde coletiva se forma no Amazonas

ADRIANO DE LAVOR

O Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVIDA), da Fiocruz Amazônia, começou a registrar, em março de 2026, as primeiras defesas de conclusão do primeiro curso de mestrado em saúde coletiva voltado exclusivamente para a formação de profissionais, docentes e pesquisadores indígenas na região do Alto Solimões, no Amazonas.

O cirurgião-dentista Ozeir Cavalcante Fernandes, da etnia Ticuna, foi o primeiro dos 15 novos sanitaristas a apresentar sua dissertação, em 27 de março, em Manaus. Profissional do Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami (Dsei Yanomami), em Roraima, ele avaliou a utilização dos serviços de saúde bucal pela população indígena adulta no polo base de Filadelfia, em Benjamin Constant, no Amazonas.

“Nossa expectativa é de que experiências como essa não sejam únicas e possam se ampliar para que mais indígenas tenham oportunidade de qualificação acadêmica”, declarou Ozeir após a defesa, como registrou a Assessoria de Comunicação da Fiocruz Amazônia (28/3). A turma de Ozeir contava com mais 14 pesquisadores indígenas, que defenderam seus trabalhos entre o fim de março e o início de abril em Manaus e Tabatinga, na região do Alto Solimões.

Os pesquisadores, das etnias Tikuna, Kambeba, Kaikana, Marubo, Kokama e Kanamari, originários dos municípios de Tabatinga, Benjamim Constant, Atalaia do Norte, Amaturá e Santo Antônio do Içá, apresentaram dissertações com temas variados, que incluem operação logística nos Dsei, alimentação tradicional no ambiente escolar, campanhas de comunicação nas comunidades, itinerários terapêuticos, avaliação da assistência farmacêutica e a relação entre a medicina tradicional e o bem viver, entre outros temas.


A iniciativa da Fiocruz Amazônia, que tem o apoio da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) e financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (Fapeam) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), foi idealizada pela pesquisadora Luiza Garnelo, que também coordena a turma. Ela explicou que as pesquisas surgiram a partir de problemas vivenciados pelos alunos nas suas comunidades, o que contribuirá para a qualificação da força de trabalho que atua na saúde na região.

## INTERIORIZAÇÃO E TERRITORIALIDADE

À *Radis*, ela destacou a importância do curso ao fomentar a qualificação de profissionais indígenas, em um cenário que registra ao mesmo tempo aumento expressivo de indígenas com o curso superior e a dificuldade de avançar a formação em nível de pós-graduação, dada a sua escassa interiorização — em particular na Amazônia, com territórios pouco acessíveis.

Luiza enfatizou que esta é a primeira turma de mestrado em saúde coletiva específica (e adaptada) para indígenas, estudando temas de saúde indígena. Ela lembrou que já existem sanitaristas indígenas, formados em outros programas, em outras áreas, que se dedicaram de uma forma ou outra à temática, mas este é o primeiro curso cuja matriz curricular de saúde coletiva foi adaptada para trabalho com temáticas indígenas.

O resultado do programa são dissertações produzidas no território de origem dos discentes, cuja aplicação contribuirá para melhoria das condições de saúde dessas populações. Outra questão importante diz respeito à adaptação intercultural. “Nós mantivemos a matriz curricular original do programa, já aprovada, mas adaptamos todos os conteúdos programáticos das disciplinas para torná-los específicos à questão indígena e à realidade dos alunos”, acentuou a coordenadora.

Luiza informou ainda que ações similares de formação e interiorização estão sendo implementadas no estado, citando que já acontece em São Gabriel da Cachoeira, no Alto Rio Negro, um mestrado em enfermagem específico para profissionais indígenas oferecido pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). 

