



ENSP



FIOCRUZ

# SUS

É

# PATRIMÔNIO BRASILEIRO

Nos 35 anos do maior sistema público de saúde  
do mundo, *Radis* reafirma a importância  
de seus princípios fundamentais

OLHARES DE *RADIS* SOBRE OS 35 ANOS DO SUS: Nas aldeias, nos quilombos, nas cidades médias e pequenas, nas capitais, nas Conferências Nacionais de Saúde. Ao longo das três décadas e meia de história do Sistema Único de Saúde, *Radis* tem buscado registrar o cotidiano da saúde em textos e imagens - mais recentemente, também em vídeos. Para homenagear as pessoas que fazem o maior sistema público de saúde do mundo, decidimos ilustrar esta edição especial com fotografias de situações cotidianas do SUS em diferentes momentos e territórios brasileiros. É o caso deste registro, feito pelo fotógrafo Eduardo de Oliveira, de uma Yanomami sendo vacinada na Casa de Saúde Indígena (Casai), em Boa Vista, Roraima, durante nossa cobertura da Emergência Sanitária Yanomami, em 2023 (*Radis* 247). Embarque nessa viagem pelo “SUS da gente” nas próximas páginas!

# RADIS

edição 279 ■ dez 2025

NOSSA CAPA: ARTE DE EDUARDO DE OLIVEIRA



- EDITORIAL
- 3 **Um SUS para todos e cada um**
- 4 VOZ DO LEITOR
- 5 SÚMULA
- 10 **CAPA | SUS 35 ANOS**
- 10 **O SUS da gente**
- 11 **A saúde depois do SUS**
- 16 **O SUS está em todos os lugares**

- 19 **SUS sufocado pelo sistema privado**
- 22 **Não há SUS sem equidade**
- 28 **Por uma saúde integral**
- 34 SERVIÇO
- PÓS-TUDO
- 35 **Voltar aos princípios do SUS: a dialética da resiliência requer ousadias políticas**



# Um SUS para todos e cada um

O SUS, instituído na Constituição de 1988 e criado formalmente em 1990, chega aos 35 anos como o maior sistema público e universal de saúde no planeta e admirado internacionalmente por oferecer atenção à saúde de forma gratuita para todos. Visto de perto e de dentro, no entanto, sabemos que há muito o que melhorar.

O seu financiamento foi negligenciado desde a origem. A ideia de saúde como um direito foi desacreditada e atacada sistematicamente por uma concepção neoliberal de restrição de direitos. A visão de alguns governantes e até de parte da sociedade é que a saúde poderia ser tratada como mercadoria, uma concepção que não se sustenta, porque a busca de lucro leva à exclusão de pessoas, menor abrangência de serviços, cobrança maior ou até negação de procedimentos caros, mesmo que necessários à preservação da vida. Não faltam esforços do mercado e da mídia para consolidar essa visão e justificar um SUS precário voltado “para quem não pode pagar”.

O valor do SUS ficou evidente na pandemia de covid-19, quando foi o principal aliado da população não somente contra o vírus, mas também contra o projeto de deixar adoecer e morrer os mais frágeis ou vulnerabilizados. Naquele momento, os princípios do SUS contrastaram com a irresponsabilidade sanitária e nenhuma solidariedade de muitas autoridades nos três níveis de governo, em especial o federal, somadas à desinformação intencional.

Apesar das forças contrárias, o SUS resistiu e cresceu em abrangência, diversificação e qualidade, resultado do empenho de trabalhadores que permaneceram comprometidos, de gestores que demonstraram compromisso público, de movimentos sociais que participaram do controle social e do lento, mas crescente apoio social.

*Radis* entende que as chances de um futuro melhor para o SUS não estão em privatizar nem em ser complementar ao sistema privado. Pelo contrário. A continuidade e melhoria do SUS depende do quanto pode se renovar como um sistema 100% público, mantendo-se fiel aos princípios concebidos pela Reforma Sanitária que lhe deu origem. Um de seus principais desafios é lidar com a extrema desigualdade social que constitui e atravessa a sociedade brasileira e, por isso, condiciona também o sistema de saúde.

Em nossa reportagem de capa, o editor Luiz Felipe Stevanim problematizou a relação dos princípios de universalidade e equidade com a questão da desigualdade em entrevista com a conselheira nacional de saúde Heliana Hemetério. “Não podemos tratar os direitos da população negra, LGBTQIA+, das pessoas em situação de rua, dos povos de rios e floresta e comunidades tradicionais, dentro do discurso da igualdade universal, porque essas populações nunca foram tratadas com igualdade”, afirma. “A equidade é um olhar diferenciado para as pessoas que são diferentes em suas necessidades... O caminho para a equidade é a escuta do outro”.

“Falar de equidade é a gente compreender que não somos iguais, que o Brasil é um país que tem especificidades regionais e territoriais”, completa Mateus Brito, mestre e doutorando em Saúde Coletiva e atuante na Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (Conaq). “Não passamos pelo mesmo processo de constituição dos lugares sociais, seja do negro, do quilombola, do indígena, do cigano, da mulher, do LGBT. Não estamos no mesmo barco. Estamos no mesmo mar, mas em embarcações diferentes”, descreve Mateus.

Para falar sobre a história e o futuro do SUS, e do seu subfinanciamento como um dos maiores impasses da política pública brasileira, o repórter Jesuan Xavier foi a São Paulo acompanhar o Seminário SUS 35 anos, organizado pelo portal Outra Saúde em conjunto com o Instituto Walter Leser, a Fundacentro e a Santa Casa de São Paulo. A presença do SUS no cotidiano da população é exemplificada pela repórter Paula Passos ao tratar da amplitude do trabalho da vigilância sanitária e do controle da qualidade em saúde.

Para falar da integralidade no SUS, o subeditor Glauber Tiburtino entrevistou Roseni Pinheiro, pesquisadora do Laboratório de Pesquisas e Práticas de Integralidade em Saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Relata também a experiência do Grupo de Apoio ao Laringectomizado Total (Galt), em funcionamento há 25 anos no Hospital Federal de Bonsucesso, no Rio. É emocionante conhecer as histórias das pessoas que passaram por essa cirurgia no tratamento de câncer e vêm construindo, com os profissionais de saúde, o que o repórter descreve como “um cuidado ao ser humano em sua totalidade”.

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

OPINIÃO

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



### COZINHAS SOLIDÁRIAS

O trabalho de organizar, mapear, formar, regularizar, fomentar e unir essas cozinhas tem sido feito com grande dedicação por pessoas como o Vítor Lourenço [coordenador do Fórum de Cozinhas Solidárias do Rio de Janeiro], que trabalham incansavelmente em uma construção que tirou o Brasil do mapa da fome! Estão super de parabéns! Não são instituições que trabalham nisso, são pessoas!

Instituto Mão na Jaca

As cozinhas solidárias mostram como a união comunitária pode transformar realidades de forma concreta.

Maria Igreen

### ENFRENTAMENTO AO RACISMO

A reportagem O legado de Durban, publicada pela *Radis* [edição 220, janeiro de 2021], recupera de forma contundente a importância histórica da 3ª Conferência Mundial contra o Racismo, realizada em 2001, e evidencia como seus desdobramentos ainda reverberam nas lutas contemporâneas por direitos, dignidade e justiça racial. O texto revela que o avanço das pautas antirracistas não ocorreu em terreno fértil, mas em solo árido, constantemente tensionado pela resistência de estruturas sociais que insistem em naturalizar desigualdades e silenciar denúncias de discriminação.

Ao destacar conquistas, disputas e desafios, a reportagem mostra que os frutos de Durban são resultado da insistência política de gerações que não se curvaram. A leitura reafirma que a luta antirracista não é palco, nem palavra vazia, mas compromisso histórico e ético. E provoca: aqueles que ainda não despertaram para a centralidade desse debate precisam, antes de tudo, reconhecer o percurso que nos trouxe até aqui — um percurso tecido por resistências, memórias, vozes e presenças que seguem movendo o Brasil em direção a uma sociedade verdadeiramente democrática.

Aldina dos Santos

R: Que lindo comentário, Aldina! Seguimos na luta contra o racismo!

### TUBERCULOSE

Aumentaram assustadoramente os casos, em minha cidade havia uma equipe de controle que foi desmantelada anos atrás e hoje não temos noção da quantidade de casos.

Vera Lucia Garcia

Fui curado de uma TB pela doutora @draevelynrubin. Ela e toda equipe da @oficialfiocruz foram anjos que Deus enviou na minha vida. O tratamento, apoio e atenção dados ao longo do processo são fundamentais na cura. Obrigada a todos!

Luís Maurício Rodrigues

Sem a APS [atenção primária à saúde] não tem controle de nada. Na realidade, a APS é extremamente desvalorizada. Quando se pensa em saúde, o pensamento sempre é um hospital de alta complexidade, sendo que o principal trabalho é que as pessoas não precisem desse hospital, e isso só é possível com a grande prevenção e promoção de saúde, cuja principal responsável é a APS. É lamentável a negligência sofrida por esse nível de atenção.

Eliane Santos

Parabéns, Margareth Dalcolmo, pela excelência do seu trabalho, sempre alinhado pela ética, empatia e conhecimento robusto. E a sua voz é “visceralmente” compreendida nos diversos públicos-alvo, com clareza e consistência.

Ana Vieira

Os números são altos e as pessoas ainda não seguem à risca o tempo do tratamento. Geralmente abandonam antes da cura.

Saúde em Dia DF

### EXPEDIENTE

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

#### FIOCRUZ

**Mario Moreira**  
Presidente

#### ENSP

**Marco Menezes**  
Diretor

#### PROGRAMA RADIS

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

**Justa Helena Franco**  
Subcoordenadora

#### REDAÇÃO

**Luiz Felipe Stevanim**  
Editor

**Glauber Tiburtino**  
Subeditor

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

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

ADMINISTRAÇÃO  
**Fábio Lucas, Ingridi Maia da Silva e Miguel Vianna**

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

#### ASSINATURAS

Assinatura gráti  
(sujeita a ampliação)  
Periodicidade mensal Impressão Gráfica RJ Offset  
Tiragem 112.700 exemplares

#### USO DA INFORMAÇÃO

Textos podem ser reproduzidos, citada a fonte original.







OLIVER KORNBLITZ/MÍDIA NINJA

# COP30 na Amazônia: entre o desejado, o possível e o necessário

A 30ª Conferência das Nações Unidas sobre Mudança do Clima (Conferência das Partes), a COP30, realizada em Belém, foi oficialmente encerrada no dia 22/11. As negociações, porém, seguirão por mais tempo. Embora o Brasil tenha conseguido aprovar o Pacote Político de Belém, um conjunto de 29 decisões que tratam de temas como transição justa e financiamento da adaptação, a ministra do Meio Ambiente e Mudança do Clima, Marina Silva, admitiu que pautas centrais — como o “mapa do caminho” para deter o desmatamento e a viabilização da transição para o fim do uso dos combustíveis fósseis — não entraram nas decisões oficiais devido à falta de consenso entre os países.

A ministra entende que a COP30 encerra seus trabalhos com avanços relevantes, mas ainda aquém da urgência exigida pela crise climática. Outro destaque apontado foi a participação ativa de movimentos sociais e povos originários nas negociações. Para Marina, realizar a conferência “no coração da Amazônia” permitiu um avanço simbólico dessas comunidades tradicionais nas discussões. Os indígenas asseguraram a demarcação de dez territórios e documentos finais da COP30 fizeram menção inédita a afrodescendentes.

O Brasil obteve ainda sucesso na aprovação do Fundo Florestas Tropicais para Sempre, uma proposta voltada para

proteção das florestas, que ainda durante a COP levantou US\$ 6,7 bilhões, 67% da meta de US\$ 10 bilhões estabelecida até o fim de 2026. A iniciativa busca recompensar nações que mantêm suas florestas tropicais preservadas.

De negativo, na esteira do boicote promovido pelo governo dos Estados Unidos, que não enviou representantes ao evento, Arábia Saudita, China e Índia travaram as negociações sobre prazos para o fim dos combustíveis fósseis, impedindo avanços em um dos temas cruciais para que se evite — ou no mínimo atrase — o ponto de colapso planetário. Combustíveis fósseis, como petróleo, carvão e gás, respondem por 75% da emissão de gases do efeito estufa (GEE).

Apesar dos entraves, Marina Silva afirmou que a Presidência brasileira vai apresentar dois documentos próprios, com base nas recomendações e análises científicas: um “mapa do caminho” para deter e reverter o desmatamento e outro para a transição “justa, ordenada e equitativa” para longe dos combustíveis fósseis. O Brasil permanece na presidência da COP até novembro de 2026.

■ **Saiba mais sobre o Pacote de Belém:** <https://bit.ly/entendaopacotedebelem>.

Confira nas páginas seguintes um resumo de Radis sobre o que foi destaque na COP30

## BALANÇO

### PONTOS POSITIVOS

- Pacote de Belém
- Fundo Florestas Tropicais para Sempre
- Participação de indígenas e outras populações

### PONTOS NEGATIVOS

- Boicote de alguns países, como os EUA
- Entraves nas negociações sobre prazos para o fim dos combustíveis fósseis
- Ausência de um “mapa do caminho”



## Cúpula dos Povos: as soluções vêm dos territórios

Em paralelo à COP30, a Cúpula dos Povos reuniu, entre os dias 12 e 16 de novembro, na Universidade Federal do Pará (UFPA), mais de 70 mil participantes de movimentos sociais, organizações ambientais, povos indígenas e comunidades tradicionais para buscar respostas às mudanças climáticas.

A Cúpula transformou-se num espaço vibrante de mobilização social em defesa da justiça climática. No encerramento, os participantes entregaram ao presidente da COP30, André Corrêa do Lago, uma Carta Política, que reivindica demarcação imediata dos territórios tradicionais, desmatamento zero, transição energética justa, reforma agrária popular, soberania alimentar e reconhecimento dos saberes tradicionais, entre outras demandas sociais e ambientais.

