



R

RADIS

Nº285 JUN 2026



ENSP



FIOCRUZ

A TRAGÉDIA DO CÉSIUM-137

Maior acidente radiológico do Brasil ainda afeta a vida
de sobreviventes e profissionais em Goiânia



FERNANDA ANDRADE

ARQUITETURA E SAÚDE - Dois campos que têm mais em comum do que parece. As condições de moradia, a forma de ocupação do espaço e o acesso a saneamento básico influenciam diretamente a saúde e a qualidade de vida. Esse foi o tema da entrevista da repórter Lara Souza com o arquiteto e influencer Lucas Perpetuo (@luscafusca150), morador da Cidade de Deus, no Rio de Janeiro. Na conversa, que aconteceu no campus Manguinhos da Fiocruz, com direito a um passeio pela Biblioteca de Obras Raras da Fundação, no famoso Castelo Mourisco, ele falou sobre o direito à cidade e os impactos da arquitetura na vida das pessoas. Leia a reportagem na página 18 e confira a entrevista completa no site de *Radis*.

RADIS

edição 285 ■ jun 2026

CAPA: ARTE DE FERNANDA ANDRADE SOBRE FOTO DE ACERVO DO JORNAL O POPULAR



EDITORIAL

3 Memória, cidadania e comunicação

4 VOZ DO LEITOR

5 SÚMULA

CAPA | CÉSIO-137

10 Vidas depois da radiação

14 Assistência humanizada para radioacidentados

16 Marcas invisíveis da radiação

18 Arquitetura da desigualdade

26 Por uma política de comunicação para o SUS

31 Saúde única em debate

34 SERVIÇO

35 PÓS-TUDO
Memória do enfrentamento à desinformação na pandemia da covid-19

Memória, cidadania e comunicação

A cidade parece silenciar a tragédia ocorrida há quase 40 anos e que se tornou o maior acidente radiológico em área urbana do mundo. Não há monumentos e memoriais, casas foram demolidas, o ferro-velho onde tudo começou não existe mais. Em um terreno abandonado, que um dia foi a casa de um dos catadores que desmontou a máquina de raio-X, apenas os muros falam, no desalinho das letras de um grafite: “Que Deus abençoe todas as vítimas do césio”.

Em contraponto a esse descuido com a memória, as histórias do que ocorreu em 1987 ainda são narradas por vítimas e familiares. Quase 40 anos depois do acidente com o césio-137, em Goiânia, as marcas continuam presentes na vida dos sobreviventes. Não dá para esquecer. Ao reivindicarem cuidado e direitos, as pessoas que tiveram suas vidas afetadas pela exposição à radiação mostram, com resiliência, que as consequências de um acidente socioambiental não são apenas clínicas, mas também envolvem sofrimento mental, estigmas e exclusão.

Com sensibilidade e disposição à escuta, o repórter Adriano De Lavor visitou a cidade para conversar com sobreviventes e profissionais de saúde que atuam no Centro Estadual de Assistência aos Radioacidentados Leide das Neves (Cara), responsável pela atenção e pelo monitoramento clínico e epidemiológico permanente das vítimas. Pelas lentes do fotógrafo Eduardo de Oliveira e nas histórias recuperadas pela reportagem, são reveladas as consequências da tragédia, que exigem uma resposta contínua da saúde pública e da assistência social em garantir que essas pessoas sejam acolhidas e cuidadas.

Não existe saúde sem condições adequadas de moradia. Essa constatação que rememora a noção ampliada de saúde presente no discurso do sanitarista Sergio Arouca, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, é um dado concreto para quem vive em favela: casas com infiltração, mofo e falta de ventilação, ausência de saneamento básico e restrições no exercício do direito à cidade transformam o lar, que deveria ser espaço de proteção, em um ambiente produtor de adoecimentos.

A favela não é o problema, e sim a maneira como as cidades produzem exclusão. Na reportagem de Lara Souza, arquitetura e saúde são colocadas em diálogo para mostrar como a falta de moradia digna está atrelada à precariedade na garantia de outros direitos, como mobilidade urbana, saneamento, usufruto de equipamentos públicos e áreas

de convivência, como praças e jardins, e acesso a serviços de saúde e educação. Por que determinadas parcelas da população podem viver em condições insalubres?