## ABRIL INDÍGENA

“Nosso futuro não está à venda: a resposta somos nós” é o tema da 22ª edição do Acampamento Terra Livre (ATL 2026). A maior assembleia indígena do Brasil, marcada para acontecer entre 5 e 11 de abril em Brasília (DF) como espaço de denúncia e de construção coletiva, é organizada pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib). “Os povos indígenas não estão à venda para a mineração, os créditos de carbono, o agonegócios, as grandes obras, as empresas ou para os interesses do próprio Estado brasileiro quando estes violam nossos direitos”, afirma Dinamam Tuxá, coordenador executivo da Apib.

### AS AMEAÇAS NO CONGRESSO

A demarcação e a proteção de terras indígenas continuam na pauta dos povos indígenas no ATL 2026, que também promove debates sobre os ataques do Congresso Nacional aos direitos indígenas e as eleições de 2026. Segundo a Apib, somente em 2025 mais de 20 propostas anti-indígenas e antiambientais tramitaram na Câmara dos Deputados e no Senado Federal. O movimento considera que este “pacote de destruição” ameaça a vida dos povos indígenas e aprofunda a violência institucional praticada historicamente pelo Estado brasileiro. O ATL ainda traz à pauta propostas para aperfeiçoar as normas eleitorais a partir das realidades indígenas. Saiba mais: <https://apiboficial.org/>.

### AS MULHERES EM RISCO

Estudo revela aumento de 500% nos homicídios de mulheres indígenas no Brasil em duas décadas, noticia o site Mídia indígena (11/3). O coletivo de comunicação repercute pesquisa publicada na revista *Ciência & Saúde Coletiva* que mostra que jovens, solteiras e com baixa escolaridade são as principais vítimas. A pesquisa, feita a partir de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde, localiza no estado de Mato Grosso do Sul os índices mais altos do país e revela um cenário de crescimento contínuo da violência letal contra as mulheres. Os resultados completos da pesquisa estão disponíveis em <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/>.

CORPO  
LAICO  
MENTE  
LIVRE  
@ASCATOLICAS

DIVULGAÇÃO / CDD BRASIL

# A FÉ EM DEFESA DA ESCOLHA

Mulheres católicas desafiam o consenso e debatem o direito ao aborto

LARA SOUZA

**G**oiás, julho de 2024. Uma adolescente de 13 anos precisou sofrer com muitas dores, por mais de 60 horas, durante um procedimento de aborto. A menina já estava com praticamente 30 semanas de gravidez por ter tido o direito legal ao aborto negado quando estava com 18 semanas.

O pai da adolescente foi o responsável pela argumentação com a juíza, alegando que a filha tinha um “namorado” de 24 anos. Após uma batalha legal, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) reconheceu o direito à interrupção. Pelo Código Penal Brasileiro, crianças e adolescentes com até 14 anos não têm capacidade de consentimento em ato sexual — configurando estupro de vulnerável.

O caso chamou atenção da imprensa e das pessoas nas redes sociais, com forte pressão popular para que a adolescente desistisse da interrupção da gestação. O mesmo aconteceu com outra adolescente de 13 anos, em Santa Catarina, em maio de 2025.

A menina e sua mãe precisaram enfrentar uma batalha judicial para ter acesso ao aborto legal e enfrentaram forte pressão de grupos “pró-vida”, como são chamados

segmentos conservadores contrários ao aborto, mesmo em casos previstos em lei. Abaladas, acabaram desistindo do procedimento. Com 14 anos, a adolescente teve que lidar com a tristeza profunda após ter sofrido com ideias suicidas, enquanto sua mãe enfrentava dificuldades financeiras para criar o bebê.

As notícias se repetem pelo Brasil. É uma criança de 10 anos grávida que precisou ir para outro estado para garantir o direito à interrupção; outra que teve de mudar de cidade com a família, pois começou a sofrer perseguições depois que a juíza divulgou no WhatsApp sobre a gravidez; e mais outra, de 12 anos, grávida pela segunda vez, tendo o direito negado nas duas vezes.

O argumento mais utilizado na pressão para que mulheres e meninas não tenham acesso ao aborto legal é a defesa da vida, o que geralmente é encabeçado por instituições que se declaram de fé cristã. A legislação brasileira permite o aborto em três situações: em caso de estupro; quando há risco à vida da mulher; e anencefalia do feto, ou seja, quando é confirmada a impossibilidade de vida fora do útero (*Radis* 258).