O evento reafirmou a ideia de que “as soluções para a crise climática nascem dos territórios e da organização popular, não dos mercados”. A carta final convoca os povos à organização internacional e à luta conjunta, reforçando um chamado por solidariedade global e defesa dos territórios. Autoridades brasileiras presentes, incluindo as ministras Sonia Guajajara, Marina Silva e o ministro Guilherme Boulos, receberam o documento e assumiram compromissos de diálogo. Leia na íntegra: <https://bit.ly/cartacupuladospovos>.

### BARQUEATA ABRIU A CÚPULA DOS POVOS.

Manifesto fluvial reuniu cerca de 5 mil pessoas que fizeram ecoar o grito dos povos da floresta, das águas e das periferia



“Somos contrários a qualquer falsa solução à crise climática que venha a perpetuar práticas prejudiciais, criar riscos imprevisíveis e desviar a atenção das soluções transformadoras e baseadas na justiça climática e dos povos, em todos os biomas e ecossistemas”

(Trecho da Carta da Cúpula dos Povos)

### POUCA REPRESENTAÇÃO DE **QUILOMBOLAS**

**8**

credenciais apenas, sendo 4 de imprensa

**8.441**

é o número de comunidades quilombolas existentes no Brasil segundo Censo do IBGE de 2022





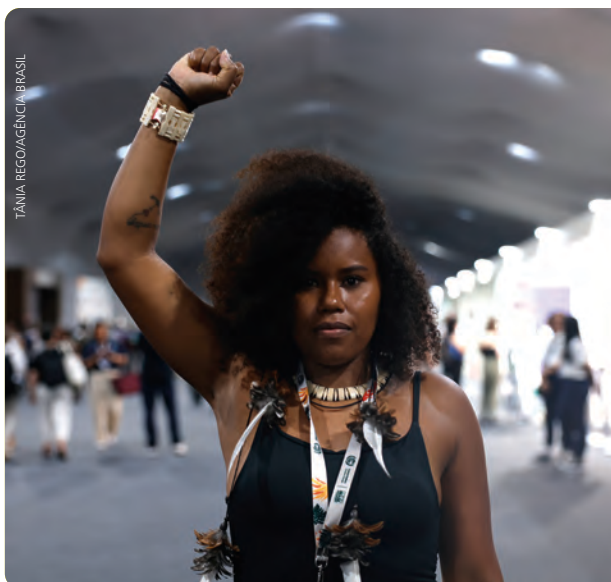
“

Demos um passo relevante no reconhecimento do papel de povos indígenas, comunidades tradicionais e afrodescendentes. A transição justa ganhou corpo e voz. Lançamos o Fundo Florestas Tropicais para Sempre, mecanismo inovador que valoriza aqueles que conservam e mantêm as florestas tropicais.

122 partes apresentaram suas Contribuições Nacionalmente Determinadas, com compromissos em reduzir emissões até 2035. Faltam outras partes, mas esses resultados são ganhos fundamentais para o multilateralismo climático”

[Marina Silva, ministra do Meio Ambiente e Mudança do Clima, durante plenária de encerramento da COP30, em 22/11, quando foi aplaudida de pé por mais de três minutos]

FERNANDO DONASCI



TÂNIA REGO/AGÊNCIA BRASIL

## Menção inédita a afrodescendentes

Pela primeira vez, documentos finais de uma Conferência Climática (como o programa de “Transição Energética Justa”) fazem menção explícita a populações afrodescendentes e reafirmam o direito à consulta prévia, livre e informada de povos indígenas. A inclusão representa um avanço simbólico e político, reconhecendo que essas comunidades devem ter voz nas decisões sobre o clima. Contudo, a versão final dos acordos da conferência deixou de fora os impactos da mineração sobre territórios de povos indígenas e quilombolas.

## Protestos na Blue Zone

Protestos em frente e dentro da Blue Zone [ou “Zona Azul”, onde acontecem as negociações oficiais] romperam a retórica otimista de governos e corporações sobre a agenda climática. Na noite do dia 11, manifestantes invadiram a área — em que é necessária a apresentação de credenciais — para denunciar a exploração de petróleo na Foz do Amazonas e exigir a tributação dos bilionários. Outros atos ocorreram em frente à “Agrizone” — montada por empresas do agronegócio — para chamar atenção sobre o que os ativistas consideram “greenwashing”, ou seja, limpeza de imagem de empresas poluidoras por meio do discurso da sustentabilidade.



OLIVER NUÑEZ/AGÊNCIA BRASIL

# Congresso ressuscita PL da Devastação

Apenas cinco dias após o encerramento da COP30, o Congresso Nacional ignorou todos os apelos da sociedade civil organizada e ressuscitou o chamado “PL da Devastação”. Em sessão conjunta da Câmara e do Senado (27/11), os parlamentares derrubaram 56 vetos do total de 63 aplicados pelo presidente Lula à Lei Geral do Licenciamento Ambiental (15.190/2025).

Organizações ambientalistas prometem ir à Justiça contra a nova lei. “O Congresso Nacional acabou de enterrar o licenciamento ambiental, ao derrubar os vetos do Poder Executivo.

Além de retrocesso criminoso na legislação ambiental, com simplificação excessiva e prioridade para o autolicensingamento, os dispositivos que retornaram com a derrubada dos vetos colidem com os direitos dos indígenas e quilombolas, dão um cheque em branco para os entes subnacionais fazerem o que quiserem com o licenciamento, restringem o campo da aplicação do licenciamento ambiental e reduzem a responsabilidade das instituições financeiras, entre outros absurdos”, declarou Suely Araújo, coordenadora de Políticas Públicas do Observatório do Clima, no site da organização (27/11).

## MAIS VENENO

**30** novos agrotóxicos foram liberados pelo Ministério da Agricultura e Pecuária (Mapa) no dia seguinte à abertura da COP30 (11/11)

**16** foram classificados como Produtos Muito Perigosos ao Meio Ambiente (Classe II); os demais são Produtos Perigosos ao Meio Ambiente (Classe III)

## Por que o mundo ainda emite tanto?

O mundo já está vivendo com a temperatura global média de 1,55° C acima dos valores registrados na era pré-industrial e o uso de energia continua sendo, de longe, o principal responsável pelas emissões globais, resultado direto da queima de combustíveis fósseis para eletricidade, transporte e indústria. O Instituto Talanoa preparou 10 gráficos, com informações como essa, para entender a COP.

■ **Confira no Instagram:**  
<https://bit.ly/cop30em10graficos>.

**TORNADO NO SUL.** Rio Bonito do Iguaçu, no Paraná, foi devastado por tornado com ventos de mais de 250 km/h às vésperas da COP30. Outros dois tornados atingiram as cidades de Guarapuava e Turvo. Seis pessoas morreram e mais 750 ficaram feridas. O fenômeno climático aconteceu no dia 8 de novembro, enquanto em Belém se encerrava a Cúpula de Líderes, a abertura política, antes do início oficial. A situação repercutiu com especialistas e líderes reforçando o tema da adaptação ambiental.





Vamos nos unir, vamos ter força. Não podemos permitir que essa perfuração aconteça"

[Cacique Raoni Metyktire, na abertura da Cúpula dos Povos (12/11), sobre a autorização concedida à Petrobras para buscar petróleo na Foz do Rio Amazonas]

Se a temperatura passar muito de 1,5°C nos oceanos tropicais nós vamos perder, até 2100, 99% das espécies. E não há como salvar a Amazônia se passarmos do ponto de não retorno"

[Carlos Nobre, climatologista e coordenador do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Mudanças Climáticas (INCT), em entrevista ao Estúdio i (11/11)]

## Fiocruz na COP30

A Fiocruz esteve presente em várias ações realizadas na COP30, com estandes, exposição de projetos, participação em debates, além de apresentar uma carta aberta aos participantes da conferência. "As mudanças climáticas ampliam doenças transmissíveis e crônicas, comprometem o acesso e a qualidade da água, dos alimentos e do ar, fragilizam territórios e intensificam sofrimentos psíquicos", afirma um dos trechos do documento. Saiba mais em: <https://agencia.fiocruz.br/especial/fiocruz-na-cop30>.

Que futuro é esse se os povos da Amazônia não têm voz dentro do seu próprio território? O mundo vai vir aqui, usar nosso nome, as nossas florestas para continuar discutindo soluções sem o povo?"

[Akauan Arapiun, @akauan\_arapiun, jovem liderança indígena, sobre a falta de representação dos povos originários na zona de negociações da COP30]

# SUS DA GENTE

Presente na vida dos brasileiros, Sistema Único de Saúde ainda enfrenta desafios para ser equânime, integral e universal

LUIZ FELIPE STEVANIM

**O**SUS não nasceu da noite para o dia. Não surgiu de um decreto ou benesse assinada por um governante, nem caiu do céu como uma dádiva. Idealizado pelos movimentos sociais que participavam das lutas pelo direito à saúde, referendado na Constituição de 1988 e desenhado na Lei 8.080 de 1990, ele ganhou vida no cotidiano de cada um dos serviços de saúde espalhados pelo país, pelas mãos de trabalhadores e trabalhadoras que fizeram o sistema público brasileiro existir e resistir ao longo dos últimos 35 anos.

Ele está presente desde a atenção básica até os transplantes. Do tratamento oncológico à vacinação. Dos quilombos às favelas. Das farmácias às escolas. Nas conferências, conselhos e espaços de participação popular. Nos supermercados, aeroportos, bares e restaurantes, nas casas e na vida das pessoas. Mais do que presente, ele é conquistado dia a dia por meio da luta de trabalhadores e trabalhadoras,

gestores e usuários que enfrentam os ataques e mantêm de pé o maior sistema público de saúde do mundo, que atende a uma população de 213 milhões de brasileiros, de forma universal, gratuita e integral, além de estrangeiros que visitam o país. Mesmo com os problemas e a escassez de recursos, o SUS é referência internacional em diversas áreas e sua existência garantiu melhora nos indicadores de saúde da população brasileira.

Para celebrar os seus 35 anos, que tomam como referência a criação da chamada Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990), *Radis* dedica esta edição especial a compreender como os princípios que inspiraram a criação do SUS — universalidade, integralidade e equidade — são vivenciados na prática. As reportagens revisitam os pilares do sistema e mostram, entre acertos e dificuldades, como cada um deles tem sido transformado em realidade.

Na 17ª Conferência Nacional de Saúde (2023), defesa do SUS em pauta



EDUARDO DE OLIVEIRA



# A SAÚDE DEPOIS DO SUS

As transformações vivenciadas pelo sistema público de saúde ao longo de 35 anos sob o olhar de *Radis*

LICIA OLIVEIRA

**O** que seria da saúde da população brasileira sem o SUS? Programas e ações como a Estratégia Saúde da Família (ESF), o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e o Sistema Nacional de Transplantes fazem do Brasil referência mundial na oferta de serviços de saúde à população, de forma gratuita e universal. Mesmo com as dificuldades, o Sistema Único de Saúde é lembrado como patrimônio nacional, entre conquistas e desafios — e *Radis* narrou um pouco dessa história nos últimos 35 anos.

Mas nem sempre foi assim. Antes de 1988, o SUS não existia e o acesso à saúde era restrito. O sistema nasceu da luta do Movimento Sanitário e ganhou forma na Constituição de 1988, como destacamos na reportagem “A saúde antes do SUS” (*Radis* 236).

A estrutura que consolidou a saúde como direito de todos foi estabelecida com a Lei 8.080, a chamada Lei Orgânica da Saúde, promulgada em 19 de setembro de 1990, que completa 35 anos em 2025. Foi ela que definiu as bases de funcionamento, organização e financiamento da saúde pública no país.

Acompanhe um resumo dos 35 anos da história do SUS retratados nas páginas da revista e das outras publicações do Programa *Radis*.

## COMO SURTIU A ESTRUTURA DO SUS

Saúde como direito de todos e dever do Estado. Essa foi uma conquista inserida na Constituição de 1988, após lutas e debates que contaram com o protagonismo do Movimento Sanitário e a pressão da participação popular. A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, e a Assembleia Constituinte ocorreram em um contexto histórico inédito que culminou com a promulgação da Constituição e a consequente criação do SUS, em 1990.

O debate não parou na Constituinte. No período seguinte, cresceram as discussões para definir como seria montada a estrutura que colocaria em prática o que estava previsto na Constituição, culminando na criação da Lei Orgânica da Saúde.

Se a saúde é um direito de todos, a construção da lei que estruturou esse direito foi marcada por intensos debates. Nas páginas de *Súmula* e do *Jornal Proposta* [publicações

anteriores do Programa *Radis*], era possível acompanhar essas discussões. A edição nº 30 da *Súmula* (setembro de 1989), por exemplo, destacou o atraso de três meses no envio do projeto da Lei Orgânica da Saúde ao Congresso.

Para José Gomes Temporão, à época chefe do Departamento de Planejamento e Administração da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), era fundamental criar uma estrutura inteiramente nova e extinguir o Inamps (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). O órgão, responsável pela assistência médica a trabalhadores formais e seus dependentes, não possuía caráter universal. Para Temporão, isso era incompatível com a proposta de um sistema de saúde voltado para todos. Ainda assim, o Inamps só foi extinto em 1993.

Já em novembro de 1990, dois meses após a promulgação da Lei 8.080, o *Jornal Proposta* noticiava a tramitação urgente de projetos que recuperavam artigos vetados pelo presidente da República à época, Fernando Collor de Melo. Eram pontos que tratavam principalmente da participação popular no SUS, por meio das conferências nacionais de saúde e do Conselho Nacional de Saúde, além de regras de repasse de recursos para estados e municípios. Foram nove artigos vetados integralmente e cinco parcialmente na Lei Orgânica.

Mesmo com essas questões em aberto, o país se preparava para a realização da 9ª CNS, garantida por decreto. Os pontos vetados na Lei Orgânica foram contemplados na Lei 8.142 (de 28 de dezembro de 1990), como informou o *Jornal Proposta* 26 (de fevereiro de 1991).

