



COMIDA NO PRATO, SAÚDE NA VIDA

Cozinhas solidárias promovem
soberania alimentar e acesso a direitos



INESITA, COMUNICAÇÃO E SAÚDE — Pesquisadora do Laboratório de Comunicação e Saúde (Laces/Icict) da Fiocruz, a professora Inesita Soares de Araújo foi homenageada com a Medalha Virgínia Schall de Mérito Educacional 2025 (15/10). A honraria é concedida a servidores da Fiocruz com reconhecida trajetória e atuação no campo da Educação em Saúde. Referência no campo da Comunicação e Saúde, Inesita publicou, em 2007, um livro homônimo, pela Editora Fiocruz, escrito em parceria com a também pesquisadora Janine Cardoso, obra que se tornou bibliografia obrigatória aos estudiosos da área. Ao receber o prêmio, ela fez questão de dividi-lo com colegas, orientandos e alunos: “Na educação, na formação, no ensino de modo geral, nada acontece de forma isolada. Me apropriando do princípio Ubuntu (sou porque somos), posso dizer: fiz porque fizemos”, discursou sob aplausos.

RADIS

edição 278 ■ novembro

CAPA: LUCAS COSTA FAZ PARTE DO PROJETO ESCOLINHA DE ARTE E REFORÇO DOS PRAZERES E VISITOU A COZINHA SOLIDÁRIA RAÍZES DO BRASIL (RJ) — FOTO: EDUARDO DE OLIVEIRA



EDITORIAL

3 Um direito leva a outros direitos

4 VOZ DO LEITOR

5 SÚMULA

SEGURANÇA PÚBLICA

10 Guerra no Rio

CAPA | SOBERANIA ALIMENTAR

12 A gente não quer só comida

17 Você tem fome de quê?

ENTREVISTA | HUMBERTO PALMEIRA

18 “A fome é decisão política”

DOENÇA

20 Tuberculose ainda resiste

ENTREVISTA | MARGARETH DALCOLMO

26 “Sem atenção primária, não há controle da tuberculose”

PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

28 Inclusão precisa ser plena

ATENÇÃO ESPECIALIZADA

31 Regionalização para garantir acesso

34 SERVIÇO

35 PÓS-TUDO

Pelo fim das comunidades terapêuticas (CTs)

Um direito leva a outros direitos

Não há por que se conformar com a exclusão, a falta ou a ausência de direitos, sejam eles o direito ao alimento, à saúde integral, à moradia digna, à saúde mental com liberdade ou à soberania de um povo.

A produção agroecológica de alimentos por pequenos agricultores e a constituição de uma rede de cozinhas solidárias no país promovem soberania alimentar e acesso a outros direitos, constata os repórteres Adriano De Lavor e Paula Passos, em nossa reportagem de capa. Eles entrevistaram ativistas sobre experiências em diferentes estados, os limites do trabalho voluntário e remunerado, a dimensão do cuidado com a saúde contido no ato de alimentar de forma saudável e sobre as cozinhas solidárias como um modelo de tecnologia social que resulta em políticas públicas.

Visitaram o restaurante Raízes do Brasil, no bairro carioca de Santa Teresa, que fornece 300 marmitas solidárias semanalmente a moradores de favelas e serve café e refeições a um preço justo, como parte do Sistema Popular de Alimentos do Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA). Os alimentos são cultivados por 200 famílias do Rio e Minas Gerais.

“Para nós, do MPA, a fome é uma decisão política. Para acabar com a fome, é preciso mudar o sistema de produção e distribuição. Enquanto o sistema de produção e distribuição for concentrado, enquanto a terra estiver concentrada na mão de poucas pessoas, enquanto a distribuição de alimentos for concentrada em poucas empresas, a fome vai existir, porque a fome é um negócio”, resume Humberto Palmeira, coordenador do MPA.

A repórter Lara Souza escreve sobre novo tratamento no SUS para a forma resistente da tuberculose e sobre as condições socioambientais e econômicas que atuam na transmissão da doença. Tuberculose é uma doença das desigualdades sociais. Durante o tratamento, pacientes em condições de vulnerabilidade — privados de liberdade, que residem em moradias precárias ou em situação de rua — acabam tendo outras doenças detectadas e tratadas.

A favela da Rocinha, no Rio de Janeiro, a mais numerosa e de maior densidade demográfica do Brasil (48 mil habitantes por quilômetro quadrado), registra os maiores índices da doença no país. Ali, a reportagem encontrou o influenciador digital Ruan Juliet, que produz vídeos sobre prevenção.

Para a pneumologista Margareth Dalcolmo, da Fiocruz, o Brasil não vai conseguir eliminar a doença até 2030. Entre

as razões, cita o retrocesso com a pandemia de covid-19, a questão habitacional, a dificuldade no tratamento de pessoas em situação de rua e a prevalência nas prisões. “As prisões brasileiras, pelas condições absolutamente desumanas em que a maioria delas opera, são um celeiro de transmissão quase compulsória”, diz.

O SUS se estruturou na atenção primária, com a saúde da família, vacinação e unidades básicas. Avançou na atenção terciária, com tratamentos de alto custo e cirurgias complexas. No entanto, exames e atendimentos de especialidades são um gargalo no sistema. A regionalização dos serviços de saúde em consórcios intermunicipais é uma das alternativas para reduzir desigualdades e ampliar acesso. Nesta edição, o subeditor Glauber Tiburtino registra a experiência do maior dos 300 consórcios existentes no país. Sediado em Nova Iguaçu, reúne 12 municípios da Baixada Fluminense, com 3,7 milhões de habitantes. A matéria discute ainda o subfinanciamento do SUS e a dependência da atenção especializada em relação à iniciativa privada.

Artigo na seção Pós-Tudo expressa o pensamento da articulação de movimentos, militantes e organizações empenhados na Campanha nacional contra as comunidades terapêuticas. O texto repudia o financiamento público das “comunidades” que desrespeitam a Lei 10.216 da Reforma Psiquiátrica. “Há uma robusta literatura acadêmica e inúmeros relatórios de órgãos fiscalizadores do Estado brasileiro, que caracterizam as CTs como uma mistura de manicômios, prisões, igrejas e senzalas”, diz o texto, acrescentando que elas recorrem ao trabalho forçado em condições degradantes, por vezes em regime de servidão por dívida.

No mundo ideal dos políticos e eleitores conservadores, o SUS nem mais existiria, dado o desprezo que têm pelo seu financiamento, a remuneração dos trabalhadores e a priorização da saúde pública em detrimento dos interesses privados. Ainda assim, o SUS resiste e cresce.

No mundo ideal dos que são contra a democracia, os movimentos sociais não teriam lugar. Porém, como demonstram os pequenos agricultores e as cozinhas solidárias, os movimentos populares ainda conseguem se organizar e apontar o caminho da luta pela conquista, garantia e ampliação de direitos, como o pilar da cidadania, da democracia e das transformações que o mundo real necessita.

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

SUA OPINIÃO

Para assinar, sugerir pautas e enviar a sua opinião, acesse um dos canais abaixo

E-mail radis.ensp@fiocruz.br Tel. (21) 3882-9026 End. Av. Brasil, 4036, Sala 510 Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ CEP 21040-361

SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

Pelo fortalecimento da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (Renast) e da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) no SUS! Pelo reconhecimento da saúde do trabalhador e da trabalhadora como um direito humano!

Jaciara Santana



Saúde do trabalhador importa.

Alex Alves

Cadê a Conferência Nacional da Vigilância em Saúde? Depois de uma pandemia, enchentes no Sul, racismo ambiental... já se passaram oito anos desde a última Conferência Nacional. É preciso falar sobre e fortalecer a Vigilância!

Raquel Trassante

CANTAR FAZ BEM À SAÚDE

Cantar faz toda a diferença em nossas vidas!

Lúcia Sátiro

Que lindeza de matéria! Como amo caminhar com vocês, Cidadãos Cantantes!

Drica Seravalli

CUIDADO CENTRADO NA CRIANÇA

Tive o privilégio de acompanhar de perto a construção desse trabalho ao longo dos últimos anos e posso dizer que nunca vi nada parecido! Lucas [João Lucas Castanho, médico entrevistado na reportagem] tem uma sensibilidade ímpar e uma dedicação incansável. Aprendi muito com ele e desde que o vi atendendo crianças meu olhar nunca mais foi o mesmo. Que essa proposta linda chegue ao maior número de famílias possível!

Karine Piancastelli

Ouvir a criança, dar voz a ela para alcançar a sua realidade [aplausos].

Priscila Scala

No Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), há três décadas nós temos o Núcleo Saúde e Brincar, cuja base é o brincar como conceito e método no cuidado à saúde de crianças e adolescentes em internações prolongadas.

Martha Moreira

PELA SAÚDE DOS PROFESSORES DA EDUCAÇÃO BÁSICA

É urgente que as próximas edições e publicações deem visibilidade à saúde dos professores da educação básica. Esses profissionais enfrentam uma realidade marcada por assédio e desrespeito. A ausência de representatividade nos municípios e estados os torna ainda mais vulneráveis, enquanto a sobrecarga de trabalho se intensifica silenciosamente. A má gestão local não apenas compromete a saúde física e emocional dos docentes, mas também impacta diretamente a qualidade da educação e os índices escolares. Soma-se a isso a desvalorização histórica da profissão: um piso salarial que não condiz com a dedicação integral desses profissionais, que trabalham muito além das 24 horas dos sete dias da semana. Falar sobre a saúde do professor é falar sobre o futuro da educação. É reconhecer que cuidar de quem ensina é essencial para transformar realidades.

Ana Paula Ribeiro

R: Ana Paula, sua reivindicação em favor da saúde dos docentes é muito justa e pertinente. Já publicamos matéria sobre a saúde dos professores na pandemia (Radis 215), mas olharemos com atenção para essa sugestão de pauta e agradecemos o contato.

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 e 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 112.700 exemplares

USO DA INFORMAÇÃO

Textos podem ser reproduzidos, citada a fonte original.



METANOL EM BEBIDAS ALCOÓLICAS

A contaminação por metanol em bebidas alcoólicas como gin, uísque e vodca, entre outras, fez nove vítimas fatais no país, até 22/10, com 112 casos notificados, sendo 53 confirmados e 59 ainda sob investigação. Também houve o registro de casos de cegueira (parcial ou temporária). As primeiras situações tornaram-se públicas em setembro de 2025 e a maior parte das pessoas que se contaminaram são do estado de São Paulo, contabilizando 42 casos confirmados.

Também há confirmação no Paraná, Pernambuco, Mato Grosso e Rio Grande do Sul e os casos sob investigação incluem ainda os estados do Piauí, Ceará, Rio de Janeiro, Goiás, Mato Grosso do Sul e Tocantins. As bebidas destiladas são as que apresentam maior chance de conterem a substância.

As investigações, especialmente em São Paulo, apontam que diferentes bebidas foram adulteradas com metanol, tendo sido compradas tanto em bares quanto

adegas da cidade. Portanto, segundo o Ministério da Justiça e Segurança Pública, a ingestão ocorreu em ambientes comuns de consumo de álcool, e não em situações de uso clandestino. Essa conclusão é importante para alertar os serviços de saúde para que as equipes de atendimento considerem a hipótese de contaminação por metanol em pacientes com sintomas graves após beber.

Outra questão apontada pelas investigações da Polícia civil de São Paulo é que a origem da contaminação no estado teria surgido em dois postos de combustível. A principal suspeita é que fábricas clandestinas tenham utilizado combustível adulterado com metanol para produzir as bebidas. No entanto, ainda está sob investigação o que causou a contaminação em outros estados, como em Pernambuco, que teve três mortes confirmadas em decorrência da intoxicação pela substância.

Distribuição do antídoto fomepizol

O Ministério da Saúde (MS) comprou 2.500 doses do antídoto fomepizol, em 2/10, junto com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), e essas foram distribuídas entre os estados, mesmo em locais ainda sem casos suspeitos. Do total, 288 doses foram destinadas aos hospitais paulistas para tratar pacientes. O medicamento é considerado o 'padrão-ouro' para o tratamento de intoxicação por metanol e deve ser prescrito, segundo norma técnica do MS, para pacientes que chegarem

aos serviços de saúde apresentando os sintomas característicos da intoxicação e que tenham consumido bebidas destiladas no intervalo entre 6 e 72h, além da confirmação de alterações em dois exames laboratoriais.

Além disso, no SUS, o etanol também continuará sendo utilizado como antídoto e o MS reforçou a compra de etanol de uso farmacêutico. Também foi instalada uma Sala de Situação para acompanhamento do caso e definir as ações de combate à intoxicação.

Sintomas da intoxicação

As primeiras horas após a contaminação são muito importantes para evitar o agravamento dos sintomas da intoxicação. Por isso, a Secretaria de Saúde de São Paulo orientou um protocolo padrão para as pessoas que procuram as unidades de saúde com sintomas persistentes ou piora, após consumo de bebidas destiladas. Fique atento aos seguintes sintomas:

- sonolência
- tontura
- dor abdominal
- náuseas
- vômitos
- confusão mental
- taquicardia
- visão turva
- fotofobia
- convulsões

Saúde recomenda mamografia a partir dos 40 anos

O Ministério da Saúde passou a recomendar a realização da mamografia para mulheres de 40 a 49 anos, sem rastreamento obrigatório a cada dois anos. Antes o protocolo oficial do SUS orientava a mamografia apenas para mulheres de 50 a 69 anos, a cada dois anos, mesmo sem sinais ou sintomas. O objetivo da ampliação é evitar diagnósticos tardios.

A nova orientação segue o modelo de “exame sob demanda”, quando o paciente junto ao profissional de saúde avalia os benefícios e desvantagens do rastreamento. Com a nova recomendação, pessoas entre 50 e 74 anos devem fazer o exame de rastreamento a cada dois anos, antes limitado até os 69. Acima dos 74 anos, a decisão deve ser individualizada, de acordo com comorbidades e expectativa de vida.

Também serão disponibilizadas unidades móveis de saúde da mulher em 22 estados para agilizar consultas, exames e cirurgias, com expectativa de atingir até 120 mil atendimentos em outubro, como noticiou o G1 (23/9).

Licença-maternidade ampliada em internações longas

O presidente Lula sancionou a Lei 15.222/25, que autoriza a prorrogação da licença-maternidade e do salário-maternidade por até 120 dias após a alta hospitalar da mãe ou do bebê, nos casos em que a internação exceder duas semanas por complicações decorrentes do parto.

A lei altera dispositivos da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e da Lei de Benefícios da Previdência Social, garantindo que o pagamento do salário-maternidade se estenda pelo período da internação e por até 120 dias depois da alta.

A medida visa responder a uma necessidade concreta: casos de partos prematuros ou complicados, nos quais a permanência hospitalar prolongada reduz o tempo de convívio entre mãe e bebê. A prorrogação já era amparada por decisões do Supremo Tribunal Federal (STF), mas com a lei passou a ter respaldo legal definido. Segundo dados do Ministério da Saúde, o Brasil registra cerca de 340 mil nascimentos prematuros por ano — o que enfatiza a importância dessa proteção.



5ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres

Entre 29/9 e 1º/10, o Brasil realizou sua 5ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (5ª CNPM). O evento, ocorrido em Brasília quase dez anos após a 4ª CNPM, reafirma as atividades de participação popular no país e teve como tema: “Mais Democracia, Mais Igualdade, Mais Conquistas para Todas”.

No encontro, foram debatidos temas como enfrentamento às desigualdades, fortalecimento feminino em espaços de poder, combate à violência, saúde e políticas de cuidado. Confira alguns números do encontro:

- 3.831 delegadas credenciadas
- mais de 5 mil participantes
- 72 propostas
- mais de 156 mil mulheres nas conferências municipais, regionais, estaduais, distrital e livres

Superbactérias podem superar câncer em mortes

A ONU alerta que infecções por bactérias cada vez mais resistentes aos antibióticos podem provocar até 10 milhões de mortes por ano até 2050, superando inclusive o número de óbitos causados por câncer no mundo. O avanço da resistência está ligado, em grande parte, ao uso inadequado de antibióticos ao longo de décadas, o que reduziu sua eficácia e fortaleceu microrganismos que não respondem mais aos tratamentos convencionais. No Brasil, por exemplo, a venda de antibióticos sem receita contribuiu para acelerar esse problema.

Como contraponto ao cenário alarmante, pesquisadores do Massachusetts Institute of Technology (MIT) estão usando inteligência artificial (IA) para acelerar a descoberta de novos antibióticos e combater essas bactérias resistentes. Os algoritmos já projetaram mais de 36 milhões de moléculas e identificaram compostos com potencial antimicrobiano em tempo recorde. Antes, a criação de uma nova substância poderia levar até dois anos; agora, os resultados aparecem em dias e já avançam para testes em laboratório e em animais.

Beneficiários de programas sociais não podem apostar em bets

Beneficiários do Programa Bolsa Família e do Benefício de Prestação Continuada (BPC) estão impedidos de jogar em sites de apostas online, as chamadas bets. O Ministério da Fazenda publicou, em Diário Oficial (1º/10), os procedimentos que devem ser adotados pelas operadoras para proibir o acesso desses beneficiários. A medida, que cumpre decisão do STF, deve ser implementada em

até 30 dias. Os sites devem consultar um cadastro centralizado do governo, no qual constam os dados dos beneficiários sociais.

De acordo com levantamento do Banco Central, apenas em agosto de 2024, cinco milhões de beneficiários do Bolsa Família gastaram R\$ 3 bilhões em apostas online. O impacto das bets na saúde financeira e mental do brasileiro foi tema da *Radis* (275).

ACS e ACE: novas regras de contratação e aposentadoria

A Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 14/21, que traz novas regras para contratação, aposentadoria e valorização das carreiras dos agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de combate às endemias (ACE), foi aprovada (1º/10) em Comissão Especial da Câmara dos Deputados que trata destas profissões. O novo texto segue para análise do Plenário. Entre as propostas, está a proibição de contratação temporária ou terceirizada dos agentes, a não ser em casos de emergência em saúde pública.

Os profissionais deverão ser admitidos por concurso público, com nomeação em cargo efetivo. Todos que estiverem com vínculo temporário ou terceirizado na data da promulgação da emenda serão efetivados como servidores, mas será necessário que tenham participado de processo seletivo público.

A PEC também prevê aposentadoria especial, por causa do risco da atividade. As condições serão: 25 anos de contribuição e de atividade e idade mínima de 57 anos para mulheres e 60 anos para homens. As novas regras também valerão para agentes indígenas de saúde (AIS) e agentes indígenas de saneamento (Aisan).



“COP da verdade”: preservação ou exploração?

“A COP30, no Brasil, será o momento de os líderes mundiais provarem a seriedade de seu compromisso com o planeta”, afirmou o presidente Lula na abertura da 80ª Assembleia Geral da ONU, em Nova Iorque, em 23/9. No pronunciamento, ele defendeu a democracia, a soberania nacional e a paz mundial, condenou ataques de Israel à Gaza e reforçou o papel do multilateralismo. Também destacou a necessidade de incluir a pauta ambiental “no coração da ONU” e chamou a conferência de “COP da verdade”.

“Sem o quadro completo das Contribuições Nacionalmente Determinadas (NDCs), caminharemos de olhos vendados para um abismo”, alertou Lula, defendendo que é hora de passar “da negociação à implementação”. Em seu discurso, Lula anunciou também a intenção de remunerar países que mantiverem a preservação florestal, por meio do Fundo Florestas Tropicais para Sempre. De volta ao Brasil, porém, viu funcionar a pressão e o lobby para exploração da foz do Amazonas em busca de petróleo — o que deixa dúvidas e lacunas.



Desalinhamento preocupante

Às vésperas da COP30, o país tenta se firmar como liderança ambiental, mas enfrenta polêmicas. Em 20/10, a Petrobras obteve licença do Instituto Brasileiro de Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama) para pesquisar petróleo na Margem Equatorial, a 175 km da costa do Amapá. A decisão provocou reação imediata de ambientalistas, que consideram a área um berço de biodiversidade.

Para o Observatório do Clima, o aval representa “dupla sabotagem” — ao planeta e à Conferência. “Por um lado, o governo atua contra a humanidade, ao estimular mais expansão fóssil e apostar em mais aquecimento global. Por outro, atrapalha a própria COP30, cuja entrega mais importante precisa ser a eliminação gradual dos combustíveis fósseis”, disse ao G1 (20/10) Suely Araújo, coordenadora de Políticas Públicas do Observatório.

O Greenpeace Brasil também criticou a decisão e lançou uma petição online em defesa da Amazônia, citando alertas do Ministério Público Federal sobre riscos e irregularidades da operação (acesse em @greenpeacebrasil).

COP30, clima e saúde

Nos dias 6 e 7/10, o presidente da COP30, embaixador André Corrêa, participou do seminário “States of the Future” [Estados do futuro], no Rio de Janeiro, evento preparatório para o encontro. Ele alertou sobre os impactos das mudanças climáticas nas populações, economias e na saúde global: “Estamos tendo o retorno de doenças em lugares diferentes do mundo”, disse à *Radis*.

Na COP30, o dia 13/11 foi marcado pela realização do Dia da Saúde, em continuidade à iniciativa iniciada na COP28. Em setembro, o Brasil apresentou na ONU o Plano de Ação para a Saúde de Belém, baseado em três eixos: Vigilância e Monitoramento; Política Baseada em Evidências; e Inovação e Produção. O plano busca fortalecer sistemas de saúde resilientes ao clima. Confira o documento em: bit.ly/planoparasaudecop30.



ALAA Y.M. ABUMHSEN ANADOLU | GETTY IMAGES

“Reféns israelenses” X “terroristas palestinos”

A promessa de cessar-fogo em Gaza, com a libertação negociada de presos entre Israel e Palestina, evidenciou a diferença na cobertura da imprensa, principalmente a ocidental. Enquanto os israelenses foram corretamente identificados como reféns, os palestinos libertados eram denominados como “terroristas do Hamas”.

No entanto, numa análise mais profunda, entre os 1.718 palestinos soltos na troca pelos 20 reféns mantidos em Gaza, apenas 250 foram sentenciados por ataques contra israelenses. A grande maioria, como divulgado pela Carta Capital (14/10), foi mantida em prisão administrativa, ou seja, sem acusação formal ou julgamento, sob leis aprovadas por Israel no início da guerra que permitiam a prisão imediata de “combatentes ilegais”. Entre eles, cinco menores de 18 anos e duas mulheres.

Mesmo assim, a maioria dos jornais brasileiros focou em “Quem são os reféns israelenses soltos”. A libertação dos palestinos, as condições desumanas nas detenções e os diversos relatos de tortura ganharam apenas notas ou pequenas menções nas matérias.

Apesar do acordo firmado de cessar-fogo (10/10), Israel e o Hamas têm se acusado mutuamente de repetidas violações. Ataques a Gaza foram registrados durante esse período, mesmo com a pressão internacional para que seja respeitada a paz na região. A Corte Internacional de Justiça determinou que a entrada da ajuda humanitária (medicamentos e alimentos) precisa ser imediatamente garantida.

Comunidade Pataxó sob ataque armado

Cerca de 50 homens armados invadiram a Aldeia Kaí, comunidade Pataxó da Terra Indígena (TI) Comexatibá, no município de Prado, no extremo Sul da Bahia, em 1º/10. A Polícia Federal e a Polícia Civil da Bahia abriram inquérito para investigar os ataques. “Foi por milagre que não houve vítimas fatais, se considerarmos a proximidade e a agressividade com que foram disparados. Era mesmo pra matar”, relata o povo Pataxó em carta pública.

De acordo com os indígenas, que identificaram os agressores, a ofensiva foi comandada por empresários da região (latifundiários) que reivindicam as terras. Em nota, a Fundação Nacional dos Povos Indígenas (Funai) reforçou que a principal medida para combater os ataques na região é a regularização fundiária com a demarcação definitiva da TI.

Cecília Minayo é premiada pela Academia Mundial de Ciências

A socióloga Cecília Minayo recebeu o prêmio internacional da Academia Mundial de Ciências (TWAS Awards 2022–2024) na categoria Cientista Social. Com doutorado em Saúde Pública pela Fiocruz, ela é pesquisadora emérita da Fundação, no Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves/Ensp).

A premiação foi anunciada em 2023 e Cecília recebeu a placa em mãos na cerimônia durante a 17ª Conferência Geral da Academia Mundial de Ciências, no Rio (2/10). A homenagem reconhece a contribuição da socióloga aos estudos sobre violência e seus impactos na saúde, além de abordagens em saúde pública.

GUERRA NO RIO

OPERAÇÃO POLICIAL MAIS LETAL DA HISTÓRIA DO PAÍS

RESULTA EM MAIS DE 120 MORTES:

O QUE A SAÚDE TEM A VER COM ISSO?

REDAÇÃO

No último dia 28 de outubro, a cidade do Rio de Janeiro vivenciou seu mais recente e sangrento capítulo da chamada “guerra ao crime organizado”, promovida pela política de segurança pública do governo estadual. A Operação Contenção, que alegava ter como objetivo prender lideranças do Comando Vermelho (CV) e recuperar territórios dominados pela facção criminosa nos complexos de favelas do Alemão e da Penha, na Zona Norte da capital, terminou em mais de 120 mortes. Extermínio sem julgamento para muitos e caos para a população em mais um dia de terror, ocasionado pelo braço bélico do Estado e com revide por parte dos criminosos. A incursão enlutou famílias de civis e policiais, levou pânico e transtorno às ruas e, mais uma vez, fez da barbárie e da dor palco político.

A IMAGEM DOS CORPOS

O dia seguinte amanheceu com dezenas de corpos enfileirados e expostos em praça pública. Uma cena que provavelmente se eternizará como a imagem do massacre no Rio de Janeiro. Relatos informam que, na noite anterior e na madrugada do dia 29, dezenas de pessoas assassinadas durante a operação foram carregadas de uma área de vegetação na região — a Serra da Misericórdia — até a entrada da comunidade, na Penha, pelos próprios moradores, caracterizando ainda mais um ambiente de guerra e desespero no local. Tudo sob o olhar incrédulo da população e farto registro midiático — tanto pela imprensa tradicional como das mídias sociais.

Na contabilidade oficial, a ação resultou na apreensão de 91 fuzis, na prisão de 113 pessoas sob suspeita de

ligação com o crime e em 121 mortes. Três dias após a mais letal operação policial da história do país, quando os mortos começaram a ser identificados, pelos menos 20 pessoas assassinadas não tinham qualquer ligação com atividades criminosas confirmadas, segundo levantamento divulgado pelo G1 (31/10). Ainda assim, a ação foi considerada “um sucesso” pelo governador Cláudio Castro (PL), que disse lamentar apenas pelos quatro policiais que perderam as vidas no confronto.

Manifestações públicas na internet indicam que muitos veem as megaoperações policiais como a melhor resposta para a violência urbana, ainda que o modelo de segurança pública pautado no confronto em favelas e comunidades há décadas se mostre ineficaz e danoso. Especialistas ouvidos pela CNN Brasil (31/10) ressaltaram a importância de medidas como integração entre as diferentes esferas de governo e o uso adequado dos serviços de inteligência em ações de combate ao crime.

VIOLÊNCIA AFETA SAÚDE

Ao repudiarem a operação no “Manifesto por Segurança Pública Cidadã para o Rio de Janeiro”, instituições como a Fiocruz e organismos como o Conselho Nacional de Saúde (CNS) sofreram ataques virtuais e questionamentos sobre a pertinência do campo da saúde intervir em “assuntos de segurança pública”. Mas será mesmo que a saúde não tem nada a ver com o tema da violência?

Os dados mostram que uma das áreas mais afetadas pelas operações policiais é a saúde. “Só neste ano, serviços da atenção primária do SUS tiveram de suspender

CONFIRA OUTROS POSICIONAMENTOS SOBRE O OCORRIDO NO RIO DE JANEIRO, QUE MUITOS CLASSIFICARAM COMO “CHACINA”



TOMAZ SILVA - AGENCIA BRASIL

atendimentos por mais de 700 vezes. São milhares de consultas desmarcadas, tempo perdido em deslocamentos inúteis e sequelas físicas e psicológicas, tanto em profissionais de saúde como usuários”, destacou o portal Outra Saúde (30/10).

Unidades de saúde fechadas por conta da violência cotidiana em regiões de favelas deixam a população sem atendimento médico, consultas, exames ou outros cuidados. Quando aumenta o número de pessoas com doenças crônicas, como hipertensão e depressão, em territórios de conflito, também é o SUS que assume essa demanda. E o Estado paga a conta. *Radis* já mostrou isso em novembro de 2023 (edição 254), quando trouxemos relatórios do Centro de Estudos de Segurança e Cidadania (Cesec) e conversamos com especialistas. Isso sem mencionar diversos outros desdobramentos nos determinantes sociais da saúde.

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) destacou, em reportagem (29/10), que o número de mortes no Rio excede o das prisões efetivadas na “megaoperação” e inclusive supera o massacre do Carandiru, que deixou 111 mortos na Casa de Detenção de São Paulo, em 1992, e resultou na criação do Primeiro Comando da Capital (PCC). Para Carlos Fidelis, presidente do Cebes, a Operação Contenção é parte de “um jogo de cena para um público ávido por soluções e cansado de sofrer”. “Uma política apelativa, cheia de chavões, que é empregada para alastrar o medo e mobilizar eleitores a favor de intervenções militares e do emprego desmedido da violência letal”. 