O movimento Católicas pelo Direito de Decidir (CDD) tem um posicionamento diferente dessas organizações contrárias ao aborto. São mulheres que se juntaram para defender o direito de decidir pelo próprio corpo e por justiça reprodutiva. “A gente sempre fala que defende a vida, porque quando olhamos para as estatísticas e o que implica o aborto inseguro no país, não podemos dizer que estamos presenciando o cuidado com essas vidas”, explica Carla Angelini, de 38 anos, coordenadora de Desenvolvimento Institucional do CDD. O cuidado com a vida e a dignidade das mulheres está, segundo ela, no centro da espiritualidade e do ativismo do grupo.

Em março de 2024, a edição 258 de *Radis* mostrou que o aborto acontece no Brasil, legalizado ou não. Agora, conversamos com mulheres católicas que, mesmo sem renunciar à sua fé, entendem que garantir o direito de decidir sobre o próprio corpo é defender a vida das mulheres em sua integralidade.

## FÉ QUE ACOLHE

Entre 2012 e 2022, 483 mulheres morreram por aborto em hospitais da rede pública de saúde do Brasil, segundo os números oficiais. Mais de 1,7 milhão de internações foram registradas no Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) como gravidez que termina em aborto. Dentre elas, mais da metade das hospitalizações foram registradas como abortos espontâneos. No entanto, o maior número de mortes ocorreu nos casos classificados como “falha na tentativa de aborto”. Os dados revelam que a cada 28 internações, uma mulher morre por tentativa falha de aborto, o que indica 140 vezes mais risco de óbito, segundo o levantamento para a série “Aborto é Cuidado” do site Gênero e Número, em parceria com a Revista AzMina e o Portal Catarinas.

Glenda Sábio, enfermeira e ativista do CDD, de 35 anos, ressalta que o aborto legalizado é uma questão de saúde pública. Na sua experiência, já cruzou com “histórias de sofrimento” de mulheres que buscaram alternativas clandestinas e outras que tinham direito ao aborto legal e não conseguiram e, por isso, tiveram que levar a gravidez até o fim.

“Se a gente defende a vida, a gente precisa defender a vida das mulheres na sua plenitude. Então, não adianta eu ser em defesa da vida só do feto enquanto está na barriga. Quando nasce: ‘se vira’”, declara a enfermeira. Glenda diz que luta para que a vida das mulheres seja preservada.

Ela defende a ideia de vida plena, pois foi esse o motivo que fez com que abandonasse o hábito de freira. Criada em uma comunidade religiosa desde criança em Porto Alegre, Glenda achou que o seu caminho para cuidar das pessoas seria se tornar uma religiosa consagrada pela Igreja. Contudo, ao se tornar freira, fez um aprofundamento da própria fé e percebeu que se sentia uma pessoa livre e amada por Deus para que pudesse desenvolver uma vida plena.

A partir da Teologia da Libertação, e próxima da Pastoral da Juventude, ela se encontrou ao colocar sua prática de fé no cuidado com a vida, na defesa da saúde integral e da proteção das mulheres. Glenda percebeu que a Igreja Católica possui fragilidades que impactam em sua vida como mulher, vendo algumas doutrinas que reforçam violências. Nesse momento, a jovem decidiu deixar a vida religiosa na instituição, mas não



Ativistas católicas em protesto do 8M em defesa das mulheres, na Av. Paulista (SP)

“ Se a gente defende a vida, a gente precisa defender a vida das mulheres, na sua plenitude ”

Glenda Sábio

abandonou a fé. Hoje cursa a graduação em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e atua como professora do curso técnico em enfermagem na Escola Técnica da Santa Casa de Porto Alegre, onde busca abordar a postura ética dos profissionais de saúde em defesa da vida plena em suas aulas.