Durante a década de 1990, as publicações do Programa *Radis* acompanharam tanto a consolidação da nova estrutura da saúde quanto as crises de financiamento e as disputas em torno do SUS — como as tentativas de emenda constitucional para favorecer setores privados e as dificuldades impostas por um orçamento limitado. Houve também importantes avanços, como a criação do Programa Saúde da Família, em 1994, depois chamado Estratégia Saúde da Família, que completou 30 anos em 2024 (*Radis* 274), e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), entre outros.

A partir de 2002, com o lançamento da revista *Radis*, a trajetória do SUS e de seus principais desafios e conquistas continuou sendo acompanhada, de forma contínua, na revista mensal.

Os agentes comunitários de saúde (ACS) são um dos símbolos do SUS: na foto, *Radis* registra atendimento em Sirinhaém (Pernambuco), em 2017



## MUITOS DESAFIOS, MAS O SUS VAI ALÉM

A emblemática capa da edição 127 de *Radis* (abril de 2013) mostra um copo pela metade — uma metáfora dos desafios enfrentados pelo SUS quase 23 anos após a promulgação da Lei 8.080. A reportagem apontava problemas que afastam o sistema do projeto original, como o subfinanciamento, os processos de privatização, o enfraquecimento do controle social e o predomínio da assistência em detrimento da concepção integral e ampliada de saúde.

No entanto, o contexto se agravou e, em 2016, chegamos na edição 169 em que temos o copo rachado, uma forma de representar simbolicamente as dificuldades enfrentadas pelo SUS, que passou do subfinanciamento para o desfinanciamento, com a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241 que congelou os gastos com saúde e educação. Poucos anos depois, ao final do governo do ex-presidente Jair Bolsonaro (2018-2022), a situação chegou ao limite (*Radis* 245), com o desmonte de diversos programas.

Apesar das adversidades, o SUS se manteve presente e essencial. Ao longo de suas páginas, *Radis* vem documentando essa trajetória em diferentes frentes: da atenção básica à alta complexidade, além de inúmeras outras abordagens que destacam serviços, desafios e conquistas em que profissionais e usuários foram os protagonistas.

## OS PRINCÍPIOS DO SUS

Em sua redação, a Lei 8080 estabelece os princípios doutrinários do SUS: universalidade, equidade e integralidade, detalhados em três reportagens desta edição. No entanto, a lei é composta atualmente por 16 princípios, sendo alguns deles organizativos (descentralização, regionalização e participação social); já outros foram acrescentados por leis complementares. Confira cada um deles, em detalhes, e como foram abordados nas edições de *Radis*:

### 1º UNIVERSALIDADE

A universalidade é o primeiro princípio do SUS, definido no artigo 7º da Lei 8.080. É a ideia de garantir o acesso de todas as pessoas aos serviços de saúde [Leia na página 16]. “Com a instituição do SUS, a saúde tornou-se um direito de qualquer cidadão brasileiro, independentemente de raça, renda, escolaridade, religião ou qualquer outra forma de discriminação, e um dever do Estado brasileiro em prover esses serviços”, diz o texto do verbete Universalidade, escrito por Gustavo Corrêa Matta para o Dicionário da Educação Profissional em Saúde (EPSJV, 2009), citado na reportagem “Universalidade: o necessário resgate de um sentido perdido” (*Radis* 127).

A capa emblemática do copo com água simbolizando o SUS afirmava: “A gente quer inteiro e não pela metade”. A matéria abordou a universalidade do SUS colocada à prova diante da ameaça da mercantilização da saúde.

Outro marco sobre o tema foi a capa “Tamanho Universal” (*Radis* 219), em dezembro de 2020. No contexto da pandemia de covid-19, em meio à crise sanitária, a existência e a defesa do SUS foram enaltecidas. Mesmo diante dos cortes e do desfinanciamento, o sistema garantiu acesso à saúde para a população.

### 2º INTEGRALIDADE

Este princípio prevê um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade [Leia na página 28]. A integralidade já foi tema de capa da edição 49 de *Radis*, em setembro de 2006, com uma reportagem sobre formação e ensino em saúde. A publicação apresentou o Ensina SUS, iniciativa do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis), do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj).

À época, a coordenadora do Lappis, Roseni Pinheiro, ressaltou a dificuldade de um único profissional dar conta de todas as demandas, reforçando a importância do trabalho



integrado: “Os saberes em saúde não estão isolados, nem são universais ou mesmo definitivos”.

3º, 5º E 6º AUTONOMIA E INFORMAÇÃO

Os princípios 3º e 5º da Lei 8.080 garantem, respectivamente, a autonomia dos usuários na proteção de sua integridade física e moral e o direito à informação sobre a própria saúde. O direito à informação é essencial para que as pessoas tenham participação ativa no seu cuidado. O 6º princípio fala em “divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário”. Em outras palavras, reforça a transparência nos serviços de saúde, ampliando o poder de decisão de quem utiliza o SUS.

4º IGUALDADE (QUE NA VERDADE É EQUIDADE)

Embora a lei use o termo “igualdade”, o princípio se traduz no atendimento conforme as necessidades de cada pessoa, assegurando a oferta de serviços e recursos de forma justa, o que corresponde à ideia de equidade [Leia na página 22]. É um princípio fundamental para entender que o SUS deve olhar as realidades e necessidades específicas de determinados grupos sociais, se quiser ser realmente universal.

O princípio da equidade também ganhou espaço nas páginas de *Radis*, ao ressaltar a importância de se enfrentar as desigualdades de acesso à saúde — como na edição 114 (fevereiro de 2012). O surgimento do Programa Mais Médicos foi uma das propostas para solucionar a falta desses profissionais em determinadas localidades (*Radis* 134). Já em outubro de 2021, a *Radis* 229 destacou o trabalho das equipes do Consultório na Rua, mostrando como o SUS chega a populações historicamente excluídas das políticas públicas, como as pessoas em situação de rua.

7º DECISÕES COM BASE NA EPIDEMIOLOGIA

A tomada de decisão no SUS não pode ser baseada em interesses políticos ou pessoais, especialmente quando se trata do uso adequado dos recursos públicos. É sobre isso que se refere o 7º princípio do SUS, que menciona a “utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática”.

8º PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A participação social, descrita no 8º princípio como “participação da comunidade”, também está prevista na Constituição de 1988 e na Lei 8.142 de 1990. Ao lado da universalidade, da integralidade e da equidade, é um dos pilares do SUS, visto que insere a população brasileira como voz relevante na formulação de políticas públicas. Ao mesmo tempo, a participação envolve a fiscalização das ações do Estado, por meio dos Conselhos de Saúde, que existem nas esferas municipal, estadual e federal, assim como as Conferências de Saúde.

O viés da participação social sempre esteve presente na forma como *Radis* acompanhou a história do SUS, repercutindo e acolhendo diferentes vozes no debate sobre a saúde no país.



# O QUE DIZ A LEI 8.080 (1990)

Para garantir o que estava previsto na Constituição de 1988 — que reconheceu a saúde como direito de todos e dever do Estado —, a Lei Orgânica da Saúde não apenas deu nome ao Sistema Único de Saúde, como também definiu sua estrutura e organização.

- **Objetivos e atribuições:** a lei estabelece funções como a identificação e divulgação dos fatores determinantes e condicionantes da saúde; a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica; e a formulação e a execução da política de sangue e seus derivados
- **Princípios do SUS:** São 16 princípios, mas os conceitos de universalidade, integralidade e equidade são os principais norteadores
- **Estrutura e funcionamento:** a gestão é descentralizada e regionalizada — no nível nacional, cabe ao Ministério da Saúde; nos estados e no Distrito Federal, às Secretarias Estaduais de Saúde (ou equivalentes); e nos municípios, às Secretarias Municipais de Saúde
- **Assistência privada:** é permitida, mas deve seguir princípios éticos e regulatórios definidos pelo SUS
- **Financiamento:** a lei também trata da gestão e aplicação dos recursos destinados ao sistema
- **Atualizações:** ao longo do tempo, a Lei 8.080 recebeu complementações, como a Lei 14.572/2023, que instituiu a Política Nacional de Saúde Bucal no SUS
- **Atenção humanizada:** Em 2025, uma nova atualização da Lei 8.080 estabeleceu que a atenção humanizada passa a ser um princípio no âmbito do SUS, com a Lei 15.126 (abril de 2025)

## LINHA DO TEMPO: HISTÓRIA DO SUS

CONFIRA ALGUNS MARCOS IMPORTANTES

1986

8ª Conferência  
Nacional de Saúde

1988

Constituição Federal

1990

Leis 8.080 e 8.142

1994

Saúde da Família



Mesmo quando a atual revista ainda não existia, bem como o próprio SUS, a publicação Tema (n.7), de agosto de 1986, já cobria a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que mudou os rumos da saúde no país.

Já em 2003, a recém-criada revista *Radis* acompanhou a 12ª CNS e estampou na capa da edição 16 (dezembro de 2003) um jogo de palavras que subvertia o lema da conferência — de “A saúde que temos, o SUS que queremos” para “A saúde que queremos e o SUS que temos”.

*Radis* seguiu acompanhando os avanços e impasses das conferências seguintes. Na 14ª CNS, a edição 115 trouxe depoimentos de delegados que reforçaram a necessidade de um SUS mais acolhedor e resistente às pressões privatistas. Na 15ª CNS, em dezembro de 2015, o tema dominante foi a defesa da democracia, em meio à crise política marcada pela abertura do processo de impeachment da presidenta Dilma Rousseff (*Radis* 160). Já na 16ª conferência, em 2019, o compromisso com a democracia e com o SUS apareceu com ainda mais força: a edição 204 sintetizou esse posicionamento ao afirmar que “o nosso lado é o SUS”.

Em 2023, a 17ª CNS foi marcada pela esperança e retomada do controle social, com maior diversidade de vozes e a realização das conferências nacionais livres, que puderam indicar delegados e apresentar propostas. A edição 251 registrou esse novo cenário e destacou que temas ligados às necessidades de grupos historicamente invisibilizados finalmente ganharam espaço nos debates, como observou Fernanda Magano, do Conselho Nacional de Saúde.

## 9º DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO

Um dos princípios mais conhecidos do SUS é o 9º, que estabelece a descentralização político-administrativa. Essa diretriz se desdobra em duas frentes: a transferência de responsabilidades para os municípios; e a regionalização com hierarquização dos serviços, organizando a rede por territórios e níveis de complexidade. Na edição 145 (outubro de 2014), *Radis* tratou do tema na reportagem “Regionalização é o caminho”.

## 10º INTEGRAÇÃO ENTRE SAÚDE, MEIO AMBIENTE E SANEAMENTO

O 10º princípio reforça a integração entre saúde, meio ambiente e saneamento, reconhecendo que condições ambientais adequadas são determinantes para a qualidade de vida. A articulação dessas políticas busca prevenir doenças

e promover o bem-estar da população. O tema já esteve presente, por exemplo, na edição 154 de *Radis*, com a capa “Saneamento é básico”.

## 11º RECURSOS

O princípio 11º estabelece que os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos devem ser integrados entre União, estados, Distrito Federal e municípios. A proposta é garantir financiamento compartilhado e otimizar a oferta de serviços em todos os níveis de atenção.

## 12º CAPACIDADE DE RESOLUÇÃO

Já o 12º princípio reforça a capacidade de resolução do sistema: cada nível — primário, secundário e terciário — deve responder aos problemas de saúde compatíveis com sua complexidade.


## 13º ORGANIZAÇÃO

O 13º princípio visa a organização dos serviços públicos para que não haja duplicidade de meios para finalidades idênticas. Portanto, é preciso planejamento para evitar desperdícios e que os recursos sejam usados de forma articulada nos diferentes níveis de atenção.

## 14º, 15º E 16º NOVOS PRINCÍPIOS

Outros princípios foram incorporados por meio de atualizações posteriores. O primeiro deles, incluído pela Lei 13.427/2017, determina a garantia de atendimento especializado para mulheres e outras vítimas de violência doméstica, assegurando acolhimento psicológico, cirurgias reparadoras e demais formas de cuidado.

Na mesma direção, o princípio 15º — acrescentado pela Lei 14.679/2023 — reforça a proteção integral dos direitos humanos no SUS, com atenção especial à identificação de maus-tratos, negligência e violência sexual contra crianças e adolescentes.

Em 2025, a Lei 8.080 passou a reconhecer a atenção humanizada como princípio do sistema. A diretriz, que desde os anos 2000 orienta práticas de cuidado por meio da Política Nacional de Humanização (2003), ganha agora caráter estruturante na organização do SUS, elevando a humanização a um compromisso permanente da saúde pública. 

1998

Sistema Nacional de Transplantes

2004

Farmácia Popular e Brasil Sorridente

2013

Programa Mais Médicos

2021

Início da vacinação contra covid-19

2025

35 anos do SUS



Universalidade é acesso para todas as pessoas: profissionais do SUS levam vacina da covid-19 a comunidades ribeirinhas e quilombolas, no Maranhão, no início de 2021

# O SUS ESTÁ EM TODOS OS LUGARES

Vigilância sanitária e controle de qualidade mostram como a universalidade funciona na prática ao garantir a presença do SUS no cotidiano de todas as pessoas

PAULA PASSOS

**C**onhece alguém que diz que não precisa do SUS? Provavelmente essa pessoa mudaria de opinião se conhecesse melhor o trabalho do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS/Fiocruz). A Rede de Laboratórios do INCQS atua como referência nacional na análise e no controle de qualidade de produtos e serviços relacionados à saúde, incluindo alimentos, medicamentos, cosméticos e saneantes.

Integrada ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, essa rede se articula com os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacens) dos estados, que são responsáveis pela vigilância laboratorial em âmbito regional. Juntos, INCQS e Lacens formam uma estrutura estratégica para monitorar riscos,

responder a emergências sanitárias e garantir que produtos e ambientes que impactam a saúde pública atendam aos padrões de segurança e qualidade exigidos no país.