Como destaca um dos entrevistados, Richarllys Martins, coordenador executivo do Plano Integrado de Saúde nas Favelas do Rio de Janeiro na Fiocruz, as condições de moradia são resultado da forma como as cidades brasileiras foram construídas. Enfrentar seus impactos sobre a saúde exige reconhecer que o direito à habitação digna, ao território e à cidade é parte do direito à saúde.

Também não há saúde sem comunicação. Presente nas conferências nacionais, desde a 8ª, o tema finalmente ganhou o destaque merecido com a aprovação de uma resolução na 17ª CNS, em 2023, que propõe a estruturação de uma Política Nacional de Comunicação Pública do SUS. Foi um passo importante para fortalecer a concepção de que a comunicação é um direito indispensável para a garantia da democracia e dos demais direitos, como a saúde.

Fruto do amadurecimento do debate e da mobilização social em torno dessa agenda, inclusive com a consolidação de experiências exitosas na área, como a Política de Comunicação da Fiocruz, que completa 10 anos em 2026, a proposta ainda tem um longo percurso até se tornar realidade.

Como parte do nosso compromisso com a comunicação pública, *Radis* fomenta o debate na matéria assinada por Glauber Tiburtino, sem renunciar à perspectiva de que qualquer Política de Comunicação Pública, ainda mais no SUS, só faz sentido com participação social. É preciso resgatar os princípios que inspiram o maior sistema público de saúde do mundo, como universalidade, equidade e integralidade, para que eles também estejam vivos nas experiências de comunicação e na construção dessa iniciativa.

Como política de Estado e dimensão estruturante do direito à saúde e do SUS, é essencial entender que a comunicação não é apenas um instrumento ou uma área a serviço da divulgação institucional. “Comunicar o SUS” não passa somente por divulgar o que dá certo ou favorecer esta ou aquela política de governo. Uma Política de Comunicação de fato Pública para o SUS precisa fortalecer o próprio sistema como espaço sensível às demandas da sociedade e ser capaz de fomentar o diálogo com as diferentes vozes da sociedade.

■ LUIZ FELIPE STEVANI, EDITOR DO PROGRAMA RADIS

OPINIÃO

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



COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

A luta antimanicomial representa a defesa da dignidade, da liberdade e dos direitos humanos das pessoas em sofrimento psíquico. Precisamos de um olhar atento, humano e vigilante dos gestores públicos e dos municípios diante do grande número de “comunidades” e instituições que ainda reproduzem práticas desumanas, sem o mínimo de assistência, acolhimento e cuidado integral.

Cuidar da saúde mental não é excluir, abandonar ou silenciar. É garantir tratamento digno, acompanhamento multiprofissional, respeito à autonomia e políticas públicas comprometidas com a vida. Nenhuma pessoa deve ser privada de seus direitos em nome do cuidado.

Tonny Medeiros

Gratidão ao querido Luiz Felipe Stevanim e à galera da *Radis* por essa matéria, cheia de cuidado e respeito sobre minha história de vida e entendimento de mundo. Gratidão também pela sensibilidade em relação à nossa luta e pela promoção de um pilar da luta antimanicomial: o protagonismo das pessoas usuárias e vítimas de manicômios. Gratidão imensa, camaradas!

Eduardo Real

Sou mãe de um rapaz que teve várias internações. Uma delas numa comunidade terapêutica, ele conta coisas horribéis de lá, ele saiu em 3 meses. Nós não sabíamos o que acontecia lá, pois mascaram com propagandas de cuidado e acolhimento. Estou no fim do curso de psicologia e meu TCC é sobre a internação e reinternação e a falta

de cuidado das pessoas com a saúde mental. Adorei sua reportagem.

Silvanna Borges de Sousa

E o pior é colocar dinheiro público nestas instituições. Estou de olho nas emendas parlamentares. Jornalistas, não parem de denunciar!

Carolina Braz

Atuo com a população em situação de vulnerabilidade, e todos que passaram por estas comunidades terapêuticas expressam os horrores deletérios (desde violência psicológica e física à privação alimentar). Muitos dizem que preferem as ruas ou qualquer outro lugar a voltarem para lá. O Estado em contrapartida não quer se responsabilizar com cuidados dignos, estruturas e profissionais preparados para oferecerem o tratamento realmente necessário para esta população e suas famílias. Na verdade, é o reflexo do abandono que estamos vivendo!

Valeria Mesquita

Sou totalmente contra as comunidades terapêuticas. Os internos recebem um tratamento horroroso. E pior, as CTs recebem dinheiro público.