Glenda se encontrou como ativista do movimento Católicas pelo Direito de Decidir, vendo outras mulheres com a mesma fé na defesa da justiça reprodutiva. A organização feminista, de alcance internacional, atua no Brasil desde 1993 e é composta por católicas que defendem a autonomia feminina, os direitos reprodutivos, o Estado laico e a legalização do aborto. Presente nas cinco regiões do país, a rede defende a liberdade de consciência e a justiça social.

Carla Angelini conta que elas acreditam em uma fé que acolhe as pessoas. Nascida na Argentina, a assistente social pela Universidade Nacional de Córdoba (UNC) e sanitarista mora há cinco anos no Brasil. Ela também participa da coordenação da Rede Latino-americana e Caribenha de Católicas pelo Direito de Decidir. Mestre em Ciência da Religião pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e em Gênero, Feminismos e Cidadania pela Universidade Internacional de Andaluzia (UNIA), na Espanha, e doutoranda em Ciência da Saúde pelo Instituto Universitário do Hospital Italiano de Buenos Aires (IUHIBA), na Argentina. A ativista atuou na campanha nacional por aborto seguro e gratuito no país de origem e trabalha para que o Brasil siga o mesmo caminho de mobilização.

“ Dizer que é ilegal não faz com que as mulheres não precisem de abortos, o que faz é colocar as mulheres em lugares de práticas inseguras ”

Carla Angelini

### O QUE A BÍBLIA DIZ?

As católicas que fazem parte do movimento mostram que na Bíblia — livro que rege o cristianismo — não tem uma proibição ao aborto ou alguma referência ao ato como pecado. “Nem no Velho Testamento, nem no Novo, não tem trecho da Bíblia que proíba o aborto”, destaca Carla.

“Até Maria foi consultada para ser mãe de Deus. Essa é uma interpretação feminista da Bíblia”, pontua. A ativista conta que a Bíblia descreve como o anjo Gabriel pergunta para Maria se ela aceita conceber o filho de Deus, e ela fica em silêncio enquanto decide e dá o seu consentimento. A interpretação das mulheres de fé não é de uma Maria submissa, sofredora, mas uma mulher forte que decide o seu caminho.

Carla reafirma que é necessário repensar alguns trechos bíblicos. “Repensar de onde vem todas essas normas que a gente vai incorporando na vida, como a gente vai viver a sexualidade, como vamos nos relacionar, como vai ser a maternidade ou como vai ser a não-maternidade”, conta. Ela ressalta que é um processo de desconstrução do que sempre foi ensinado — e afirma que não vê um Deus mau e punitivista.

Especificamente sobre o aborto, Carla fala sobre a doutrina do probabilismo, que dentro do contexto católico indica que: onde há dúvida, há liberdade. “Se existe uma questão que moralmente não tem um consenso e há uma dúvida em relação a como você deve agir, você tem liberdade de consciência para tomar essa decisão”, explica. Ela fala que se uma pessoa católica está diante de uma gravidez indesejada, ela tem liberdade de consciência para decidir se continua ou não com essa gestação.

Glenda Sábio critica cristãos que fazem o que chama de “leitura superficial” de textos bíblicos, que reproduzem violência, e acabam seguindo cegamente líderes religiosos. “As pessoas pegam textos bíblicos que lhes convêm e sem



Carla Angelini em protesto do 8M em defesa das mulheres, na Av. Paulista (SP)

DIVULGAÇÃO / CDD BRASIL

uma interpretação correta do momento histórico em que eles foram escritos, transportam pra cá com uma leitura totalmente superficial”, destaca. A enfermeira explica que a Bíblia foi escrita em outra época e os ensinamentos devem ser refletidos a partir do contexto em que foram produzidos. Ela também aborda a questão das traduções ao longo dos séculos, que pode ter modificado o sentido do texto original a partir do interesse de quem as realizava.

