



ENSP



FIOCRUZ



OPERAÇÃO 192

Como funciona o Serviço de Atendimento
Móvel de Urgência (Samu) no SUS



Saúde do trabalhador e da trabalhadora como direito humano: De 18 a 21 de agosto de 2025, mais de 2,5 mil pessoas de todo o país participaram da etapa nacional da 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (5ª CNSTT), em Brasília. Resultado de 1.170 conferências municipais, 91 regionais, 26 estaduais e uma distrital, além de 54 Conferências Livres Nacionais, a 5ª CNSTT aprovou mais de 130 diretrizes e 520 propostas para consolidação do relatório final, que deve subsidiar a formulação de políticas públicas. Na foto, congressistas reúnem-se com bandeiras e camisas de suas delegações na entrada do auditório onde foram realizadas as conferências e plenárias do encontro. Confira a cobertura da 5ª CNSTT na próxima edição de Radis.

RADIS

edição 276 ■ set 2025

NOSSA CAPA: FOTO DE BRENO ESAKI/AGÊNCIA SAÚDE DF



EDITORIAL

3 A urgência e a conjuntura

4 VOZ DO LEITOR

5 SÚMULA

CAPA | URGÊNCIA

10 Chama o Samu!

15 Por dentro do Samu

SAÚDE COLETIVA

20 O futuro da saúde na América Latina

ENTREVISTA | SUZANA MUÑIZ

25 “Uma das coisas mais interessantes que aprendi com o SUS é a figura do agente comunitário”

TECNOLOGIA E SAÚDE

26 Telas: o que se sabe sobre os efeitos na saúde mental

30 Atenção, a moeda mais valiosa do nosso tempo

MEMÓRIA RADIS

32 Água e saneamento são direitos humanos

34 SERVIÇO

PÓS-TUDO

35 Ecocídio como situação-problema para a saúde coletiva, a Agenda 2030 e a COP30

A urgência e a conjuntura

Samu é SUS. É uma das sínteses daquilo que o Sistema Único de Saúde brasileiro representa e busca efetivar, não obstante os obstáculos que tem enfrentado. O Samu funciona 24 horas por dia, sete dias por semana, cuidando de forma gratuita de qualquer pessoa, sem distinções, com atendimento local e transporte adequados para evitar o agravamento da condição da vítima, minimizando o sofrimento, prevenindo sequelas e evitando óbitos. Na Política Nacional de Atenção às Urgências, seu papel é a “busca precoce da vítima após a ocorrência de um incidente que afete sua saúde, seja de natureza clínica, cirúrgica, traumática ou psiquiátrica”.

Em nossa matéria de capa, o repórter Adriano De Lavor e o fotógrafo Eduardo de Oliveira penetram no cotidiano e nos bastidores do Samu, presente em 4.143 municípios brasileiros. Revelam como são as equipes e o trabalho dos profissionais, do ponto de vista operacional e pessoal, problematizando também o impacto da atividade na saúde mental dos trabalhadores.

A reportagem descreve os atendimentos e como a central de regulação direciona as vítimas às unidades de saúde, explica a diferença entre o Samu 192 e o serviço 193 do Corpo de Bombeiros, trata das competências dos níveis federal e estadual para que SUS municipal preste esse serviço.

Ainda nesta edição, o tema da exposição excessiva às telas de celulares e outros dispositivos é abordado tanto em relação ao tempo e modos de uso, quanto aos conteúdos consumidos por pessoas de diferentes faixas etárias. Dificuldade de concentração, cansaço mental e dependência são alguns sintomas que podem surgir com o uso excessivo das redes sociais.

A repórter Paula Passos ouviu análises de especialistas e relatos de pessoas que tiveram que deixar as telas para recuperar o equilíbrio emocional, a gestão do tempo e o controle da vida profissional e pessoal. Entrevistou o psicanalista Christian Dunker sobre o valor da atenção: “O acesso às plataformas, no final das contas, não é tão gratuito assim, porque acabamos sendo nós as mercadorias”.

Às vésperas da COP 30, destacamos os vetos de Lula ao PL da Devastação, como ficou conhecido o projeto aprovado pelo Congresso para a Lei Geral do Licenciamento Ambiental. Artigo de pesquisadores da Fiocruz discute “Ecocídio como situação-problema para a saúde coletiva”.

Listamos reportagens de Radis que mostram o acesso a água e saneamento como um direito humano e a relação que têm com a determinação social e ambiental da saúde.

Congresso da Associação Latino-americana de Medicina Social e Saúde Coletiva (Alames), realizado no Rio de Janeiro com o tema “Por Democracia, Direitos Sociais e Saúde: Retomando o Caminho da Determinação Social e da Soberania dos Povos”, discutiu crise climática, capitalismo, desigualdades, ascensão da ultradireita, erosão das democracias, guerras, migrações e outros processos que afetam a saúde global.

À necessidade de mais equidade e descolonização na própria saúde coletiva somaram-se na Carta do Rio, ao final do congresso, a condenação das “expulsões de cidadãos latino-americanos” e do “bloqueio à Cuba” impostos pelos Estados Unidos, assim como o “repúdio ao genocídio praticado por Israel”. O documento da Alames declara solidariedade aos povos cubano e palestino e reafirma a “defesa incondicional e inegociável da vida humana”.

Ironicamente, mas não por acaso, a saúde global está na mira da ultradireita estadunidense. Um dos alvos recentes dos ataques do governo Trump à soberania brasileira é o SUS, mais precisamente o Programa Mais Médicos, que permitiu a interiorização e ampliação da presença de médicos em equipes de saúde do SUS no vasto território nacional.

Da mesma forma, em Gaza, os hospitais e os profissionais de saúde estão na mira do governo sionista israelense, por se colocarem a serviço da saúde e da vida das pessoas feridas em bombardeios, desabamentos e da artilharia do exército israelense, que impõe também a fome e a exposição a doenças como arma de extermínio contra a população palestina.

Ao tomar conhecimento e admirar o compromisso dos profissionais do nosso Samu em salvar vidas, da abnegação e da beleza desse trabalho quase invisível, não tem como não nos reportarmos à crueldade e à perversão do bombardeio sistemático de hospitais e ambulâncias em Gaza, assim como dos assassinatos e aprisionamentos ilegais de centenas de profissionais de saúde, como tem sido constatado por instituições de direitos humanos e pelas Nações Unidas.

Assim como a Alames, Radis reafirma a sua defesa incondicional e inegociável da vida humana e se solidariza com o povo e os profissionais de saúde palestinos.

■ ROGÉRIO LANNES ROCHA, COORDENADOR E EDITOR-CHEFE DO PROGRAMA RADIS

OPINIÃO

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



EPIDEMIA DAS BETS

Temática superimportante e que poucos falam!

Rita Vitória

Parabéns pra *Radis* por abordar um tema tão importante e um problema emergencial a ser enfrentado.

David Soeiro

NÃO AO GASLIGHTING MÉDICO! [RADIS 274]

Eu já passei por isso, sofrendo desde 2014 com crises de pânico. Busquei ajuda médica e simplesmente invalidavam tudo o que eu falava, até que cheguei ao fundo do poço, depressão, síndrome de burnout, e apenas em 2023 fui diagnosticada. Imaginem o tempo que fui invalidada e que adoeci mais ainda devido a péssimos profissionais.

Kellyne Kerme

Pessoas com doenças crônicas, autoimunes, principalmente as ainda desconhecidas, sofrem com isso o tempo todo. Invalidação e minimização de sintomas causam ainda mais dor e sofrimento.

Priscilla Falcão

Que mais profissionais se capacitem sobre comunicação clínica para proporcionar atendimentos qualificados. A Medicina de Família e Comunidade tem muito a ensinar para as outras especialidades médicas.

Leticia Armesto

E se for um diagnóstico grave, difícil ou complicado... sempre digo: busque no mínimo três ou quatro opiniões médicas. Médicos também erram, têm vieses, etc.

Táia Rocha

Parabéns por tratar desse tema tão importante, mas quase nunca abordado.

Natacha Regazzini



FIBROMIALGIA [RADIS 275]

Tive uma grande alegria ao ler a reportagem sobre fibromialgia, por ver pontos significativos da minha pesquisa desenvolvida na COC/Fiocruz. Vitória para os portadores da síndrome e vitória sobre o desconhecimento!

Danielle Souza Fialho

Uma sugestão: fazer reportagem de conscientização assim sobre todas as patologias que contemplam a lei 15.176/2025. Fibromialgia, fadiga crônica (encefalopatia miálgica) e síndrome complexa de dor regional e doenças correlatas. Vejo muitas reportagens falando apenas da fibromialgia, aliás a lei já está sendo chamada de lei da fibromialgia. Mas a fadiga crônica (EM) e a síndrome complexa de dor regional continuam invisibilizadas, mesmo após a lei sancionada.

Ceneida Ferraiuoli

Do fundo do meu coração eu realmente queria que fosse assim. Minha última ida à UBS foi em setembro de 2023, tenho laudos de reumatologista e ortopedista. Como mudei de cidade, fui a UBS para pedir o encaminhamento para dar continuidade ao tratamento; a resposta que eu tive da querida médica: "até eu tô precisando de um reumatologista", disse não ter psicólogo para atender na rede e também não me encaminhou para o ortopedista, ela me receitou paracetamol para dor, e ainda disse da seguinte forma "você sabe que é emocional, né?".

Mércia Mota Oliveira

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

Estágio Supervisionado
Izabelly Nunes

Arte

Eduardo de Oliveira, Felipe
Plauska e Fernanda Andrade

ADMINISTRAÇÃO

Fábio Lucas
Ingridi Maia da Silva
Miguel Vianna

DOCUMENTAÇÃO

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

ASSINATURAS

Assinatura grátis
(sujeita a ampliação)
Periodicidade mensal Impressão
Gráfica RJ Offset
Tiragem 113.200 exemplares

USO DA INFORMAÇÃO

Textos podem ser reproduzidos,
citada a fonte original.



Saúde sai em defesa do Mais Médicos contra ataques de Trump

Após uma escalada de retaliações ao Brasil pelo governo de Donald Trump, com o tarifaço, investigações contra o PIX e sanções contra o ministro Alexandre de Moraes (*Radis* 275), o secretário de Estado dos EUA, Marco Rubio, anunciou (13/8) a revogação dos vistos de brasileiros que participaram da criação do programa Mais Médicos. A ação afetou os sanitaristas Mozart Sales, atual secretário de Atenção Especializada do Ministério da Saúde, e Alberto Kleiman, atual coordenador-geral para a Conferência das Nações Unidas sobre Mudança do Clima (COP30).

A medida não atingiu diretamente o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, que liderou a criação do programa, em 2013, porque seu visto americano venceu em 2024, porém ele fica impedido de obter um novo documento. Contudo, a esposa e sua filha (de apenas 10 anos) foram afetadas e tiveram os vistos cancelados.

A ofensiva de Trump é, principalmente, contra a contratação de médicos cubanos — e faz parte da política de restrição de vistos relacionada a Cuba. O comunicado dos EUA aponta que a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) teria atuado como intermediária para implementar o programa sem seguir os requisitos constitucionais brasileiros, driblando sanções dos EUA à Cuba.

O internacionalismo médico cubano já atuou em 165 países nos últimos 60 anos, com missões que mobilizaram 605 mil médicos, segundo a Carta Capital (20/8). Poucos profissionais desistem das missões e vários se alistam novamente, o que comprova que não existe desinteresse por parte dos profissionais nas missões.

A Associação de Médicos Cubanos no Brasil (Aspromed) criticou a medida e afirmou que ela põe em xeque a própria essência da assistência pública e do direito à saúde, além dos sentimentos de humanismo e solidariedade. De

acordo com a nota (15/8), o Mais Médicos “promoveu a presença de mais de 18.000 médicos em 4.058 municípios de todos os estados brasileiros, bem como nos 34 Distritos Indígenas (DSEI). Esses profissionais realizaram cerca de 63 milhões de atendimentos, fortalecendo e legitimando o maior sistema de saúde do mundo, universal, público e gratuito, o SUS”.

No atual governo Lula, o Mais Médicos sequer é voltado apenas para contratação de médicos cubanos. Segundo dados divulgados pelo Ministério da Saúde (11/8), o programa passou a priorizar profissionais brasileiros — 92,25% dos 24,9 mil médicos ativos são nacionais.

“Estou absolutamente indignado. É um ato covarde que atinge uma criança de dez anos de idade, que atinge a minha esposa”, disse Alexandre Padilha ao canal Globo News (15/8). O ministro afirmou ainda que a criação do programa em 2013 ocorreu após visitar diversos países, inclusive os Estados Unidos, para buscar soluções para a falta de médicos no Brasil.

A Fiocruz também se manifestou (15/8) em defesa dos profissionais atingidos e reforçou o apoio ao Programa Mais Médicos, reafirmando seu compromisso com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Em nota, a instituição declarou que o programa possibilitou tornar realidade o princípio da Constituição brasileira que estabeleceu a responsabilidade do Estado no provimento e na formação de recursos humanos para o SUS.

“As análises sobre os resultados do Programa Mais Médicos deixam claras suas contribuições efetivas para a redução das desigualdades em saúde no Brasil. Uma extensa lista de estudos avaliativos indica que o programa reduziu a escassez de médicos em áreas remotas, além de apontar que os usuários estavam satisfeitos com o atendimento proporcionado pelo programa”, afirma a nota.



MARCELO CAMARGO - AGÊNCIA BRASIL

Bolsa Família reduz mortes por aids em mulheres

O acesso ao programa Bolsa Família ajudou a reduzir o número de casos e mortes por aids em mulheres em situação de vulnerabilidade social. A conclusão é de uma pesquisa da Fiocruz juntamente com a Universidade Federal da Bahia (UFBA). O estudo, publicado na revista *Nature Human Behavior*, integra o projeto DSAIDS – Impacto dos Determinantes Sociais, Transferência de Renda e Atenção Primária à Saúde no HIV/Aids.

Os efeitos são ainda mais significativos entre mulheres que acumulam duas vulnerabilidades sociais, por exemplo o fato de serem pardas ou pretas e viverem em situação de extrema pobreza — a redução foi de 53% na incidência de aids.

O estudo abrangeu 12,3 milhões de mulheres brasileiras, a partir de uma coorte de 100 milhões de brasileiros do Centro de Integração de Dados e Conhecimento para Saúde (Cidacs/Fiocruz Bahia).