Carmen Figueiredo

A revista *Radis* sempre trazendo compromisso social e reflexão sobre políticas públicas efetivas!

Erica Victório

Vale muito ler a *Radis* sobre as CTs. Em qualquer país comprometido com o cuidado mínimo uma auditoria seria feita.

Ana Guljor

Parabéns pela reportagem necessária!

Taiane Naressi Lopes

Que os governos possam retomar políticas de ampliação, reestruturação e reestatização dos serviços públicos, com investimentos financeiros e valorização dos profissionais que atuam nos equipamentos destinados à prevenção, promoção e cuidado em saúde mental. Que o cuidado psicológico seja tratado como prioridade, garantindo acesso digno, acolhimento e condições adequadas para trabalhadores e trabalhadoras.

Antonyele Rodrigues de Oliveira

Eu que trabalhei com fiscalização de comunidades terapêuticas há mais de 10 anos, infelizmente assino embaixo dos dados apresentados.

Rosângela dos Santos Rossi

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

DOCUMENTAÇÃO
Lícia Oliveira (Projetos Memória
Radis 40+ e Radis Aberto)

ASSINATURAS

Assinatura grátis
(sujeita a ampliação)
Periodicidade mensal Impressão
Gráfica RJ Offset
Tiragem 111.600 exemplares

USO DA INFORMAÇÃO

Textos podem ser reproduzidos,
citada a fonte original.



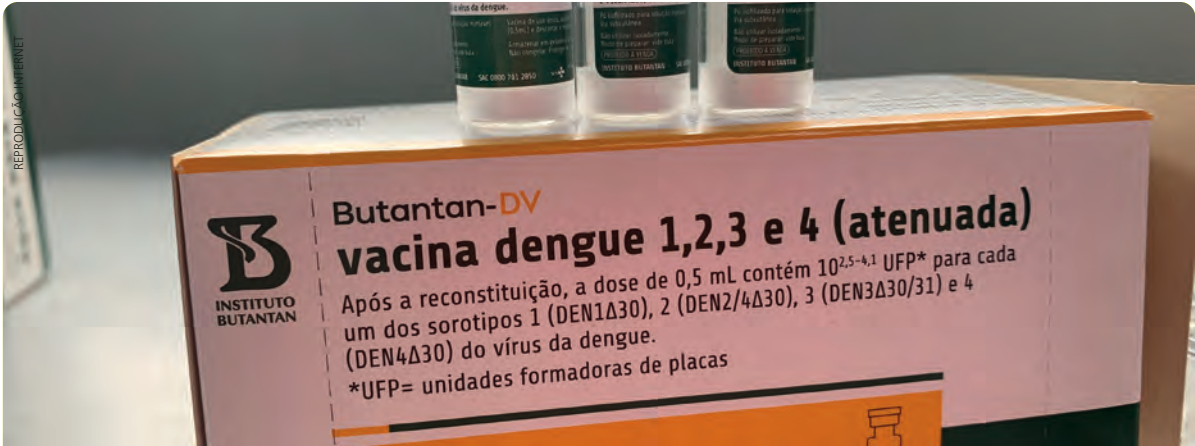
ENSP



FIOCRUZ



SUS



Vacina do Butantan contra dengue é suspensa temporariamente

O Ministério da Saúde (MS) decidiu suspender a vacinação contra a dengue com o imunizante desenvolvido pelo Instituto Butantan, a Butantan-DV, no dia 8/6, após a identificação de 42 casos de reações consideradas graves verificadas pelo sistema de vigilância pós-vacinação.

A suspensão atinge diretamente os profissionais de saúde da atenção primária no país e os municípios de Botucatu (SP), Nova Lima (MG), Ibaranguá (CE) e região do Araguaia, no Tocantins, que também participavam da estratégia de vacinação. Já haviam sido aplicadas 500 mil doses, sendo 417 mil em profissionais de saúde, quando começaram a ser notificadas as reações pelos sistemas de vigilância.

Desse total de doses aplicadas, foram registradas 3.703 notificações de eventos adversos e os 42 casos mais severos apresentaram sinais de alarme compatíveis com a dengue grave, com sintomas como dor abdominal intensa, vômitos persistentes e sangramentos; e três foram considerados muito graves, incluindo duas mortes que estão sendo investigadas. De acordo com o MS, algumas das reações não haviam sido observadas nas fases anteriores de estudos realizados antes da autorização da vacina, com testes que contaram com 11 mil participantes.