### O QUE A IGREJA DIZ?

Nem sempre a Igreja Católica teve posicionamento contrário ao aborto. Por séculos a instituição se guiou pelas teorias da “animação tardia” de Santo Tomás de Aquino e de Santo Agostinho, que falava que a alma só seria infundida ao feto após o corpo estar formado, diferenciando a questão do aborto. Não era considerado homicídio nas fases iniciais da gestação.

O grande problema, à época, era utilizar o aborto para encobrir o adultério ou “fornicação”. A diretora da Igreja Católica mudou quando o Papa Pio IX, na década de 1860, fez um acordo com a França, porque estavam em um período pós-guerra e precisavam aumentar a natalidade. A partir de então, o aborto é reconhecido como pecado equivalente, com reflexo na legislação. Além do pecado, também se torna crime.

Carla conta que, para o grupos de mulheres de fé, o entendimento é de que ser contra o aborto é um dogma do catolicismo. Por esse motivo, o CDD tem argumentado que existe o discurso oficial da Igreja e existe a realidade, o que as mulheres de fé fazem na prática. “Na última Pesquisa Nacional de Aborto (PNA), mais de 80% das mulheres que

abortaram eram mulheres de fé”, afirma. Com isso, elas defendem o diálogo, para pautar a defesa da vida das mulheres e a saúde pública.

O grupo também denuncia as estruturas patriarcais da Igreja que não consideram as vivências das mulheres e reproduzem violências de gênero históricas. O movimento tem sido constantemente atacado por grupos católicos que não reconhecem suas integrantes como da mesma religião em função dos posicionamentos defendidos.

## ESTADO LAICO


Uma das principais bandeiras do movimento é a defesa do Estado laico, de garantir que as mulheres possam ter direito ao aborto sem essa questão ser atravessada pela religião. Mesmo com os casos previstos em lei, Carla considera a

legislação insuficiente para a realidade brasileira. Ela pontua que “a ilegalidade da prática não faz com que ela se reduza”.

“Dizer que é ilegal, não faz com que as mulheres não precisem de abortos, o que faz é colocar as mulheres em lugares de práticas inseguras”, defende a assistente social. Ela relembra que a mortalidade materna ainda é alta no Brasil, considerando que nove entre dez mortes maternas podem ser evitadas, segundo o Ministério da Saúde. “Quando você vê as causas da mortalidade, são realmente evitáveis. E seria mais ainda se o aborto fosse legalizado”, afirma.

Carla também cita a assombrosa estatística de meninas estupradas que têm o direito de ter acesso a serviços de aborto legal, mas acabam se tornando mães. Ela reclama da hipocrisia: “Quais vidas se defende? Tem vidas que valem mais que outras?”. Segundo ela, há uma “ocupação” do neoconservadorismo religioso aliado à extrema-direita nos Poderes Judiciário, Legislativo e Executivo. “É uma agenda anti-direitos sexuais e reprodutivos bem forte”, explica.