NÚMEROS

- Queda de 55% nas mortes de filhas e 43% em relação às mães
- Redução de 47% dos casos entre filhas e 42% entre mães

Teste no SUS para câncer do colo de útero

Uma tecnologia 100% brasileira irá ajudar no rastreamento do câncer de colo do útero no Sistema Único de Saúde (SUS). O teste de biologia molecular DNA-HPV é capaz de detectar 14 genótipos do papilomavírus humano (HPV). A presença do vírus é identificada no organismo antes da ocorrência de lesões ou de câncer em estágios iniciais, mesmo em mulheres que não apresentam sintomas.

Além de maior sensibilidade diagnóstica, o novo teste reduz a necessidade de exames e intervenções desnecessárias, com intervalos maiores entre as coletas quando o resultado der negativo. A tecnologia é produzida pelo Instituto de Biologia Molecular do Paraná (IBMP), em parceria com a Fiocruz, e deve substituir o exame citopatológico, conhecido popularmente como Papanicolau, que passará a ser realizado apenas quando o teste DNA-HPV der positivo.

O novo método será oferecido inicialmente em 12 estados brasileiros, até que a implementação ocorra na rede pública de todo o país, até dezembro de 2026. O teste também permitirá alcançar mulheres em áreas remotas ou onde há menor oferta de serviços em saúde. O HPV é a principal causa do câncer do colo de útero, terceiro tipo mais incidente em mulheres.



SERGIO VELHO JUNIOR - FIOCRUZ BRASILIA

Censo da Força de Trabalho em Saúde

O Ministério da Saúde lançou uma pesquisa que vai mapear os trabalhadores e trabalhadoras do SUS, o Censo da Força de Trabalho em Saúde (CFTS). O projeto-piloto foi iniciado em julho de 2025 no Distrito Federal e no Mato Grosso do Sul e representa o início do estudo que visa reunir dados sobre formação, funções e locais de trabalho dos profissionais de saúde que atuam de forma direta ou indireta no SUS.

Os dados obtidos vão subsidiar políticas públicas de planejamento e de dimensionamento do trabalho em saúde, com informações atualizadas e qualificadas para complementar o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Fiocruz irá incorporar tecnologia das “canetas emagrecedoras”

A Fiocruz, por meio de seu Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos), firmou um acordo com a EMS para iniciar a produção nacional dos ingredientes ativos liraglutida e semaglutida, usados nas chamadas “canetas emagrecedoras” para obesidade e diabetes. A ideia é fazer a transferência de tecnologia para, futuramente, todo o processo ser absorvido pela Fiocruz.

De acordo com Farmanguinhos, a produção inaugura a estratégia da Fundação de se preparar para a produção de medicamentos injetáveis e fortalece o Complexo Econômico-Industrial da Saúde, como noticiou a Agência Brasil (7/8).

Em paralelo, em junho, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec) do SUS abriu consulta pública, encerrada em 30 de junho, para avaliar a incorporação da semaglutida para pacientes com obesidade graus II e III, sem diabetes, com mais de 45 anos e doença cardiovascular. Na análise apresentada à Conitec pela farmacêutica Novo Nordisk, o custo anual por paciente seria de R\$ 34 mil e cada pessoa usaria o medicamento por dois anos. Nesse cenário, o gasto para o SUS em cinco anos seria de R\$ 3,4 bilhões a R\$ 3,9 bilhões.

A Conitec, porém, avaliou diferente. Considerando que a obesidade é uma doença crônica e que a semaglutida seria usada de forma contínua, a comissão calculou que o gasto por paciente seria de R\$ 300 mil e o montante em cinco anos poderia chegar a R\$ 7 bilhões. A avaliação resultou em um parecer preliminar, divulgado em maio, defendendo a não incorporação da medicação, devido aos elevados custos estimados. As contribuições da população e da comunidade médica devem subsidiar o parecer final.



REPRODUÇÃO-PORTAL GELEDÉS

Todes em solidariedade à professora Maria Inês da Silva Barbosa

No fim de julho (30), um ato de resistência da doutora em Saúde Pública pela USP e docente aposentada do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT), Maria Inês da Silva Barbosa, ganhou os noticiários e as redes. O gesto, que recebeu apoio do campo da Saúde Coletiva, foi uma resposta a um ato autoritário e discriminatório do prefeito Abílio Brunini (PL-MT), durante a abertura da 15ª Conferência Municipal de Saúde de Cuiabá.

Na ocasião, a intelectual negra utilizou pronomes neutros em sua palestra de abertura da conferência, quando foi advertida pelo gestor municipal, que desqualificou a fala da professora, informando que “doutrinação ideológica” não seria permitida durante a sua gestão.

“Após a intervenção, a professora argumentou que a Conferência Municipal de Saúde é um espaço de contradição e de diversidade de pensamentos, e que a universalidade — um dos princípios do SUS —, faz parte de uma política de Estado e, portanto, inclui todos, todas e todes. Assim dito, retirou-se do recinto”, narrou a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) em nota de repúdio ao ato racista e de solidariedade à docente. Leia: <https://bit.ly/notaabrascomariainesbarbosa>.



CAROLINA RUDAH - ISTOCK

O que muda com os vetos de Lula ao PL da Devastação

A nova Lei Geral do Licenciamento Ambiental (Lei 15.190), conhecida antes como PL da Devastação (PL 2.159/2021), foi sancionada (8/8) pelo presidente Lula, mas 63 dos quase 400 dispositivos aprovados pelo Congresso foram vetados. Segundo o governo, a medida visa proteger o meio ambiente, garantir segurança jurídica a empreendimentos e assegurar os direitos das comunidades, ao mesmo tempo em que acelera o licenciamento. A ministra do Meio Ambiente, Marina Silva, declarou que a prioridade foi vetar pontos estratégicos para preservar a participação de povos tradicionais, como indígenas e quilombolas.

Ambientalistas e movimentos sociais defendiam o veto total ao texto por representar “uma tragédia para nossa política ambiental”, como *Radis* vinha mostrando (273 e 275). Já entidades ruralistas e ligadas à mineração pediam a sanção integral do PL.

Dos 63 vetos, 26 são simples e 37 terão redações alternativas apresentadas pelo governo. Um dos principais diz respeito à Licença por Adesão e Compromisso (LAC), que permite que empreendimentos sejam liberados de forma automática, somente com uma autodeclaração. O governo manteve a permissão para empreendimentos de baixo potencial poluidor, excluindo atividades de médio potencial.

Também em relação à Licença Ambiental Especial (LAE), criada para acelerar empreendimentos do próprio governo, houve mudanças: Lula manteve a criação dessa nova modalidade, mas vetou o modelo monofásico que previa a emissão de todas as licenças de uma só vez.

Outro veto diz respeito à proposta que retirava o regime de proteção especial previsto na Lei da Mata Atlântica, considerada patrimônio nacional. Além disso, foram vetados dispositivos que restringiam consulta aos órgãos responsáveis pela proteção de populações indígenas e quilombolas.

Como noticiou o portal Sumaúma (20/8), a decisão política sobre os vetos está longe de encerrar o debate sobre a nova lei. O Congresso pode derrubar alguns vetos, no prazo de 30 dias, em sessão conjunta do Senado e da Câmara, desde que haja maioria absoluta — 257 votos de deputados e 41 de senadores. O governo também enviará ao Congresso um novo projeto de lei, com urgência constitucional, propondo redações ajustadas para pontos essenciais, com a ideia de evitar lacunas regulatórias e insegurança jurídica.

■ [Leia mais sobre as mudanças no site de Radis](#)



EDILSON DANTAS - AGÊNCIA O GLOBO

Crise da hospedagem a 100 dias da COP

A COP 30, que acontece em Belém, no Pará, entre 10 e 21 de novembro de 2025, enfrenta uma crise logística motivada pelos preços abusivos das hospedagens. Representantes de 25 países, preocupados com a falta de acomodação adequada e acessível, emitiram uma carta à ONU alertando que os preços inviabilizam sua participação, informou a Folha de S.Paulo (1/8).

Como resposta, o governo federal lançou no início de agosto uma plataforma oficial de hospedagem com preços fixos em hotéis, imóveis e navios, além de oferecer subsídios especiais para os países que recebem diárias limitadas da ONU. Em entrevista ao G1 (5/8), a consultora internacional Vanessa Robinson, que tem ajudado delegações estrangeiras a encontrar hospedagem, diz que a plataforma não tem sido útil, já que os preços continuam altos. “Faltou um diálogo com a comunidade, se o governo precisava tanto dessas casas, sobre o que o evento significa. A importância dele para a população depois”, explica.



Epidemiologia premiada

O livro “Epidemiologia no Pós-Pandemia: de ciência tímida a ciência emergente”, de Naomar de Almeida Filho, venceu o Prêmio Jabuti Acadêmico 2025, na categoria Enfermagem, Farmácia, Saúde Coletiva e Serviço Social. Publicada pela Editora Fiocruz, a obra propõe uma abordagem crítica da epidemiologia no contexto pós-covid-19.

O autor revisita conceitos como risco, causalidade e desigualdades em saúde e introduz a “etnoepidemiologia”, uma perspectiva que articula saberes biomoleculares, sociais e culturais. O texto enfatiza que a epidemiologia deve ir além da análise de dados e integrar as dimensões sociais e históricas que moldam a saúde, defendendo uma disciplina audaciosa, transdisciplinar e socialmente comprometida.

Adultização infantil: pano de fundo de uma discussão muito mais complexa

A Câmara dos Deputados aprovou, de forma simbólica, em 20 de agosto, o Projeto de Lei (nº 2628/2022) que estabelece regras para proteção e prevenção de crimes contra crianças e adolescentes em ambientes digitais.

O chamado PL contra a “adultização” de crianças foi aprovado em regime de urgência, após ampla repercussão de vídeo publicado pelo influenciador Felipe Bressanim Pereira, conhecido como Felca (9/8). Suas denúncias contra os riscos da exposição infantil foram centralizadas principalmente em outro influenciador, Hytalo Santos, que ganhou milhões de seguidores nas redes sociais reunindo adolescentes em uma casa e compartilhando sua rotina.

“A tragédia moral exposta por Felca foi importante para sacudir a opinião pública, mas as suas denúncias não são novidade”, enfatiza a jornalista Mariliz Pereira Jorge no canal “De Tédio A Gente Não Morre”. Ela alerta ainda que dezenas de outros problemas “são ignorados todos os dias pela maioria das pessoas”. Mariliz lembra que os próprios pais alimentam, sem consciência, as redes

de pedofilia na internet ao publicarem inocentemente conteúdos dos filhos nas redes.

A jornalista Milly Lacombe, em seu perfil no Instagram, afirmou que o debate não pode se restringir às normas punitivas. Ela ressalta que a maioria dos casos de estupro de crianças acontece dentro de casa. De acordo com dados do Ministério da Saúde, 57 crianças, entre 10 e 14 anos, dão à luz por dia no país. “A casa é o lugar menos seguro para nossas crianças. São crimes cometidos por tios, amigos dos pais, pais, padrastos, conhecidos”, aponta.

A jornalista lembra que a sociedade brasileira precisa discutir a cultura que sexualiza o corpo de crianças, a escala de trabalho 6x1 que afasta os responsáveis de seus lares e tantas outras pautas que afetam a educação. “Como a mãe que trabalha em dois ou três turnos para trazer comida pra casa vai ter tempo de monitorar o que a criança vê na internet? A saída não é individual, a saída não é familiar, a saída é social”.



CHAMA O SAMU!

Radis acompanha a rotina de uma equipe de atendimento pré-hospitalar do Serviço de Atendimento Móvel



ADRIANO DE LAVOR

Segunda-feira, 21 de julho de 2025. O relógio marca 7h40 e já estão a postos médico, enfermeira, técnica em enfermagem e motoristas. Todos uniformizados, aguardando o primeiro chamado do plantão, que começou às 7h da manhã e se estenderá até às 7h da manhã do dia seguinte. *Radis* acompanhou de perto um dia na rotina de uma das equipes de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) que atua na cidade do Rio de Janeiro.

A proposta era entender o que acontece entre o chamado feito para o número 192 e a ação de

socorro, mostrando quem são os profissionais que atuam nessas missões, bem como expondo os desafios enfrentados pelo atendimento de urgência e emergência oferecido pelo SUS, hoje presente em 4.143 municípios brasileiros.

O relato a seguir revela curiosidades sobre o cotidiano de profissionais que não perdem tempo para prestar socorro e estão sempre disponíveis para cuidar de quem precisa, assim como mostra um fluxo de informação e de trabalho sofisticado e eficiente que é a base de um serviço gratuito de cuidado, disponível 24 horas, 7 dias por semana.



A enfermeira Heloísa Helena Santos e o médico João Paulo Chaves de Souza (com a prancheta nas mãos) atendem uma pessoa em situação de rua, no Centro do Rio de Janeiro

URGÊNCIA PARA QUEM PRECISA

Enquanto a equipe que virou a noite não retorna à base descentralizada do Samu, localizada na região central do Rio, os profissionais que vão iniciar o expediente aproveitam para tomar um café, checar as redes sociais, resolver questões pessoais, descansar um pouco mais. O tempo é precioso para estas pessoas, que nas próximas 24 horas estarão integralmente à disposição para atendimentos de urgência e emergência.

São quase 8h da manhã e o cheiro do café recém-passado toma conta do ambiente de uma das bases descentralizadas do Samu na cidade. Estamos na Cidade Nova, no Centro do Rio, onde a base funciona em um conjunto de containers, que dispõe de refeitório, banheiro e beliches para eventuais momentos de descanso da equipe — que são raros.

À mesa, dois condutores conversam e explicam que a equipe que virou a noite ainda está na rua atendendo a uma solicitação que chegou um pouco antes do horário de trabalho acabar. “Aqui é assim: o tempo é corrido e imprevisível”, resume Ridson Rodrigues, 31 anos.

Hoje condutor do Samu, o ex-porteiro Ridson soube por um amigo, a caminho de um jogo de futebol, que havia uma vaga para motorista. Candidatou-se, foi aprovado, fez curso de socorrista e há quase dois anos percorre as ruas da cidade levando sangue, plasma e outros insumos a unidades de saúde, presídios ou qualquer lugar onde a necessidade seja urgente.

Ao contrário dos colegas, que trabalham em equipe, nas ambulâncias, ele atua sozinho, mas se orgulha da responsabilidade de “carregar” cuidado a quem precisa, mesmo que nem sempre seja visto como integrante do Samu, já que sua atividade não é tão “visível” quanto a dos profissionais que trabalham em ambulâncias [Saiba mais onde atua o Samu na página 16].

SAÚDE MENTAL É DESAFIO

Ridson logo desaparece e corre para atender a um chamado, enquanto a técnica de enfermagem Adriana Jaqueline da Silva Rego, 47 anos, conta que o Samu a ensinou a lidar com a dor dos outros. Casada, mãe de dois filhos, há cinco anos no serviço, ela começou a trabalhar na área graças a uma oportunidade que surgiu durante a pandemia de covid-19. Atuou em um hospital de campanha, qualificou-se em APH e encontrou-se na profissão.