TODAS AS VACINAS DA DENGUE ESTÃO SUSPENSAS?

Não, a suspensão refere-se apenas ao imunizante Butantan-DV. A vacina contra a dengue atualmente oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para crianças e adolescentes de 10 a 14 anos, Qdenga, continua disponível. O imunizante produzido pela farmacêutica japonesa Takeda já teve 8 milhões de doses aplicadas no Brasil desde 2024.

QUAIS PROVIDÊNCIAS TOMADAS PELAS AUTORIDADES?

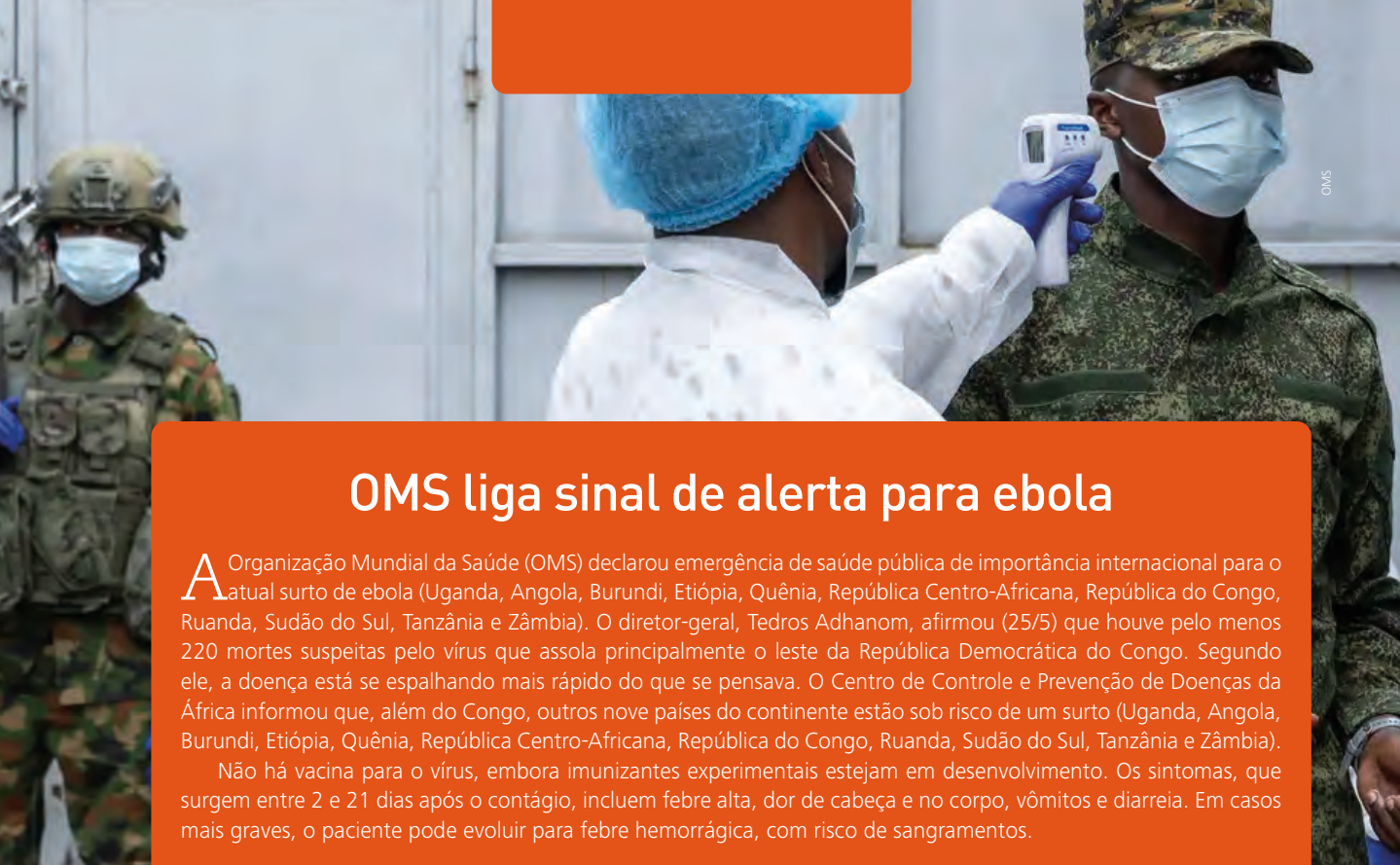
Além da suspensão e das investigações sobre os 42 casos considerados severos, a orientação é que as doses remanescentes sejam mantidas em rede de frio e não descartadas. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) criou um grupo de trabalho para coordenar a investigação sobre a segurança da vacina, aprofundar a análise dos casos e orientar futuras decisões sobre a situação.