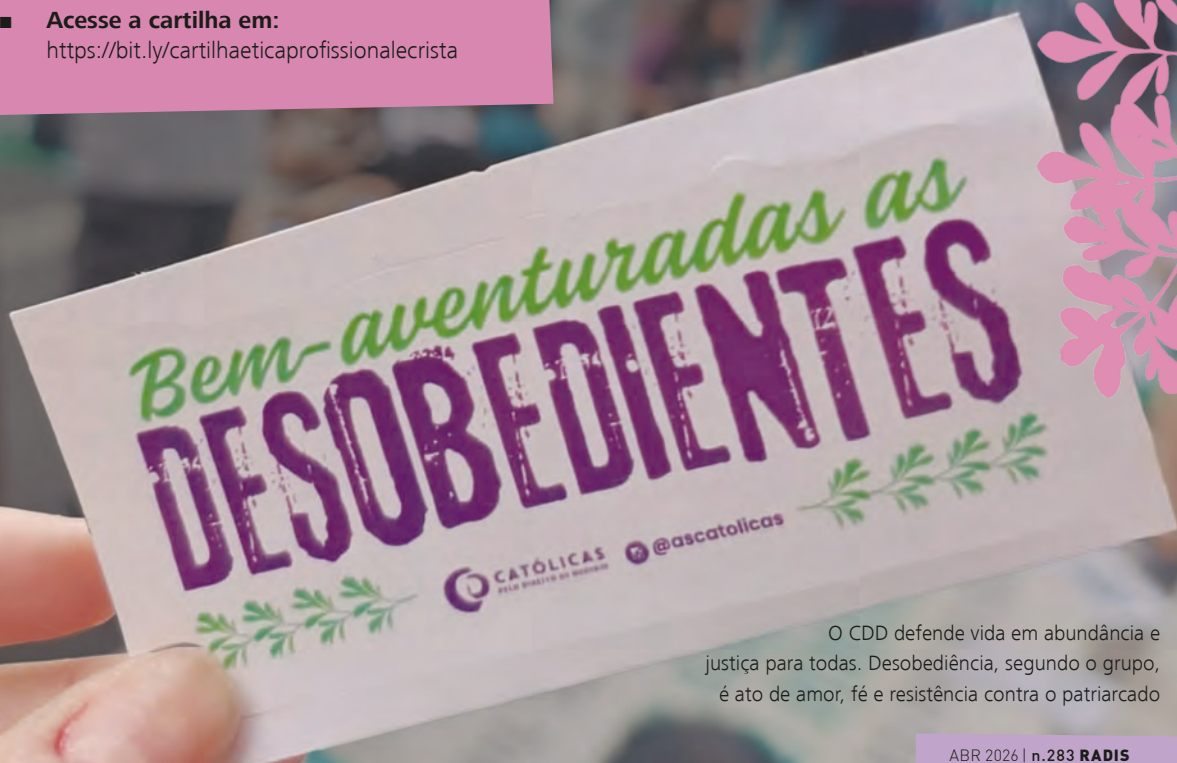
A assistente social narra como funciona o que chama de rede setorial antiaborto: o profissional de saúde na atenção básica é contra o aborto e não quer fazer. De acordo com ela, o profissional diz: “eu não faço e não vou permitir que você faça”. Então, a rede socioassistencial e o Judiciário também negam e pressionam a família. “O que a gente vem percebendo é que eles estão cada vez mais articulados”, afirma.

Neste contexto, o princípio da laicidade é atacado. “A gente defende a laicidade do Estado porque permite a diversidade e a pluralidade no campo religioso. Se o Estado assumir uma postura religiosa, vai ser uma violação absoluta de todos os direitos”, declara Carla. “Vamos supor que eu passei por uma situação de violência sexual. Tenho direito ao aborto. Vou para o hospital, mas lá me falam: ‘O catolicismo diz para não fazer o aborto e essa é a política do Estado’. O que eu vou fazer? A laicidade é que vai garantir a liberdade de consciência”, completa. 

## ÉTICA PROFISSIONAL NA SAÚDE

As Católicas pelo Direito de Decidir lançaram, em 2025, a cartilha “Ética Profissional e Ética Cristã: conversando a gente se entende”, que reúne reflexões sobre ética e moral para profissionais de saúde, principalmente em relação ao atendimento em situações de aborto. Por se tratar de um tabu, muitas vezes meninas e mulheres não conseguem garantir o acesso ao direito de abortar por conta do posicionamento de profissionais de saúde. As entrevistadas de *Radis* contam que, acima de qualquer crença pessoal, o que deve ser seguido é a compreensão de que o aborto é um direito: garantir que seja feito de forma gratuita e segura é o primordial para preservar a vida de mulheres e meninas.