Ou seja, o detergente que você usa para lavar a louça pode ter sido analisado pelo SUS. A pomada que você utiliza para deixar o cabelo mais bonito também. O teste que você fez para saber se estava com covid-19 na pandemia também passou pelo SUS. Isso tudo porque o Instituto realiza análises laboratoriais de medicamentos, vacinas, alimentos, cosméticos, saneantes, água, produtos para diagnóstico, entre outros.

Atualmente, o SUS funciona como a principal rede de assistência para 76% da população brasileira, mas de uma forma ou de outra está presente na vida das mais de 213 milhões de



pessoas que vivem no país. Por ano, são mais de 2,8 bilhões de atendimentos e cerca de 3,5 milhões de profissionais em atuação, de acordo com dados do Ministério da Saúde.

Mas o SUS vai além da assistência, que é quando uma pessoa precisa, por exemplo, de uma consulta médica ou de uma cirurgia. Por isso, para abordar o princípio da universalidade, nossa reportagem visitou o INCQS, localizado no campus Manguinhos da Fiocruz, no Rio de Janeiro.

## SUS NO CONTROLE DE QUALIDADE

O INCQS é responsável, por exemplo, pela avaliação e emissão de certificados relacionados à liberação de todos os lotes de vacinas e soros hiperimunes heterólogos, antes de serem disponibilizados pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) e para exportação.

Esses soros são medicamentos que contêm anticorpos produzidos por animais imunizados, utilizados para o tratamento de intoxicações causadas por venenos de animais, toxinas ou infecções por vírus. No caso das vacinas, até mesmo aquelas que estão nas clínicas particulares são autorizadas pelo SUS, por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Ronald Silva, chefe do Laboratório de Toxicologia e coordenador do Núcleo Técnico de Cosméticos (NT-COS) do Instituto, explica como funciona um dos testes realizados nas vacinas. “Como a vacina é um produto injetável, na toxicologia, o principal ensaio é saber se aquele produto está contaminado com alguma substância pirogênica, aquelas que podem causar febre na pessoa”, conta.

Apesar de bastante raro, o choque pirogênico pode causar, poucos minutos após a aplicação da vacina, febre acima de 39 graus, pressão baixa, calafrios, taquicardia, mal-estar,

alteração na irrigação dos órgãos, podendo levar à morte. É considerada uma emergência médica, em que a pessoa deve ser levada ao hospital imediatamente; diferente de uma reação comum à imunização, como febre baixa por um ou dois dias, dor no local da aplicação, sonolência, dor de cabeça leve e fadiga.

“Qualquer erro nosso pode causar um problema sério na população. Então a gente tem esse senso de responsabilidade, essa preocupação, sempre trabalhando com muito critério”, afirma o biólogo, que está no INCQS desde 2006. Ele garante que cada laudo emitido é revisado diversas vezes e passa por vários setores do Instituto. “Tem alguns métodos que no próprio procedimento você tem que repetir três vezes para dar um resultado com confiabilidade estatística”, explica.

Ronald também foi responsável por analisar 28 amostras de pomadas capilares de diferentes marcas, aquelas que causavam cegueira temporária em 2023. Sua equipe avaliou o nível de irritação ocular dos produtos; se eram: irritante severo corrosivo, irritante moderado, irritante leve ou não-irritante.

“Com base nos resultados, a gente está ajudando a Anvisa a aperfeiçoar a legislação dessa área para evitar esses problemas no futuro”, afirma. Quando há a comunicação de algum evento adverso à Agência, a vigilância sanitária do município ou do estado recolhe a amostra e encaminha para o INCQS.

Ronald explica que, naquele período, a Anvisa selecionou os casos prioritários relacionados à cegueira temporária junto com outras amostras que não estavam vinculadas ao prejuízo na visão para o Instituto entender se o problema estava apenas nas pomadas em que houve comunicação de efeitos adversos ou se a questão era mais abrangente e envolvia toda a categoria de produtos. O resultado foi que nem todas as pomadas capilares eram irritantes oculares.

Já em relação aos preservativos masculinos, o INCQS/Fiocruz realiza essas análises sempre que há demanda regulatória, sanitária ou institucional, abrangendo situações como a avaliação de lotes destinados ao Programa Nacional de IST/HIV/Aids, para garantir a qualidade dos produtos distribuídos pelo Ministério da Saúde; a realização de ensaios exigidos pela Anvisa para registro, renovação ou alterações pós-registro; ações de vigilância sanitária motivadas por denúncias, suspeitas de irregularidades ou monitoramentos; e estudos institucionais vinculados a pesquisas, parcerias e programas específicos.

No caso mais recente da presença de metanol em bebidas alcoólicas, durante novembro o INCQS analisou dez amostras de destilados (cachaça, vodka e gin) que mataram ou deixaram pessoas cegas. Além disso, o Instituto vai receber sangue dos pacientes contaminados e testar a segurança dos medicamentos antídotos à substância.

## SUS NOS RÓTULOS E PRODUTOS DE SAÚDE

Renata Davalia Vale, coordenadora do Núcleo Técnico de Artigos de Saúde (NTAS), antes de falar melhor do seu setor, dá uma visão mais geral do trabalho realizado pelo Instituto, que faz também a análise de rotulagem de produtos, verificando se as informações obrigatórias estão em conformidade com a legislação, como a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) 429/2020 e a Instrução Normativa (IN) 75/2020, que



PEDRO PAULO GONÇALVES

Ronald Silva é chefe do Laboratório de Toxicologia do INCQS



Anna Maria Fust, Renata Dalavia Vale,  
Maria Denise Borges e Lilian de Figueiredo Venâncio  
são do Núcleo Técnico de Artigos de Saúde do INCQS

tratam da nova rotulagem nutricional, mencionando de forma visível se um produto tem, por exemplo, alto teor de sódio, açúcar e gorduras saturadas.

A engenheira química, que trabalha com dispositivos médicos há 19 anos, afirma que a avaliação pode envolver tanto a verificação documental do rótulo quanto a comparação com o conteúdo do produto para garantir que a rotulagem seja clara e auxilie o consumidor a fazer escolhas mais conscientes.

O Núcleo Técnico de Artigos de Saúde (NTAS) é responsável por organizar e encaminhar as análises laboratoriais relacionadas a artigos de saúde, também denominados produtos para saúde ou dispositivos médicos (DM). Entre os produtos estão: seringas, agulhas, equipos (tubos flexíveis para transportar substâncias, como soro, medicamentos ou dietas, de um recipiente para o paciente), luvas, máscaras, catéteres, dispositivos intrauterinos com cobre (DIU) e bolsas de sangue. “A nossa contribuição consiste na análise de produtos nas fases pré e pós comercialização”, afirma.

A pesquisadora conta que este trabalho é de competência exclusiva do INCQS em atendimento às legislações específicas e o objetivo é verificar a conformidade dos produtos com os requisitos estabelecidos. Na análise do DIU, é observado se o dispositivo tem o tamanho correto, se há um fio de cobre, se tem a quantidade de cobre indicada pelo fabricante, se está estéril.


No caso das bolsas de sangue, independentemente de o serviço ser público ou privado, elas são autorizadas pelo SUS. “Você vai doar sangue, então, precisa de uma bolsa de sangue. Essa bolsa precisa ter um registro e, para ter esse registro, a gente tem que avaliar o produto. A gente tem a visão de todas as bolsas utilizadas no Brasil”, conta Renata sobre o processo de pré-comercialização.

Na fase pós, o trabalho visa elucidar denúncias ou suspeitas de desvios de qualidade observados em produtos, como é mais comum acontecer. São exemplos de desvios: ausência de partes do produto, presença de sujidades ou contaminação, como aconteceu recentemente com luvas cirúrgicas e de procedimentos, onde também foram encontrados furos, Renata relembra. Os dados produzidos por meio dessas análises e pesquisas servem como evidências técnicas para o aprimoramento da regulação sanitária no país.

“Na avaliação retrospectiva do nosso trabalho, analisamos em 2024, 32 produtos por 173 ensaios; e, no ano de 2025, até o mês de outubro, 40 produtos foram submetidos a 157 ensaios de controle da qualidade”, contabiliza.

Renata faz questão de mencionar todos os setores responsáveis pelas extensas análises do Instituto: “São feitas análises físico-químicas, toxicológicas e microbiológicas, que envolvem os setores de irritação, pirogênio e LAL (lisado de amebócitos de Limulus); citotoxicidade e genotoxicidade; ensaios toxicológicos; fisiopatologia; de elementos inorgânicos; produtos estéreis e de artigos de saúde, onde se concentra o maior número de avaliações, em torno de 70%”, explica.

A engenheira química se empolga ao falar sobre como seu trabalho é gratificante: “Eu sou muito feliz em trabalhar com vigilância sanitária, porque quando a gente vai a qualquer serviço médico você vê a dimensão do seu trabalho. Você vê aqueles produtos sendo utilizados, em um momento tão sensível para a população”, observa.

E complementa: “Você vê que pode ajudar. Você é uma formiguinha, mas esse trabalho está contribuindo para a qualidade de vida de uma pessoa com um serviço de qualidade. A gente tem muito orgulho do que faz aqui”, diz. 



# SUS SUFOCADO PELO SISTEMA PRIVADO

Financiamento da saúde enfrenta paradoxo histórico e sobrecarga municipal

JESUAN XAVIER

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) segue como um dos maiores impasses da política pública brasileira. Escassez de recursos, má distribuição orçamentária e crescente privatização da saúde compõem um quadro que ameaça o caráter universal e equânime do sistema. Em meio à celebração dos 35 anos do SUS, especialistas destacam que os desafios permanecem e, em muitos aspectos, se agravam.

A economista Mariana Alves Melo, que integra a Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES), identifica dois “macroproblemas” no financiamento: a insuficiência crônica de recursos e a dificuldade de destinação adequada aos territórios sanitários. “A gama e a diversidade das necessidades de saúde são muito maiores do que aquilo que o sistema consegue financiar. E, quando o recurso existe, muitas vezes o gestor esbarra em dificuldades para destiná-lo ao que é prioritário”, aponta. O resultado, diz ela, é um impasse permanente: “Se correr o bicho pega, se ficar o bicho come.”

Mariana participou da Mesa “Financiamento e Gestão do SUS”, em evento organizado pelo portal Outra Saúde em conjunto com o Instituto Walter Leser, a Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro) e o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Santa Casa de São Paulo. *Radis* esteve em São Paulo (18 e 19/9) e acompanhou toda a programação alusiva aos 35 anos do SUS.

Para Mariana, a questão é estrutural. “Conquistamos um sistema universal de saúde no exato momento em que os recursos públicos começaram a ser disputados pelo setor privado. O Estado não deixou de gastar, ele simplesmente passou a subsidiar o privado.” Ela lembra que o SUS nasceu nos anos 1980, em plena virada neoliberal, e que o financiamento sempre foi tensionado pela presença crescente do capital privado na saúde.

Mariana cita ainda a 9ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1992, que teve como tema “Municipalização é o caminho”. Embora a regionalização não fosse o assunto principal, ela se tornou um conceito crucial e uma diretriz. Foi discutida e reforçada como parte integrante do processo de descentralização do SUS.

A desigualdade na repartição de responsabilidades entre os entes federativos agrava o problema. “Hoje, os municípios respondem por quase 34% do gasto total do SUS, mesmo sendo os que têm menor capacidade arrecadatória”, afirma.

Para ela, esse desequilíbrio compromete a ampliação e a diversificação da oferta de serviços. A economista também defende a regionalização como saída para uma alocação mais racional e justa dos recursos. “Regionalizar as redes de atenção é essencial para dirimir desigualdades, mas isso ainda não saiu do papel. Sem espaços de articulação interfederativa e participação social efetiva, a regionalização seguirá sendo promessa. Se não houver integração entre municípios, estados, União e sociedade civil, não vamos construir soluções reais para o financiamento do SUS”, alerta.

## DESIGUALDADES E FRAGILIZAÇÃO

Para a sanitarista Marília Louvison, professora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), que também participou da Mesa sobre Financiamento e Gestão, o sistema atravessa uma encruzilhada. “O SUS está escapando pelos nossos dedos. E o único jeito de enfrentar isso é constituir redes que assegurem o nosso projeto democrático”, diz.

Ela aponta que, embora o SUS seja universal por definição, o desequilíbrio entre gastos públicos e privados corrói sua essência. “Quando você olha para o mundo, vê que o Brasil é o único país que se diz universal e tem mais gasto privado do que público. Onde foi que perdemos o rumo?”

Marília critica ainda a personalização de políticas públicas, como ocorre nas emendas parlamentares, que fragilizam o caráter público do sistema. “O tomógrafo conseguido por emenda não é do deputado, é do SUS. Mas quando a autoridade política o inaugura como conquista pessoal, reforça a lógica de que o sistema é dependente de favores, e não de um projeto coletivo.”

Ela cita que as emendas também desviam parte do dinheiro do SUS. “Devemos enfrentar. Sem controle e participação dos trabalhadores da saúde e usuários, não será possível reconstruir o pacto social”.

A representante do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde de São Paulo (Cosems/SP), Aparecida Pimenta, corrobora sobre a necessidade de se ter uma maior integração entre as esferas públicas. “Cidades pequenas sequer têm equipe de gestão e encontram muitas dificuldades de apoio técnico do governo estadual. Uma tarefa enorme dos municípios, por exemplo, é transportar pacientes para o atendimento de média e alta complexidade. Isso tem custo elevadíssimo, mas não há apoio”.

Ela lembra que muitos dos desafios atuais são antigos, mas que ganham novas camadas no contexto contemporâneo. “O que o Brasil precisa hoje é o mesmo que precisava 35 anos atrás. Mas, agora, temos novos elementos, como a saúde digital, que é essencial para democratizar o sistema. Temos a necessidade de repensar os mecanismos de participação popular, que já não dão conta dos desafios do mundo de hoje.”