“Trata-se de uma atuação seletiva, dirigida contra populações negras e empobrecidas, que tem no sangue seu instrumento de controle e dominação (...) Esse ciclo de violência não é acidental: ele decorre de uma estratégia deliberada que privilegia o confronto armado em detrimento de qualquer compromisso com a vida e com a legalidade”

Anistia Internacional

“Os impactos da violência armada no Rio de Janeiro não são novidade e vão muito além das estatísticas de criminalidade. Agudizam uma crise de natureza socioeconômica que há muito corrói o cotidiano das pessoas, o refúgio de suas casas e mesmo seus momentos de lazer, subtraindo a integridade física e mental de comunidades inteiras. O sofrimento incessante, os adoecimentos e óbitos desembocam em um problema de saúde pública”

“Manifesto Por uma Segurança Pública Cidadã”, assinado por Fiocruz e outras 43 instituições públicas e entidades civis e comunitárias

“A operação mais letal da história do Rio de Janeiro não é política pública. É política de morte”.

Justiça Global

“O uso da força em operações policiais deve estar em conformidade com as leis e os padrões internacionais de direitos humanos, e exorta as autoridades a realizarem uma investigação imediata”

Antônio Guterres, secretário-geral da Organização das Nações Unidas

“A responsabilidade do Estado em garantir o direito à segurança deve ser acompanhada do dever de preservar a vida e a saúde da população. (...) O medo, a dor, o luto e a perda têm um impacto profundo e duradouro na saúde mental dos indivíduos e das comunidades e não devem ser normalizados.”

Conselho Nacional de Saúde

Cozinha Solidária do Movimento dos Trabalhadores Sem-Teto na comunidade Sol Nascente, no Distrito Federal

ROBERTA ALINE / MDS

ADRIANO DE LAVOR E PAULA PASSOS

Você já deve ter ouvido falar que o Brasil saiu novamente do Mapa da Fome. Entre 2022 e 2024, o número registrado de pessoas que sofreram com a subnutrição foi menor que 2,5% da população do país, segundo o relatório “Estado de Segurança Alimentar e Nutricional no Mundo 2025 (Sofi 2025)”, divulgado em julho de 2025. Os dados sobre insegurança alimentar grave também revelam cenário positivo: houve redução de 6,6% entre 2021 e 2023 para 3,4% no último triênio.

“São quase 7 milhões de pessoas que deixaram essa situação”, informa Jorge Meza, representante da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) no Brasil, no artigo que escreveu para o jornal O Estado de S. Paulo (4/8/25). Jorge atribui a

recuperação do país no combate à fome a três fatores: vontade política, participação social e coordenação entre esferas de governo.

Você também já deve ter escutado que a alimentação é um dos principais pilares da saúde. “Os alimentos são a maior e melhor fonte de nutrientes essenciais para o bom funcionamento do corpo e, conseqüentemente, contribuem para uma maior qualidade de vida e bem-estar”, orienta o Ministério da Saúde no “Guia alimentar para a população brasileira”, lançado há mais de 10 anos.

No documento, a orientação é clara: comida de qualidade é a base para a prevenção de doenças como hipertensão arterial, diabetes, obesidade e câncer, assim como traz benefícios que vão além da saúde. O guia reforça que compartilhar um bom prato de comida cria



A GENTE NÃO QUER SÓ COMIDA

2º ENCONTRO NACIONAL DO **PROGRAMA COZINHA SOLIDÁRIA**
REFORÇA COMPROMISSO COM UM BRASIL SAUDÁVEL E JUSTO

vínculos entre as pessoas, reforça culturas tradicionais e protege o meio ambiente.

Neste contexto de combate à insegurança alimentar, uma iniciativa que certamente contribui para que o Brasil possa garantir que sua população tenha acesso regular a alimentos suficientes para uma vida saudável é a articulação promovida pelas cozinhas solidárias. Essas experiências tiveram origem no seio dos movimentos sociais e hoje são reconhecidas como uma tecnologia social que traz amplas contribuições para o campo da saúde.

Em setembro de 2025, representantes de cozinhas solidárias, entidades gestoras e parceiros se reuniram na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), no Rio de Janeiro, onde aconteceu o 2º Encontro Nacional do Programa Cozinha Solidária (PCS).

A ideia era avaliar a execução do programa, construir coletivamente uma proposta de formação para o setor e fortalecer redes de cooperação — entre as diferentes experiências territoriais, com iniciativas e instituições, e com o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA).

Mas que ensinamentos podem trazer as cozinhas solidárias para o campo da saúde? De que modo estas iniciativas populares, responsáveis pela construção de um programa de distribuição solidária de alimentos, podem contribuir para a construção de um país mais saudável e justo? Com estas questões em pauta, *Radis* participou do encontro na EPSJV e visitou uma experiência na capital carioca na busca de compreender como esta tecnologia social pode ajudar a melhorar a saúde da população brasileira.



Uma parte da equipe da Cozinha Solidária Raízes do Brasil (RJ): restaurante fornece 300 marmitas semanalmente a pessoas em situação de vulnerabilidade

“A GENTE QUER SAÍDA (PARA QUALQUER PARTE)”

Mas o que são as cozinhas solidárias? Nascidas por iniciativa da sociedade civil — e potencializadas no contexto da pandemia de covid-19 —, as cozinhas solidárias são reconhecidas como uma importante tecnologia social de combate à fome e à insegurança alimentar e nutricional. Elas foram organizadas por pessoas, comunidades, coletivos e instituições, em diferentes lugares do país, que passaram a produzir e oferecer refeições gratuitas a pessoas em situação de vulnerabilidade socioeconômica e insegurança alimentar, incluindo a população em situação de rua.

Grande parte das cozinhas nasceu e permanece funcionando de forma voluntária, com a mobilização direta da comunidade. Os recursos vêm de doações individuais e institucionais. Desde 2023, com a criação do Programa Cozinha Solidária (PCS), algumas delas passaram a contar também com apoio governamental complementar para ampliar a produção e a oferta de refeições.

Cada cozinha solidária possui gestão própria e costuma desenvolver, além da alimentação, atividades de interesse coletivo, como oficinas de capacitação, ações de educação alimentar e nutricional, entre outras. Localizadas em territórios vulnerabilizados, funcionam em pontos estratégicos para garantir acesso à comida a quem mais precisa, informa o Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), responsável pelo programa e que organizou o encontro em parceria com a Fiocruz.

E a saúde? De que modo se beneficia desta tecnologia? Coordenador da Agenda de Saúde e Agroecologia da Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde da Fiocruz, André Burigo, o Deco, contextualiza: Em primeiro lugar, as cozinhas solidárias trazem a luta pelo direito à

alimentação adequada (e contra a fome) para o centro das instituições de saúde e do SUS. Ao colocar a fome em discussão, as cozinhas contribuem com a promoção da saúde, na medida em que viabilizam a garantia de um direito fundamental para aqueles que estão em situação de vulnerabilidade, diz à *Radis*.

Deco lembra ainda que, por serem iniciativas protagonizadas pelos movimentos sociais (que não perderam o protagonismo, mesmo após gerarem uma política pública), as cozinhas valorizam a diversidade e a experiência dos territórios — e, nesta medida, fortalecem o SUS. “O sistema público de saúde precisa de inspirações para poder se oxigenar e se reinventar com políticas que partam do território”, diz o pesquisador.

“O movimento nasceu muito em função da luta dos movimentos sociais. Eu diria que é uma das poucas políticas públicas no Brasil desde a Constituição de 1988 que surge a partir de um processo de mobilização social”, reforça Humberto Palmeira (Beto), coordenador do Movimento de Pequenos Agricultores (MAP), que está à frente da Raízes, cozinha solidária que semanalmente distribui 300 refeições a moradores de comunidades na região central do Rio de Janeiro.

Na entrevista que concedeu à *Radis* [Leia na página 18], ele classifica a cozinha como porta de entrada para o processo de mobilização social. “A cozinha não é só o alimento”, diz. A metáfora utilizada pelo gestor da Raízes é compartilhada por Deco, que também se refere às tecnologias sociais como portas de entrada para o acesso a outras políticas públicas. “É onde chegam as mães querendo educação para os filhos, pedindo remédio, onde a articulação acontece. As cozinhas solidárias são importantes para a gente trabalhar um conjunto de questões, como por exemplo aumentar a taxa de vacinação”, advoga.

“A GENTE QUER A VIDA (COMO A VIDA QUER)”

“A cozinha solidária é um motor”, acrescenta Vítor Lourenço. Coordenador do Fórum de Cozinhas Solidárias do Rio de Janeiro, que reúne 382 cozinhas solidárias no estado, ele reforça que é uma iniciativa de combate à fome, mas também promove saúde, direitos humanos e cidadania nos territórios. “Ela promove soberania alimentar”, afirma. “Não é só o prato de alimento para matar a fome, é um prato com alimento saudável, de qualidade, que promove a saúde das pessoas atendidas. É também um processo de cidadania, porque leva às pessoas o debate social sobre a fome, sobre a emergência climática, sobre a democracia”, diz o ativista à *Radis*.



EDUARDO DE OLIVEIRA

As cozinhas solidárias promovem saúde, direitos humanos e cidadania nos territórios

Vítor explica que a cozinha solidária é uma tecnologia social ancestral. Existe nos quilombos, nos terreiros, nas igrejas, nos movimentos sociais, em organizações não governamentais; é também mundial, já que pode ser encontrada em diferentes países com nomes e formatos diversos, explica. Para ele, é mais que um ponto de distribuição de alimentos. “É um polo territorial de combate à fome e à desigualdade”.

Neste sentido, ele pondera que comer (e não comer) são atos políticos. “Quando a gente reúne nossa família e come, construímos processos políticos. Infelizmente parte da sociedade brasileira ainda está em um processo de insegurança alimentar. Então, não comer também é um ato político”, diz, argumentando que não são as pessoas que escolhem passar fome, mas sim “o capitalismo” que decide que elas não terão acesso à alimentação.

Neste sentido, ele enxerga o encontro nas cozinhas, por meio do alimento, como ato político. Um encontro que constrói oportunidades. “As cozinhas são espaços de cidadania, promovem a emancipação das pessoas e o desenvolvimento territorial”, defende, lembrando que são espaços de debate, de encontro, de construção e de formação. Muitas cozinhas hoje têm processos formativos de inclusão, de inserção no mercado de trabalho, de aprendizado sobre economia solidária e de formação tecnológica para jovens, explica o coordenador do fórum.

A fala de Vítor dialoga com a “ousadia criativa” sugerida por Deco, ao ser provocado pela *Radis* se haveria possibilidade de se estabelecer um elo entre a atuação dos profissionais das cozinhas solidárias com aqueles que atuam na atenção primária em saúde. “Numa livre associação, podemos tanto pensar em quem trabalha nas cozinhas como agentes comunitários de saúde — já que estão nas comunidades, trabalhando — assim como podemos imaginar a criação de agentes comunitários de alimentação, da cultura e da economia solidária. Acho que esse é um desafio que está à altura da conjuntura de hoje”, argumenta.

“A GENTE QUER PRAZER (PRA ALIVIAR A DOR)”

Além de espaços de alimentação, acolhimento e mobilização para outras conquistas sociais, as cozinhas também são lugares que resgatam as tradições sociais e culturais, como mostra Mãe Flávia Pinto. À frente do terreiro de Umbanda Casa do Perdão, em Seropédica, município da Baixada Fluminense, ela explica que a cozinha Vovó Joana de Angola, que mensalmente distribui cerca de 500 refeições, confirma que o compartilhamento de comida está na gênese dos terreiros: “O combate à fome é uma tecnologia ancestral que os terreiros desenvolveram como uma forma de sobrevivência a tudo aquilo que foi condenado ao povo preto, ao povo indígena neste país, que é a expropriação da sua terra. E ao expropriar a terra, retiraram de nós a segurança alimentar”, diz a matriarca.

Ela conta à *Radis* que o trabalho que realiza hoje descende de uma longa tradição de outras mulheres que, historicamente, se dedicaram a sanar os efeitos da fome. “Eu sou apenas mais uma”, ressalva, referindo-se a outras mulheres, como Mãe Beata de Iemanjá e Olga de Alaqueto, que já contribuíam com o processo de segurança alimentar, fosse por meio de rezas e rituais, fosse partilhando alimentos com a comunidade.

A prática solidária também resgata, segundo Mãe Flávia, a tradição das religiões de matriz africana de preservação do meio ambiente — na medida em que se preocupam com o compartilhamento de recursos e o não desperdício de alimentos — e a acolhida de todos. “Os terreiros preservam a tradição de dar comida para todos e todas, sem discriminar se é homoafetivo, se é preto, se é branco, se é homem, se é mulher. Quem chegar, sempre vai comer dentro de um terreiro”.



GUTENBERG BRITO

2º Encontro de Cozinhas Solidárias reuniu, na Fiocruz, lideranças e integrantes de movimentos sociais que atuam no combate à fome

“A GENTE QUER INTEIRO (E NÃO PELA METADE)”

Como tecnologias sociais que tiveram sua origem nos movimentos da sociedade, e muito recentemente transformadas em políticas públicas, as cozinhas solidárias ainda enfrentam desafios, sinalizaram os participantes do encontro no Rio de Janeiro. Para além do reconhecimento oficial como política pública ou da capacidade de atuar em situações extremas — como a pandemia de covid-19 e as enchentes recentes no Rio Grande do Sul —, a reunião de experiências de todo o país expôs algumas necessidades comuns, como a demanda por qualificação profissional e a remoção de entraves burocráticos que impedem a inclusão de mais cozinhas no PCS.

Na escuta promovida às cozinhas e às instituições, também apareceram reivindicações relacionadas à necessidade de estruturação dessas iniciativas, ao aumento do investimento destinado ao Cozinha Solidária, a uma maior articulação com outras políticas públicas, a exemplo do Programa de Aquisição de Alimentos (PAA). Nesse contexto, aparece a reivindicação pelo

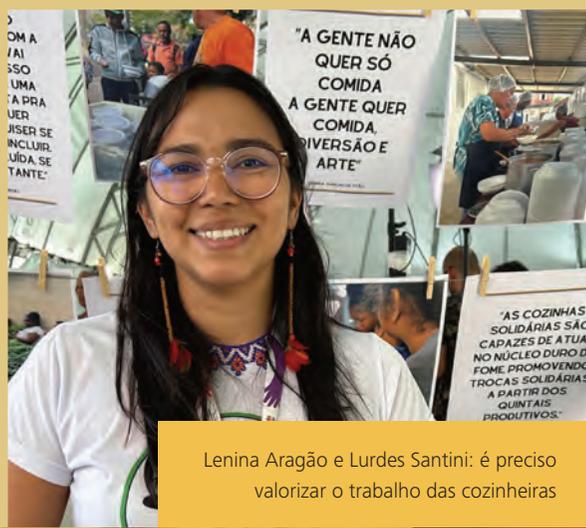
reconhecimento do trabalho realizado nas cozinhas como uma ação de cuidado.