- **Acesse a cartilha em:**  
<https://bit.ly/cartilhaeticaprofessionalecrista>



O CDD defende vida em abundância e justiça para todas. Desobediência, segundo o grupo, é ato de amor, fé e resistência contra o patriarcado



### CÉSIO-137 GOIÂNIA

A minissérie “Emergência Radioativa”, lançada em março de 2026, é uma produção da Netflix que traz a história real do acidente radiológico que marcou Goiânia há quase 40 anos, em setembro de 1987. A trama reconstitui os fatos a partir do momento em que dois homens encontram um aparelho de radioterapia em uma clínica abandonada, no Centro da cidade. O instrumento foi desmontado e repassado para terceiros, gerando um grande rastro de contaminação que afetou centenas de pessoas. O acidente com césio-137 foi o maior ocorrido fora de uma usina nuclear em todo o mundo. A obra é dividida em cinco episódios, de cerca de uma hora cada. Estão no elenco atores como Johnny Massaro e Paulo Gorgulho.

DIVULGAÇÃO



### BANALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA

No livro “Crueldade e Catástrofe em Tempos de Barbárie”, lançado em 2025, o pesquisador Pedro Cláudio Cunha Bocayuva, professor do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas em Direitos Humanos da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), faz uma análise estrutural do capitalismo, da banalização da crueldade, do colapso das utopias e a necessidade de resistência ativa, valorizando os saberes periféricos. A obra explora como a crueldade deixou de ser um limite moral para se tornar uma ferramenta funcional de governo e de dominação. O livro, em sua versão digital, está disponível para download no site da Círculo de Giz <https://www.circulodegiz.org/cuncabocayuva>.



### AS SEMENTES

Novo curta que integra o amplo catálogo da plataforma Fioflax VideoSaúde, “As sementes” conta a história de quatro mulheres do campo que constroem independência e autonomia, ocupando espaços antes negados a elas. Empoderamento feminino, cooperativismo e sustentabilidade aparecem no relato de todas elas (Efigênia, Izanete, Maria dos Santos e Neneide), que moram em diferentes estados do país. Trajetórias que se cruzam com o objetivo de impulsionar uma economia solidária que dialogue com o bem estar social e a promoção da equidade de gênero. Assista em: <https://videosaude.icict.fiocruz.br/>.

### SAÚDE DO TRABALHADOR E AMBIENTE

O e-book “As raízes e sementes da saúde do trabalhador” é uma publicação criada por residentes e egressos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Trabalhador do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh/Ensp/Fiocruz). O livro é fruto do seminário “Cesteh 40 Anos: Raízes e Sementes” e traz um apanhado dos debates promovidos em seis mesas temáticas no evento, além da “Árvore de Palavras”, um glossário com explicação de termos e expressões em saúde do trabalhador e meio ambiente utilizadas no encontro. Confira em: <https://bit.ly/ebookraizesesementes>.



# Masculinidades que matam: quando o poder ocupa o lugar do amor

PALOMA RODRIGUES MOREIRA\*

**A**s masculinidades não são naturais, nem únicas. Elas são construções sociais, históricas e culturais que ensinam aos homens como sentir, agir e se relacionar. Em uma sociedade marcada por desigualdades de gênero, raça e classe, determinados modelos de masculinidade são incentivados: aqueles que associam virilidade ao controle, autoridade à violência e afeto à posse. É nesse terreno que o feminicídio se torna possível, não como exceção, mas como expressão extrema de uma pedagogia social que autoriza homens a dominar mulheres.

O feminicídio não nasce no momento do crime. Ele é gestado em práticas cotidianas que normalizam o ciúme, deslegitimam a autonomia feminina e tratam o controle como demonstração de amor. Quando ainda meninos, aprendem que sentir é fraqueza, que o silêncio é virtude e que a agressividade é parte da identidade masculina, cria-se uma masculinidade incapaz de lidar com frustração, rejeição ou perda de poder. Essa formação emocional precária não é individual, é produzida e reforçada por instituições, discursos religiosos, meios de comunicação e práticas familiares.

Quando o amor deixa de ser compreendido como uma prática ética baseada em cuidado, respeito, responsabilidade e confiança, ele é substituído por relações de domínio. Assim, vínculos afetivos passam a ser organizados pela lógica da posse, não da reciprocidade. Nesse contexto, quando uma mulher decide encerrar uma relação, impor limites ou exercer sua liberdade, o que se rompe não é o amor, mas a fantasia de controle. O feminicídio emerge como tentativa extrema de restaurar uma masculinidade que se sente ameaçada.