Para ela, a experiência é gratificante, porém desafiadora. “A parte emocional é bem complicada”, diz, lembrando de um atendimento marcante, quando socorreu uma adolescente em surto. A jovem havia quebrado tudo em casa e ameaçava colocar fogo na própria mãe. Mesmo sem tanta experiência na área de saúde mental, ela conseguiu contornar a situação e encaminhar a garota a uma unidade de saúde. “Até hoje penso no que aconteceu depois”, relembra.

Outro desafio elencado por Adriana é o desconhecimento da população em relação aos processos de trabalho de uma equipe do Samu. São 24 horas seguidas de plantão, enfrentando o trânsito caótico do Rio de Janeiro, deparando-se com situações delicadas. Há dias em que não há tempo para descansar ou se alimentar. “Só quem trabalha com isso sabe a realidade”, define, lamentando que muita gente não valorize os serviços oferecidos pelo SUS. “Nem tudo é bom. Mas as pessoas desconhecem inclusive que o Samu é do SUS”, afirma.

O relato de Adriana é acompanhado de perto por Alex dos Santos, 38, que balança a cabeça, afirmativamente. Conductor de ambulância, ele entende exatamente o que ela fala, já que cabe a ele a delicada função de fazer a equipe chegar o mais rápido possível ao local da ocorrência, em uma cidade que detém uma das maiores frotas de veículos do país (segundo o IBGE, mais de 3 milhões, em 2024).

Há quatro anos no volante de uma viatura do Samu — e há 12 conduzindo ambulâncias — Alex advoga que, se as pessoas respeitassem o Código de Trânsito Brasileiro (CTB), seu trabalho seria bem mais fácil. Para ele, maior do que o desafio de estar sempre a postos para uma ocorrência, é lidar com pessoas que fecham o trânsito e não respeitam a prioridade de passagem das ambulâncias. E ensina: “O segredo não é correr; é não parar”.

Alex lembra que é comum entre os demais motoristas a crença de que só devem abrir caminho quando a ambulância está conduzindo uma pessoa. “Não é porque não há ninguém na viatura que a situação não seja de emergência”, avisa, lembrando que também há pressa quando se está indo prestar socorro. Segredo para um bom plantão? “Paciência”, diz ele. Casado, pai de dois filhos, ele conta já ter visto muita coisa ruim, mas revela que acidente com criança é algo que não consegue esquecer: “Quebra a gente, né?”

TRAUMAS SÃO SEMPRE SURPRESAS

Situações envolvendo crianças são mesmo desafiadoras, corrobora a enfermeira Heloísa Helena de Oliveira Santos, 46 anos. Ela também é mãe e sempre “se coloca no lugar da outra”, quando o chamado envolve os pequenos. Manejar a situação, segundo ela, é mais difícil, porém contornável. Sua formação talvez facilite a condução.

Além da pós-graduação em urgência e emergência, Heloísa também fez residência em saúde mental e atuou em uma emergência psiquiátrica, em Nova Iguaçu, município da Baixada Fluminense. Esteve no Samu de Nilópolis, durante cinco anos, e está há dois no Rio. Hoje cursa o 8º período de medicina, na Unigranrio, em Duque de Caxias, também na Baixada. O investimento na formação confere um olhar diferenciado para sua atuação nas ruas.

Em primeiro lugar, ela diz ter consciência de que a população, quando chama um socorrista, também espera um psicólogo. Além disso, ela sempre toma cuidado para proteger o paciente (e a equipe) de exposições desnecessárias e possíveis ânimos exaltados. Para isso, segue o protocolo de tirar o

paciente de cena, colocá-lo na ambulância e atendê-lo com as portas fechadas, mesmo que seja algo leve. Isso evita, segundo ela, a produção de fotos e filmagens e garante a segurança de todos. Familiares e curiosos, portanto, ficam do lado de fora, enquanto a equipe “regula” o paciente no interior do veículo.

Outro ponto destacado por Heloísa é o cuidado em conduzir o atendimento pensando sempre no “depois”. Ela se refere a eventos com desfechos desfavoráveis, como mortes, que sempre geram sentimentos de raiva e revolta. “O Samu é sempre o primeiro culpado”, explica, o que exige calma e um trabalho de excelência.

“O foco é o paciente. Às vezes, é um procedimento simples, mas para quem nos chama é sempre uma situação de desespero”, explica. É por isso que ela considera os acidentes mais desafiadores. Para além de sua experiência na área de saúde mental, a enfermeira considera que os traumas são sempre surpresas, já que nem sempre o que diz o solicitante, quando liga para o Samu, corresponde exatamente à situação real.

Em outra via, Heloísa destaca o retorno positivo recebido no atendimento de urgência e emergência em vias públicas ou mesmo em residências. Ver uma pessoa recuperada ou escutar “ainda bem que vocês chegaram”, para ela, é uma retribuição que compensa todos os esforços empreendidos e a estimula a estar sempre preparada para uma nova situação.

MOVIDOS À ADRENALINA

No momento em que Heloísa pede licença para fazer o checklist na viatura que irá trabalhar (uma ambulância avançada), a equipe do plantão anterior retorna à base. São 9h da manhã e a médica responsável pela ambulância avançada permanece no veículo, já estacionado no pátio da base, onde preenche dados do último atendimento.

Visivelmente cansada, Paula Pruche, 32 anos, conta à *Radis* que foram chamados às 7h da manhã daquele dia para atender um homem em uma estação de metrô, que se queixava de dor torácica e enjoo. O quadro acabou se revelando uma crise de labirintite, conta a médica, explicando que a



A enfermeira Heloísa Helena e a técnica de enfermagem Adriana Rego; a médica Paula Pruche; e o condutor Alex dos Santos: experiência a serviço do Samu



EDUARDO DE OLIVEIRA

Duas ambulâncias estacionadas em uma das 40 bases descentralizadas do Samu RJ

demora se deu porque ela queria garantir que estava tudo bem com o paciente antes de deixá-lo. “A gente tenta resolver o máximo possível no local, para evitar levar a pessoa a uma unidade de saúde [em um deslocamento sem necessidade]”.

O seu plantão, no entanto, não foi leve. Por volta das 3h da tarde do dia anterior, o chamado a levou a uma ocorrência em que vizinhos relatavam mau cheiro. Chegando ao local, constataram que havia um homem falecido, já em estado de decomposição. A equipe acionou a polícia para que tomasse as providências. Mortes são comuns, diz Paula, mas o pior é quando ela acontece durante o atendimento. “Perder um paciente quando a gente faz tudo é muito ruim”, revela.

Formada há sete anos, a médica conta que sempre gostou do ritmo intenso da profissão. “Eu nem sempre descanso”, diz, contando que houve momentos em que chegou a trabalhar em seis hospitais. Paula atuou um tempo em terapia intensiva, mas a “adrenalina” presente nas ações de urgência e emergência sempre a atraiu, talvez inspirada na rotina de sua mãe, que também é médica.

Entre os desafios de sua atuação, ela destaca casos mais complicados, como acidente vascular cerebral hemorrágico (AVCH) ou traumatismo crânioencefálico (TCE), quando o paciente, em muitos casos, não tem como se comunicar; e as emergências psiquiátricas, dada a imprevisibilidade de comportamento da vítima. Ainda é preciso lidar com os trotes e a curiosidade das pessoas, que muitas vezes atrapalham o atendimento.

João Paulo Chaves de Souza, 37 anos, concorda com a colega sobre a escolha da atividade profissional. Clínico geral, o goiano atua desde 2020 no Samu, “muito mais pela agilidade do serviço do que pela oportunidade”, confidencia, enquanto se prepara para o dia de trabalho. “Não tem monotonia, tem adrenalina”, diz o médico, explicando que sua atividade depende do que chega via rádio operador. Pode ser um código amarelo, o que significa emergência média,

pode ser um vermelho, quando anuncia uma ameaça à vida iminente.

Ele explica que as informações chegam da central de regulação — que funciona em um prédio anexo da Secretaria de Estado da Saúde — até os profissionais via tablet, onde estão todos os dados prévios necessários para o atendimento: queixa principal do solicitante, perfil da vítima, localização da ocorrência, gravidade da situação. Para João Paulo, o mais difícil é lidar com situações em que o paciente está inconsciente ou é necessário fazer uma entubação.

O médico conta um caso em que conseguiu reverter uma parada cardiorespiratória (PCR) em um paciente de 70 anos. “Conseguimos levá-lo com vida a uma unidade de saúde”, diz, já com o olho no tablet, onde entra a primeira chamada do dia, às 9h52min.

PRIMEIRO ATENDIMENTO

A ocorrência é na Praça da Cruz Vermelha, que fica próxima à base. A equipe rapidamente se prepara e logo se dirige ao endereço, driblando carros, motos e transeuntes. Radis acompanha o trabalho em uma ambulância avançada até a chegada ao local, poucos minutos depois. A princípio, é difícil localizar onde está a vítima. Uma ligação para a regulação e se descobre que é um homem em situação de rua.

João Paulo explica que acontece, em alguns casos, de a pessoa que necessita de atendimento não esperar a chegada da equipe, principalmente se é alguém com problemas relacionados à Justiça. “Eles têm medo de serem enquadrados”, explica o médico. Não é o caso. O senhor, sentado à porta de um prédio, reclama de fraqueza, enquanto Heloísa afere sua pressão e confere sinais vitais. Tudo parece em ordem, mas ele é encaminhado à ambulância, seguindo o protocolo. Antes de entrar na viatura, ele demonstra dificuldade para caminhar, e é amparado pelos profissionais. “É cachaça!”, grita um transeunte. Acolhido na viatura, as portas se fecham.

Às 10h57min, de volta à base descentralizada, a equipe relata à reportagem que o problema do senhor atendido “era mais de assistência social do que de saúde”, define Heloísa. João Paulo relata que o paciente foi hidratado e medicado; com a remissão total dos sintomas, foi liberado e orientado a procurar uma clínica da família. A aparente fraqueza, supõe, pode ser resultado do abuso de drogas, relatado pelo próprio paciente, ele informa.

Para o médico, o caso é exemplar de como a comunicação é importante no processo de trabalho do Samu. A chamada que originou o atendimento relatava uma queda — que, verificou-se, aconteceu um dia antes do chamado. “Isso acontece com frequência e muitas vezes atrapalha o nosso trabalho”, diz, sugerindo que no futuro possam ser implementadas videochamadas, o que segundo ele, ajudaria.

Enquanto a equipe preenche formulários e conversa com *Radis*, chega à base uma ambulância básica, vinda de um chamado similar, nas proximidades do Morro da Mangueira, na Zona Norte do Rio. Aproveitando o tempo “livre”, um grupo se movimenta para almoçar, em um restaurante próximo. Antes mesmo de fazerem o pedido, no entanto, um novo chamado chega ao tablet e a refeição é frustrada. “Acontece”, resigna-se João Paulo. São 11h27min.

SEGUNDO ATENDIMENTO

O chamado é mais uma vez para atender a uma queda, no bairro do Humaitá, na Zona Sul do Rio. “Alguém que estava a caminho da academia”, diz Heloísa. “Chegar lá, neste horário, vai ser um desafio”, prevejo; “O trânsito pra gente é diferente”, explica o condutor Felipe Torres Baptista, 39 anos. Ele tem razão. Apesar do horário, no mês de julho há menor movimentação de carros na cidade, por conta das férias escolares. Dentro da ambulância, não se ouve tão alto o barulho da sirene ligada, que ajuda a abrir caminho.

No trajeto, alguns veículos reduzem a velocidade, outros parecem perdidos sem saber para que lado irão.

Alguns motoristas se recusam a mudar o itinerário, pedestres curiosos tentam ver o que há dentro da ambulância. Nove minutos depois, a ambulância sobe a rua de paralelepídeos e logo uma moça começa a acenar. “Fui eu que chamei vocês. É uma senhora idosa, deve ter por volta de 70 anos. Eu estava a caminho da academia e a encontrei caída na calçada, um pouco desorientada, sangrando”, relata preocupada a atriz Júlia Horta.

A senhora, sentada em um dos degraus da calçada, parece calma, apesar do sangramento visível na testa. Logo ela é encaminhada para dentro da ambulância, que novamente fecha as portas. Felipe tranquiliza Júlia de que este é o protocolo. “Vai ficar tudo bem”, diz.

Ela manifesta preocupação sobre o tempo de atendimento, relatando ter demorado “até conseguir falar com o primeiro médico”, na regulação primária [Entenda como funciona o fluxo de atendimento do Samu na página 16]. Mesmo assim, mostra-se aliviada e agradecida. E surpresa, ao ser informada que o Samu faz parte do SUS.

A presença da ambulância logo chama a atenção. “Um rapaz que fazia entregas aqui perto também tentou chamar o Samu”, comenta um rapaz, de uma das janelas da vizinhança. “Esta senhora é uma das moradoras mais antigas da rua. Ela tem 92 anos e mora só. Ela é muito independente”, diz à reportagem o administrador de empresas Patrício Valle, também morador da região. Ele elogia o trabalho da equipe de socorro e diz se orgulhar de o país ter “o melhor sistema de saúde pública do mundo”.

Ao fim do atendimento, a equipe de *Radis* volta à base descentralizada, no Centro do Rio, onde é informada que a senhora, na verdade, tinha 91 anos — o que confirma a fragilidade da informação recebida pela equipe de atendimento (ela também não estava a caminho da academia, mas sim a moça que fez o chamado). Também somos informados que ela foi levada, após os cuidados imediatos, ao hospital Miguel Couto, também localizado na Zona Sul, e que de lá a equipe seguiu para outro atendimento. O almoço ficou para muito depois — como na maioria das



No bairro do Humaitá, o condutor Alex posiciona uma paciente dentro da viatura, onde ocorrem os primeiros procedimentos



No Rio de Janeiro, a coronel Bárbara Alcântara recebe a *Radis* ao lado de parte da equipe da Central de Regulação do Samu RJ: da esquerda para a direita, Renato França, Reinaldo Leal, Luis Sérgio e José Alberto Gontijo

POR DENTRO DO SAMU

Cena comum em qualquer grande cidade brasileira: sirene em alto volume, luz do giroflex refletindo em prédios, veículos parando abruptamente, ciclistas e olhos atentos até a ambulância passar. Está em ação mais uma equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192). Todo mundo conhece ou já ouviu falar, muita gente logo pensa em acionar uma de suas equipes quando se vê na iminência de risco ou de alguma emergência. Mas a maioria desconhece como realmente funciona.