“O trabalho que você faz nas cozinhas solidárias, para garantir a vida das pessoas, é um trabalho de cuidado”, argumenta Lurdes Santini, integrante do Movimento Brasil Popular (MBP) em Porto Alegre. Colaboradora de várias experiências no Rio Grande do Sul, ela chama atenção, em primeiro lugar, para o fato de que o trabalho “relevante e necessário” realizado nas cozinhas é, em sua grande maioria, realizado por mulheres. Em segundo lugar, este trabalho, delegado em sua maioria às mulheres, não é reconhecido, pontua.

“Ele não é reconhecido porque não se paga por ele. Ele não é valorizado do ponto de vista de ser um trabalho remunerado”, aponta Lurdes, lembrando que estas mulheres não fazem somente comida, mas atendem pessoas. “Elas ouvem demandas de outras mulheres que sofrem violências, que têm filhos com deficiências graves; acolhem pessoas que estão abandonadas no mundo, que estão na rua”, enumera, argumentando que este trabalho deve ser remunerado.



ADRIANO DE LAVOR



ADRIANO DE LAVOR

Lenina Aragão e Lurdes Santini: é preciso valorizar o trabalho das cozinheiras

A ativista considera que as cozinhas solidárias representam, além da porta de entrada para uma série de outros cuidados que vão além da alimentação, “uma possibilidade de reconectar as pessoas com o direito, com a esperança de viver, de lutar pela vida”. “As cozinhas fazem mais do que comida. Cuidam da vida das pessoas”, diz.

Educadora popular, Lurdes conta que participa do encontro com o intuito de contribuir com o processo de sistematização de um plano piloto de formação, no âmbito

do MDS. Segundo ela, a ideia é oferecer capacitação em todas as áreas, da gestão ao reconhecimento profissional das pessoas que atuam nas cozinhas, sem deixar de lado um programa de formação política. O plano, diz, está em análise e deve ser implementado em primeiro lugar no Rio de Janeiro, em São Paulo e em Pernambuco, quando será avaliado sobre a viabilidade de ser replicado em outros estados. A expectativa é que esteja concluído em dezembro de 2025.

VOCÊ TEM FOME DE QUÊ?

O trabalho realizado por Lenina Aragão, no Pará, ilustra o cuidado com protagonismo feminino. Ela coordena a equipe da cozinha “Mão de Mulheres”, em Ananindeua, na região metropolitana de Belém, e colabora com uma rede da qual participam outras 14 cozinhas, também localizadas no Maranhão, que integram o Movimento Camponês Popular. “Eu faço um pouquinho de tudo! Não tem como a gente exercer uma função só dentro da cozinha, né?”, brinca Lenina, que divide o tempo ainda como estudante de Pedagogia.

Ela explica que a cozinha se organiza de acordo com as demandas da comunidade. Como exemplo, cita as rodas de conversa promovidas pela “Mãos de mulheres”, em que esclarecem dúvidas sobre programas do SUS e abordam assuntos relacionados à saúde, como dignidade menstrual. “As mulheres não conseguem acessar todos os programas, seja por falta de documento ou de informação”, conta.

“A cozinha vai além do fornecimento da refeição. Com as rodas de conversa, conseguimos estar mais próximas das mulheres assistidas, discutir estes temas e dar alguma formação para elas”, explica. Ela esclarece que o acolhimento dado às mulheres (e reconhece que a realidade experimentada de cuidado é majoritariamente feminina) não se refere apenas à dimensão solidária, mas também de auxílio ao enfrentamento de problemas, muitas vezes silenciados.

O trabalho é complexo, assinala. “A gente atende cinco bairros de Ananindeua, em um total de 250 pessoas”. Para dar conta do recado, a “Mão de mulheres” conta com o trabalho de 10 voluntárias, das quais cinco são fixas — trabalham todos os dias na cozinha. Nenhuma delas recebe qualquer remuneração para isso. Lenina reivindica uma maior valorização do trabalho destas mulheres: “Por serem voluntárias, elas acumulam jornada de trabalho, muitas vezes deixando de fazer coisas em casa para atender as pessoas”, sinaliza.

Ela considera que é importante prover uma renda para estas mulheres, já que o volume de recursos recebidos pelo projeto é modesto. A cozinha se mantém por meio de doações e algumas parcerias, explica Lenina, ressaltando que este ano passaram a receber dinheiro do MDS. “R\$ 2,40 por marmitta”, especifica. Recentemente, a “Mão de

mulheres” participou de um edital da Fundação Banco do Brasil destinado a fornecer equipamentos de cozinha. Até então, elas atendiam a todas as pessoas cozinhando em um fogão de quatro bocas.

“Era uma demanda muito grande, a gente madrugava fazendo a comida, às vezes não conseguia entregar no horário, sempre passava da hora por conta da falta de ferramentas”, diz. Lenina informa que hoje, com sede própria e ajuda do edital do MDS, melhorou a qualidade de vida das trabalhadoras, assim como foi possível custear gastos fixos, como energia elétrica, bem como caprichar no cardápio oferecido — especialmente incrementando a proteína.

DESEJO, NECESSIDADE, VONTADE

Lenina chegou às cozinhas solidárias por intermédio de um coletivo de mulheres, quando distribuía kits de higiene para mulheres em situação de vulnerabilidade. “A gente percebeu que muitas delas viviam com insegurança alimentar, então começamos a tentar fazer algumas ações, distribuir caldo solidário”, conta à *Radis*. Durante a pandemia de covid-19, as necessidades se agravaram.

“Tivemos que ir mesmo para a rua, alimentar essas pessoas”. Começaram então a entregar cestas camponesas (com alimentos in natura) para diversas famílias, inclusive de refugiados e de indígenas Warao. Com o passar do tempo, perceberam que isso não era suficiente, já que muitas pessoas não tinham como custear o gás de cozinha. “Assim foi começando a nossa cozinha”, relembra.

Anos depois, Lenina ainda se mostra empolgada com a iniciativa, embora reconheça que o Programa Cozinhas Solidárias ainda tem muito a avançar. Ela enfatiza a necessidade de se aprimorar as parcerias, de maneira que se possa melhorar a formação profissional das pessoas que trabalham nas cozinhas. Sugere a oferta de cursos de reaproveitamento de alimentos, de técnicas de gastronomia que possam desenvolver os talentos naturais e, ao mesmo tempo, valorizar a educação formal, muitas vezes deficitária. “Muitas mulheres que ainda são semianalfabetas ou analfabetas, não têm inclusive como ler um edital ou mesmo assinar seu próprio nome”, justifica. (ADL)

“A FOME É DECISÃO POLÍTICA”

Localizado num casarão no bairro de Santa Teresa, no Rio de Janeiro, o restaurante Raízes do Brasil fornece 300 marmitas solidárias semanalmente a moradores das comunidades dos Guararapes, Prazeres e Coroa.

O Raízes integra e fortalece o Sistema Popular de Alimentos do Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA), atualmente presente em 17 estados brasileiros. Em 2024, o espaço aderiu ao Programa Cozinha Solidária do Governo Federal, com o objetivo de aumentar a distribuição de marmitas para pessoas em situação de insegurança alimentar. Atualmente, a iniciativa não está recebendo verba estatal, porque é necessária a criação de uma unidade gestora para administrar esses recursos.

Para manter os custos do casarão na Rua Áurea, 80, o restaurante organiza, através do seu site, a venda de cestas camponesas, com produtos agroecológicos de diversos estados brasileiros; promove feiras camponesas em bairros e universidades; oferece aos finais de semana o café camponês com buffet livre por R\$ 65, além de almoço; e conta com um mercadinho com produtos orgânicos e agroecológicos. Além desses serviços, a equipe do Raízes fornece alimentação para eventos corporativos, assim como reserva o espaço para festas.

Conversamos com Humberto Palmeira, coordenador do MPA, sobre o trabalho realizado no Raízes. O assistente social nasceu em Caraíbas, no interior da Bahia, trabalhou por mais de vinte anos na roça e, hoje, assume tarefas na organização e mobilização do movimento. Em entrevista à *Radis*, Beto, como também é conhecido, explica como a alimentação se tornou mercadoria no Brasil e como isso dificulta o acesso da população à saúde.

Como funciona a dinâmica do Raízes no programa Cozinhas Solidárias?

Com o programa a gente ampliou o contato com as comunidades em torno de Santa Teresa, pensando no trabalho de organização, mobilização, identificação de quem está com insegurança alimentar e também ampliou nossa dinâmica com os próprios agricultores e agricultoras, porque a nossa cozinha é 99% de comida agroecológica. Só o sal que a gente não consegue ter ainda de agricultores e agricultoras. Então, a gente consegue também garantir uma renda para essas famílias que abastecem essa cozinha. Ela acaba juntando as duas pontas.

Então, o trabalho não é “só” entregar comida...

Começaram a aparecer demandas para a educação, para saúde mental. A cozinha não é só o alimento, ou seja,

o alimento é uma porta de entrada, mas que abre várias possibilidades de a gente fazer trabalho e seguir o processo de mobilização.

Como o programa influencia na garantia do direito à alimentação?

Acho que o mais interessante desse programa foi como ele nasceu. Ele nasceu muito em função da luta dos movimentos sociais. Eu diria que é uma das poucas políticas públicas no Brasil desde a Constituição de 1988 que surge a partir de um processo de mobilização social. E por uma conjuntura de um governo democrático, que aceitou e incorporou essa política. Eu diria que é uma vitória esse programa pelo fato dele ter surgido desse processo. No entanto, precisa ser melhorado permanentemente.

E o que precisa ser aperfeiçoado?

A ciência já diz que quem teve uma alimentação adequada na primeira infância, o desenvolvimento neurológico vai ser outro em relação a quem teve deficiência alimentar. O governo hoje tem um programa importante, que é o Farmácia Popular. Por que não tem [o programa] Comida Popular? Ou seja, se nós tivéssemos essas mesmas famílias e pessoas que recebem remédio para hipertensão e diabetes recebendo uma cesta agrícola? Eu diria que iria reduzir o uso de fármacos. Então, acaba que a má alimentação está vinculada à indústria de fármacos. As pessoas comem mal para poder consumir mais remédio.

Como você enxerga a mão de obra das pessoas que trabalham nas cozinhas?

Precisa de muito mais financiamento para as cozinhas conseguirem fazer gestão, qualificar as pessoas que trabalham em termos profissionais e fazer formação. É muito trabalho voluntário e a gente sabe que isso não se sustenta. Tem que chegar a um momento que precisa de uma operacionalização, então teria que ter mais recursos para garantir isso. Tem que haver recursos para garantir mais compra de alimentos da agricultura familiar, que é outro aspecto da cozinha, que é garantir alimento de verdade. A tarefa é não reproduzir a alimentação a partir dos ultraprocessados. Essas cozinhas encontram um dispositivo de organização e da produção dessa cultura camponesa familiar que não tem mercado. Garantem que minimamente as pessoas possam ter para onde produzir e aquelas que vão consumir também saibam de onde vêm esses alimentos. E a gente consegue sistematizar esse consumo. Atualmente, vocês compram alimentos de quantas famílias?

Eu diria que hoje de umas 200 famílias. A gente compra de seis municípios do Rio de Janeiro, de um município de Minas Gerais, que faz divisa com o RJ; e o arroz a gente traz de Sergipe, do Vale do São Francisco. Isso para poder também descentralizar o comércio de arroz no Brasil, que hoje é muito concentrado na região Sul, a gente optou por mobilizar essa produção no Nordeste para trazer para cá, para poder também incentivar a produção lá na região.

Qual é a diferença do trabalho que vocês fazem para grupos que têm como foco a caridade?

Para nós, do MPA, a fome é uma decisão política. Para acabar com a fome, é preciso mudar o sistema de produção e distribuição. Ou seja, enquanto o sistema de produção e distribuição for concentrado, enquanto a terra estiver concentrada na mão de poucas pessoas, enquanto a distribuição de alimentos for concentrada em poucas empresas, a fome vai existir, porque a fome é um negócio. A diferença principal é a crítica estrutural que a gente faz ao modelo de produção e distribuição de alimentos. Acreditamos que as pessoas que estamos atendendo ou pessoas usuárias das cozinhas são sujeitos com capacidade de compreender esse processo e lutar por mudar esse processo. Então não é só receber um prato de alimento e saciar uma necessidade básica e tudo bem. A gente acredita no potencial dessa relação que a alimentação tem de criar consciência e organização das pessoas. A diferença na nossa perspectiva para outras organizações que fazem cozinha, comunitária ou solidária, é a leitura de mundo. No Brasil, a fome é um negócio e o alimento é uma mercadoria. A gente luta também para que o alimento não seja mercadoria. (P.P) 

“ Para acabar com a fome, é preciso mudar o sistema de produção e distribuição ”



EDUARDO DE OLIVEIRA



A tuberculose tem cura, mas ainda mata no Brasil pelas dificuldades de acesso ao tratamento

TUBERCULOSE AINDA RESISTE

Doença ganha novo tratamento à sua forma resistente pelo SUS, mas preocupa por ser um reflexo das desigualdades sociais

LARA SOUZA | FOTOS: FERNANDA ANDRADE

Luzia De Seta levou um susto quando viu o raio-x do seu pulmão. As marcas indicavam uma possível tuberculose (TB), doença infecciosa transmitida pela bactéria *mycobacterium tuberculosis*, conhecida como bacilo de Koch. Ela não tinha apresentado os sintomas mais comuns da doença, que são tosse, febre e grande perda de peso, apenas percebeu uma rouquidão. A assistente social de 62 anos trabalha diretamente com o encaminhamento de pessoas para cuidados médicos pelo SUS e sabia que deveria ser feita a investigação imediata com o teste de escarro.

Posteriormente, veio a confirmação do diagnóstico, com o agravante de ser a forma resistente à rifampicina — um dos principais medicamentos utilizados para o tratamento da enfermidade. A tuberculose resistente ocorre quando a bactéria causadora da doença se torna imune a um ou mais medicamentos utilizados no tratamento convencional.

Com esse diagnóstico, Luzia não poderia fazer o tratamento na Unidade Básica de Saúde (UBS), mas seria acompanhada por um centro especializado. A atenção primária à saúde é a principal responsável por diagnosticar e acompanhar pessoas com tuberculose durante todo o tratamento — que dura seis meses, em geral. Já com a resistência a um dos medicamentos, a assistente social foi encaminhada para o Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPHF), vinculado à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz).

Luiza relembra o acompanhamento que teve em todas as etapas pelo SUS. “O acolhimento foi emocionante porque, sendo eu servidora municipal, senti na pele a diferença que o SUS faz para um paciente em tratamento de uma doença ainda tão preocupante”, afirma.

Sua maior preocupação era por trabalhar diretamente com pessoas em situação de rua na Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro, além de fazer uso de

medicamento imunossupressor por conta de uma doença autoimune, a artrite reumatoide — o que a colocava diretamente no grupo de risco. Esses foram os principais motivos para levar o tratamento à risca, além do fato de querer preservar seus familiares.