Do ponto de vista da saúde pública, essas masculinidades produzem impactos profundos e duradouros. Mulheres submetidas à violência vivem sob estresse crônico, medo constante e adoecimento psíquico. Crianças que crescem em lares marcados pela violência doméstica apresentam maior risco de sofrimento mental, dificuldades de aprendizagem e reprodução futura desses mesmos padrões. Comunidades inteiras são atravessadas por lutos evitáveis, que fragilizam vínculos sociais e aprofundam desigualdades.

A naturalização da violência é reforçada por narrativas ainda presentes no cotidiano, como “crime passionai”, “briga de casal” ou “ela provocou”. Ao tratar a violência

como um desvio individual, a sociedade deixa de enfrentar o modelo de masculinidade que a sustenta e a legitima.

Enfrentar o feminicídio exige mais do que respostas punitivas. Exige políticas públicas comprometidas com a transformação das masculinidades: educação de gênero desde a infância, cuidado em saúde mental para homens, espaços de responsabilização e reconstrução emocional e fortalecimento das redes de proteção às mulheres. Prevenir o feminicídio é intervir antes da agressão, antes da ameaça, antes que o controle se transforme em morte.

Romper com masculinidades que matam implica reconstruir formas de amar que não se baseiam na posse, mas no cuidado, na escuta e na liberdade. Amar não é dominar, vigiar ou punir. Amar é um ato ético e político, capaz de sustentar relações que não produzem medo. Essa reconstrução não acontece apenas no plano individual: ela precisa ser sustentada por políticas públicas e práticas de cuidado que reconheçam a violência de gênero como um problema de saúde coletiva.

No âmbito do SUS, essa transformação começa na atenção básica, quando as equipes conseguem identificar sinais precoces de violência e relações abusivas, criando espaços de escuta que não culpabilizam as mulheres nem naturalizam o controle masculino. Passa também pelos Centros de Atenção Psicossociais (Caps), ao acolher homens em sofrimento sem dissociar a saúde mental de responsabilização, reconhecendo que sofrimento não pode ser convertido em agressão. A saúde coletiva tem papel central ao nomear o controle, o ciúme e a vigilância como expressões de violência, e não como conflitos privados ou questões morais.

As ações de educação em saúde, quando realizadas de forma territorializada e intersetorial, podem romper silêncios históricos, questionar pactos de cumplicidade entre homens e oferecer outras referências de vínculo, afeto e resolução de conflitos. Grupos reflexivos, estratégias comunitárias, trabalho em rede com assistência social, educação e justiça ampliam a capacidade de prevenção e deslocam o feminicídio do campo do inevitável para a intervenção possível.

O feminicídio não é um destino trágico nem um desvio individual. Ele é produzido por modelos de masculinidade que adoecem relações, famílias e territórios inteiros. E tudo o que é produzido socialmente pode e deve ser transformado, com cuidado, política pública e compromisso coletivo com a vida.

■ PALOMA RODRIGUES MOREIRA É COORDENADORA NACIONAL ANTIRRACISTA DA ALIANÇA NACIONAL LGBTI+, ATIVISTA DE DIREITOS HUMANOS, GRADUADA EM SERVIÇO SOCIAL E MESTRE EM JUSTIÇA E SEGURANÇA PELA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE (UFF)



Não existe saúde onde direitos são negados.

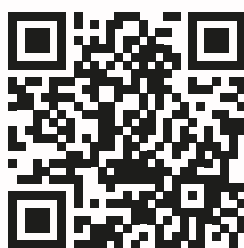
Não existe democracia onde a vida não é prioridade.

Há cinco décadas, o Cebes atua na defesa da Saúde Coletiva e de um projeto de país mais justo.

Essa construção segue em disputa.

E ela depende de quem decide não se omitir.

Associe-se ao Cebes e faça parte de nossa luta.



**ASSOCIE-SE**