Quando chamar (e quando não chamar) o Samu? Quem são os profissionais que atuam no atendimento? O serviço é prestado pelo estado ou pelo município? Faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS)? É gratuito? Como funciona o atendimento? Qual a diferença para o serviço prestado pelo Corpo de Bombeiros? *Radis* visitou a sede administrativa do Samu da cidade do Rio de Janeiro e acompanhou uma de suas equipes de atendimento pré-hospitalar móvel, em julho de 2025. As informações do relato a seguir partem da experiência na capital carioca, certamente úteis para quando você ligar para o número 192.

SUS NO MENOR TEMPO POSSÍVEL

O Samu integra a rede de Urgências e Emergências (RUE) regulamentada pela Política Nacional de Atenção às Urgências do Ministério da Saúde (MS), prestando assistência pré-hospitalar móvel. É um serviço do SUS, gratuito, hoje presente em 4.143 municípios brasileiros. Funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana, e se caracteriza pela “busca precoce da vítima após a ocorrência de um incidente que afete sua saúde, seja de natureza clínica, cirúrgica, traumática ou psiquiátrica”, informa o MS. Parte da constatação de que atendimento e transporte adequados evitam o agravamento da condição da vítima, minimizam o sofrimento, previnem sequelas e evitam óbitos.

A ligação para o Samu 192 é gratuita para qualquer telefone. Na central de regulação, atendentes coletam as primeiras informações sobre as vítimas, identificando dados pessoais, idade aproximada, o motivo da urgência e, principalmente, o endereço, que é confirmado por meio do sistema de georreferenciamento. Eles registram a emergência e encaminham a solicitação aos médicos reguladores, que

orientam o solicitante e decidem a ação de socorro que virá a seguir. Se avaliarem necessário, direcionam uma unidade móvel para o local — ambulância, motolância, ambulância ou aeromédicos, conforme a necessidade e a disponibilidade de cada lugar — no menor tempo possível. No Rio de Janeiro, o serviço não dispõe de ambulância e nem aeromédico que faça atendimento primário pela aeronave.

Para isso, as viaturas são distribuídas na cidade de modo a otimizar o tempo-resposta entre os chamados da população e o encaminhamento aos serviços hospitalares de referência. Quando chegam ao local solicitado, os profissionais realizam a avaliação clínica da vítima e entram em contato com o médico da Central de Regulação, que define se o paciente será removido ou não, e para qual unidade de saúde de referência mais próxima ele deverá ser encaminhado, caso necessário. Apesar de um rigoroso protocolo, o atendimento pode apresentar pequenas variações, de acordo com os contextos da cidade onde opera, esclarece o enfermeiro Renato França da Silva, integrante do núcleo de qualidade do Samu RJ e um dos guias da visita de *Radis* à sede operacional do serviço [Veja o fluxo de atendimento no quadro das páginas 16 e 17].

Criado e instituído oficialmente no Brasil em 2004 pelo Decreto nº 5.055, o Samu tem financiamento e gestão compartilhados entre governo federal, estados e municípios. Na cidade do Rio de Janeiro, a gestão está a cargo da Secretaria de Estado de Saúde (SES), via Fundação Saúde, desde setembro de 2020. É na sede da Secretaria, localizada no bairro do Rio Comprido, Zona Central da cidade, que a enfermeira Bárbara Alcântara, coordenadora geral do serviço, recebe a reportagem de *Radis*.

Na coordenação do Samu RJ desde 2024, Bárbara trabalha no serviço desde 2016. Coronel do Corpo de Bombeiros, ela está à frente de uma equipe de 2.300 profissionais, de diferentes áreas e formações, que coordenam o atendimento na



capital carioca — e que têm a sua disposição 73 ambulâncias, 30 motolâncias e uma aeronave, que realiza o transporte inter-hospitalar (TIH), em cooperação com a superintendência de operações aéreas da SES.

Ela explica que as ambulâncias se dividem de acordo com sua capacidade de resposta aos diferentes níveis de complexidade do paciente. As unidades de suporte básico (USB) atendem pacientes de baixa complexidade, com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino.



ENTENDA O FUNCIONAMENTO DO SAMU

O que acontece quando você liga para o 192



O usuário solicita atendimento ligando para o número 192



A ligação é recebida na central de regulação do atendimento pré-hospitalar (APH) por um(a) telefonista auxiliar de regulação médica (Tarm), que gera uma solicitação de atendimento



O Tarm coleta informações iniciais (queixa principal, local em que o solicitante se encontra etc), certifica-se de que não é um trote e encaminha a ligação para a regulação primária



A médica Simone Alves é uma das profissionais que atua na Central de Regulação do Samu RJ: “Intervir na hora certa” é o objetivo

Neste caso, elas operam com um técnico de enfermagem e um condutor socorrista. As USBs também podem ser tripuladas por enfermeiros, quando atendem pacientes de média complexidade, quando estão habilitadas a realizar intervenções intermediárias e avançadas conforme protocolos definidos pela instituição.

Já as unidades de suporte avançado (USA) atendem pacientes de alta complexidade, que necessitam de cuidados médicos intensivos, com recursos para intervenções de suporte avançado de vida, explica Bárbara. Estas viaturas são tripuladas por um médico, um enfermeiro e um condutor socorrista. As motolâncias,

por sua vez, operam sempre em duplas: Uma moto tripulada por um enfermeiro, outra por um técnico de enfermagem. Segundo a coordenadora, elas têm o objetivo de acessar mais rapidamente pacientes de média e alta complexidade, sendo capazes de realizar intervenções intermediárias e avançadas, também de acordo com os protocolos já definidos.

As viaturas de socorro são distribuídas estrategicamente em 40 bases descentralizadas, localizadas em diferentes regiões da cidade. Este é apenas um dos desafios que se coloca para a profissional, responsável pela condução de um serviço de urgência que atende uma população que ultrapassa seis milhões de habitantes, segundo o último Censo do IBGE, em que algumas regiões são zonas conflagradas pela violência [Leia entrevista no site de *Radis*].

REGULAÇÃO E TROTES

Bárbara recebe *Radis* no prédio onde funciona a central de regulação do Atendimento Pré-Hospitalar (APH) e do Transporte Inter Hospitalar (TIH) e são tomadas as decisões que conduzem os atendimentos realizados pelas equipes que atuam diretamente no socorro às vítimas. É neste ambiente em que atuam os telefonistas auxiliares de regulação médica (Tarm), primeiro elo de comunicação entre a população e o Samu.

São eles que recebem as quase 2 mil ligações diárias solicitando atendimento, informa Renato Gama, gerente administrativo do Samu RJ. O fluxo de atendimento, esclarece, varia de acordo com muitos fatores, como a ocorrência de um grande evento na cidade, ou mesmo o horário do dia. Segundo ele, em média, o APH, no Rio, contabiliza cerca de 18.598 atendimentos por mês. Para dar conta da demanda, há em média 15 atendentes trabalhando a cada plantão, em turnos de seis horas. Os intervalos de descanso seguem a regulamentação.



O médico regulador verifica a situação clínica, classifica a gravidade e define a necessidade (ou não) de enviar uma Unidade de Suporte Básico (USB) ou a Unidade de Suporte Avançado (USA) ao local



As informações disponíveis no sistema chegam ao rádio operador, que identifica no sistema as ambulâncias disponíveis naquela área da cidade



O rádio operador encaminha a solicitação à ambulância indicada pelo médico regulador que está mais próxima da ocorrência



Em uma das bases descentralizadas, a equipe da ambulância recebe a solicitação via tablet com as informações preliminares sobre o evento



A equipe se desloca até o local indicado, presta atendimento à vítima e entra em contato com a regulação secundária



Em viaturas em que há apenas técnicos de enfermagem ou enfermeiros, os médicos reguladores orientam e prescrevem as intervenções necessárias — inclusive encaminhamento do paciente para uma unidade de saúde.

EMPATIA E CONHECIMENTO

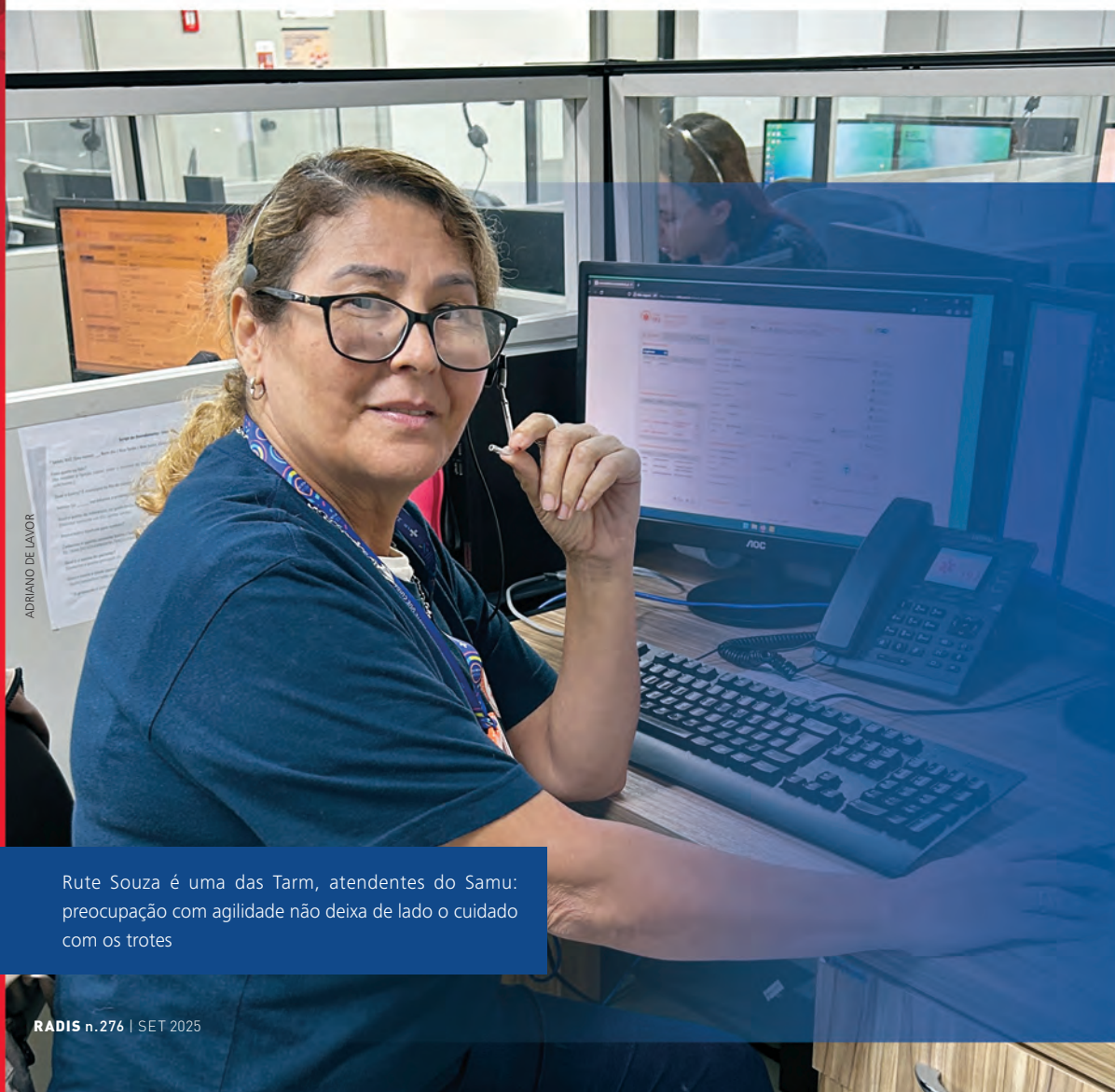
O descanso é importante, porque o trabalho não é fácil. Além do alto número de ligações e do estresse causado pela situação de urgência, os Tarm também funcionam como primeiros “filtros”, para tentar identificar se a solicitação é real ou um trote. A preocupação não é à toa. Das 676.350 mil ligações feitas para o Samu RJ em 2024, aproximadamente 4,6% eram ligações falsas — ou seja, mais de 31 mil eram trotes, conta Bárbara à *Radis*. Gama explica que os Tarm passam por um treinamento que, entre outras habilidades, oferece “script” de atendimento preparado para detectar rapidamente uma ligação falsa. Geralmente, os profissionais identificam trotes em menos de 1 minuto. Mesmo assim, há os que passam, lamenta Rute Souza, uma das Tarm de plantão, no momento da reportagem, na tarde de uma terça-feira.

Ela conta que nos nove meses que está na função já identificou trotes, mas destaca a oportunidade de vivenciar empatia. “É um desafio para nós lidarmos com tudo isso, mas também é uma atividade muito gratificante”, diz. Rute lembra quando atendeu a

ligação de uma criança, que relatou que a mãe estava desmaiada. A partir das orientações da atendente, a menina conseguiu chamar um vizinho, que passou as informações precisas para a regulação — o que permitiu que uma equipe do Samu chegasse até o local da ocorrência.

Aposentada do mercado de planos de saúde, Rute conta que o novo trabalho a estimulou na volta aos estudos e diz usar sua experiência no Samu em muitos trabalhos de extensão que produz no curso de gestão hospitalar. Ela recomenda, no entanto, atenção com a saúde mental: “Tem que estar em dia”. A atendente relata que escuta de tudo: trotes, surtos, gente que quer conversar, pessoas que ameaçam se matar. “Nossa missão é acalmar a pessoa e reunir os dados rapidamente para que o médico regulador tome a melhor decisão. Afinal, somos um canal de urgência”, assinala.

Rute não está sozinha. Além de outros Tarm e seus respectivos supervisores, trabalham no mesmo andar médicos reguladores, supervisores de área, profissionais de serviço social e rádio-operadores. Profissionais do mesmo setor se sentam próximos, divididos em baias individuais. Em cada uma delas, um monitor interligado



Rute Souza é uma das Tarm, atendentes do Samu: preocupação com agilidade não deixa de lado o cuidado com os trotes

a um sistema. O clima de urgência é explícito, embora o ambiente seja surpreendentemente silencioso.

Além dos monitores individuais, os profissionais também têm à disposição grandes telas, nas paredes, onde estão informações on-line sobre os atendimentos em curso, a localização das ambulâncias, além de estatísticas diversas. Renato França destaca que as informações dispostas, além de orientarem as decisões tomadas, também geram dados epidemiológicos. Um de seus propósitos é estimular os colegas a registrarem sua prática como conhecimento científico. “Essa é uma maneira de tornar mais visível o trabalho do Samu e do próprio SUS”, justifica.