Livre da doença, Luzia persiste na defesa do SUS. “Dou meu depoimento, porque acho que o SUS precisa ser ainda mais valorizado e ter sempre investimento para melhorar cada vez mais”, diz. Assim como Luzia, a maioria dos pacientes recebe o tratamento e chega à cura, segundo dados do Ministério da Saúde (MS). Contudo, existe uma parcela da população para qual a doença chega a ser fatal.

“Considero inadmissível que ainda morram cerca de seis mil brasileiros por ano de tuberculose”, disse a pneumologista, professora, escritora e pesquisadora da Ensp/Fiocruz, Margareth Dalcolmo, em entrevista à *Radis*, em maio de 2008. Atualmente, 17 anos depois, de acordo com o “Boletim Epidemiológico — Tuberculose 2025”, do MS, ainda morrem seis mil pessoas por ano de TB no Brasil.

Novamente em entrevista à *Radis*, Margareth retoma a fala de que o índice de morte é “totalmente inadmissível”, “considerando que estamos falando de uma doença benigna, tratável, com remédio de excelente qualidade, diagnosticável e curável em 100% dos casos”, afirma.

DOENÇA NEGLIGENCIADA

A tuberculose é uma doença endêmica no Brasil e problema de saúde pública há séculos. Entre 2013 e 2019, o coeficiente de mortalidade por TB manteve-se relativamente estável no país. No entanto, a partir de 2020, com a pandemia de covid-19, os números têm aumentado progressivamente, retornando para seis mil óbitos, com 2,8 mortes por 100 mil habitantes.

Em 2024, o Brasil notificou mais de 84 mil novas ocorrências, o que corresponde a uma incidência de 39,7 casos por 100 mil pessoas. O Rio de Janeiro é um dos estados com o índice

mais preocupante, por conta do pequeno tamanho territorial enquanto é um dos mais populosos do país, além da grande concentração de pessoas em favelas [Leia mais na página 24]. Com a incidência de 75,3 casos por 100 mil habitantes, o indicador estadual é quase duas vezes maior do que o nacional.

A região Norte do país também preocupa. Pará, Amazonas, Acre, Roraima e Amapá têm índices bem acima do nacional, com o Amazonas chegando a 94,7 casos por 100 mil pessoas, segundo o Ministério da Saúde. Esses mesmos estados (RJ e AM) também estão entre os maiores índices de mortes por TB.

Os dados demonstram que a condição ambiental afeta diretamente a incidência de transmissão da TB, por isso o Rio de Janeiro é considerado uma prioridade no enfrentamento à doença. A pneumologista Margareth Dalcolmo lembra que no estado existem cerca de duas milhões de pessoas vivendo em favelas, em que as casas em geral são pequenas e não possuem boa circulação de ar. “Em comunidades onde a vida é muito concentrada, a transmissão se dá de maneira quase que compulsória”, afirma.

O perfil dos casos também revela desigualdades importantes: 68,2% das pessoas diagnosticadas são homens e 65,8% se declaram pretas ou pardas, segundo o Boletim Epidemiológico 2025. Os dados demonstram que a tuberculose está diretamente associada aos indicadores socioeconômicos, tanto em nível individual quanto coletivo.

As populações em maior vulnerabilidade apresentam taxas significativas: em 2024, 8,1% dos casos ocorreram em pessoas privadas de liberdade, 3,6% em pessoas em situação de rua, 1% em indígenas e 0,6% em imigrantes. Esse percentual revela que, proporcionalmente, pessoas em situação de rua têm 54 vezes mais chances de contrair a doença; já a população privada de liberdade, 26 vezes. A coinfeção com HIV é outro fator preocupante — 11,4% dos casos de TB apresentam associação com o vírus, e entre essas pessoas, apenas 57,3% estavam em tratamento antirretroviral (TARV).

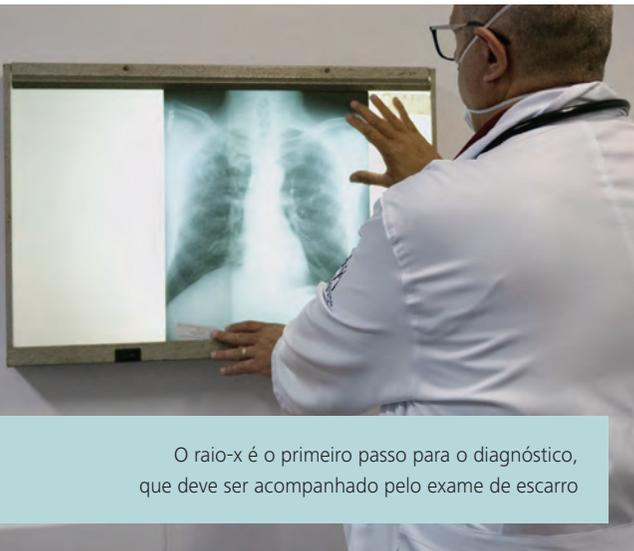
QUANDO A PESSOA DEVE PROCURAR ATENDIMENTO MÉDICO

Se apresentar os sintomas:

- Tosse persistente (a partir de 3 semanas)
- Febre vespertina
- Cansaço
- Perda de peso e apetite
- Sudorese noturna

Fonte: Ministério da Saúde

O Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPHF/Ensp) é especializado no tratamento da tuberculose, incluindo a forma resistente



O raio-x é o primeiro passo para o diagnóstico, que deve ser acompanhado pelo exame de escarro

O infectologista e mestre em Saúde Pública pela Fiocruz, Bruno Ishigami, avalia que a incidência da tuberculose em populações vulnerabilizadas é um sistema que se retroalimenta. Ele comenta que os altos índices no sistema prisional acabam impulsionando os casos em comunidades e favelas, uma vez que a grande maioria das pessoas privadas de liberdade são pessoas da periferia e recebem visita de familiares. “[São] 10 mil pessoas circulando no final de semana no presídio e vão voltar para as suas casas”, aponta.

“Tento enxergar hoje o sistema prisional como um reservatório de doença infectocontagiosa. São pessoas que estão confinadas e não têm acesso a serviço de saúde de forma adequada. Isso dificulta a melhora dos índices de tuberculose como um todo”, declara. O infectologista avalia que o perfil da TB no Brasil é “triste” e “diz muito sobre a dificuldade de acesso”. No caso da população em situação de rua, ele

aponta que existe chance de haver subnotificação. “É uma população que dificilmente tem uma rede de acesso à saúde para conseguir ser diagnosticada”, comenta.

Já Margareth Dalcolmo relembra que a TB é uma doença urbana, com transmissão de pessoa a pessoa e depende das condições de vida. “É uma doença da exclusão social, predominantemente. Não há dúvida”, observa.

TRATAMENTO EM MENOS TEMPO

Desde janeiro de 2025, o SUS adotou o tratamento para tuberculose em um curto intervalo de tempo, reduzindo drasticamente o tempo de 18 ou 24 para apenas seis meses, o que aumenta as chances de adesão e diminui as taxas de interrupção. Com a Nota Informativa Nº 1/2025 do Ministério da Saúde, foram atualizadas as recomendações do tratamento da tuberculose resistente, autorizando o uso do medicamento pretomanida. O antibiótico oral é inovador para o tratamento porque faz parte dos esquemas encurtados BPaL (bedaquilina, pretomanida e linezolida) e BPaLM (bedaquilina, pretomanida, linezolida e moxifloxacin).



Tratamento mais rápido e com menos medicamentos diminui interrupção

FATORES DE RISCO

- **Imunossuprimidos:** pessoas vivendo com HIV/aids ou que fazem uso de terapias imunossupressoras com uma menor capacidade de combater a infecção
- **Populações vulneráveis socialmente:** pessoas em situação de rua, privados de liberdade, indígenas, migrantes, moradores de favelas/habitações precárias
- **Crianças até 5 anos e idosos:** crianças pequenas têm imunidade menos desenvolvida, enquanto pessoas com a idade avançada têm um enfraquecimento do sistema imunológico
- **Contato próximo com casos ativos:** profissionais da saúde, pessoas que trabalham com população em situação de rua ou privada de liberdade

* A Organização Mundial da Saúde (OMS) também inclui entre os fatores de risco tabagismo, diabetes, desnutrição, uso de álcool/substâncias e condições socioeconômicas.

Fontes: Ministério da Saúde e OMS

Para Margareth Dalcolmo, esse foi um dos avanços recentes do Brasil. Ela relembra que o país foi pioneiro na adoção dos melhores tratamentos desde 1980, com os esquemas de curta duração. A pneumologista ressalta que a novidade reduz o sofrimento humano com a exclusão de medicamentos injetáveis.

A paciente Luzia De Seta foi a primeira a ter alta utilizando o tratamento BPAL para TB resistente no Centro de Referência Hélio Fraga, tendo começado o tratamento em janeiro. O tisiologista (especialista em TB) e chefe do ambulatório do Hélio Fraga, Jorge Luiz da Rocha, ressalta que a diminuição do tempo do tratamento é positiva tanto para o paciente quanto para a equipe. “É um tratamento de menor tempo de duração, eficaz, com pouco efeito colateral. A chance de cura é muito maior”, explica.

AVANÇOS E ENTRAVES

Outro fator importante é a alta cobertura vacinal da BCG, tradicionalmente contra as formas graves e disseminadas da TB, além de outras doenças. “O Brasil vacina todo recém-nascido desde 1972, por força de uma portaria do Ministério da Saúde. Então, temos alta cobertura de vacina BCG”, pontua Margareth.

Em relação ao diagnóstico, de acordo com o Boletim Epidemiológico do MS, em 2024, 73,9% dos casos pulmonares foram confirmados por exames laboratoriais. Destaca-se o aumento de 60% no uso do teste rápido molecular (TRM-TB) entre 2021 e 2024, ampliando o acesso a diagnósticos mais precisos. Enquanto no campo da prevenção, o país registrou 11.804 tratamentos preventivos de tuberculose (TPT) em 2024.

Os avanços científicos se devem, na perspectiva da pneumologista, ao grande engajamento acadêmico na produção de conhecimento. No entanto, ela faz a crítica de que “a participação da sociedade civil ainda está longe do desejável”. “A sociedade civil brasileira precisa participar mais das lutas contra a tuberculose”, convoca. “O próprio Banco Mundial reconhece que a incidência de tuberculose é um indicador econômico de um país, exatamente pelo número de casos e pelo acesso aos melhores tratamentos”, explica.

Para ela, a TB representa vários paradoxos do Brasil. “Nós temos programas muito bem controlados, temos acesso aos melhores tratamentos. O Brasil é um país que tradicionalmente vem participando dos ensaios clínicos que validaram, ao longo do tempo, as modificações implementadas nos tratamentos”. Contudo, os indicadores continuam subindo, relata a pesquisadora.

Dentre os pontos positivos, está a notificação compulsória, independentemente da consulta ter acontecido na rede pública ou privada de saúde. Todas as pessoas que testam positivo para tuberculose têm direito a receber toda a medicação de forma gratuita e são acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) durante os meses do tratamento. Os medicamentos e a assistência para a TB ocorrem somente pelo SUS.

No entanto, com todos esses avanços, por que o problema ainda é tão grande? Entre os principais motivos, Margareth aponta o diagnóstico tardio, quando o paciente já apresenta a forma grave da doença; e a extensão territorial do Brasil,

pois nem todos os lugares têm referências de boa qualidade para o tratamento. A pneumologista ainda acrescenta que o fato de que a TB é uma doença transmitida de uma pessoa para outra. “Se você é uma pessoa doente de tuberculose e mora em condições inadequadas, convivendo diretamente com uma criança, ou um idoso, ou um cônjuge, você vai transmitir forçosamente a doença”, comenta.

O coordenador e pesquisador do Centro de Referência Hélio Fraga, doutor em Epidemiologia em Saúde Pública pela Fiocruz, Paulo Vítor Viana, acrescenta que a cadeia de transmissão de pessoa a pessoa pode, ainda, aumentar os índices de TB resistente a medicamentos. Ele explica que a pessoa que tem tuberculose resistente e não está em tratamento também pode transmiti-la aos outros. “Essa pessoa adquire o bacilo resistente, ou seja, já é uma doença com resistência às drogas”, esclarece, acrescentando que são casos com manejo mais difícil.



Luzia fica emocionada por ter feito um tratamento gratuito e de qualidade pelo SUS

ATRASO DE 10 ANOS

A pandemia de covid-19 causou um grande impacto no acesso a tratamento e diagnóstico de tuberculose no Brasil. O Boletim Epidemiológico sobre a TB de 2025 aponta que no período pós-pandemia, entre 2020 e 2024, houve um aumento de 21% no número de casos novos, além de crescimento de 3% nas mortes entre 2022 e 2023.

Margareth ressalta que as mortes aumentaram muito com a pandemia, retornando a índices superados. Até 2019, o país estava declinando cerca de 2% ao ano, segundo a pesquisadora, longe dos desejáveis 15% para eliminar a doença, mas ainda em queda. Agora, os números continuam crescendo. “Com a pandemia de covid-19, o retrocesso ocorrido foi enorme, porque atrasou o controle da tuberculose no mundo inteiro em cerca de 10 anos”, afirma.

Em relação ao Brasil, a pesquisadora aponta que o impacto no país foi enorme porque serviços deixaram de funcionar, pessoas que ficaram doentes de TB não tiveram acesso aos tratamentos, muitas das que estavam em acompanhamento abandonaram, aqueles que tinham necessidade de um cuidado especial deixaram de ter, entre outras situações.

Paulo Victor aponta que, para além do crescimento dos índices, no pós-pandemia os pacientes também têm relatado muito sofrimento psíquico. “Por conta de todo o estresse que foi o período pandêmico, quando a pessoa recebe um diagnóstico de tuberculose, isso traz um impacto na vida”, analisa. Por causa dos estigmas em torno da doença, muitas pessoas acabam sendo rejeitadas pelo seu círculo social por medo da infecção — “principalmente quando se trata de tuberculose resistente”, pontua.

Como alerta, Margareth afirma que “tosse não é normal” e que a principal forma de combate à doença é a detecção precoce e o encaminhamento correto para o tratamento. A pneumologista afirma que quando se tem tosse por mais de duas semanas, já é necessário buscar atendimento.

Ela ressalta que os sintomas não são valorizados: muitas pessoas consideram tosse e, eventualmente, febre como coisas “comuns”. Com isso, nem sempre o diagnóstico é realizado da maneira mais rápida possível. Outro desafio é a falta de saneamento básico, um grave problema no Brasil, principalmente em populações mais vulnerabilizadas. Margareth afirma que isso impossibilita que essas pessoas tenham uma condição de autocuidado adequada.

“É preciso que as ações nesses locais sejam muito bem cuidadas, que a participação das representações de Clínica da Família, da atenção primária, sejam muito estimuladas e que haja investimento nessas pessoas, porque o agente de saúde é a pessoa mais crucial para a detecção precoce e oportuna da doença e o encaminhamento correto dessas pessoas para tratamento”, elucida Margareth.