Para ela, o maior desafio talvez seja engajar os próprios trabalhadores do SUS na construção de um sistema público comprometido com a cidadania. “Se os trabalhadores do SUS não estiverem comprometidos com o projeto do sistema, não vamos conseguir avançar”, alerta. E destaca: “A gente precisa reconstruir tudo o que foi desmantelado, especialmente na saúde mental.”



Médicos de Família e Comunidade na Zona Norte do RJ (*Radis* 171, dezembro de 2016): desfinanciamento do SUS afeta atenção primária



## SAÚDE E DESENVOLVIMENTO

Na palestra de abertura do evento, o ex-ministro da Saúde José Gomes Temporão chamou a atenção para outro ponto negligenciado no debate: o papel da saúde como motor de desenvolvimento econômico, tecnológico e industrial. “O senso comum coloca a saúde como assistência, cuidado, atenção. Mas a saúde tem uma dinâmica econômica própria, e esse lado não vinha sendo tratado de maneira articulada”, afirma. Segundo ele, o setor reúne condições únicas para impulsionar inovação e soberania.

“Somos um país com 213 milhões de habitantes. A conta-saúde representa entre 9% e 10% do PIB, são 12 milhões de empregos diretos e indiretos. A saúde está na plataforma das tecnologias do futuro (biotecnologia, nanotecnologia, química fina, inteligência artificial, microeletrônica). Temos uma das melhores agências reguladoras do mundo, temos o SUS e o poder de compra do Estado. O Brasil pode e deve ser um player global ao lado de Índia e China.”

Temporão também destacou o papel da ministra Nísia Trindade Lima na retomada da política industrial e tecnológica da saúde após a paralisação entre 2016 e 2022. A reorganização das encomendas tecnológicas e o fomento à inovação recolocam o país, segundo ele, em um novo patamar de autonomia e capacidade produtiva. “Um passo fundamental no caminho da autossuficiência”.

## SUS E O FUTURO

Na conferência de encerramento do evento 35 anos do SUS, Gonzalo Vecina, professor da Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo (FESPSP) e ex-presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), disse que o SUS enfrenta um enorme desafio em relação ao acesso. “Quanto tempo demora para se diagnosticar um câncer? Quanto tempo se leva para tratar um câncer ou fazer uma cirurgia ortopédica de grande porte? Geralmente demora muito e a gente não tem o menor controle sobre isso”, critica.

Vecina cita o sistema de transplantes como exemplo de política pública bem-sucedida. “95% dos transplantes no Brasil são realizados pelo SUS, mesmo com 25% da população coberta por planos privados. É um modelo baseado em duas premissas fundamentais: gravidade e ordem de inscrição. Um exemplo de justiça e organização.”

Ele lembra, no entanto, que o avanço do SUS ainda não alcançou todos os brasileiros. “Nesses 40 anos de SUS, ganhamos 20 anos de expectativa de vida, mas esses 20 anos não chegaram a todos. Eu moro no Alto da Lapa [em São Paulo], onde a expectativa de vida é de 85 anos; a 70 quilômetros dali, na Cidade Tiradentes, é de 65. Essa desigualdade é o desastre que precisamos combater.”

Para Vecina, o futuro da saúde pública está intimamente ligado à luta contra as desigualdades. “O SUS tem um papel essencial na construção de um mundo mais igual. Se o mundo não for mais igual, não é um bom mundo. E a saúde tem um lugar particular nesse futuro.”

**EU DEFENDO O  
SUS PÚBLICO,  
INTEGRAL E  
UNIVERSAL!**




Marcha em Defesa do SUS durante 15ª Conferência Nacional de Saúde (2015), em Brasília

CAROLINA NEMEYER

Ana Estela Haddad, secretária de Informação e Saúde Digital do Ministério da Saúde, reflete sobre as novas tecnologias. “Precisamos pensar uma transformação digital que reafirme os princípios da reforma sanitária do SUS, dentro dos quais certamente está o conceito ampliado de saúde”, aponta.

Luiz Vianna Sobrinho, doutor em Bioética e Saúde Coletiva da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), vai além. Relembra a previsão do empresário Bill Gates de que a Inteligência Artificial (IA) irá substituir os médicos até 2030. “Iremos deixar isso realmente acontecer? Como se dará a relação entre pacientes e profissionais de saúde? Uma coisa é ser substituído manualmente por forças mecânicas, como vemos desde a industrialização, outra é ser substituído por tecnologias cognitivas”, reflete.

Jairnilson Paim, sanitário e professor da Universidade Federal da Bahia (UFBA), que também participou do encerramento do evento, lançou uma reflexão. “O maior desafio do SUS é político. É poder enfrentar as desigualdades. É poder enfrentar a relação público-privada. É preciso ampliar suas bases sociais e políticas”, avalia. 



# NÃO HÁ SUS SEM EQUIDADE

Acolher as diferentes necessidades da população brasileira ainda é o maior desafio da saúde pública

LUIZ FELIPE STEVANIM

**S**er quilombola na comunidade de Lagoa de Maria Clemência, em Vitória da Conquista, na Bahia, de onde vem Mateus Brito, é vivenciar outra realidade de saúde em relação a quem vive em meio urbano. Não somente porque as distâncias dificultam o acesso: em caso de uma urgência médica, como picada de cobra ou acidente, é preciso percorrer 25 quilômetros até a cidade. Mas também porque existem ali outras maneiras de se cuidar do adoecimento e até de compreender a saúde, baseadas nos saberes de raizeiros, erveiros e benzedeiros, mestres e mestras das medicinas quilombolas.

Com as diferenças de um país plural e multiétnico como o Brasil, será que o SUS é o mesmo para todas as pessoas? Em outras palavras, as experiências vividas nos serviços de saúde são iguais, já que o sistema é definido como único? Presente na letra da lei que desenhou o SUS, em 1990, e que completou 35 anos em 2025, a noção de igualdade por si só não dá conta da diversidade do país. É preciso ir além — e nisso surge o princípio da equidade, considerado um dos pilares do Sistema Único de Saúde, ao lado da universalidade e da integralidade.

“Falar de equidade é a gente compreender que não somos iguais, que o Brasil é um país que tem especificidades regionais e territoriais”, afirma Mateus Brito, membro do Coletivo de Saúde Quilombola da Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (Conaq), mestre e doutorando pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade

Federal da Bahia (ISC/UFBA). Segundo ele, a equidade é um dos grandes desafios do SUS na atualidade e evidencia que não é possível tratar todo mundo igual, já que temos necessidades diferentes.

Por definição, a equidade é um princípio do SUS que reconhece as diferenças nas condições de vida e saúde. “Não somos iguais, não passamos pelo mesmo processo de constituição dos lugares sociais, seja do negro, do quilombola, do indígena, do cigano, da mulher, do LGBT. Nós não estamos no mesmo barco. Estamos no mesmo mar, mas em embarcações diferentes”, aponta Mateus.

O Estado brasileiro possui uma dívida histórica com determinadas populações, na avaliação do pesquisador. “Falar sobre equidade é compreender que somos um país que passou por mais de 350 anos de uma escravidão brutal. O Brasil recebeu o maior número de africanos escravizados. As cicatrizes ainda estão abertas”, aponta. De acordo com ele, um sistema de saúde que não reconhece isso funciona na negação da nossa própria história.

A equidade também se expressa em políticas e ações de saúde voltadas para populações específicas, como pessoas com deficiência, idosos, crianças, mulheres, pessoas em situação de rua, LGBTQIA+, indígenas e quilombolas. “O Estado brasileiro tem a responsabilidade de valorizar essas diferenças e incorporá-las ao oferecer os serviços em um sistema público de saúde”, considera Mateus, que é também fisioterapeuta de formação.





EDUARDO DE OLIVEIRA

A equidade orienta o SUS a observar as diferentes realidades brasileiras: na foto, comunidade quilombola de Saracura, em Santarém (PA), que Radis visitou em 2019

## DESIGUAIS E DIVERSOS

O SUS avançou em diversas agendas, na avaliação de Mateus, mas ainda precisa enfrentar o desafio da equidade ao completar seus 35 anos. “A gente conseguiu aumentar a expectativa de vida, diminuir a mortalidade infantil, alcançar uma série de avanços civilizatórios. Mas é preciso compreender que o sistema ainda não chegou a todos os lugares do país”, ressalta.

Da forma como está estruturado, o SUS não dialoga com povos e comunidades tradicionais, como indígenas e quilombolas, na avaliação do pesquisador. “O sistema exclui boa parcela da população brasileira, que está nos lugares rurais remotos, nos campos, nas florestas, nas águas, até mesmo na zona urbana em locais periféricos”, constata.

A equidade anda junto com os outros princípios. Em relação às desigualdades, é preciso considerar a diferença entre cobertura e acesso universal: a primeira diz respeito à oferta de um serviço, a segunda refere-se à capacidade de todas as pessoas acessarem, removendo barreiras geográficas e socioculturais, por exemplo. “A gente ficou durante muito tempo buscando universalizar o acesso à saúde e nem isso a gente conseguiu dentro do território nacional. Pode constar no sistema que a pessoa mora numa área que tem cobertura, mas daí ela acessar já é outra história”, afirma Mateus.

Em um país continental como o Brasil, o SUS não chega da mesma forma a todas as regiões. “As redes de atenção à saúde não dialogam com a realidade de municípios rurais

remotos, por exemplo da Amazônia, do Pantanal”, considera. Ele cita o exemplo da saúde mental: para implementar um Centro de Atenção Psicossocial (Caps), o município precisa ter mais de 15 mil habitantes. Porém, é nas cidades pequenas que está a maior parte da população quilombola, que fica desassistida desses serviços. “O que chega são as comunidades terapêuticas, que são basicamente novos manicômios, fazendo todo um processo de colonização por conta de uma insuficiência do sistema de saúde”, adverte.

## MAIS A QUEM TEM MENOS

Há que se lembrar que a palavra equidade não aparece na lei 8.080 de 1990, que regulamentou o SUS. Ela foi uma construção dos movimentos sociais da saúde, incorporada posteriormente na formulação das políticas públicas. A lei fala em “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”.

“O princípio de equidade surge no período contemporâneo associado aos direitos das minorias e introduz a diferença no espaço público da cidadania, espaço por excelência da igualdade”, escreve Sarah Escorel, no Dicionário da Educação Profissional em Saúde, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). Nessa definição clássica, igualdade significa distribuição homogênea (“a cada pessoa uma mesma quantidade de bens e serviços”), enquanto a equidade leva em conta “que as pessoas são diferentes, têm necessidades diversas”.





Crianças Yanomami na Casa de Saúde Indígena em Roraima (Radis 274): a equidade prevê políticas de saúde para populações específicas

Militante histórica dos direitos da população negra e das pessoas LGBTQIA+, além de conselheira nacional de saúde, Heliana Hemetério explica que equidade é quando se dá mais a quem recebe menos. “Não podemos tratar os direitos da população negra, LGBTQIA+, das pessoas em situação de rua, dos povos de rios e florestas e comunidades tradicionais, dentro do discurso da igualdade universal, porque essas populações nunca foram tratadas com igualdade”, constata. Para ela, equidade seria o entendimento de que essas populações sempre estiveram no espaço da subalternidade na construção da sociedade brasileira.

Basta olhar o cotidiano dessas pessoas para perceber que “elas nunca tiveram igualdade”, defende Heliana. “Qual é a igualdade que a sociedade oferece à população em situação de rua? Com que direitos eles são vistos? Qual é o acesso deles às políticas públicas?”, indaga. Para a representante da Rede Nacional de Lésbicas e Bissexuais Negras Feministas (Candaces) na mesa diretora do Conselho Nacional de Saúde (CNS), é preciso considerar a forma como diferentes opressões e discriminações se sobrepõem — o que tem a ver com o conceito de interseccionalidade.

“As pessoas sempre dizem que as mulheres alcançaram alguma autonomia. Mas que mulheres? Mulheres brancas, de classe média, que têm acesso à educação, ou mulheres negras periféricas, lésbicas, trans, em situação de rua?”, pergunta. Segundo ela, essas são questões que devem ser levadas em conta no SUS, tanto na formulação de políticas quanto no dia a dia dos serviços. “Não vamos conseguir um

atendimento de qualidade se não levarmos em consideração a interseccionalidade”.

Ela dá outro exemplo: “Uma mulher negra que mora em comunidade, que vive sob pressão diária, seja da milícia ou do tráfico, vai apresentar problemas de saúde que não basta dar uma medicação para ela. Precisamos saber a origem daquela hipertensão, que é completamente diferente de uma mulher branca, de classe média alta, que mora num bom condomínio”.

Outro conceito atrelado à equidade é o de iniquidades — que se refere a “diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis”, cita Escorel. “Igualdade e desigualdade são conceitos mensuráveis que se referem a quantidades passíveis de serem medidas. Por sua vez, equidade e iniquidade são conceitos políticos que expressam um compromisso moral com a justiça social”, escreve a autora.

## DETERMINANTES DA SAÚDE

Será que todo mundo que está na saúde entende a equidade? “Não, as pessoas não entendem”, responde Heliana. “É preciso reconhecer que nem todo mundo precisa de tudo, o tempo todo. É preciso olhar aquela pessoa pelo território de onde ela vem, a raça, a orientação sexual, a religião”, afirma a conselheira nacional de saúde. A atenção a esses fatores é o que o campo da saúde coletiva convencionou chamar de determinantes sociais ou socioambientais.



Heliana explica que a promoção da equidade precisa ser observada no cotidiano da saúde, para garantir cuidado adequado a todas as pessoas. Outro fator são as distâncias geográficas e as especificidades territoriais. “Como atender a população de rios e florestas em localidades que levam de 3 a 7 dias para chegar?”

Para a conselheira nacional, a saúde ainda precisa aprender a escutar e a dialogar, e não simplesmente levar um “pacote pronto”. “Como vamos mexer nesse SUS que está fazendo 35 anos, que ainda é muito novo, e não conseguiu dar todas as respostas? E não vai dar tão cedo, porque a privatização está aí o tempo todo, além do Congresso pressionando”, avalia. Segundo ela, o caminho para a equidade é a escuta do outro. “Para as políticas darem certo, as populações têm que estar juntas. Não adianta implementar ações sem escutá-las. Não adianta definir caminhos para a população trans se não escutar as trans”, defende.