REGULAÇÃO E AGILIDADE

Alheia à conversa, de olho na tela a sua frente, a médica Simone Alves finaliza um atendimento e traz à pauta a importância da regulação no processo de atenção às urgências. “É intervir na hora certa”, resume, com a experiência de quem também já trabalhou na ponta, como socorrista. Geriatra, ela contextualiza o que defende: Há muitos idosos que ligam para o Samu,

indecisos em relação a medicações prescritas. “É necessário ter precisão e dar a orientação certa”, preconiza.

Há cerca de sete anos trabalhando com urgências, Simone está há três anos no Samu RJ, mas também atuou no serviço em São Gonçalo (RJ) e no Paraná. Também pediatra, sua lembrança mais marcante vem do interior do Rio, quando trabalhava em ambulância e atendeu a um chamado de um parto prematuro. O lugar era íngreme, até hoje ela não sabe como conseguiu chegar até à puérpera, diz, mas conseguiu trazer o bebê ao mundo e levá-lo à maternidade. “Nem sempre a gente encontra de novo com um paciente, mas saber que deu tudo certo, que você fez a sua parte, não tem preço”, justifica.

Simone considera que o Samu é uma parte do SUS que não se vê — “Que se vê, mas não se sabe que é do SUS”, contextualiza — e por isso mesmo celebra ações que promovem a visibilidade do trabalho. O atendimento, a equipe que se desloca à casa de um paciente, a orientação, a conduta, tudo é feito para que se possa deixar a pessoa bem, confortável e feliz. “Para além do que as pessoas enxergam, muita coisa acontece nos bastidores. E isso merece ser mostrado”, afirma. 

QUANDO CHAMAR O SAMU 192 E OS BOMBEIROS 193?



SAMU 192

Urgências como infarto, AVC, queimaduras, tentativas de suicídio, afogamentos, crises convulsivas e outros casos com risco de morte, sequela ou sofrimento intenso

BOMBEIROS 193

Situações como incêndios, desabamentos, salvamentos e acidentes de trânsito com pessoas presas às ferragens





O FUTURO DA SAÚDE NA AMÉRICA LATINA

CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE MEDICINA SOCIAL E SAÚDE COLETIVA
(ALAMES) DEBATE DESAFIOS SOCIAIS E POLÍTICOS LIGADOS À SAÚDE

ADRIANO DE LAVOR, GLAUBER TIBURTINO, LARA SOUZA, LUIZ FELIPE STEVANIM E PAULA PASSOS

De 4 a 8 de agosto de 2025, o Rio de Janeiro se tornou a capital latino-americana da saúde coletiva. Nesse período, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) sediou o 18º Congresso Latino-Americano de Medicina Social e Saúde Coletiva e recebeu mais de dois mil congressistas no campus Maracanã. Sob o mote “Por democracia, direitos sociais e saúde: retomando o caminho da determinação social e da soberania dos povos”, o evento político-acadêmico marcou os 40 anos da Associação Latino-Americana de Medicina Social (Alames) e promoveu debates urgentes para os países da região.

Organizado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), representante da Alames no Brasil, o congresso reafirmou o papel histórico da associação: se na sua fundação, em 1984, a prioridade era fortalecer as democracias recém-saídas de ditaduras na América Latina, hoje a preocupação da Alames e da saúde coletiva recai sobre novas formas de autoritarismo e ameaças de perdas de direitos conquistados.

Carlos Fidelis, presidente do Cebes, destacou à *Radis* a relevância do encontro no contexto atual e defendeu um novo pacto social: “Vivemos em um mundo sem garantia de previdência social e assistência médica para todas as pessoas. Queremos discutir um modelo econômico centrado no bem-estar, que seja intergeracional e garanta o presente e o futuro, com responsabilidade ambiental e justiça social”, afirmou.

Para o médico e sanitarista Jairnilson Paim, professor emérito da Universidade Federal da Bahia (UFBA), a Alames ainda tem como uma de suas missões a defesa da

democracia — agora contra formas mais sutis de subversão. “Hoje, a ameaça não vem apenas de forças militares, mas de dentro das próprias estruturas democráticas”, alertou à *Radis*. Democratizar a saúde vai além do acesso universal, de acordo com ele: “É difundir uma consciência sanitária crítica, que reconheça a determinação social e ambiental dos problemas de saúde”.

Radis mostra algumas discussões que estiveram em pauta no encontro e que impactam o futuro da saúde coletiva na América Latina.

DIREITO À SAÚDE REQUER DESPRIVATIZAÇÃO

Como garantir saúde à população se cada vez mais ela é encarada como um negócio lucrativo por grupos empresariais que abocanham os recursos que seriam destinados ao SUS? Esse é um desafio comum aos países da América Latina, que vivenciam a expansão do setor privado na saúde, inclusive dentro dos próprios sistemas públicos.

A privatização da saúde ocorre por meio da crescente participação e influência do setor privado em atividades e instituições dos sistemas de saúde, apontou Lígia Bahia, médica sanitarista e professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), na mesa “Tensões e riscos ao direito universal à saúde: privatização e financeirização” (6/8). A presença do setor privado vai desde a obtenção de financiamento até a provisão de serviços, incluindo atuação na gestão, organização e contratação da força de trabalho.

“Só é possível ter um sistema universal de saúde se houver um processo de desprivatização”, afirmou Lígia. Segundo a pesquisadora, a chamada financeirização da



saúde é parte do capitalismo atual e penetra todos os âmbitos da vida. Ela explica que a privatização não ocorre apenas de modo explícito, com a expansão do setor privado, mas por diversos mecanismos que envolvem renúncia fiscal, contratação, compras e acordos que extraem recursos que deveriam ser destinados ao sistema público.

O chamado empresariamento da saúde é um fenômeno crescente observado não apenas no Brasil, mas no conjunto dos países da América Latina, como parte da fase atual do capitalismo. Essa tendência passa pelo aumento de fusões e aquisições entre empresas do setor saúde, como hospitais, escolas médicas, planos de saúde, grupos farmacêuticos e as chamadas organizações sociais (OS).

“A privatização tornou-se um poderoso vetor da estratificação do acesso e das coberturas, da fragmentação das redes de serviços e do cuidado em saúde, e da acumulação de capital”, afirma declaração política aprovada na oficina “Desprivatização dos sistemas de saúde da América Latina”, que ocorreu durante o pré-congresso da Alames, nos dias 4 e 5 de agosto. Segundo o documento, ainda há grande distância entre “a realidade de nossos sistemas de saúde e as aspirações democratizantes e socializantes que devem orientar a organização e construção de sistemas universais de saúde”.

As consequências são sentidas pela população, com aumento das desigualdades, a subordinação das necessidades e dos modelos de atenção à lógica de mercado, a fragilização do setor público e das capacidades estatais e a inviabilização de políticas universais,

solidárias e redistributivas, afirmaram os participantes reunidos no encontro.

É por essa razão que, na contramão da tendência de empresariamento, Lígia Bahia e outros debatedores defendem a chamada desprivatização, ou seja, um movimento contrário, de fortalecimento do Estado como garantidor do direito à saúde, como está na Constituição de 1988. Tal guinada a favor da saúde como direito universal só é possível com participação popular e com medidas como a delimitação do papel dos agentes privados no setor, revertendo a apropriação privada de recursos e a influência do mercado.

Na visão de Rosa Maria Marques, economista e professora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), o capitalismo nega a universalidade da saúde. “A universalidade está vinculada a uma questão de cidadania”, declarou. Ela pontuou que a afirmação da saúde como direito universal e dever do Estado, na Constituição de 1988, resultou de um contexto histórico muito particular em que as lutas sociais possibilitaram reverter a compreensão da saúde como negócio.

“Nós construímos o SUS sem dispor dos recursos necessários. Começamos com o subfinanciamento que depois virou desfinanciamento”, ressaltou. Rosa Marques citou o desafio da austeridade fiscal, que segundo ela foi “alçada à política de Estado”, por meio da redução dos investimentos públicos em políticas sociais para favorecer a obtenção de superávit primário. De acordo com ela, os exemplos vão desde a Emenda Constitucional nº 95 (EC 95), conhecida como “Teto de Gastos”, aprovada em 2016 durante o governo Temer, até o atual arcabouço fiscal. (L.F.S)



DIVULGAÇÃO/CEBES



DIVULGAÇÃO/CEBES

Carlos Fidelis, presidente do Cebes, e Jairnilson Paim, professor emérito da Universidade Federal da Bahia (UFBA), participaram do 18º Congresso da Alames

DIREITO AO TRABALHO DIGNO

O trabalho organiza nossas vidas. Vivemos em torno de suas exigências para conseguir fechar as contas no fim do mês. Mas e se a lógica fosse outra? Essa foi a proposta que o professor da Universidade Nacional da Colômbia, Mauricio Tovar, trouxe à mesa “Trabalho, dignidade, saúde e direitos” (6/8).

“Hoje o trabalho é o organizador fundamental da vida, definindo os tempos individuais e coletivos”, disse. Para Mauricio, o trabalho deve ser visto como categoria central da determinação social da saúde. “A preservação e a melhoria da saúde e da vida no trabalho constituem um aspecto central da dignidade humana e, portanto, a saúde e o trabalho devem ser considerados direitos humanos”, pontuou.

Com a pandemia de covid-19, o desequilíbrio no mundo do trabalho se tornou mais evidente. “Cresceu a informalidade, mais teletrabalho e trabalho remoto, maior intensificação das jornadas laborais, incluindo o trabalho doméstico”, afirmou o professor. De acordo com ele, vivemos um cenário de instabilidade, com maior terceirização, “uberização” e perda do tecido organizativo social.

A mesa também contou com a participação de Luiz Carlos Fadel, membro do Conselho Consultivo do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), e Susana Muñiz, secretária nacional de cuidados no Ministério de Desenvolvimento Social do Uruguai.

Luiz Fadel reafirmou a importância de compreender a saúde do trabalhador como direito humano, propondo uma mudança profunda e radical na legislação que trata do assunto. “A cada três horas e meia, um trabalhador formalizado morre no Brasil”, disse, citando pesquisa realizada pelo Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho e pelo Smartlab de Trabalho Decente, uma parceria entre o Ministério Público do Trabalho (MPT) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT).

Já para Susana Muñiz, ex-ministra da Saúde do Uruguai (2013-2015), na gestão de Pepe Mujica, o trabalho precisa ser compreendido como bem coletivo e não apenas

“ Queremos discutir um modelo econômico centrado no bem-estar, que seja intergeracional e garanta o presente e o futuro, com responsabilidade ambiental e justiça social ”

Carlos Fidelis

Celia Almeida (Fiocruz), Mario Rovere (Universidade de Rosário), José Noronha (Cebes) e Christovam Barcellos (Fiocruz) compuseram a mesa “Colapso Climático e Multilateralismo: consequências para a saúde global”, na manhã do dia 6/8



Susana propõe uma maior integração entre essas duas áreas para proporcionar uma melhora na qualidade de vida das pessoas, que possuem múltiplas e diferentes necessidades [Leia entrevista na página 25 e no site de *Radis*] (P.P)

PAZ COMO CONDIÇÃO PARA A SOBERANIA

Guerras e deslocamentos forçados também refletem diretamente na soberania e na saúde, atestaram pesquisadores da Alames. Processos de violência como o genocídio na Palestina, a guerra que dura sete décadas na Colômbia e os processos de migração em toda a América Latina não contabilizam apenas mortes, mas resultam na destruição de culturas e povos em todo o mundo, adverte Román Vega Romero, coordenador do Movimento de Saúde dos Povos (em inglês, People's Health Movement).

Na condução da mesa “Guerras, deslocamentos forçados e saúde coletiva” (6/8), o professor colombiano atestou a necessidade de uma ação concreta que ultrapasse as declarações em favor da paz e do respeito à soberania dos povos. É preciso ter um enfoque crítico da determinação social da saúde, afirmou o pesquisador, alertando que por trás dos conflitos há disputas coloniais e raciais. “Precisamos de um novo modo de convivência que não seja mediado pela guerra”, argumentou.

Sua defesa encontrou eco no que disse a contrarréa Maria Alejandra Rojas, quando destacou o protagonismo do patriarcado nas relações de poder e nas estratégias da guerra — assim como seus reflexos nos corpos femininos. Para a pesquisadora da Universidade Nacional da Colômbia, as guerras sustentam a economia legal, que é baseada em conflitos coloniais. “Em sete décadas, mais de 45 mil pessoas foram mortas em conflitos na Colômbia. Os estudos epidemiológicos, no entanto, não explicam tudo”, acentuou.

Professora de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB), a palestina Muna Odeh destacou que as

disputas não são somente físicas, mas também se materializam nos discursos e nas narrativas. “O que acontece na Palestina não é uma guerra, é a luta de um povo contra o poder colonial. Não é deslocamento forçado, é limpeza étnica. O interesse é o território”, apontou.

Ela disse ainda que em nome da “defesa da civilização ocidental”, há muito tem-se ultrapassado as fronteiras do respeito à soberania dos povos e territórios. Para ela, o que acontece em Gaza é a continuidade de um processo de ocupação colonial iniciado pelo império britânico. O perigo maior, disse a pesquisadora, é a dessensibilização do mundo diante do genocídio. “Paz sem justiça não é nada. Precisamos lutar por mudanças que mantenham a vida”, clamou. (A.D.L)

FRACASSO DA POLÍTICA DE DROGAS

Como a política sanitária contra as drogas poderá ter êxito, quando é pautada no punitivismo e na lógica autoritária da repressão? Toda a América Latina tem enfrentado essa questão de saúde e segurança pública, com o fortalecimento de facções que lucram majoritariamente com o narcotráfico — o que contribui para o crescimento desenfreado da população carcerária. Essas reflexões estiveram presentes na mesa “Guerra às drogas: cenários, interesses e atores” (6/8).

Mariano Rey, diretor de Saúde Mental e Consumos Problemáticos da Província de Buenos Aires (Argentina), afirmou que a guerra às drogas foi um fracasso em relação aos objetivos declarados: “Não diminuí nem a oferta nem a demanda de consumo”. Para ele, a política antidrogas tem criado uma barreira de acesso para quem faz o consumo de drogas ilícitas e precisa do cuidado em saúde.

O Estado se retira do papel da assistência e do cuidado a essas pessoas, priorizando deslocar recursos para a repressão armada às facções. Com isso, outras instituições de longa permanência surgem para suprir essa demanda, organizadas por grupos religiosos, como as comunidades terapêuticas. Mariano explicou que esses dispositivos “são a porta de ingresso para o que poderia ser uma construção de novos manicômios”, em sentido completamente oposto ao que foi pactuado pela saúde coletiva desde a década de 1990, com a luta antimanicomial.