TUBERCULOSE REFLETE AS DESIGUALDADES

A maior favela do Brasil. Segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2022, a Rocinha é a comunidade mais populosa do país, com mais de 72 mil moradores. O bairro se encontra nas encostas dos morros Dois Irmãos e Laboriaux na Zona Sul do Rio de Janeiro e tem a maior densidade demográfica do país, com mais de 48 mil habitantes por km², de acordo com o Projeto Unir do Centro de Pesquisas e Articulação de Conhecimentos Rocinha da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio).

O cenário de aglomeração de habitações com pouca ventilação, falta de luz solar, a maioria bem pequenas e sem saneamento básico adequado é extremamente propício para a proliferação da tuberculose (TB). A incidência na Rocinha



EDUARDO DE OLIVEIRA

Ruan utiliza sua visibilidade na internet para debater temas importantes para sua comunidade

é significativamente mais alta do que a média nacional. Em 2023, foram registrados 358 casos na comunidade, segundo o Observatório Epidemiológico da cidade do Rio de Janeiro (EpiRio), chegando a ser dez vezes superior à média nacional, que é de 3,7 casos por 10 mil habitantes.

A pneumologista, professora, escritora e pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), Margareth Dalcolmo, explica que a situação da transmissão da doença no Rio de Janeiro é grave, em especial nas comunidades como a Rocinha. “A Rocinha é muito paradigmática, por ser uma comunidade que está dentro da Zona Sul do Rio de Janeiro, ao lado dos metros quadrados mais caros e, no entanto, tem uma situação igual à de Bangladesh, 300 casos por 100 mil habitantes”, relata.

CRIA DA ROCINHA

Ruan Juliet ainda era uma criança quando ficou sabendo que o lugar onde morava era um dos que mais tinha casos de tuberculose no Brasil ao assistir a uma reportagem na TV. Hoje, o jovem se tornou um influenciador digital que mostra como é o dia a dia na Rocinha. Em um de seus vídeos recentes, ele decidiu alertar a população sobre a TB.

Com imagens dos becos, casas apertadas e esgoto a céu aberto, ele declara: “Não é porque as pessoas não se cuidam, não. É porque o ambiente faz a doença circular”, mostrando como é a realidade de moradias que são construídas em cima de outras casas. Quando questionado sobre a motivação do vídeo, explica: “Às vezes os moradores têm tuberculose e não sabem nem os sintomas”.

Ruan conta que é comum para quem mora na Rocinha ficar meses com sintomas antes do diagnóstico e início do tratamento, porque as próprias pessoas não têm conhecimento de que podem estar com a doença. Ele acredita que o assunto deveria ser mais divulgado.

“A minha tia teve tuberculose, ela morava numa casa que não tinha ventilação. Era uma casa abafada, pequena, tinha muita infiltração e era muito úmida”, conta. A tia do hoje influencer estava com tosse há três semanas e a família achou estranho. Ela foi acompanhada na Clínica da Família Rinaldo de Lamare e precisou fazer tratamento durante um ano, em que o agente comunitário de saúde (ACS) passava sempre para levar medicação e ver como ela estava.

“A galera que trabalha aqui, os agentes de saúde da Rocinha, temos que tirar o chapéu pra eles, de verdade, tem que bater palma”, declara Ruan. Segundo ele, a situação é desafiadora, uma vez que não é possível mudar as condições em que a pessoa vive. “Não tinha o que fazer. Não tinha condição de sair dali pra ir pra outro local”. Ele ressalta como a atenção básica do SUS ajudou para que as outras três pessoas que moravam com ela não fossem infectadas.

“Existem casas em que moram cinco, seis pessoas, às vezes até nove. Eu cresci num ambiente com meu pai, minha mãe, meu irmão e minha irmã. Cinco pessoas. E aí você vai ver o tamanho da casa: uma sala, uma cozinha, um banheiro e um quarto”, conta. Ele relata que se uma pessoa da família pega tuberculose, o risco de outra ser infectada é muito grande — por isso a doença se espalha tanto.

PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Durante a entrevista à *Radis*, Ruan mostra uma pequena casa na comunidade em que moram cinco pessoas. O domicílio até tem uma janela, mas ela não pode ficar aberta porque está de frente para uma vala na qual corre esgoto a céu aberto. “Se tiver alguém com tuberculose ali, como que vai cumprir as recomendações de deixar a janela aberta?”, comenta.

Isso também foi o que Renato Cony Seródio observou quando começou a trabalhar como médico residente na Clínica da Família Maria do Socorro, unidade básica que atende a Rocinha. O médico de família e comunidade, hoje também subsecretário de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde do Rio de Janeiro, assustou-se com a quantidade de casos de tuberculose, uma vez que na graduação a TB era considerada uma doença de exceção. Ele comenta que as equipes precisam adaptar o raciocínio clínico-diagnóstico para considerar a TB como primeira opção em caso de tosse crônica. “Ainda que a taxa de incidência no Rio de Janeiro seja muito alta, na Rocinha ela se aproxima dos países do Sudeste Asiático”, aponta.

Renato relata alguns desafios, como a determinação social da doença. “As condições de vida, falta de circulação de ar e de incidência de luz solar, aglomeração, tudo isso ajuda que o agente causador da doença esteja ali de forma endêmica”, declara.

O médico de família explica que não há como combater a doença sem enfrentar a desigualdade. “Entre os anos de 2002 e 2014, teve uma obra do PAC [Programa de Aceleração do Crescimento] que abriu uma rua, antes conhecida como Beco da Tuberculose. Todo mundo que morava na região já tinha tido a doença pelo menos uma vez na vida”, conta.

O beco era estreito, escuro e o ar não circulava, fazendo com que a bactéria estivesse ali endemicamente. “Fica muito claro para a gente que não são só as políticas de saúde que vão permitir que o Rio de Janeiro enfrente a tuberculose. A gente precisa de políticas de habitação, de reforma urbana, que aumentem a nossa capacidade de enfrentar a micobactéria”, comenta.

Ele também reafirma a importância da atenção primária que visita as pessoas com TB durante todos os dias do tratamento, para levar a medicação e garantir que a pessoa tome, além de verificar como o paciente está. Renato lembra o caso de uma jovem que começou o tratamento contra a TB e a equipe da Saúde da Família observou que ela nunca tinha sido orientada sobre planejamento reprodutivo. Decidiu, então, colocar o DIU — tudo pelo SUS. “Isso mostra a potência da atenção primária”, afirma.

Outro caso foi o de uma paciente que chegou com suspeita de tuberculose e foi identificada a coinfeção com o HIV. Era uma senhora idosa que tinha redescoberto a sua sexualidade após se tornar viúva e estava em um novo relacionamento em que ela não era acostumada a usar camisinha. Com a coinfeção, o caso de TB se tornou mais grave e ela teve o acompanhamento de todo o manejo, além de iniciar o tratamento também para o HIV. (LS)

“SEM ATENÇÃO PRIMÁRIA, NÃO HÁ CONTROLE DA TUBERCULOSE”

A tuberculose (TB) é uma doença que o Brasil conhece bem há décadas, para a qual existem protocolos e recomendações para tudo relacionado a ela, ressalta a pneumologista, professora, escritora e pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), Margareth Dalcolmo, em entrevista à *Radis*.

Contudo, as desigualdades sociais do país impulsionam os números de incidência da doença na velocidade inversa do avanço do cuidado na atenção primária, ou maior — uma vez que o índice está em crescimento nos últimos anos. Margareth, importante voz quando se trata de doenças respiratórias infecciosas, atuou na disseminação correta e segura de informações durante a pandemia de covid-19. Em conversa com a *Radis*, ela aborda o cenário atual e os desafios para a eliminação da TB no país.

Qual o panorama da tuberculose no Brasil?

O Brasil tem, tradicionalmente, um programa de controle da tuberculose muito eficiente, que tem uma coordenação que funciona sob o modelo tripartite: juntando as três esferas de governo — federal, estadual e municipal —, estando a cargo dos municípios a implementação das ações recomendadas pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades médicas, academias etc. O Brasil tem essa particularidade muito interessante em que as normas e recomendações técnicas sempre foram elaboradas juntando poder público e entidades representativas, inclusive com a participação da sociedade civil nos últimos 30 anos. O que é uma coisa muito importante, porque a sociedade civil traz para nós os anseios, as inquietudes, as dúvidas da população. Ter a voz da sociedade civil na elaboração de normas é sempre algo muito bem-vindo para todos nós. É diferente de outros países que elaboram normas descoladas dos usuários.

Então, a meta do governo de eliminar a TB até 2030 não é real?

Não. Acho que é totalmente fora de constatação, sobretudo com o retrocesso havido com a pandemia da covid-19. Ela é inalcançável, a meu juízo. O Brasil é signatário de um compromisso junto à OMS (Organização Mundial da Saúde)

de fazer a eliminação da tuberculose [até 2030]. Eliminação não é erradicação, considerando que a tuberculose não é uma doença erradicável, é controlável. Então, a eliminação seria ter uma incidência máxima de 5/10 casos por 100 mil habitantes, semelhante, por exemplo, aos países da Escandinávia — que têm alto grau de desenvolvimento econômico e social.

O tratamento só é realizado pelo SUS?

Sim. O Brasil tem um programa que é modelo. Não temos conflito entre medicina pública e privada. A tuberculose é uma doença de notificação compulsória. Quando um médico privado detecta um caso, ele é obrigado a preencher a ficha de notificação e esse doente vai à unidade de saúde mais próxima do local de moradia, para receber o tratamento, onde ele faz todas as consultas até receber alta. Se é um caso sensível aos fármacos recomendados, ele vai ser tratado durante seis meses. Eventualmente, em condições especiais, esse tratamento pode ser prolongado para nove meses.

A prevalência maior no Brasil é na região Norte, mas o Rio de Janeiro também apresenta alta incidência, correto?

É muito próximo. O Rio de Janeiro é a pior situação de todas. Manaus é a primeira cidade em termos de incidência, mas o Rio de Janeiro vem logo em seguida. O Rio tem a situação mais grave, considerando o tamanho da cidade, o número de pessoas que vivem em comunidades, lembrando que temos quase dois milhões de pessoas que vivem em comunidades. É preciso que as ações nesses locais sejam muito bem cuidadas.

Porém, se tratando de TB, a maior incidência é nas prisões?

A tuberculose é a doença de maior risco de transmissão [nas prisões]. As prisões brasileiras, pelas condições absolutamente desumanas em que a maioria delas opera, são um celeiro de transmissão quase que compulsória. As prisões são tão desumanas, tão inacreditáveis, que uma cela com uns oito metros quadrados tem 30 pessoas. Sobre tudo as cadeias masculinas, onde o problema é mais grave.

“ As prisões brasileiras são um celeiro de transmissão da tuberculose ”

Como combater a TB nessas condições?

Aí a gente entra numa outra discussão que é: por que encarcera tanto? As prisões estão cheias de gente. Cheias de meninos presos por causa de 200 gramas de maconha, que é uma bobagem. Isso tinha que ser tratado de outra maneira, enquanto quem vende para ele certamente é meu vizinho morando no metro quadrado mais caro do Rio. Ninguém que entra numa cadeia no Brasil pode sair melhor, a verdade é essa. Não é uma questão de prender, é de dar condições minimamente adequadas do ponto de vista sanitário para aquela pessoa cumprir sua pena, sofrer um processo de reintegração social ou algo que o valha. Temos uma média nacional de 38 casos por 100 mil. A cidade do Rio de Janeiro tem 70 por 100 mil, que já é o dobro da média nacional. Temos a Rocinha com 300 por 100 mil. E dentro das cadeias, é 2 mil por 100 mil. Sem dúvida, as prisões são a pior situação. É fundamental que assumamos esquemas de detecção precoce de casos e tratamento adequado das pessoas que são mantidas privadas de liberdade ou presas por longo tempo. A nossa proposição é testá-las na entrada do sistema e na saída do sistema, para que recebam o tratamento adequado.

Além do ambiente, que outros fatores são considerados de risco?

Outro fator é o envelhecimento da população, embora a tuberculose seja uma doença que predominantemente ocorre em homens — ela predomina de 1,8 homem para cada mulher — e é uma doença das segunda e terceira décadas de vida. Porém, o envelhecimento muito rápido da população faz com que hoje já haja cerca de 12% dos casos em pessoas acima de 60 anos, revelando que essa pessoa apresenta tuberculose numa idade mais avançada, tornando o tratamento mais complexo, porque exige um cuidado maior. O Brasil ficou velho. Nossa taxa de fecundidade está 1,7 entre pobres e 1,4 entre ricos. É quase europeia. Tratar tuberculose numa pessoa idosa é muito mais complexo. Então, o envelhecimento da população muda o padrão da doença no Brasil.

Sobre a imunodeficiência, há outros grupos?

A tuberculose é a doença infecciosa mais frequente entre pessoas vivendo com HIV e a de maior mortalidade. Outra questão muito importante é o surgimento — e hoje são milhares de pessoas usando no Brasil — dos medicamentos chamados imunobiológicos. São medicamentos que diminuem a produção de uma substância chamada interferon-gama. Essa é uma citocina que nos protege contra a tuberculose e os inibidores de interferon-gama são hoje



VIRGINIA DAMAS / IENSP / FIOCRUZ

imunobiológicos muito usados em doenças reumatóides, dermatológicas e gastrointestinais. Eles fazem com que o risco para o aparecimento de tuberculose seja muito maior. Isso não é coisa de uma pequena população. Há milhares de brasileiros, por razões diferentes, usando imunobiológico para controlar a sua doença de base. É uma recomendação formal no mundo todo, porque não é um problema só do Brasil.

Em relação às pessoas em situação de rua, como é possível fazer o tratamento?

Esse é um grupo bem complexo. Essa população é migratória, ela se muda de um local para outro. É muito difícil entregar remédio a essa população, porque às vezes o fato de viver na rua se associa a outros fatores, como uso de álcool e drogas. Por isso exige uma abordagem pessoal e um serviço de saúde que seja capaz de ir até ela.

Com esses fatores, como é possível acelerar a eliminação da doença?

Tem que haver participação da sociedade civil cada vez mais, com o uso dos meios de comunicação para passar informação. [Falar sobre] os próprios médicos, os agentes de saúde e a atenção primária, que são fundamentais. Sem a participação da atenção primária, não há controle da tuberculose. É preciso investimento no bom treinamento. As escolas médicas, muitas delas, pela péssima qualidade que oferecem, nem sequer falam em tuberculose aos estudantes. Isso é uma tragédia. Uma doença que tem 90 mil novos casos por ano, quando você soma o que passa de um ano para o outro vai a 120 mil casos. Não tem sentido um médico brasileiro que se forme e não saiba diagnosticar e tratar uma tuberculose. Não é só de médico, isso envolve enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo, todo mundo que trabalha na área de saúde. Então, [é preciso] comunicação adequada, normas acessíveis e participação da sociedade civil. (LS) 

INCLUSÃO PRECISA SER PLENA

Nos 10 anos da Lei Brasileira de Inclusão (LBI), pessoas com deficiência ainda enfrentam barreiras no acesso a direitos

PAULA PASSOS

A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI), também conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), completou 10 anos em 2025. Ela representa um marco legal para cerca de 14,4 milhões de brasileiros e brasileiras com algum tipo de deficiência, segundo o Censo de 2022.