A dificuldade em acolher as pessoas colocadas em lugar de subalternidade é um dos grandes desafios das políticas públicas, na visão de Heliana. É o caso, por exemplo, do enfrentamento ao racismo e às discriminações contra pessoas LGBTQIA+. “O SUS ainda não olha para essas pautas com a importância que deveria. Para ser universal e inclusivo, ele tem que ter outro olhar para essas pessoas”, diz. Para ela, o racismo transpassa a sociedade o tempo todo.

Essas ainda são barreiras à construção de políticas específicas para populações que convivem com piores indicadores de saúde. “Temos dificuldade com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra [PNSIPN, instituída em 2009], que já deveria estar implementada, mas quando chegamos aos estados e municípios, não interessa ao secretário municipal ou estadual de saúde”, aponta.

Além de se atentar para a interseccionalidade, Heliana defende que a promoção de equidade requer que possamos desconstruir os nossos próprios preconceitos. “Eu posso ser uma pessoa da luta antirracista e ser LGBTQfóbica. Posso ser uma lutadora da causa LGBT e ser uma pessoa racista ou discriminar a população em situação de rua”, reflete. Seja como profissionais de saúde ou como cidadãos, “precisamos modificar o nosso olhar como pessoas”, pontua. “Como construir equidade se as pessoas não conseguem olhar para o outro?”

## “É IMPOSSÍVEL CONSTRUIR UM SUS DE DIREITO SEM DISCUTIR EQUIDADE”

HELIANA HEMETÉRIO



VALTER CAMPANATO/AGÊNCIA BRASIL

EDUARDO DE OLIVEIRA



Pacientes do Caps Miriam Makeba no Rio de Janeiro [Radis 202]: equidade requer acolhimento e escuta





# SAÚDE QUILOMBOLA É TER O DIREITO DE VIVER NO TERRITÓRIO, EM COMUNIDADE”

MATEUS BRITO

## POR UMA POLÍTICA DE SAÚDE QUILOMBOLA

Mateus Brito participou ativamente da construção da proposta de Política Nacional de Saúde Integral da População Quilombola (Pnasq), que ainda não saiu do papel. Tema de sua dissertação de mestrado, concluída em 2024 na UFBA, com o título “Aquilombar a saúde, contracolonizar as lutas”, ele conta que a pauta da saúde quilombola esteve presente desde que o movimento começou a se organizar, em 1995, com a primeira Marcha Zumbi dos Palmares — contudo, era tratada como um subtema da saúde da população negra ou dos povos do campo, das florestas e das águas. “A partir da covid-19, foi um momento que se acirrou a necessidade de ações e políticas específicas para a saúde dessa população”, relata.

A luta para que houvesse ações de enfrentamento à covid nos quilombos, e para que essas pessoas fossem incluídas no grupo prioritário de vacinação, mostrou que o Brasil desconhecia a realidade dessas comunidades. “Esse processo de lutas escancarou o abandono do Estado Brasileiro com relação à saúde da população quilombola”, afirma Mateus. Ao contarem seus próprios mortos, diante do descaso do governo do ex-presidente Bolsonaro, os documentos publicados pela Conaq revelaram que os quilombolas morreram, proporcionalmente, 5% a mais do que a população em geral de covid-19.

Não há promoção de equidade sem dados, reforça Mateus. A ausência de informações sobre essa população começou a ser solucionada com a realização do primeiro Censo Quilombola, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2022. “Apesar de existir uma contagem de brasileiros há 180 anos, a primeira vez que a população quilombola foi inserida foi só agora”, aponta o pesquisador. Outro levantamento importante foi divulgado em novembro: o primeiro “Boletim de Saúde Quilombola no Brasil: Evidências para a Equidade” [Leia no BOX].

“A gente nunca teve a saúde quilombola inserida de forma específica na agenda do Ministério da Saúde”, ressalta o pesquisador. Com a 17ª Conferência Nacional de Saúde, em 2023, e a realização da primeira Conferência Livre de Saúde Quilombola, o tema ganhou importância — e o Ministério criou um Grupo de Trabalho (GT) para debater o assunto, do qual Mateus participou, e organizou o primeiro Seminário Nacional de Saúde Quilombola, em Alcântara, no Maranhão, em agosto de 2025.

A expectativa de que a Pnasq fosse lançada (ou pelo menos votada pelo Conselho Nacional de Saúde) no último Novembro Negro não se concretizou. A Conaq publicou nota (6/11) em que cobra do Ministério da Saúde (MS) o “compromisso junto aos quilombolas do Brasil”. “A gente tem cobrado o MS a efetivação dessa política. Foram feitos estudos técnicos e coordenei o processo de consulta pública, de conversa com especialistas e sociedade civil. O texto está pronto”, declara Mateus. “O que a gente tem visto é que o Ministério recuou nesse processo, o que é preocupante”.

## SAÚDE NOS QUILOMBOS

Os quilombolas sempre foram apontados como uma população desassistida em relação aos dados demográficos e de saúde: pouco se sabia sobre a forma como vivem, adoecem e morrem, por exemplo. O primeiro “Boletim Saúde Quilombola no Brasil: Evidências para a Equidade” (lançado em 24/11) tem, portanto, uma importância histórica. Ele é fruto de uma parceria entre o Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (Cidacs/Fiocruz Bahia), a Conaq e o ISC/UFBA.

O levantamento analisa informações de 140 milhões de pessoas inscritas no Cadastro Único (CadÚnico), com foco em cerca de 64 mil quilombolas adultos, acompanhados de 2011 e 2020. Uma das conclusões é que apenas 12% vivem em territórios oficialmente demarcados: 55% sem acesso à água potável, 54% sem rede de esgoto, 51% sem coleta de lixo e 10% sem energia elétrica.

“Os dados mostram que a população quilombola morre por causas evitáveis, inclusive por diarreia, desnutrição, coisas que são inconcebíveis da gente conviver como sociedade em pleno 2025”, comenta Mateus Brito. Segundo o levantamento, altas taxas de causas de morte mal definidas, doença falciforme, desnutrição, diarreia e diabetes indicam não só falhas no sistema de saúde, mas também o apagamento histórico dessa população. “É o racismo que se manifesta até nos registros de óbito”, diz o texto. Leia mais em: <http://bit.ly/boletimsaudequilombola>.



## EQUIDADE É SAÚDE ANCESTRAL

O cuidado à saúde nos quilombos se baseia em saberes muito anteriores ao Sistema Único de Saúde. “O SUS tem 35 anos, ou seja, são 450 anos que essas comunidades tiveram que se cuidar de alguma forma. O único cuidado possível era a partir das medicinas quilombolas, desses saberes ancestrais que existem até hoje”, destaca Mateus. Ele aponta que o SUS tem falhado em reconhecer, valorizar e fortalecer esses saberes.

Para o pesquisador oriundo de Lagoa de Maria Clemência, não existe saúde quilombola sem a garantia dos territórios, que inclui a preservação da cultura e da relação com a terra, a floresta e as águas. “Saúde quilombola é ter o direito de viver no território, em comunidade, entendendo a comunidade como os vivos e os mortos, como os encantados também, como esse território que é sagrado e ancestral”, reflete. Ele explica que a saúde quilombola possui duas dimensões: uma delas é a das medicinas quilombolas, passada de geração a geração por parteiras, rezadeiras, benzedeiras, mestres e mestras das comunidades.

“Existem sistemas de saúde tradicionais, que são conectados com essas mestras e com o coletivo”, conta. A outra dimensão é a institucional, dos serviços que custam a chegar a esses territórios. Mateus cita que o Ministério da Saúde fez um estudo que mostra que a distância de uma comunidade quilombola até a Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima, na região Norte, pode chegar a 43 quilômetros. “O SUS não chega dentro desses territórios e, quando chega, é de forma colonizadora, desrespeitosa”, aponta.

Segundo ele, em algumas comunidades, ao invés de cuidar, o SUS reforça o racismo institucional e contribui para o apagamento cultural. “A nossa luta é para que o SUS consiga dialogar com a realidade das comunidades, que consiga entrar nos territórios, levando os serviços de saúde de uma forma em que respeite as tradições e a cultura”, defende. Ele conta que na região de Lagoa de Maria Clemência, há alguns anos, morreu a última parteira, Dona Maria Senhora. “Quando se morre a última parteira, se morre uma tradição. Acabou”, constata.

A percepção de que é preciso levar em conta os saberes das comunidades, para promover equidade, não significa dizer que a presença dos serviços de saúde não é importante. “É óbvio que tem que existir a maternidade, a UTI, o pré-natal, a enfermeira. Agora também tem que existir a parteira, a rezadeira, a benzedeira. Isso tem que se conectar”, afirma. Também é preciso avançar no enfrentamento às discriminações: “O SUS é racista, funciona a partir de uma lógica de reprodução e reforço ao racismo institucional. Mas não é porque o SUS é o SUS, isso é um problema das instituições nacionais”. De acordo com o pesquisador, é preciso avançar na compreensão de que o racismo é um determinante social da saúde da população negra, quilombola e indígena.




Atenção à saúde da população em situação de rua, por meio do Consultório na Rua no SUS, em duas situações: em Vitória, no Espírito Santo, em 2015; e no Rio de Janeiro, em 2021

EDUARDO DE OLIVEIRA



EDUARDO DE OLIVEIRA

Para Heliana Hemetério, não resta dúvida de que o SUS é o maior sistema de saúde do mundo. “A covid é o maior exemplo disso. Foi o SUS que segurou tudo, foi o SUS dos trabalhadores, da gestão, do controle social”, ressalta. Contudo, como alguém que luta há décadas para que os direitos de populações marginalizadas sejam reconhecidos, ainda há muito a se fazer. “É impossível construir um SUS de direito sem discutir equidade, cada um com seus direitos, mas que em algum momento se encontram”, pontua.

Para promover equidade, na visão de Mateus, o SUS precisa se adaptar à realidade dos territórios e populações — o que passa por mudanças na formação em saúde. “É preciso que tenham mais profissionais indígenas, negros, quilombolas, ciganos. É preciso avançar nas ações afirmativas, nos cursos de saúde e nas residências”, reforça. Mesmo com as críticas, ele afirma que os quilombolas nunca deixaram de acreditar no Estado e nas políticas públicas. “Trata-se de autonomia, soberania, emancipação, mas a partir das políticas públicas, ou seja, tem que ter escola, posto de saúde, emprego, Bolsa Família, tem que ter tudo”. 



# POR UMA SAÚDE INTEGRAL

Grupo de apoio a laringectomizados articula rede multiprofissional e demonstra que o princípio da integralidade é prática viva e fundamental no SUS

GLAUBER TIBURTINO

Você sabia que existe um princípio do SUS que assegura a cada pessoa o direito de receber gratuitamente todo o cuidado necessário para seu bem-estar, em diferentes dimensões da saúde? Trata-se da integralidade da assistência ou, simplesmente, integralidade. Mas o que exatamente isso significa? Segundo o inciso 2 do artigo 7º da Lei Orgânica da Saúde (8.080/1990), que completou 35 anos em 2025, ela corresponde a um “conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

Na prática, a integralidade orienta o cuidado ao ser humano em sua totalidade. Envolve não apenas tratar doenças, mas agir sobre os determinantes sociais, garantir vacinação, promover acompanhamento contínuo e articular diferentes níveis de assistência em saúde — da atenção básica aos serviços de alta complexidade.

No livro “O que é o SUS”, o médico e pesquisador da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Jairnilson Paim, reforça esse entendimento ao destacar que a integralidade se manifesta desde ações preventivas — como campanhas de vacinação e controle de vetores — até atividades de recuperação da saúde. “Esta diretriz do SUS, que busca compatibilizar ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, é conhecida como integralidade da atenção”, escreve.

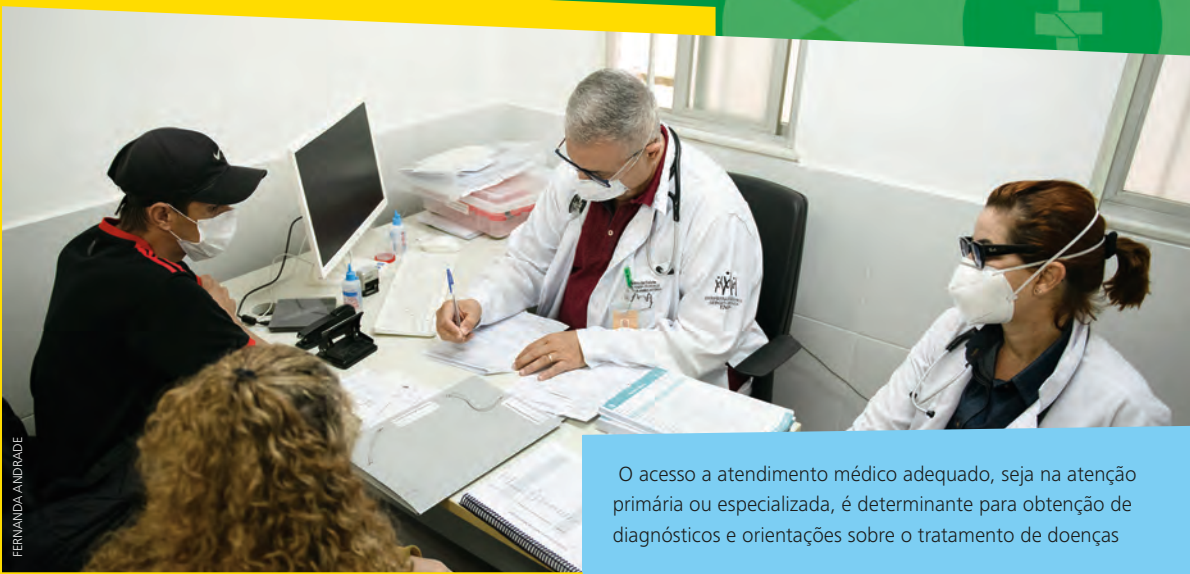
Por abarcar dimensões que atravessam todo o sistema, a integralidade é vista por sanitaristas como um dos princípios mais complexos do SUS. “A integralidade como princípio é de uma grande complexidade. Eu diria, inclusive, que a complexidade é a cara do próprio SUS”, avalia à Radis Roseni Pinheiro, doutora em Saúde Coletiva e professora associada do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj).