Cria-se o discurso de que “as pessoas que usam drogas devem ser encarceradas [internadas] para conseguirem a cura”, afirmou Mariano. Segundo o sanitarista, é necessário que sejam formuladas políticas públicas de atuação permanente junto às comunidades mais afetadas para que seja possível gerar melhores condições de vida para a população.

Para Luciana Boiteux, advogada, mestra em Direito da Cidade e doutora em Direito Penal pela Universidade de São Paulo (USP), “o desafio hoje para pensarmos numa política de drogas mais humanizada e respeitadora dos direitos humanos é a gente trabalhar com a efetivação nos territórios e com a organização coletiva na base”.



GLAUBER TIBURTINO



Maria Alejandra Rojas, Román Vega Romero e Muna Odeh em debate sobre migrações e deslocamentos forçados e seus reflexos na saúde e nos direitos

A pesquisadora, que também é professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), afirma que os profissionais de saúde da atenção básica são os mais indicados para atuar nos territórios, uma vez que já fazem o acompanhamento das famílias. “Os trabalhadores da saúde estão nessa trincheira. Então, é fortalecer uma política de drogas que possa ser pensada a partir da base e não autoritária, imposta pela lógica da repressão, da punição, vindo de cima”, completou. (L.S)

MUDANÇA CLIMÁTICA E DESIGUALDADES

As mudanças climáticas precisam entrar efetivamente na agenda política da saúde. Essa foi a reivindicação — em tom de alerta — do médico e sanitarista argentino Mario Rovere, da Universidade Nacional de Rosário, na mesa “Colapso Climático e Multilateralismo: consequências para a saúde global” (6/8). Para ele, é fundamental que entidades políticas como a Alames liderem esse debate no campo progressista.

Mario argumentou que a direita e a extrema-direita não negam a existência das mudanças climáticas, mas buscam nelas novas oportunidades de lucro. “Hoje é mais fácil imaginarmos o colapso planetário em função das mudanças do clima do que o fim do capitalismo. O que acabará primeiro: o planeta ou o capitalismo?”, provocou.

O sanitarista argentino fez ainda uma conexão com a cosmovisão de muitos povos originários, que compreendem a Terra como um organismo vivo, comparando o planeta ao corpo humano. Em sua analogia, as mudanças climáticas são como sintomas de que algo não vai bem.

Christovam Barcellos, geógrafo e pesquisador da Fiocruz, reforçou a importância de tratar o clima como pauta política: “A extrema-direita não pensa a longo prazo. Cabe a nós pensarmos décadas à frente”, comentou.

Embora as emergências climáticas afetem todo o planeta, elas não impactam as populações da mesma maneira, penalizando mais aqueles em maior vulnerabilidade socioeconômica — como moradores de favelas e quilombos. Os debatedores criticaram a abordagem catastrófica, que tende a reduzir eventos climáticos a meros fenômenos naturais ou meteorológicos, ignorando causas estruturais.

“Claramente o catastrofismo não é o caminho para construir uma resposta política ao tema ambiental”, criticou Mario. Christovam concordou: “A abordagem catastrófica esconde as tremendas desigualdades que existem, especialmente na América Latina”.

Ele enfatizou que o capitalismo se aproveita da crise climática para acumular riquezas e aprofundar desigualdades. “Devemos pensar em possibilidades de combater as mudanças climáticas com inclusão, redução das desigualdades e retomada de princípios fundamentais do SUS, como equidade, universalidade, integralidade e descentralização”.

“A questão ambiental está colocada sob uma perspectiva muito sistêmica, mas precisamos atravessá-la com uma perspectiva social — e não colocar o social de um lado e a natureza de outro. Podemos conectar e transversalizar essa relação entre uma realidade que afeta, de forma diferente, as distintas classes sociais”, afirmou Mario Rovere à *Radis*. (G.T)

Assista à playlist do 18º Congresso da Alames no canal do Cebes no YouTube (<https://www.youtube.com/CebesNacional>) e saiba mais sobre o evento em <https://congresso.alames.org/>

“UMA DAS
COISAS MAIS
INTERESSANTES
QUE APRENDI COM
O SUS É A FIGURA
DO AGENTE
COMUNITÁRIO”



PATY EIZMENDI

Ex-ministra da saúde do presidente uruguaio Pepe Mujica, falecido em maio de 2025, Susana Muñiz esteve em agosto no Rio de Janeiro para participar do 18º Congresso da Alames. Atualmente ela é secretária nacional de cuidados e deficiência do Ministério do Desenvolvimento Social do Uruguai. *Radis* aproveitou o evento para conversar com a ex-ministra, que desde criança quis trabalhar na saúde por se considerar sensível às questões sociais.

Susana iniciou a carreira como médica em um Centro de Saúde de Atenção Primária de seu país, onde tornou-se vice-diretora, no início do governo progressista da Frente Ampla, em 2005. Foi também diretora de 11 hospitais de atenção secundária no interior do Uruguai. Em 2013, o presidente Pepe Mujica (1935-2025) a nomeou ministra da saúde. A médica presidiu ainda a Administração Estatal de Serviços de Saúde, serviço público do Uruguai, que atende atualmente metade da população do país.

Como é o sistema de saúde no Uruguai?

O sistema de saúde no meu país é um Sistema Nacional Integrado de Saúde, ou seja, um sistema público com prestadores públicos e privados. No modelo de financiamento, existe um Fundo Nacional de Saúde, administrado pelo próprio Ministério da Saúde e pelo Ministério da Economia e Finanças, onde são alocadas contribuições de trabalhadores e empregadores. O Estado também financia, assim como toda a população. O sistema opera em todo o país e é um seguro público único e obrigatório. Já estamos no processo de desenvolvimento do terceiro plano nacional de assistência, que está próximo de ser aprovado pelo Presidente da República e pelo Conselho Nacional de

Assistência. Nos cinco anos anteriores, houve um governo neoliberal de direita [Luis Alberto Lacalle Pou, entre 2020 e março de 2025], que retirou recursos da assistência. Neste momento, estamos perto de aprovar uma nova lei orçamentária que priorizará essas duas áreas.

O que o Uruguai pode aprender com o Sistema Único de Saúde brasileiro?

Uma das coisas mais interessantes que aprendi com o SUS brasileiro é a figura do agente comunitário, algo que nunca conseguimos implementar completamente bem. Acho isso maravilhoso.

O que mudou na área da saúde desde que a senhora começou?

Eu me formei em 1995. Naquela época, embora a Declaração de Alma-Ata já tivesse sido emitida [em 1978] e a atenção primária à saúde tivesse sido discutida, os governos tinham uma concepção muito biológica de saúde, que ainda existe. Essa é, sem dúvida, uma concepção hegemônica, mas não havia sido desenvolvido o conceito de atenção primária à saúde. As populações viviam menos, as taxas de mortalidade infantil e de gravidez na adolescência eram maiores. Os prontuários médicos eram escritos em papel, mas, além disso, os anos 1990 foram uma época de políticas neoliberais e grandes desigualdades na América Latina. Estávamos saindo do que haviam sido as ditaduras fascistas na América do Sul e éramos dominados por essas abordagens neoliberais que tiveram uma enorme influência na saúde. (P.P) 

■ [Leia a entrevista completa no site](#)

TELAS

O QUE SE SABE SOBRE OS EFEITOS NA SAÚDE MENTAL

Dificuldade de concentração, cansaço mental e dependência são alguns sintomas que podem surgir após exposição excessiva às redes sociais

PAULA PASSOS

Pessoas que se expõem por mais tempo a telas têm risco aumentado de desenvolverem ansiedade e depressão. Essa é uma das conclusões da pesquisa de doutorado conduzida na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) por Renata Maria Silva Santos, terapeuta ocupacional e pesquisadora do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia (INCT). Ela se dedicou a compreender como o uso de telas pode afetar a saúde mental ao longo do ciclo da vida.

Uma das dificuldades metodológicas foi a de definir o conceito de tempo de tela: “Ele não é o termo ideal para a gente fazer estudos da influência das telas na saúde mental das pessoas, porque o conteúdo e a relação que a pessoa estabelece com a tela são muito mais importantes”, afirma. Ela explica que mesmo o alto tempo de envolvimento em atividades de trabalho e estudos, como oito horas por dia, tende a ser menos nocivo do que uma menor quantidade de tempo diária destinada à utilização de redes sociais.

De acordo com a doutora em Medicina Molecular pela UFMG, a grande dificuldade de mensurar o tempo de tela é a falta de uma medida objetiva, já que elas estão muito presentes em nossa vida cotidiana, seja por meio

de um smartphone ou dentro do transporte público. Para Renata, as redes sociais potencializam o efeito nocivo das telas, pois aumentam a comparação entre as pessoas e impactam na autoestima e no consumo.

Outro fator que influencia no uso de telas e pode contribuir com o aumento de casos de depressão e ansiedade, de acordo com a pesquisadora, é a insegurança econômica. “Ela causa desconforto relacionado a uma sensação de fracasso, à incapacidade de lidar com os problemas. O tempo ocioso e a necessidade de aliviar a tensão psicológica levam a um maior tempo de tela, assim como a busca por oportunidades de ganhar dinheiro, gerando o risco até de se envolver em apostas fraudulentas”, afirma [Leia mais sobre os efeitos das bets na saúde mental na *Radis* 275].

Renata explica que a insegurança econômica interfere diretamente na vida social, pois aumenta os níveis de isolamento, já que faltam recursos para participar de atividades em grupo. Pode haver ainda um constrangimento por acumular dívidas ou não saber direito como organizar as próprias finanças. Um ciclo perigoso: a pessoa deprime, sente-se mais solitária, usa mais telas e passa a socializar ainda menos.



Sintomas como irritabilidade, impaciência, dificuldade de concentração e de prestar atenção a uma conversa mais complexa, necessidade de trocar rapidamente de assunto, tendência a sentir frustração com facilidade e problemas com o sono podem também estar associados ao mau uso dessas tecnologias. Para a pesquisadora, é importante escutar as pessoas com quem se convive e estar mais atento ao comportamento de crianças e adolescentes.

No caso de pessoas idosas, Renata explica que o medo de ficar longe do celular foi um efeito comum percebido na pesquisa. “A nomofobia [medo ou ansiedade excessiva de ficar sem o celular ou sem acesso à internet] é muito presente. É uma população que tem dificuldade de ficar desconectada, que gosta muito de joguinhos e está mais vulnerável a golpes e fraudes”, avalia.

MÁ GESTÃO DO TEMPO

A epidemiologista e estudante de doutorado Fernanda Letícia Santos, 29, está desde fevereiro sem Instagram e um dos motivos para sair da rede, onde passava cerca de oito horas diárias, foi a comparação excessiva. “Eu me sentia estagnada, com baixa autoestima, com conquistas não suficientes e com um sentimento de imediatismo, de urgência, muito forte”, conta. Hoje, ela experimenta os benefícios de estar longe das telas. “A procrastinação melhorou, assim como minha qualidade de sono”.

Já a servidora pública Flávia Lopes, 43, há cinco anos sem Instagram e Facebook, relata que “fugia da realidade e dos inúmeros compromissos a serem cumpridos, ao mesmo tempo que imaginava vidas perfeitas retratadas em postagens bonitas”. Com isso, ela sentia que seu dia ia

passando, enquanto acumulava tarefas, ficava estressada e, quando percebia, estava sobrecarregada. Decidiu fazer um teste por um tempo e hoje diz que não tem mais vontade de retornar às redes sociais. Cerca de três horas do seu dia antes eram destinadas ao uso desses aplicativos para entretenimento.

A dificuldade de gerenciar o próprio tempo, de acordo com Renata, é um dos efeitos que o uso contínuo e sem objetivo das telas pode trazer, porque o estresse começa a surgir depois que a pessoa já não conseguiu realizar as tarefas daquele dia e, quando se dá conta, não há mais tempo hábil. “A procrastinação para o adulto leva a outras dificuldades como, por exemplo, dedicar tempo aos filhos.

ATENÇÃO PARA OS SINAIS DO EXCESSO DE TELAS

- Irritabilidade e impaciência
- Dificuldade de concentração e de prestar atenção a uma conversa mais complexa
- Necessidade de trocar rapidamente de assunto
- Tendência a sentir frustração com facilidade
- Problemas com o sono

Fonte: Renata Maria Silva Santos (UFMG)



Flávia, Lara e Fernanda optaram por uma vida sem redes sociais: fora das telas, encontraram mais qualidade de vida

Então, promete hoje que vai fazer o joguinho de tabuleiro com o filho, promete amanhã, promete depois e nunca consegue cumprir”, constata.

Proporcionar um ambiente sem telas para as crianças, nos primeiros anos de vida, irá influenciar na quantidade de horas que elas tendem a usar as telas futuramente. “Existe a associação entre responsáveis com alto tempo de tela e filhos menores de cinco anos com altíssimo tempo de tela”, pontua.

IMPACTO DAS TELAS NAS ATIVIDADES FÍSICAS

Recentemente, Renata foi convidada para dar uma palestra a um time de futebol brasileiro sobre como o uso de telas durante os treinos pode diminuir o rendimento. “Fui mostrar a eles as áreas do cérebro que precisam trabalhar o

movimento e que também são recrutadas pelas telas. Essas áreas são responsáveis pelo controle inibitório e pela censura”, afirma. Ela explica que as duas atividades acabam disputando os mesmos neurotransmissores e a quantidade de fluxo de glicose que existe nesta área do cérebro, o que pode diminuir o rendimento na atividade física.

Uma das pesquisas utilizadas em seu doutorado mostra que mesmo crianças e adolescentes que fazem atividades físicas e se dedicam às telas por mais de quatro horas por dia para lazer não conseguem uma melhora na saúde mental, porque, muitas vezes, a prática é atravessada pela dependência da tecnologia. Já aqueles que fazem atividades físicas e têm menos tempo de tela conseguem uma melhora no bem-estar.

Em relação às crianças, Renata tem uma grande preocupação: usar as telas muito cedo pode dificultar o desenvolvimento de habilidades manuais, um risco que pode influenciar na diminuição da conectividade cerebral em áreas que levaram milhões de anos para se desenvolverem.

Ela defende que um dos fatores que nos difere de outras espécies é justamente a nossa capacidade de usar as mãos. “A gente ganhou uma região no cérebro que se especializou não só no movimento, mas na tomada de decisão, no controle inibitório, no pensamento complexo; e, agora com as telas, a criança pega um tablet e só precisa usar um dedo para desenhar. Não coloca força no papel e perde o que a gente chama de háptica”, pontua.