A LBI nasceu da mobilização social e da ratificação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas (ONU) e busca assegurar o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais das pessoas com deficiência (PcD). De acordo com Hisaac de Oliveira, advogado e servidor da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, vinculada ao Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, as duas principais conquistas da legislação estão nas áreas da capacidade laboral e da capacidade civil.

De acordo com o artigo 6º da LBI, “a deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa”. Ou seja, a PcD tem os mesmos direitos que qualquer outra, inclusive o de trabalhar e de ser reconhecida como capaz para o trabalho, salvo se houver outros impedimentos legais — como, por exemplo, inscrição irregular em um conselho de classe; mas não pela deficiência em si.

Hisaac conta que, antes, pessoas com deficiência intelectual eram colocadas sob tutela de outras. Quanto maior a dependência, maior era a interferência de terceiros na capacidade de decidir sobre aspectos da vida, como constituir família, ter filhos e adotar. E a lei vem para garantir que o desejo da pessoa com deficiência seja respeitado.

Ele explica que em alternativa à curatela, utilizada quando a pessoa não tem plena capacidade para exercer os atos da vida civil, a LBI traz a Tomada de Decisão Apoiada, um instituto jurídico que permite à pessoa com deficiência tomar decisões com o apoio formal de até duas pessoas de sua confiança, para ajudá-la no seu cotidiano, como durante a assinatura de contratos, decisões médicas e questões patrimoniais.

Vale ressaltar que o juiz avalia se esses apoiadores têm algum tipo de interesse particular e se vão agir em benefício da pessoa com deficiência. Assim, ela não perde sua

capacidade civil. O juiz pode, inclusive, anular decisões, caso fique comprovado que houve abuso, negligência ou má-fé dos apoiadores.

AVALIAÇÃO BIOPSIKOSSOCIAL

Hisaac foi Secretário-Executivo do Grupo de Trabalho sobre a Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência, ainda não regulamentada no Brasil, cujo relatório final propõe uma metodologia que vai além do modelo médico tradicional, reconhecendo a deficiência como o resultado da interação complexa entre fatores biológicos, psicológicos e sociais com uma ou mais barreiras que limite ou impeça a participação social da pessoa. A intenção foi alinhar a análise realizada pelo grupo com os princípios da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e da LBI.

“Temos uma mudança substancial na forma de enxergar o que é deficiência. A pessoa com deficiência é aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”, afirma.

Historicamente, o modelo médico e individual tem sido predominante na avaliação e comprovação da condição de deficiência, focando principalmente nas limitações e alterações do corpo consideradas como desvio do padrão de “normalidade”. Já o modelo biopsicossocial, baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e apoiado pela Convenção Internacional, oferece uma perspectiva multidimensional, alcançando o equilíbrio entre o modelo médico e social da deficiência.

Esse modelo reconhece que a deficiência resulta da interação entre as condições de saúde da pessoa e os fatores pessoais e ambientais. Portanto, a deficiência não é uma limitação inerente, mas uma consequência de barreiras sociais e ambientais que restringem a participação plena na sociedade.

A avaliação biopsicossocial da deficiência foi instituída pela LBI e deve ser padrão para o reconhecimento da



Hisaac de Oliveira e Laís Costa lutam para ampliar o reconhecimento de direitos das pessoas com deficiência

condição de pessoa com deficiência no acesso às políticas públicas e na concessão de direitos. Atualmente, no Brasil, há dois instrumentos de avaliação biopsicossocial utilizados para concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e da aposentadoria especial à PcD. Entretanto, o grupo de trabalho buscou padronizar toda avaliação biopsicossocial do país, através da utilização do Instrumento de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBr-M), o mais aperfeiçoado para essa avaliação atualmente, que deve ser aplicado de forma multiprofissional e interdisciplinar, por pelo menos dois profissionais de diferentes formações [Leia mais no site].

Para Hisaac, que é uma pessoa com deficiência visual, as maiores barreiras que as PcD enfrentam atualmente estão no “acesso à saúde, à educação de qualidade e ao trabalho, três pontos fundamentais na vida de uma pessoa”. Mas, segundo ele, a pior barreira é a atitude, “que é o comportamento de outro ser humano, que gera todas as outras” [Veja quadro na página 30].

Ele argumenta que, mesmo que um local de trabalho tenha todo o mobiliário adaptado, isso não é suficiente se os colegas forem preconceituosos. “Não adianta eu estar numa unidade onde tudo é acessível, mas que eu não possa me desenvolver na carreira, porque as pessoas que estão ao meu redor acham que sou um coitado, que não tenho condições de assumir uma função de maior responsabilidade, porque tenho uma deficiência visual”, exemplifica.

PESSOAS INDÍGENAS COM DEFICIÊNCIA

Sol Terena, artesã e servidora da secretaria de cultura de Sidrolândia, no Mato Grosso do Sul, reforça a necessidade de acesso à saúde, à educação e ao mercado de trabalho para pessoas com deficiência, especialmente as indígenas. “Hoje a nossa dificuldade é de autonomia. De estar falando, ocupando espaços. Dentro das aldeias temos dificuldade de ter profissionais da saúde que entendam as nossas vivências”, afirma. Sol foi picada por uma cobra aos seis anos e desenvolveu uma deficiência física no braço direito, o que adiou seu acesso à educação.

Ela conta que, na aldeia onde vive, há uma unidade de saúde que atende a 100 famílias. Dessas pessoas, 15 têm algum tipo de deficiência. “Hoje temos muitos indígenas com deficiência adquirida dentro da nossa comunidade, devido às nossas lutas em relação à demarcação de terra”, contextualiza.

Por causa da deficiência no braço, Sol só conseguiu ir à escola aos 11 anos e precisou primeiro aprender a escrever com a mão esquerda. No início da idade adulta, ela mudou-se para Campinas (SP) para trabalhar de carteira assinada numa loja de construção. Antes, atuou como babá em Sidrolândia. Em 2014, quando começou a militar a favor da causa indígena, assumiu a função de técnica em Biblioteconomia na Universidade Presbiteriana Mackenzie, onde ficou até 2023, até retornar à sua terra natal.

BARREIRAS DO ESTADO

A pesquisadora Laís Silveira Costa, doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) e coordenadora da organização Acolhe PcD, reafirma o que Hisaac e Sol defendem sobre as dificuldades de acesso para as pessoas com deficiência. “Olhando para o nosso SUS, a gente não se qualifica para atender essa pessoa na saúde perinatal. Para a questão da educação sexual, por exemplo, a gente pressupõe que ela não fala, que é uma eterna criança num corpo de adulto”, avalia.

Laís ainda menciona a não garantia de outros direitos, como trabalho, educação de qualidade e moradia. “À medida que a pessoa com deficiência deixa de ser criança e vira um adolescente, não há uma estrutura no Estado brasileiro que garanta a transição para a vida adulta de forma respeitosa”, destaca.

Antes de chegar à vida adulta, um outro direito, ainda mais básico, que é o direito à vida, acaba sendo infringido, como lembra a pesquisadora. “Existe uma política de aborto eugênico em vários países para impedir o nascimento, portanto, impedir o direito à vida de pessoas com síndrome de Down, dado que elas têm uma determinação genética que se consegue diagnosticar ainda na gestação”, diz.

Ela questiona a naturalização desse tipo de política e a falta de discussões sobre o tema nos espaços sociais. O interesse de Laís por essa luta veio por meio de uma experiência pessoal: sua filha de 11 anos nasceu com síndrome de Down. “Ela tem deficiência intelectual e há uma invisibilização muito peculiar e concreta na sociedade. Você não enxerga mesmo essas pessoas”, conta [Conheça a história de Laís e de sua filha, Camila, na *Radis* 232 sobre inclusão].

A pesquisadora explica que pessoas com esse tipo de deficiência e as que não se comunicam verbalmente costumam estar nos piores indicadores de participação social, além de mais vulneráveis a violências.

À *Radis*, Laís menciona uma pesquisa preocupante realizada com dados de internações de 825 hospitais dos Estados Unidos, entre 2019 e 2022. O estudo com informações de mais de 1,7 milhão de internações por covid-19 e/ou pneumonia mostrou que pacientes com síndrome de Down tiveram probabilidade seis mil vezes maior de receber um status de “não ressuscitar” na admissão hospitalar. A razão não estava associada ao risco de mortalidade, idade ou outras comorbidades, mas apenas ao diagnóstico da síndrome.

“Se é uma vida que a gente conclui que não vale a pena ser vivida, obviamente a gente não se organiza como Estado para a efetivação de todos os direitos que estão listados como fundamentais na LBI”, afirma. 



Sol Terena: pessoas indígenas com deficiência lutam por autonomia

SERVIÇO

- Confira os materiais desenvolvidos pela Fiocruz sobre boas práticas de comunicação e cuidado às pessoas com deficiência



Avaliação de deficiências: Modelo biomédico x psicossocial

Aspecto	Modelo biomédico	Modelo biopsicossocial
Abordagem	Estritamente clínica e baseada em padrões de normalidade física e mental	Multidimensional, considerando aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais
Objetivo	Classificar e catalogar a deficiência baseada em critérios orgânicos	Promover inclusão e acessibilidade, reconhecendo a diversidade das experiências de deficiência
Processo de avaliação	Unilateral, realizado por profissionais de saúde sem pensar no contexto do indivíduo	Colaborativo e interdisciplinar, envolvendo profissionais de várias áreas e o próprio indivíduo na identificação de necessidades e soluções
Resultados	Identificação da deficiência como um estado intrínseco ao indivíduo	Reconhecimento da deficiência como interação entre as características do indivíduo e as barreiras do ambiente
Impacto das políticas públicas	Fomenta a criação de políticas baseadas em assistencialismo e cuidados médicos	Promove políticas de empoderamento, inclusão e acessibilidade, baseadas na participação social e na remoção de barreiras
Visão do indivíduo	Paciente a ser tratado	Cidadão com direitos, cujas escolhas são fundamentais no processo de avaliação e na busca por soluções acessíveis

FONTE: RELATÓRIO FINAL DO GRUPO DE TRABALHO SOBRE A AVALIAÇÃO BIOPSIKOSSOCIAL UNIFICADA DA DEFICIÊNCIA

REGIONALIZAÇÃO PARA GARANTIR ACESSO

Experiência na Baixada Fluminense mostra que consórcios intermunicipais de saúde podem ser uma saída para ampliar o cuidado especializado

GLAUBER TIBURTINO

Garantir o acesso ao cuidado especializado é uma das maiores dificuldades em um sistema de saúde universal. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cerca de 75% da população brasileira utilizam exclusivamente os serviços do SUS. Em uma população superior a 200 milhões de habitantes, esse cenário resulta em desafios complexos — especialmente no chamado “gargalo” entre a atenção primária e a média e a alta complexidade, como consultas com especialistas, exames diagnósticos e cirurgias.

Atento a essa realidade, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense (Cisbaf), sediado em Nova Iguaçu (RJ), atua hoje como um instrumento estratégico de gestão em saúde pública e de integração entre os municípios da região. Maior consórcio intermunicipal de saúde do país, cobrindo uma área com 3,7 milhões de habitantes, o Cisbaf contribui para ampliar a oferta de consultas especializadas e procedimentos de média e alta complexidade pelo SUS na Baixada. Para isso, tem apoiado políticas do Ministério da Saúde criadas nos últimos anos, como o Programa Nacional de Redução de Filas (2023), o Programa Mais Acesso a Especialistas (2024) e o Agora Tem Especialistas (2025).

No fim de 2024, o consórcio teve papel fundamental na elaboração do Plano de Ação Regional (PAR) para a Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, que inclui a Baixada Fluminense e a capital do estado. O plano pretende ampliar o acesso a especialistas, exames e cirurgias, possibilitando o aumento da captação de verbas federais pelos municípios. “A iniciativa busca garantir atendimento oportuno e qualificado, promovendo a regionalização e a integração interfederativa no SUS”, destaca o texto de apresentação da experiência “Cisbaf: Programa Mais Acesso a

especialistas e o fortalecimento da regionalização do SUS”, na plataforma IdeiaSUS, da Fiocruz, que reúne práticas exitosas de saúde em todo o país [Saiba mais em <https://bit.ly/ideiasuscisbafpmae>].

Segundo Rosangela Bello, secretária executiva do Cisbaf, existem hoje mais de 300 consórcios de saúde no Brasil. “O Cisbaf integra a Rede Nacional de Consórcios Públicos. Os consórcios surgem exatamente dessa necessidade de dar conta da questão da atenção especializada”, declara à *Radis*. A experiência mostra que a regionalização do SUS é mais do que uma diretriz administrativa: é um caminho para reduzir desigualdades e ampliar o acesso à saúde.

O DESAFIO DE CHEGAR AO ESPECIALISTA

Não é de hoje que o cuidado especializado mobiliza as autoridades sanitárias. A ampliação do acesso a consultas com especialistas e à marcação de exames vem sendo apontada como prioridade do Ministério da Saúde pelo menos desde 2023, quando a então ministra Nísia Trindade instituiu a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), seguida pelo Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE), depois reformulado como Agora Tem Especialistas.

Na Baixada Fluminense, porém, esse movimento começou antes. Desde 2018, o Cisbaf já se articula para ampliar o acesso a consultas e exames por meio do Programa Marque Fácil, que uniu os municípios consorciados — Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti e Seropédica. Mais recentemente, Paracambi e Engenheiro Paulo de Frontin também passaram a integrar o consórcio [Saiba mais em <https://bit.ly/ideiasuscisbafmarquefacil>].

“Tradicionalmente os municípios cuidam da atenção básica; os estados e o governo federal focam na questão da atenção terciária — de leitos e hospitais — e sempre ficou um vazio na questão do diagnóstico”, avalia Rosângela. “Como em geral os municípios não têm capacidade operacional e assistencial para dar conta do diagnóstico, não têm serviços próprios ou contratados que possam fazer isso, virou uma atribuição regional”.

À frente do Cisbaf desde sua fundação, há 25 anos, ela explica que antes de 2018 o consórcio concentrava a atuação na regulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) na Baixada [Saiba mais sobre o Samu na *Radis* 276] e em demandas específicas, como a gestão de leitos obstétricos na região. O vazio assistencial na atenção especializada, contudo, motivou a ampliação da atuação nos últimos sete anos.

“Foi um momento em que a nossa região estava totalmente sem acesso à tomografia computadorizada, ressonância magnética, biópsia de próstata e de mama e outros exames. Com isso, não conseguíamos dar conta do diagnóstico das doenças mais prevalentes, como câncer e questões cardiovasculares [pelo SUS]”, recorda.