O acesso a medicamentos é uma das ações que garantem o princípio da integralidade no SUS



FERMANDA ANDRADE





FERNANDA ANDRADE

O acesso a atendimento médico adequado, seja na atenção primária ou especializada, é determinante para obtenção de diagnósticos e orientações sobre o tratamento de doenças

Roseni lembra que os princípios do SUS são interdependentes — e que a integralidade depende de todos eles: “O princípio da integralidade reclama a efetivação de outros princípios, como o da universalidade, da equidade e da participação”. Mas como ela se realiza no cotidiano? Para a pesquisadora, não é correto afirmar que a integralidade não existe, tampouco assumir que ela se cumpre plenamente em todos os lugares e momentos. “Falo da integralidade como prática, não como um modelo idealizado de política. Ela não se materializa completamente todo o tempo, o tempo todo”, admite.

Ainda assim, ela reforça que o princípio não se trata de uma abstração: “Pode me chamar de otimista, mas eu vejo o SUS em todo lugar que vou. Em cada atendimento da minha família — quando há medicamentos, quando há acesso a um transplante”. Roseni lembra ainda o papel da Fiocruz, cuja atuação abrange assistência, vigilância, ensino, pesquisa, prevenção e produção de insumos e vacinas: “A Fiocruz tem uma amostra gigantesca do SUS. Não tem integralidade ali?”, provoca. A pergunta é retórica, mas *Radis* responde que sim. E foi em busca de outros exemplos.

### UMA EXPERIÊNCIA DE INTEGRALIDADE NO SUS

O tratamento de um câncer ilustra bem o princípio da integralidade, pois articula diferentes níveis de cuidado: da atenção básica aos exames, cirurgias e tratamentos, como quimioterapia e radioterapia. Entre 2023 e 2025, por exemplo, o Instituto Nacional de Câncer (Inca) estimou mais de 23 mil novos casos de câncer de laringe no país — quase 20 mil em homens e cerca de 3,5 mil em mulheres. Os principais fatores de risco incluem tabagismo, consumo excessivo de álcool e refluxo gastroesofágico.

Mas existem outras práticas que vão além do tratamento da doença e envolvem variados procedimentos e profissionais de saúde. Essa continuidade no cuidado revela um aspecto da integralidade ao tratar o ser humano em todas as suas necessidades. O exemplo prático visitado por *Radis* refere-se ao Grupo de Apoio ao Laringectomizado Total (Galt), iniciativa realizada há quase 25 anos no Hospital Federal de Bonsucesso (HFB/GHC), no Rio de Janeiro, e há cerca de 15 anos conduzida pela assistente social Rosimeri Ramos.

A experiência foi cadastrada na Plataforma IdeiaSUS, que reúne práticas exitosas em saúde pelo Brasil [Saiba mais em <https://bit.ly/galthfb>].

O câncer de laringe costuma ser diagnosticado tardiamente, quando muitas vezes já é necessária a laringectomia total, e resulta na perda da voz. Rosimeri — ou Rosi, como é conhecida — defende políticas que favoreçam diagnósticos mais precoces, reduzindo a necessidade da retirada do órgão. Hoje, mesmo com a perda das cordas vocais, há alternativas para a recuperação da fala [Leia na página 31] — e é nesse ponto que práticas como o Galt transformam vidas.

Rosi conta que o grupo surgiu nos corredores do HFB em 2001, idealizado pelas fonoaudiólogas Deise Rangel e Ziléa Lopes, para orientar e incentivar pacientes a desenvolverem uma nova forma de comunicação verbal, por meio da voz esofágica — isto é, uma voz produzida pelo esôfago, na ausência de órgãos da laringe e das cordas vocais. Com o tempo, ganhou sala própria, estrutura e equipe multiprofissional — fonoaudiólogo, psicólogo, médico e assistente social. O grupo deixou de ser apenas um espaço de reabilitação vocal e se tornou também um ambiente de socialização, apoio mútuo e cuidado contínuo no SUS.

Os encontros mensais do Galt ocorrem até hoje e não se restringem mais à técnica vocal. Há rodas de conversa, com temas definidos pela equipe — como direitos das pessoas com deficiência — e pelos próprios participantes, além de confraternizações. Os novos adeptos, que escolhem integrar o grupo após passarem pela cirurgia, são acolhidos pelos veteranos e por profissionais que acompanham o Galt, devolvendo-lhes perspectiva e esperança — mais um traço da integralidade em prática.

O grupo costuma reunir de 15 a 20 participantes, sendo cinco ou seis deles presentes desde o início. “Um grupo se manter por mais de 20 anos é sinal de que tem algo muito bom acontecendo”, avalia Rosi. Recuperar a fala, porém, não era o limite. Rosi conta que certa vez, após assistirem a uma apresentação de canto coral de laringectomizados do Inca, os integrantes do Galt sentiram-se encorajados a formarem seu próprio coro. Rosi abraçou a causa e assim surgiu o Coral Nossa Voz. Os coralistas passaram a se reunir quinzenalmente, ampliando a dimensão cultural e afetiva da iniciativa.



Médica de família e comunidade em atividade de pré-natal em Sirinhaém, Pernambuco, em 2017 (*Radis* 183, dezembro de 2017)

Em outro relato, Rosi lembra o caso recente de uma pessoa que resistia ao diagnóstico e temia perder o emprego por trabalhar com vendas. Porém, ao participar de uma reunião do Galt, ainda antes de passar pela cirurgia, viu pessoas falando, cantando e convivendo com leveza. “Disse que foi a melhor coisa que fez”, conta a assistente social. Hoje, já operada, essa pessoa também integra o grupo.

Rosi destaca ainda que o câncer de laringe costuma ser estigmatizado por sua relação com álcool e tabaco, o que contribui para o afastamento de familiares. Segundo ela, as atividades do Galt ajudam a reconstruir vínculos e reorganizar a vida cotidiana de muitos participantes. “Incrivelmente, alguns alegam que a vida melhorou. Eles dizem: ‘Antes eu bebia na rua, gastava o meu pouco recurso com isso, não tinha nenhum acesso à minha família’. Após o câncer e a laringectomia total, essa situação se inverteu. A família passou a cuidar mais e o recurso que eles tinham passou a ser revertido realmente para o cuidado deles e da família”.

### TRÊS HISTÓRIAS QUE SE ENCONTRAM NO GALT

Para entender melhor toda essa história, numa manhã de quarta-feira, a primeira de novembro, *Radis* esteve no 3º andar do bloco 6 do HFB, onde funciona o ambulatório do serviço social do setor de cabeça e pescoço do complexo hospitalar, e conversou com três integrantes do Galt. Rosi foi a anfitriã do encontro e participou das entrevistas. O intuito foi acompanhar de perto essa experiência de saúde integral e dialogar sobre como o câncer de laringe mudou as vidas do trio e qual o papel do grupo de apoio nesse processo. É no cotidiano dessas pessoas que o princípio da integralidade ganha corpo.

O primeiro a falar foi também um dos pioneiros do grupo. Operado em 2003, após uma traqueostomia de emergência para desobstruir a respiração por conta do tumor, Walter

Araújo, hoje com 59 anos, conta que levou cerca de dois anos para conseguir vocalizar a primeira sílaba utilizando o esôfago. Eram os primeiros anos de funcionamento do Galt no Hospital Federal de Bonsucesso e a dificuldade para desenvolver a técnica só não foi maior do que sua vontade de voltar a falar. Ao ingressar no grupo, o então cozinheiro e dono de bar no Complexo da Maré (RJ) não saiu mais. Além de apoiar, ele passou a orientar os colegas: “Não foi fácil. Eu bebia água com gás, ficava tonto, vomitava”, relembra.

Rosi elogia a perseverança de Walter: “Ele não desistiu. Aprendeu a engolir o ar e ao mesmo tempo vibrar com a voz e explica isso com uma simplicidade incomum”. E acrescenta, de forma descontraída: “Esse é laringectomizado raiz”. Walter emenda: “Agora não tenho preocupação com nada, não preciso ficar trocando [prótese], limpando. É só ter força de vontade de falar”, diz. Foi a deixa para a participação de Isaac da Costa, de 67 anos, que passou pela laringectomia em julho de 2018, e oito meses depois, em uma nova cirurgia, recebeu sua prótese fonatória: “Eu já sou mais preguiçoso”, brinca, ao comentar sua opção pela prótese, buscando amenizar um assunto ainda difícil.

“Não é fácil perder qualquer parte do seu corpo. Vai fazer falta. Francamente, você pensa que acabou tudo”, desabafa. Isaac é funcionário do estado do Rio de Janeiro. Atua como educador social em uma unidade escolar da Fundação de Apoio à Escola Técnica (Faetec), voltada à educação de alunos com necessidades especiais na aprendizagem. Muito querido pelos estudantes, conta ser chamado por eles de “papai Isaac”. Um de seus temores ao perder a laringe — e junto com ela, a voz — era não ter mais esse convívio diário. Ele reconhece que o início foi bem difícil e exalta o papel do Galt em sua recuperação.

Isaac relata que tudo começou com um dos principais sintomas desse tipo de câncer: a disfonia, que é uma rouquidão persistente. Na sua avaliação, se nas primeiras consultas os médicos tivessem ao menos lhe perguntado se era fumante, seu diagnóstico poderia ter sido antecipado e o desfecho menos radical. Após a rouquidão, vieram as dores e queimação na garganta (a odinofagia) e alguns outros episódios de negligência médica, até o diagnóstico — enfim revelado bem no dia do seu sexagésimo aniversário, em 29 de junho de 2018 — e a cirurgia de urgência, que ocorreria dali a menos de 20 dias, ao procurar a emergência do HFB.

Sua luta, a partir dali, passou a ser para recuperar a fala. “Nessas horas o fonoaudiólogo é muito importante, porque ficamos ansiosos para voltar a falar”, conta. Até passar pela cirurgia e encontrar o Galt, a experiência relatada por Isaac na atenção básica reforça a crítica de Roseni Pinheiro: a integralidade existe e funciona, mas não necessariamente o tempo todo e para todos.


Ouvindo tudo atentamente, até pedir a palavra, estava Vânia Targino, a terceira integrante do Galt presente no encontro. Embora o câncer de laringe seja mais recorrente em homens, ela esteve ali para lembrar que a doença também pode acometer mulheres. Vânia tinha menos de 23 anos quando recebeu o diagnóstico. Passou pela laringectomia no próprio HFB em 1977, antes mesmo da criação do SUS, e até chegar ao Galt, no início dos anos 2000, ficou mais de 20 anos sem falar. Antes da cirurgia, sentia muita falta de ar e



o médico que a atendeu comunicou que se ela não operasse teria apenas três meses de vida. Vânia então passou pelo procedimento e, de lá para cá, já se vão 48 anos.

Hoje, ela se diz grata pela vida e seus pequenos prazeres, com grandes significados: “Eu moro na parte de cima e minha filha embaixo. Chamo minhas netas e elas me escutam”, narra, emocionada. Walter foi um que a ajudou a recuperar a fala e a confiança quando chegou ao grupo, há cerca de 20 anos. Ele conta que, no início, Vânia tinha muita dificuldade, mas perseverou. “Hoje, ela fala mais do que eu”, elogia. Para ele, a voz devolveu à colega autoestima, alegria e vontade de viver: “Antes de ter essa voz, ela não era assim, alegre e animada. Era tristonha, tímida”, relembra.

Depois de um longo afastamento, Isaac voltou a trabalhar na escola que o acolhe diariamente, mas sabe que se seu cuidado tivesse terminado após a cirurgia, poderia estar vivendo outra realidade. “Se eu não tivesse encontrado um grupo de apoio, estaria por aí. De repente, teria voltado a fumar, estaria bebendo a toda hora”. Walter alugou seu bar, no Rio, e vive em Cabo Frio, na Região dos Lagos, mas ainda tem familiares vivendo na Maré, onde se hospeda nas datas de encontro do Galt. Para ele, que se aposentou após a cirurgia, a vida melhorou: “Agora só faço o que quero, para mim e para as visitas que chegam”.

Vânia, também aposentada, afirma se cuidar para continuar vivendo bem: “Hoje estou com saúde, graças a Deus, e esse problema não me apareceu mais”. Os três, portanto, reconhecem que sem o Galt suas vidas teriam seguido outros rumos. No encontro entre Walter, Vânia, Isaac e tantos outros, a integralidade ganha forma e se torna vida que recomeça. Em práticas como o Galt, o SUS não é apenas sistema — é vínculo, escuta e cuidado contínuo. É ali que a saúde integral se faz ver e ouvir. 

## RECUPERAÇÃO VOCAL PARA LARINGECTOMIZADOS TOTAIS

Após a retirada total da laringe, três métodos podem ser utilizados para a recuperação da fala:

- ▶ Voz esofágica (ou esofagiana): É a técnica mais utilizada e consiste em utilizar o ar deglutido no esôfago para produzir som. O aprendizado exige orientação fonoaudiológica e nem todas as pessoas conseguem desenvolvê-lo.
- ▶ Prótese fonatória (traqueoesofágica): Implantada cirurgicamente, é um pequeno dispositivo de silicone que comunica traqueia e esôfago. Facilita a produção da voz, mas por ser importada tem custo elevado e exige manutenção rigorosa. “Se não for bem cuidada, sua vida útil pode ser muito curta”, alerta o Inca.
- ▶ Laringe eletrônica: Dispositivo portátil que produz vibrações para substituir a função das cordas vocais para quem não se adapta aos demais métodos. Encostado na região da traqueostomia, permite que o som seja moldado pelos movimentos da língua e dos lábios.