A terapeuta ocupacional explica que háptica é a habilidade de perceber os objetos por meio do toque e da propriocepção [capacidade do corpo de perceber sua posição e movimento no espaço]. Isso nos permite, por exemplo, reconhecer um objeto sem precisar vê-lo. “Já escutei relato de mãe que disse que levou a filha a um aniversário, ela recebeu uma bola e não sabia o que fazer, não sabia chutar”, conta. Outro exemplo foi de um vídeo que ela viu na internet de uma criança de aproximadamente dez anos que estava com uma madeira e um serrote e usou a madeira como objeto para serrar.

O MEDO DE FICAR DE FORA

Em adolescentes e adultos, o uso de telas pode aumentar o adoecimento mental, principalmente, por causa do que se chama Fear of Missing Out (FOMO, ou “medo de ficar de fora”).

TEMPO DE TELA PARA ENTRETENIMENTO INDICADO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

- **0 a 2 anos:** sem telas
- **2 a 5 anos:** 1h, sempre com supervisão dos responsáveis
- **6 a 10 anos:** 1h-2h, sempre com supervisão dos responsáveis
- **11 a 18 anos:** 2h-3h

Fonte: Manual de Orientação Menos Telas Mais Saúde (2024), da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

DICAS PARA USO CONSCIENTE DAS TELAS

- Evite usar telas uma hora antes de dormir
- Invista em atividades manuais, como jardinagem e pintura
- Evite as telas enquanto se alimenta
- Estabeleça horários para checar as redes sociais
- Crie metas (Exemplo: hoje vou assistir a dois episódios da série que acompanho. Usar as telas sem objetivo pode causar estresse, porque dificulta o cumprimento de atividades previamente desejadas)

Fonte: Renata Maria Silva Santos (UFMG)

No caso dos primeiros, eles temem não pertencerem ao grupo, não fazerem parte de um momento em que todos os amigos e colegas estão vivendo. Estar fora dessas atividades compensatórias para o cérebro pode ser adoecedor nessa faixa etária.

Já nos adultos, de acordo com Renata, o medo é o de escolher errado. A pessoa sente que ficou de fora, porque poderia ter escolhido uma opção melhor, o que as pesquisas chamam de Fear of Better Option (FOBO, ou “medo de ter uma opção melhor”). “Ela está sempre procurando uma opção melhor, com medo de se arrepender e de se ver com as consequências daquela decisão”, afirma.

Com tantas opções, há uma “paralisia decisória” e, para Renata, isso reflete até nos laços afetivos. “Será que é essa pessoa mesmo? Será que eu me caso? Será que eu vou ser um vencedor se eu fizer dessa forma?”, reflete. Renata explica que o medo de ficar de fora, de alguma forma, sempre existiu na humanidade, talvez vinculado ao sentimento de “inveja”, mas antes a quantidade de informação que se sabia sobre as pessoas era limitada, diferente de hoje em que é possível acompanhar a rotina de centenas delas diariamente.

LONGE DAS REDES

Tanto para os adolescentes quanto para os adultos esse medo de estar de fora aumenta a hiperconectividade, para estar sempre acompanhando o que as pessoas do grupo estão fazendo. Para Lara Liz Freire, 26, designer de experiência do usuário, que nunca precisou trabalhar diretamente com redes sociais, o fato de estar longe delas (Instagram, Facebook, X, LinkedIn e Tinder) há quatro anos, dificulta seu acesso a informações.

“Não é um mundo de mil maravilhas também. Fico sem acesso a várias coisas e às vezes tenho dependência de outras pessoas para verem alguma informação que está apenas no Instagram”, afirma. Para a designer, porém, essa dificuldade de acesso é pequena diante dos benefícios que sente. “Consgo gerenciar melhor meu tempo e fazer mais atividades físicas, acredito que as minhas relações são muito mais profundas. Parece que vivo num ritmo diferente do restante, mais calmo”, descreve.

A distância das redes também fez com que Lara se tornasse uma “fã do anonimato” e uma “influenciadora de si mesma”. Para ela, o melhor benefício de sair das redes sociais nesses quatro anos foi se sentir mais perto de si e reafirmar seu senso de identidade. “Sinto que estou vivendo de verdade, que eu me conheço, que me valorizo por aspectos que são constituídos por mim e não com base em comparação”, conta. “Não vivo uma vida de aparências. Gosto de mim do jeito que sou, com meus defeitos, e me expresso no mundo com base no que está aqui dentro e não no que vem de fora. Eu sou a minha maior influenciadora.”

O TEMPO QUE O AMOR PEDE

Lara tem a sensação de que as redes sociais dão uma falsa impressão de intimidade: “Você sabe o que a pessoa fez, onde comemorou seu aniversário, mas é uma interação indireta. Hoje eu me considero uma pessoa que tem muitos amigos, com os quais eu converso e eu sei o que está acontecendo na vida deles, porque eles me contaram e não porque eu vi em

algum lugar”, relata. Para ela, sua rede social é a sua rede de apoio, constituída pela sua capacidade de disponibilizar tempo de qualidade para suas interações.

Ela critica o fato de sua geração usar o celular enquanto conversa em um bar, porque acredita que o aparelho interfere na “capacidade de perceber como a pessoa está se expressando, em que ritmo ela está falando”, elementos que considera muito importantes na comunicação.

“A minha linguagem de amor é tempo de qualidade. Então, para mim, falar de amor é falar para onde eu estou dedicando o meu tempo”. Ela cita a influência de sua espiritualidade no processo de se ausentar das redes: “Sou candomblecista e a forma de passagem de conhecimento é por meio da oralidade. É preciso estar lá, viver aquilo e ouvir os mais velhos para aprender. Não é um conteúdo que vem no ChatGPT, com um resumo de tudo que está se falando”, avalia.

Além de melhorar os vínculos afetivos, ter mais tempo para si permitiu que Lara pudesse desenvolver mais paciência para fazer trabalhos manuais, como por exemplo pegar uma caixa de miçangas e separar por cores, uma prática que a pesquisadora Renata Santos considera positiva. “Intuitivamente ela está trabalhando áreas do cérebro que trazem recompensa. Costumo indicar trabalho manual, especialmente a jardinagem, porque é muito bom para a saúde mental a gente ver o início, o meio e o fim de um ciclo, como colocar uma semente e ver uma planta crescer”, explica.

Já para a servidora pública Flávia, a saída das redes sociais permitiu que ela tivesse um olhar mais grato sobre a vida e conseguisse aproveitar o que, de acordo com ela, tem de mais precioso, depois da saúde, que é o seu tempo. “Tenho a certeza que nem tudo o que se retrata e se publica é a realidade. Isso me trouxe maior gratidão às pequenas vitórias e alegrias do dia a dia, reduzindo a ansiedade de fazer parte de um todo modelado por poucos, com um interesse, na maioria das vezes, financeiro”.

ATENÇÃO, A MOEDA MAIS VALIOSA DO NOSSO TEMPO

No final de 2024, o dicionário inglês Oxford divulgou o resultado da votação que elegeu “brain rot” como a expressão do ano. De acordo com o significado, o “cérebro podre” é reflexo da deterioração do estado mental ou intelectual de uma pessoa que consome de forma exagerada conteúdo online de baixa qualidade, sem nenhum tipo de desafio ou complexidade maior para o cérebro. Atividades como rolar a tela do celular em redes sociais por várias horas sem objetivo específico podem influenciar a nossa capacidade de concentração e de gerenciamento do tempo.

O público brasileiro, em especial, chama a atenção das grandes corporações de tecnologia. De acordo com pesquisa feita pelo site de informações eletrônicas Electronics Hubs, em 2023, a média de tempo que o brasileiro fica em frente às telas é de nove horas por dia. O Brasil ficou em segundo lugar no ranking, perdendo apenas para a África do Sul, no levantamento que avaliou 45 nações.

O conceito de economia de atenção se torna pertinente a esse debate, porque entende nossa atenção como um recurso limitado (e disputado) dentro de um contexto capitalista, em que diversas plataformas criam estratégias para nos engajar em seus conteúdos — enquanto empresas anunciantes alimentam constantemente esses espaços virtuais com o objetivo de nos capturar como possíveis consumidores. A disputa é acirrada e o acesso gratuito às plataformas, no final das contas, não é tão gratuito assim, porque acabamos sendo nós as mercadorias.

Atrelados a esse conceito, que ganhou notoriedade com o economista Herbert Simon, nos anos 1970, outros dois também dialogam com o tema: ecologia da atenção e ecosofia da atenção. A ecologia aborda a influência do ambiente na qualidade da nossa atenção. Um ambiente ou uma sociedade com muitas interrupções, telas, barulhos e pouco espaço para o silêncio dificultam essa capacidade atencional.

O psicólogo, psicanalista e escritor Christian Dunker, um dos autores do livro “Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico” (2021), publicado pela editora Autêntica, conversou com *Radis* sobre como essas teorias se relacionam com o cotidiano. “No fundo, esses conceitos são políticas que direcionam o modo como vamos olhar para o sofrimento, como vamos reconhecê-lo e transformá-lo”, contextualiza.

“Na economia de atenção, ela se torna matéria-prima para aumento do consumo e da produtividade. É olhar para um transtorno a partir do ponto de vista econômico”, diz. Já na ecologia, o professor afirma que há uma diversificação e uma qualificação da atenção diante das experiências.

Ele explica que Freud (1856-1939), o pai da psicanálise, tinha uma teoria da atenção que era fortemente orientada para a nossa tentativa de se defender do mundo. De acordo com ele, essa teoria explica como localizamos perigos e negamos certas coisas, fazendo com que o nosso regime atencional seja desenvolvido para reduzir angústia, enquanto nos autoengana. “Há coisas que se a gente começar a prestar atenção vão doer. Então, a gente foca em outra coisa. O que não está podendo receber sua atenção e o que está recebendo atenção demais de sua parte?”, questiona.

Ao evitar o incômodo e a angústia, deslocamos nossa atenção para o que parece mais prazeroso e fácil momentaneamente, como rolar a tela do smartphone em redes sociais. Segundo Christian, isso tende a ser atraente justamente “porque reduz a ansiedade, mas de um jeito preguiçoso, já que reduz o trabalho atencional.”

Para o pesquisador, esse uso pode acabar dando a sensação de que a pessoa está atrofiada, como se esperasse que alguém fosse ler um livro para ela. Ele cita a dificuldade que muitas pessoas sentem para realizar atividades mais complexas, com menos estímulos visuais, que precisam de atenção prolongada, após a longa exposição às redes.

ECOSOFIA DA ATENÇÃO

A ecosofia, por sua vez, traz uma proposta conceitual mais abrangente sobre a atenção. Não a enxerga apenas como um recurso ou mercadoria influenciada pela sociedade, mas como uma prática que envolve sabedoria e cuidado. O conceito, inspirado pelas obras dos filósofos Arne Naess e Félix Guattari, trata a atenção como uma postura ética diante de como lidamos com o tempo e o cuidado em relação a si mesmo e ao outro.

O psicanalista afirma que a ecosofia parte de um modo de se relacionar com a atenção a partir do “cuidado de si”. “É uma sabedoria que é pausada, que está no tempo. Uma forma de agir que é consoante àquele momento em

“ O neoliberalismo introduz essa ideia de que você deve ser avaliado 360°. Então, são necessários mais empenho, mais treino, mais atenção aos próprios processos atencionais ”

que você está. Só pode ser assim quem está atento ao seu próprio tempo. Não o tempo do outro, não o tempo do mundo”, diz.

Christian afirma que uma pessoa que adota essa postura diante da vida não perde tempo, porque sua atitude atencional está ligada à sabedoria. Perder tempo não está relacionado ao neoliberalismo, em que todo tempo tem que ser usado, onde “tempo morto é ruim”, um pensamento que o professor considera “criminoso para o psiquismo e que pode gerar sintomas”. Não perder tempo, nesse caso, vincula-se à ideia de que a atenção está ligada à curiosidade, inclusive à curiosidade de descobrir mais sobre si, um “risco subjetivo”, em sua opinião.

O conceito de ecofisia da atenção também se associa à prática da meditação, onde a pausa e a respiração desaceleram o ritmo da mente agitada, reflexo de uma vida extenuante imposta pela realidade capitalista, em que nem sempre é possível, para grande parte da população, que ainda luta pela sobrevivência mais básica, refletir sobre si e buscar mudanças subjetivas.

O professor explica que, nessa abordagem, a meditação não significa não pensar em nada, mas se apresenta como um estado de pesquisa mental — às vezes podendo se desdobrar para experiências de um esvaziamento atencional de si, prática muito importante e restaurativa. “É possível que resiliência tenha uma relação com essa capacidade de ter um pulmão atencional. Provavelmente você vai deixar sua atenção ser parasitada por processos ideológicos e econômicos. Todo mundo está querendo sua atenção e você vai lá e entrega para o primeiro gaiato que diz: ‘atenção, atenção?’”, provoca.

No período pós-guerra, Dunker conta que a atenção era focada naquilo que a pessoa trabalhadora era especialista. Ela apertava o parafuso e fazia apenas isso. Depois, a atenção é demandada para uma abordagem multitarefa, em que é necessário gerir várias atividades ao mesmo tempo. Se antes a atenção era remetida a um chefe, “o neoliberalismo introduz essa ideia de que você deve ser avaliado 360°. Então, são necessários mais empenho, mais treino, mais atenção aos próprios processos atencionais”, contextualiza. (P.P) 

■ **Leia a matéria completa e a entrevista com Christian Dunker no site de Radis.**



ÁGUA E SANEAMENTO SÃO DIREITOS HUMANOS

Relembre reportagens de *Radis* que mostraram a relação entre acesso a água e saneamento e determinantes sociais e ambientais

LICIA OLIVEIRA

Imagine passar pela falta de água para cozinhar, tomar banho, lavar roupas e, principalmente, para beber. Atualmente, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), quase 50% da população mundial sofre com a escassez de água pelo menos uma vez ao ano. A água, recurso fundamental para a sobrevivência da vida na Terra, permeia vários assuntos que devem ser debatidos durante a Conferência das Nações Unidas sobre Mudança do Clima (Conferência das Partes), a COP30, a ser realizada em Belém (PA), em novembro de 2025.

E quando se fala em um direito humano, o acesso à água potável também se alinha a discussões sobre saneamento básico e as desigualdades que atingem parte dos brasileiros e de bilhões de pessoas no mundo. Segundo a ONU, cerca de 46% dos habitantes do planeta não possuem um serviço de saneamento seguro. Em relação à população brasileira, quase um quarto vive sem condições adequadas de saneamento, segundo o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2022, divulgado no início de 2024 — ou seja, são aproximadamente 49 milhões de brasileiros nesta situação.