DO MARQUE FÁCIL AO AGORA TEM ESPECIALISTAS

Rosângela explica que o Marque Fácil foi uma estratégia desenvolvida pelo Cisbaf para enfrentar a crise na atenção especializada na Baixada. De acordo com informações



Rosângela Bello é secretária executiva do Cisbaf desde sua inauguração em 2000

cadastradas na Plataforma IdeiaSUS, “ao utilizar a rede privada de forma complementar ao SUS, o Marque Fácil busca garantir o acesso oportuno e eficaz, respeitando os princípios do sistema público de saúde”.



Reunião da Comissão Intergestores Regional da Metropolitana I, com os gestores municipais de saúde, na sede do Cisbaf, em Nova Iguaçu (RJ), no dia 25/9/2025

O Cisbaf realizou um estudo técnico junto aos municípios sobre as necessidades de exames e procedimentos de média complexidade e abriu chamamentos públicos para que prestadores privados e filantrópicos participassem desse processo, apresentando seus valores que passaram a integrar uma tabela regional formada por valores da tabela Sigtap (SUS), remunerada com recursos federais e uma complementação que é paga com recursos próprios municipais.

A secretária executiva destaca ainda a importância da cooperação entre os municípios para ampliar a oferta, o que traduz o espírito de um consórcio: “Pode ser que Seropédica sozinha consiga fazer pouca coisa, mas, se tiver ajuda de Duque de Caxias ou talvez de Itaguaí, é possível avançar em alguma área. Essa lógica da parceria surge na criação dos consórcios, para ser esse elo”, diz.

Ao atuar dessa forma, ela ressalta que o Cisbaf vai ao encontro de um importante princípio organizativo do SUS: “A Lei 8.080/1990 fala que a regionalização é fundamental para que a saúde como direito de todos e dever do Estado se cumpra”.

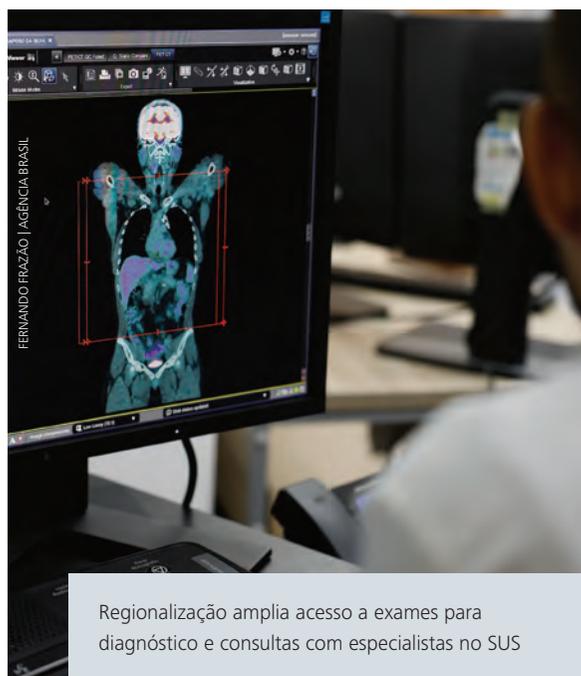
Márcia Ribeiro, diretora técnica do Cisbaf, destaca que o consórcio apoia a gestão dos municípios da Baixada, mas não os substitui em suas atribuições: “A gente amplia o território, amplia a oferta, mas a gestão é deles”, explica. Segundo informações cadastradas na IdeiaSUS, entre 2018 e 2024 foram realizados mais de 270 mil procedimentos pelo Marque Fácil. Em 2024, a média foi de 6 mil por mês. No mesmo ano, o programa recebeu um investimento de R\$ 9 milhões e, no início de 2025, contabilizava 80 clínicas credenciadas.

FISCALIZAÇÃO E INVESTIMENTO

Radis conversou também com Heleno Rodrigues Corrêa Filho, médico sanitarista, doutor em saúde pública, professor aposentado pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e membro do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). A entrevista buscou compreender sua visão, a partir do campo da saúde coletiva, sobre a integração do SUS com o setor privado em programas voltados à ampliação da atenção especializada.

Heleno explica que o Agora Tem Especialistas não se enquadra na definição legal de uma parceria público-privada (PPP), pois, nessa modalidade, o poder público é financiador parcial de um empreendimento privado. “A essência do Agora Tem é a troca de dívidas e créditos futuros por serviços. A gestão disso caberá a um Instituto Social Autônomo (a AgSUS) e será operacionalizada pelo Grupo Hospitalar Conceição, uma empresa pública subordinada ao SUS, no papel de contratador”, detalha.

Ao reconhecer a escassez de recursos da rede pública na atenção especializada, o sanitarista destaca que a dependência histórica do SUS em relação ao setor privado nessa modalidade de atendimento é consequência de interesses orquestrados e subfinanciamento crônico. “O SUS teria de superar o bloqueio dos lobbies privados no Congresso e nas agências reguladoras, bem como a atuação histórica da maioria dos parlamentares que negam financiamento público para saúde e educação”, aponta.



Regionalização amplia acesso a exames para diagnóstico e consultas com especialistas no SUS

Para ele, diante desse cenário de desmonte programado, a integração com o setor privado se torna necessária, em favor da população que precisa de assistência. “Pessoas gravemente doentes não podem ser confrontadas com desculpas e alegações financeiras. Esperam atendimento”, afirma.

Ainda assim, Heleno ressalta a importância do controle social e da fiscalização dos serviços prestados. A seu ver, é nesse ponto que os consórcios de saúde, como o Cisbaf, podem desempenhar papel decisivo: “Se a prestação de serviços for desregulada, será impossível verificar se o que foi prometido foi de fato realizado. Os consórcios intermunicipais de saúde podem ser a chave para criar grupos de acompanhamento constituídos pelos Conselhos Municipais de Saúde”, sugere.

Ele fez um paralelo com a educação, citando o caso dos programas Fies (Fundo de Financiamento Estudantil) e Prouni (Programa Universidade para Todos), para exemplificar os riscos de conversão de dívidas em serviços — alertando que, até hoje, muitas bolsas de estudo são falsas, menores ou incompatíveis com o tamanho das dívidas. E que o mesmo pode acontecer na saúde, se não houver controle adequado.

Heleno reforça ainda a necessidade de fortalecer a rede pública para romper o ciclo de dependência do setor privado: “Seria necessário quantificar e declarar o volume dos recursos que fazem falta na rede pública e que deveriam significar investimentos para estruturar, ampliar e aperfeiçoar a rede própria do SUS. O objetivo deve ser fortalecer o SUS, e não beneficiar seus concorrentes privados, delegando sempre os serviços, ações e força de trabalho especializada”.

E, por fim, reafirma suas preocupações em relação às estratégias de ampliação de acesso ao cuidado especializado, mas sem negar sua importância e urgência: “Não estamos nos expressando contrários à emergência sanitária de encaminhar pessoas para instituições devedoras. Estamos questionando o controle, a tabela de preços, a conferência e a colocação de barreiras para evitar que seja prática comum sonegar para depois fingir que paga”, conclui. 

DIVULGAÇÃO



CIENTISTAS SOB ATAQUES

O documentário “Ciência na Mira” mergulha na trajetória de quatro cientistas brasileiros — Larissa Bombardi, Marcus Lacerda, Debora Diniz e Ricardo Galvão — que enfrentaram perseguições e ataques por defenderem o conhecimento e a pesquisa científica em um período marcado pelo negacionismo e pela proliferação de discursos de ódio, mobilizados na internet. A obra consiste em um filme potente sobre coragem, resistência e o valor da ciência em tempos de intolerância e extremismo. O documentário estreia no Canal Curta e posteriormente será compartilhado com outras plataformas, como o Fioflox (VideoSaúde/Fiocruz). Assista ao trailer em: <https://bit.ly/trailerciencianamira>.

EMERGÊNCIA CLIMÁTICA EM QUADRINHOS

Um dos livros mais vendidos na França atualmente resulta do encontro entre um aclamado quadrinista (Christophe Blain) e um especialista em questões energéticas e climáticas (Jean-Marc Jancovici). De forma criativa e envolvente, “O Mundo sem Fim” (editora Nemo, 2023) explica em forma de capítulos em quadrinhos as profundas mudanças que nosso planeta está atravessando e as consequências já observadas. No livro, Jancovici fundamenta sua visão colocando a questão da energia e das mudanças climáticas no centro de sua reflexão, enquanto evoca as questões ecológicas, sociais e econômicas. Já Blain desempenha o papel do leigo, em constante diálogo com o especialista. Um livro aclamado pela imprensa internacional e indicado para uma melhor compreensão de nosso mundo em transformação.



DIVULGAÇÃO



DIVULGAÇÃO

A HISTÓRIA (ENFIM CONTADA) DO COMBATE AO HIV NO BRASIL

A série “Máscaras de oxigênio (não) cairão automaticamente”, que estreou no dia 31/8, retrata o início da epidemia de HIV/aids no Brasil nos anos 1980, período marcado pelo medo, preconceito e ausência de tratamento. A história é narrada a partir do olhar de dois comissários de bordo, que diante da negligência das autoridades sanitárias da época traziam clandestinamente, em suas viagens internacionais, medicamentos para tratamento de pessoas que já estavam doentes no Brasil. Na trama, é possível observar o contexto social e político da época, destacando o impacto da doença sobre diferentes grupos e a forma como o preconceito moldou as respostas iniciais à crise sanitária. A produção televisiva está disponível no serviço de streaming HBO Max.

DIVULGAÇÃO



NESSE PACOTE TAMBÉM TEM VENENO

O Instituto de Defesa de Consumidores (Idec) publicou o terceiro volume da pesquisa “Tem Veneno Nesse Pacote” e tornou a constatar a presença de agrotóxicos em produtos populares e direcionados às crianças, como bolo pronto e bebidas lácteas. E não para por aí. Dessa vez a análise incluiu produtos feitos à base de plantas, vendidos como “saudáveis e sustentáveis”, e neles também foi encontrado veneno. Duas das três marcas de hambúrgueres

vegetais continham resíduos de agrotóxicos, assim como três dentre três marcas de empanados de frango vegetais analisadas. A exemplo dos dois volumes anteriores, o glifosato foi o agrotóxico mais encontrado nas amostras analisadas. A substância é comprovadamente ligada ao desenvolvimento de câncer e é proibida em diversos países. Baixe a cartilha do volume 3 da pesquisa gratuitamente em: <https://idec.org.br/veneno-no-pacote>.

Pelo fim das comunidades terapêuticas (CTs)

Somos usuários, usuárias, trabalhadoras, trabalhadores, pesquisadores, pesquisadoras e militantes da saúde mental, álcool e outras drogas, no bojo das Lutas Antimanicomial, Antiproibicionista, Abolicionista Penal, dentre outras lutas e movimentos sociais. Viemos aqui manifestar o nosso mais profundo repúdio às chamadas “comunidades terapêuticas” (CTs), que inclusive têm utilizado várias nomenclaturas para se disfarçar (por exemplo, clínicas, centros de tratamento, casas de recuperação, comunidades terapêuticas acolhedoras, entre outras), bem como a nossa total contrariedade ao financiamento público de tais instituições.

Não é possível tipificar as CTs como espaços de tratamento a pessoas com necessidades associadas ao consumo abusivo ou problemático de álcool e outras drogas, pois elas não são formalmente equipamentos da saúde, e o trabalho desenvolvido por essas instituições se pauta em princípios manicomialistas. Neste sentido, como criticado e denunciado pelos Movimentos da Luta Antimanicomial brasileira e internacional, as CTs, enquanto novas-velhas formas de manicômios, são instituições de violência e de violação de direitos humanos. Isso fica nítido também nas denúncias das mais variadas entidades e espaços de participação e controle social, como nas deliberações da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), realizada em dezembro de 2023, e que são univocamente contrárias às CTs, bem como em várias inspeções e fiscalizações realizadas por entidades da sociedade civil e do próprio Estado.

Não suficiente, há uma robusta literatura acadêmica e inúmeros relatórios de órgãos fiscalizadores do Estado brasileiro, que caracterizam as CTs como uma mistura de manicômios, prisões, igrejas e senzalas. Um de seus pilares, como aponta relatório de 2025 do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, a laborterapia, se constitui de trabalho forçado, não-pago, em condições degradantes, análogo à escravidão e, por vezes, em regime de servidão por dívida. Com o discurso de prática terapêutica, a atividade

laboral compulsória é tida como meio de manutenção das CTs, gerando também lucros e vantagens financeiras às instituições e aos seus proprietários.

Além disso, a maioria das pessoas destinadas às CTs e violentadas por elas é negra e pobre, denotando o caráter racista e de classe de tais instituições — ao qual se somam o fundamentalismo e a violência religiosa, a violência de gênero e sexualidade, entre outras. (...)

Contudo, na contramão da realidade, tais instituições vêm ganhando cada vez mais força nas políticas públicas, com chancela estatal que vai da proposital omissão até a sua incorporação e o seu financiamento público. Como exemplo de omissão, citamos a RDC 29/2011, da Vigilância Sanitária, que é extremamente lacunar e omissa quanto aos critérios de segurança sanitária para funcionamento de instituições como as CTs. (...)

Já como exemplo da chancela ativa do Estado brasileiro às CTs, dentre as inúmeras iniciativas de caráter municipal, estadual/distrital e federal, mencionamos a criação no governo Lula III de um departamento para a legitimação das CTs como política pública no Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), o Departamento de

Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas. (...)

O Estado deve investir no Sistema Único de Saúde (SUS) laico, público, gratuito, igualitário e universal, bem como do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Esta é mais uma medida de mercantilização e privatização das políticas sociais, já que aprofunda a transferência do fundo público para entes privados. Além disso, o faz financiando instituições de caráter asilar-manicomial, concorrendo com os serviços públicos substitutivos da Raps, e desrespeitando a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial.

Assim, podemos atestar que o financiamento público e a regulamentação das CTs são uma violação aos direitos humanos e uma irresponsabilidade sanitária, administrativa e ética. Ao serem financiadas pelo Estado, a violência das CTs passa a ser violência estatal. (...) 

“
As CTs, enquanto novas-velhas
formas de manicômios, são
instituições de violência e de
violação de direitos humanos

”

■ A CAMPANHA NACIONAL CONTRA AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS É UMA ARTICULAÇÃO NACIONAL DE MOVIMENTOS, MILITANTES E ORGANIZAÇÕES. EM 10 DE OUTUBRO DE 2025, CONSIDERADO O DIA INTERNACIONAL DA SAÚDE MENTAL, ESSES COLETIVOS ORGANIZARAM PELA PRIMEIRA VEZ O DIA DE LUTA CONTRA AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS, COM ATIVIDADES E MOBILIZAÇÕES EM TODO O PAÍS. LEIA O MANIFESTO NA ÍNTEGRA: [HTTPS://BIT.LY/MANIFESTOCONTRACTS](https://bit.ly/manifestocontracts)

QUER RECEBER *RADIS* TODOS OS MESES DE GRAÇA EM SUA CASA?

Escaneie o QR Code
e seja um assinante da maior
revista de comunicação
e saúde do país!