Da esquerda para direita, Walter, Vânia e Isaac participam assiduamente do Galt, coordenado por Rosi, de camisa branca

# INTEGRALIDADE DEPENDE DOS OUTROS PRINCÍPIOS

Para Roseni Pinheiro, existe uma interdependência entre os princípios do SUS: um não existe sem o outro, e eles só se efetivam juntos. *Radis* conversou com a enfermeira e pesquisadora do Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Lappis/Uerj), referência nos estudos sobre integralidade no SUS, para entender como esse princípio se efetiva na prática. Confira a seguir algumas de suas reflexões.

“É importante ressaltar que nenhum princípio foi integralmente cumprido. Os modelos das políticas nada mais são do que modelos ideais. Só que a gente sabe que os modelos ideais precisam de condições também ideais para serem materializados. E sabemos também que na prática, dificilmente tudo será realizado.

Então, olhando para a história, se a gente não adotar um olhar mais compreensivo, vamos ‘jogar a criança com a água do banho fora’. Vai dizer que nada foi feito. E a integralidade, como princípio, é extremamente complexa. Diria, inclusive, que a complexidade é a cara do SUS. O princípio da integralidade reclama a efetivação de outros princípios, como universalidade, equidade e participação. E falo da integralidade no cotidiano, porque estou me referindo ao princípio como prática, não como modelo idealizado de fazer uma política, mas como a integralidade se materializa no cotidiano. E ela não se materializa completamente todo o tempo, o tempo todo.”

“As práticas são construções sociais e, no caso da saúde, da integralidade, requerem diálogos cotidianos fundados em interações democráticas que quando reconhecidas pelos atores e atrizes do SUS, que são gestores, trabalhadores, usuários, ganham visibilidade, porque geram sentimento de pertencimento e de responsabilidade. Essa responsabilidade é pública, coletiva e individual.”

“A gente tem problemas estruturantes muito graves no funcionamento do SUS: o financiamento; o corporativismo; a desvalorização do trabalho em saúde; a inexistência da carreira do SUS; a postura política patrimonialista, clientelista, tutorial nos governos autoritários; enfim, todos os obstáculos já enfrentados desde sempre e que continuaremos a enfrentar. Nada está dado, nada está garantido. O que a gente precisa é aprender com as lições.”



“Podem me chamar otimista, mas eu vou continuar assim, porque vejo o SUS em todo o lugar que eu vou. Em tudo que é atendimento da minha família, por exemplo. Quando tem um medicamento, quando tem acesso a um transplante... então, dizer que não tem integralidade ou que é uma abstração? Penso que alguns colegas, ao dizerem isso, estão no mínimo desavisados ou têm outros interesses que não lhes permite olhar para as experiências. A Fiocruz mesmo, tem uma amostra do SUS gigantesca. Não tem integralidade ali? A gente não pode ser incoerente com a história.

Não dá para fazer a integralidade ou qualquer princípio do SUS com mágica. Não tem mágica. Agora, não se pode negar que a gente tem as bases. A Reforma Sanitária lutou para isso, a gente conseguiu aprovar uma Constituinte, a Constituição que está aí. Alguns colegas me perguntam: ‘Você ainda está com essa de integralidade?’ Respondo: ‘Vem cá, a Constituição acabou?’ A gente não pode ignorar a história, o processo, as experiências, as vivências. Quer prova maior do que a pandemia? Você acha que a gente superou a pandemia sem integralidade?”

“Sem participação, sem democracia, não tem SUS, não tem princípio, não tem saúde como direito humano.” (GT)

► Confira a entrevista completa no site de *Radis*



Cuidado em todas as etapas da vida: reportagem de 2016, em Pelotas (RS), mostrou a importância dos cuidados paliativos



EDUARDO DE OLIVEIRA



EDUARDO DE OLIVEIRA

Mutirão contra o aedes aegypti, no Rio de Janeiro, em 2016. A atuação dos ACS e ACE é fundamental para o funcionamento do SUS

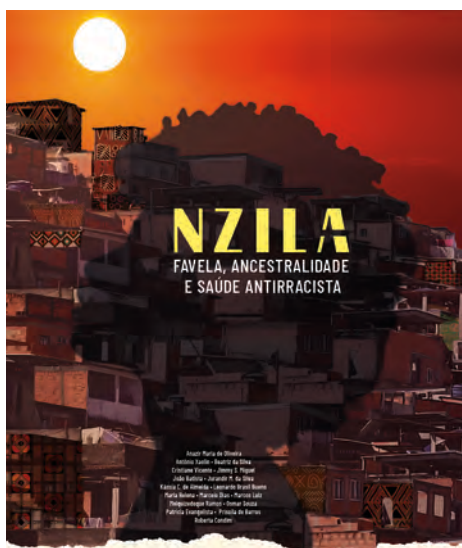


EDUARDO DE OLIVEIRA



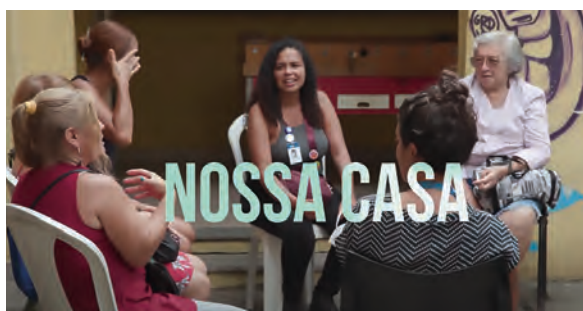
EDUARDO DE OLIVEIRA

A integralidade abrange áreas como a saúde da família e a saúde bucal



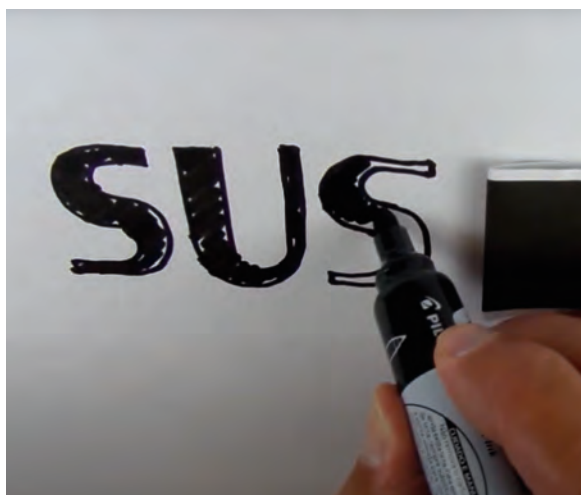
### EQUIDADE

“Nzila”, em quimbundo [língua africana], significa caminho. É uma palavra que invoca a força da ancestralidade e, em algumas tradições afro-brasileiras, tem um sentido sagrado, pois é também o nome de uma divindade. O termo foi escolhido para nomear o documentário “Nzila: Favela, Ancestralidade e Saúde Antirracista”, lançado em novembro, Mês da Consciência Negra, pela Fiocruz e pelo Movimento Negro Unificado do Rio de Janeiro (MNU-RJ). A narrativa do filme percorre caminhos ancestrais e de resistência trilhados pela população negra em sete favelas do Rio de Janeiro, em uma perspectiva de saúde antirracista. Ao se inspirar na experiência do curso “Promotores Populares Antirracistas”, o documentário aborda o tema da promoção de saúde, com equidade, no SUS. Com direção e roteiro de Edilano Cavalcante, a produção conta com o apoio da VideoSaúde Distribuidora da Fiocruz e do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz).



### INTEGRALIDADE

O cuidado que não é focado apenas em um CID (Código Internacional de Doenças). O curta documental “Nossa Casa” revela o acolhimento de quem cuida de pessoas em sofrimento psíquico. Produzido pela plataforma IdeiaSUS, da Fiocruz, e a VideoSaúde Distribuidora, o filme aborda os desafios no cotidiano de familiares de pacientes do Centro de Atenção Psicossocial (Caps III) Fernando Diniz, na Penha, Zona Norte do Rio de Janeiro. Para além do diagnóstico dos familiares, a iniciativa, que está inscrita na plataforma IdeiaSUS, procura manejar o estresse vivido por essas pessoas, prevenir problemas e criar um espaço de acolhimento para a saúde mental. O curta está disponível em: <https://bit.ly/documentarionossacasa>.



### SUS PARA CRIANÇAS (E ADULTOS TAMBÉM)

O curta-metragem “Um desenho sobre o SUS” explica de maneira simples como foi criado o Sistema Único de Saúde e ilustra como seria o Brasil se o SUS não existisse. A produção foi desenvolvida para crianças, mas a linguagem didática se torna acessível para todos os públicos. A animação está disponível na plataforma VideoSaúde. Assista em: <https://bit.ly/umdesenhosobreosus>.

### UNIVERSALIDADE

“A Saúde é Coletiva” é um podcast que vai ao ar quinzenalmente, às terças-feiras, nas plataformas de áudio da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Com produção da Rádio Tertúlia, traz entrevistados para debater pautas atuais da saúde coletiva e seus reflexos na política, economia, direito, cultura, entre outros temas. Os episódios abordam temáticas que discutem desafios e estratégias para que o direito à saúde seja garantido para todas as pessoas. O podcast está disponível em todas as plataformas de áudio: <https://bit.ly/podcastabrasco>.





# Voltar aos princípios do SUS: a dialética da resiliência requer ousadias políticas

ALCIDES MIRANDA\*

A cerca da conquista de direitos sociais e da implantação das respectivas políticas públicas, o contexto histórico brasileiro está permeado por reformas incrementais e parciais, ocorridas em conjunturas mais e menos adversas. Por isso, a implantação e a consolidação das políticas públicas de saúde com seu respectivo sistema institucionalizado de ações e serviços, o SUS, demandam esforços permanentes de inúmeras gerações. Demandam constantes inovações, além da formulação, implementação e regulação de estratégias recursivas, administrativas, programáticas, tecnológicas, produtivas, avaliativas etc., visando a organização eficaz, a acessibilidade equânime e a produção de bens e serviços socialmente necessários, oportunamente úteis e prioritários.

Todavia, em se tratando de sistema instituído a partir de marcos constitucionais fundados em princípios éticos sociais que transcendem o sentido utilitário de serviços, seu escopo setorial e os propósitos meramente assistenciais, assomam-se desafios estratégicos sociais complexos e abrangentes.

Os princípios constitucionais do SUS implicam tensões normativas permanentes para a promoção da saúde, a partir da integração de políticas setoriais visando intervir sobre multideterminantes complexos; para a priorização e proteção de indivíduos e grupos sociais expostos iniquamente aos múltiplos riscos, desgastes e vulnerabilidades nos ambientes, no mundo da vida e do trabalho; para a recuperação com cuidados, assistência, reabilitação e reintegração em função de agravos ocorridos, de sequelas e incapacidades, de alienações e outros eventos. Valores éticos sociais que consubstanciam tensões normativas e estratégias sociais e institucionais não redutíveis ao seu eventual valor utilitário ou de intercâmbios mercantis.

O direito universal à seguridade social, incluída a saúde, não deve estar reduzido ao sentido utilitário da “cobertura universal” de serviços assistenciais selecionados em função de “eficiência alocativa”, subordinada aos “arcabouços fiscais com financeirização” e agiotagem de orçamentos públicos. O sentido de equidade social não deve estar reduzido aos meios-terminos de focalizações compensatórias. Os propósitos para a atenção integral não devem estar reduzidos ao consumo

individualizado de procedimentos biomédicos. A responsabilização estatal da gestão pública e da autoridade sanitária não deve estar empresariada para agentes terceirizados em instâncias de quase-mercado. A participação social não deve estar reduzida aos termos de controle burocrático.

O reducionismo utilitário e o enviesamento dos princípios éticos sociais e diretrizes estratégicas do SUS tendem a deslocá-lo para a função subordinada de complementaridade aos mercados tecnoassistenciais biomédicos, aos mercados de doenças, enquanto a Constituição Federal estabelece o inverso. Daí, porque, importa a sua reafirmação, mas, sobretudo, importa a ousadia para a formulação e a viabilização de alternativas políticas e estratégicas visando a sua consubstanciação, mesmo em perspectiva contextual adversa.

Ao longo das últimas décadas, muitas estratégias programáticas serviram para consubstanciar incrementalmente o SUS em sua perspectiva constitucional (agentes comunitários de saúde, Estratégia Saúde da Família, redes temáticas etc.), com aportes inovadores e resultados promissores. Entretanto, persistem pendências estratégicas primordiais e imprescindíveis ao SUS, relacionadas ao seu financiamento; suas modelagens para cuidados integrais e arranjos integrativos com outros setores de políticas públicas, seus regimes e processos de trabalho, suas relações federativas e intergovernamentais, suas responsabilidades de gestão sob a égide do Direito Público, seus processos organizativos para a regionalização, suas cadeias produtivas de insumos e incorporações tecnológicas etc., que ainda estão a requerer ousadias políticas, mais do que eventuais incrementos e ajustes sistêmicos conformados e autorregulados pelo status quo.

Nas conjunturas mais adversas ao SUS, em sua defesa é esperada a predominância de estratégias políticas visando a resistência perante iniciativas por contrarreformas e a resiliência perante disrupções. Em conjunturas menos adversas, há necessidade e premência por iniciativas governamentais e avanços incrementais que possam transcender e suplantam as dinâmicas de integração sistêmica autorregulada, avançando dialeticamente ao encontro entre as raízes e horizontes do SUS como política de inclusão e integração social.

■ ALCIDES MIRANDA É MÉDICO SANITARISTA, PROFESSOR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS) E INTEGRANTE DA DIRETORIA EXECUTIVA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTADOS EM SAÚDE (CEBES)

Para **2026**, Radis deseja  
que a **vida das mulheres**  
seja **respeitada**



PELA VIDA  
DE TODAS  
AS MULHERES!