Nas páginas de *Radis*, este tema aparece sempre com um olhar que pensa em como as ações humanas e as políticas públicas podem impactar no futuro. Relembre algumas delas.

É PRECISO ÁGUA PARA TER SAÚDE

As águas foram temas de capa de *Radis* por três vezes na década de 2010. A primeira delas foi em 2014

com “Água, bem de todos” (*Radis* 147, dezembro de 2014), que aborda a contradição existente entre a grande disponibilidade dos recursos hídricos no Brasil (com 12% das reservas de água doce no mundo) e o enfrentamento de problemas de distribuição, acesso e saneamento para a população. Na época, eram 40 milhões de brasileiros e brasileiras sem acesso à água potável; este número caiu para 32 milhões atualmente, mas ainda assim uma quantidade gigantesca de pessoas.

Especialistas falaram sobre o mau cuidado com os recursos hídricos, o desperdício por parte da população, os problemas do poder público com os planos de contingenciamento e outras medidas. Também trataram dos problemas da distribuição desigual, dos fatores naturais e eventos climáticos extremos (como secas e enchentes), da devastação e do aquecimento global consequente de ação humana.

Quase três anos depois, com narrativa inspirada livremente na obra *Os Sertões*, de Euclides da Cunha, a *Radis* 177 (junho de 2017) trouxe reportagem de Ana Cláudia Peres para mostrar o impacto da transposição do Rio São Francisco no Sertão Pernambucano, na divisa com a Paraíba. Os moradores da região sofriam com as obras da transposição e, ao mesmo tempo, viam o crescimento do interesse do agronegócio e de grandes indústrias na localidade.

A reportagem destacou que aquilo que deveria ser política pública para os aldeados da região, como a construção de casas, unidades de saúde e áreas de irrigação, tornou-se objeto de barganha e de novas promessas com a transposição.



As edições de *Radis* em que a atenção sobre a água e o saneamento estiveram em nossas capas, respectivamente 147, 154, 188 e 177

ÁGUA EM DISPUTA

Dois eventos ocorridos em 2018, o Fórum Mundial das Águas (FMA) e o Fórum Alternativo Mundial da Água (Fama), foram temas da edição 188 de *Radis* (maio de 2018), com a capa “Água, um direito, não um privilégio”, que refletiu sobre as contradições em torno de duas visões: a água como fonte de riqueza ou como direito. Os dois encontros foram realizados em Brasília, mas um local muito mencionado pela reportagem foi Correntina, cidade do oeste da Bahia, que faz parte de uma região envolvida em disputas por água. Foi a primeira vez que o FMA ocorreu em uma cidade do hemisfério sul.

Já no Fórum Alternativo, as lideranças se mostravam preocupadas com o consumo excessivo por parte de indústrias e do agronegócio. “Somente esta fazenda [em Correntina] usa 183 milhões de metros cúbicos de água por dia, mais de 30 vezes o consumo da população local, que pratica agricultura familiar. As pessoas estavam vendo diretamente a água secando dos canais de irrigação tradicionais”, disse Abeltânia de Souza Santos, educadora popular da Comissão Pastoral da Terra durante o Fama.

DIREITO AO SANEAMENTO BÁSICO

O acesso ao saneamento básico está no cerne das desigualdades e impacta a ocorrência de doenças provocadas por situação de pobreza. É o caso da esquistossomose, que permanece endêmica em algumas regiões, como mostra reportagem da edição 227 (agosto de 2021).

Já na edição 189 (junho de 2018), o foco foram as raízes do problema do acesso ao saneamento. Com o título “Mais caro, menos eficaz”, o texto mostrou que os serviços que foram privatizados no Brasil eram ineficientes, custavam mais caro e eram seletivos na hora de atender a população. A conclusão se baseou no estudo “Quem são os proprietários do saneamento no país?”, realizado pelo Instituto Mais Democracia.

A partir da crise de abastecimento de água no Sudeste do país em 2015, *Radis* trouxe o título “O saneamento é básico” na capa da edição 154 (julho de 2015), mostrando que o acesso a esgotamento sanitário, abastecimento de água, manejo de resíduos sólidos e drenagem de águas pluviais urbanas eram atravessados pela situação de pobreza.

A repórter Liseane Morosini entrevistou o relator especial da ONU para o direito humano à água segura e ao esgotamento sanitário, Léo Heller, pesquisador do Centro de Pesquisas René Rachou (Fiocruz Minas). “O direito humano ao esgotamento sanitário assegura a todos, sem discriminação, soluções física e economicamente acessíveis, em todas as esferas da vida, de forma segura, higiênica, social e culturalmente aceitável, promovendo privacidade e dignidade”, afirmou.

SECA E CÓLERA NOS ANOS 1980 E 1990

Nos anos 1980, quando *Radis* se dividia em quatro publicações e ainda não existia o SUS, nas páginas de Súmula 7 (maio de 1983) víamos o destaque para a seca rigorosa no Nordeste e as soluções de políticas públicas para a questão eram ineficientes. Na Súmula 10, de abril de 1984, a crise econômica e política comprometeu as metas para o saneamento, com o bloqueio de recursos que seriam destinados a essa questão.

Nos anos 1990, o Brasil passou por uma epidemia de cólera, que esteve presente tanto nas páginas de Súmula (edições 41 e 45, abril de 1991 e de 1993, respectivamente) como do Jornal Proposta (edição 32, maio de 1993). Neste último, a matéria assinada por Rogério Lannes, a partir de entrevista com os pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz) Ernesto Hoffer e Carlos André Salles, falava da importância da educação sanitária para ajudar no combate à doença. “Fornecimento de água tratada em quantidade para a população interrompe o ciclo de transmissão da doença”, alertavam. 

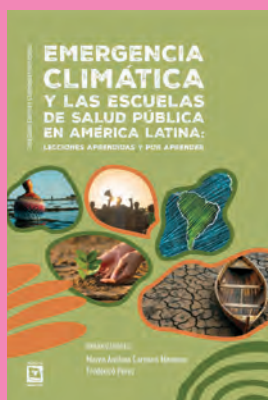


PROTEÇÃO DE DADOS E SAÚDE

Ao navegar pelas redes sociais, você já se deparou com o anúncio de um medicamento ou produto relacionado à saúde como se a plataforma “adivinhasse” o que você está precisando? Já recebeu algum aviso no celular sobre um super desconto na farmácia? Ou se deu conta dos riscos que podem existir no vazamento dos dados que você disponibiliza para empresas e instituições? Todas essas questões estão relacionadas ao tema da proteção de dados pessoais e permeiam a obra lançada pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz) em parceria com o Instituto Brasileiro de Defesa de Consumidores (Idec) e o Intervenções — Coletivo Brasil de Comunicação Social. O livro “Proteção de dados pessoais nos serviços de saúde digital” é uma coletânea de artigos de pesquisadores que analisam como esse assunto tem se tornado uma preocupação mundial. Dados de saúde são considerados sensíveis e mesmo a aplicação da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) encontra desafios. A obra, organizada por Mariana Martins de Carvalho, Olívia Bandeira e Rodrigo Murtinho, pode ser baixada gratuitamente na plataforma Porto Livre, portal de livros em acesso aberto da Fiocruz. Acesse: <https://portolivre.fiocruz.br/node/2645>.

EMERGÊNCIA CLIMÁTICA

Para debater a formação de sanitaristas frente a desafios impostos pela emergência climática, o livro “Emergência Climática e as Escolas de Saúde Pública na América Latina: lições aprendidas e por aprender” reúne as contribuições de 56 autores latino-americanos. Organizado pelo diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), Marco Menezes, e o pesquisador do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh), Frederico Peres, a obra analisa o papel estratégico das escolas de saúde pública no enfrentamento da crise climática. Pode ser baixado em espanhol no site da Rede Unida: <https://bit.ly/livroespeclima>.



MANIFESTO DA LIBERDADE

Um convite para imergir nos sentimentos que permeiam a experiência carcerária de 14 mulheres no sistema penal. “Tudo que eu não disse” reúne textos escritos por essas mulheres e transforma em manifesto de liberdade poética. A obra transmite sensações e lembranças que compõem os seus infinitos particulares. O livro é gratuito e surgiu do projeto Escrita que Liberta, realizado pelo Grupo de Pesquisa em Direitos Humanos e Literatura do Centro Universitário UNDB em parceria com a Defensoria Pública do Maranhão. Acesse: <https://bit.ly/tudoqueeunaodisse>.



PELO DIREITO DE DECIDIR

A cartilha “Ética Profissional e Ética Cristã: conversando a gente se entende”, lançada pela ONG feminista Católicas pelo Direito de Decidir (CDD), é um convite ao diálogo sobre os desafios que profissionais de saúde enfrentam no cuidado a mulheres em situações de aborto. O material busca abrir espaço para refletir sobre ética e acolhimento, reconhecendo as tensões que podem existir entre crenças pessoais e as responsabilidades da prática profissional na saúde. Ao tratar o aborto como questão de saúde pública, a publicação destaca suas múltiplas dimensões — sociais, raciais, de gênero e religiosas — e reafirma a importância de um atendimento humanizado, pautado na laicidade do Estado e no direito universal ao acesso às políticas de saúde reprodutiva. O material está disponível no site www.catolicas.org.br.



Ecocídio como situação-problema para a saúde coletiva, a Agenda 2030 e a COP30

MARCELO RASGA MOREIRA E GUILHERME FRANCO NETTO*

O ministro da Justiça, Ricardo Lewandowski, apresentou, em julho de 2025, a proposta de inserir o ecocídio no Código Penal, definindo-o como ações de pessoas e empresas que causem “danos graves, amplos ou duradouros ao meio ambiente, com impacto significativo em ecossistemas, recursos naturais, biodiversidade, clima ou nas condições de vida de populações humanas ou não-humanas”.

A proposta é valiosa e, por isso mesmo, demanda contribuições que permitam que o arcabouço legal a ser elaborado seja capaz de compreender e lidar com o ecocídio de forma estrutural.

Para isto, considera-se aqui que ecocídio deve ser compreendido como um processo econômico-político-social-cultural que consiste na apropriação radical e violenta da natureza com o objetivo de transformá-la em mercadoria cujo valor é o de ser passível de consumo até o limite máximo da geração de lucros, a despeito dos impactos negativos no território e da destruição das vidas não-humanas e humanas que nele coexistem.

Sendo assim, os efeitos do ecocídio revelam-se com mais intensidade nas sociabilidades, nos corpos e na natureza, ampliando a morbimortalidade, desmatando e destruindo territórios, saberes, memórias e modos de vida, o que impede o bem viver e a democracia.

No Brasil — e a análise da literatura recente indica cenários similares no Sul Global —, o ecocídio está relacionado à extração mineral, produção vegetal, criação extensiva de animais, depósito de dejetos, especulação imobiliária e outras poderosas atividades capitalistas, com atores muitas vezes listados nas bolsas de valores nacional e internacionais.

Necessário notar que os territórios atacados pelo ecocídio são aqueles em que vivem indígenas, quilombolas e descendentes das populações historicamente submetidas à colonização escravocrata, expressando acentuado racismo. Tal característica seminal permite postular a inserção do enfrentamento ao

ecocídio no Objetivo do Desenvolvimento Sustentável (ODS) 18, sobre justiça étnico-racial.

Adotando-se uma perspectiva interseccional, constata-se as intrínsecas relações do ecocídio com a violência contra as mulheres — via de regra, o segmento mais atingido pelos ataques ecocidas —, manifestando o caráter heteropatriarcal do processo.

Menos visível, mas tão importante quanto, há de se perceber que o ecocídio promove, também, a destruição de conhecimentos e saberes, o que expressa a tentativa de imposição de um padrão cultural sobre outro, um epistemicídio.

De maneira análoga às mudanças climáticas, o ecocídio expressa um modelo de desenvolvimento baseado na exploração ilimitada da natureza, na mercantilização dos ecossistemas e na subordinação das relações socioambientais à lógica do capital. Esse modelo impacta negativamente a saúde pública/coletiva, intensificando, entre outros, problemas físicos e mentais, doenças transmitidas por alimentos e pela água e a incidência de doenças transmitidas por vetores.

Desvela-se, pois, um cenário complexo de relações ainda pouco estudadas em que uma questão global interage com problemas e vulnerabilidades locais, o que deveria ser discutido na COP30 [Conferência das Nações Unidas sobre Mudança do Clima] e pelas próximas agendas de desenvolvimento sustentável.

Concluindo: o ecocídio é, dialeticamente, causa e consequência de atividades econômicas cuja regulação é submetida ao poder do mercado, tornando-se débil e/ou inexistente. O conjunto de problemas aqui abordado reclama a urgente atuação do Estado, cuja inexistência ou debilidade — a despeito de ser motivada por falta de condições políticas e de recursos, por incompetência ou por alinhamento — é motor para o ecocídio.

"Ecocídio deve ser compreendido como um processo econômico-político-social-cultural que consiste na apropriação radical e violenta da natureza com o objetivo de transformá-la em mercadoria"

■ MARCELO RASGA É SOCIOLOGO, DOUTOR EM SAÚDE PÚBLICA E PESQUISADOR DO NÚCLEO DE PRODUÇÃO ESTRATÉGICA DE CONHECIMENTO DA ESTRATÉGIA FIOCRUZ PARA A AGENDA 2030 (NUCPEC/EFA2030/FIOCRUZ). GUILHERME FRANCO NETTO É MÉDICO, DOUTOR EM EPIDEMIOLOGIA, ESPECIALISTA EM SAÚDE, AMBIENTE E SUSTENTABILIDADE DA ESTRATÉGIA FIOCRUZ PARA A AGENDA 2030 (EFA2030) E COORDENADOR DO PROGRAMA INSTITUCIONAL DE SAÚDE, AMBIENTE E SUSTENTABILIDADE DA VICE-PRESIDÊNCIA DE AMBIENTE, ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE DA FIOCRUZ (VPAAPS/FIOCRUZ).



**13ª Olimpíada
Brasileira de Saúde
e Meio Ambiente**

**Inscrições
abertas!**

**Você aprende, se
diverte, faz novos
amigos e pode
ganhar uma viagem
para o Rio de Janeiro!**

Professor, participe!

**Acesse o site para ver o
regulamento e enviar os
projetos de seus alunos
olimpiada.fiocruz.br**

**Siga a gente nas
redes sociais
[@obsma_fiocruz](https://twitter.com/obsma_fiocruz)**



Apoio:



Realização:



MINISTÉRIO DA
CIÊNCIA, TECNOLOGIA
E INOVAÇÃO

MINISTÉRIO DA
SAÚDE