QUE SINTOMAS DEVO OBSERVAR SE TOMEI BUTANTAN-DV?

Caso você tenha recebido a vacina da dengue do Butantan até a data antes da suspensão, deve observar no período de 21 dias após a imunização sintomas como febre, dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, tontura, sangramentos e sinais de desidratação. Caso os sintomas fiquem mais intensos, é necessário procurar uma unidade de saúde.

VACINAS SALVAM VIDAS

A decisão de suspender temporariamente a aplicação é uma medida de precaução e faz parte da fase 4 do desenvolvimento de um imunizante, quando ele é aplicado na população em geral e monitorado pela farmacovigilância. A medida não invalida a eficácia da vacina nem altera as evidências de proteção observadas até o momento. Quem já foi imunizado permanece protegido.



OMS liga sinal de alerta para ebola

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou emergência de saúde pública de importância internacional para o atual surto de ebola (Uganda, Angola, Burundi, Etiópia, Quênia, República Centro-Africana, República do Congo, Ruanda, Sudão do Sul, Tanzânia e Zâmbia). O diretor-geral, Tedros Adhanom, afirmou (25/5) que houve pelo menos 220 mortes suspeitas pelo vírus que assola principalmente o leste da República Democrática do Congo. Segundo ele, a doença está se espalhando mais rápido do que se pensava. O Centro de Controle e Prevenção de Doenças da África informou que, além do Congo, outros nove países do continente estão sob risco de um surto (Uganda, Angola, Burundi, Etiópia, Quênia, República Centro-Africana, República do Congo, Ruanda, Sudão do Sul, Tanzânia e Zâmbia). Não há vacina para o vírus, embora imunizantes experimentais estejam em desenvolvimento. Os sintomas, que surgem entre 2 e 21 dias após o contágio, incluem febre alta, dor de cabeça e no corpo, vômitos e diarreia. Em casos mais graves, o paciente pode evoluir para febre hemorrágica, com risco de sangramentos.



Hantavírus assusta, mas risco de epidemia é baixo

O surto de hantavírus que assolou um navio de luxo navegando do extremo sul da Argentina em direção a Cabo Verde, na África, no início de abril, levou três pessoas à morte. O restante dos 150 passageiros e tripulantes de 23 nacionalidades desembarcaram na Holanda (18/5), após um longo período de quarentena. A hantavirose, doença causada pelo hantavírus, ocorre, principalmente, pela inalação de partículas presentes na urina, fezes e saliva de roedores infectados. Nota técnica da OMS sobre o surto reforça que a transmissão é rara e exige contato muito próximo e prolongado.

À frente do serviço de referência do Laboratório de Hantavírose e Rickettsioses do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz), a médica infectologista Elba Lemos aponta que o surto apresenta risco baixo para a saúde global. “O hantavírus é pouco conhecido pela população em geral, mas não se trata de um vírus novo. A transmissão de uma pessoa para outra é rara. No cruzeiro, isso pode ter sido favorecido pelo ambiente confinado. Mas esse vírus não está associado a epidemias, apenas a casos isolados ou surtos”, disse, em entrevista à Comunicação do IOC (9/5).

SUS atualiza protocolo para asma

Um novo protocolo de diagnóstico e tratamento para a asma atualizou as orientações para o acompanhamento da doença. A mudança amplia as opções terapêuticas para asma grave, com novos imunobiológicos e critérios mais detalhados para selecionar pacientes, além do reforço da necessidade de confirmação diagnóstica por exames de função pulmonar. Essas mudanças favorecem o tratamento de usuários com asma mais grave, em que o tratamento atual não funciona. Porém, os medicamentos novos ainda não estão disponíveis no SUS.

REPRODUÇÃO INTERNET



Novas regras para nutricionistas usarem IA e redes sociais

Novo Código de Ética e Conduta do Nutricionista foi publicado pelo Conselho Federal de Nutrição (28/4) e estabelece novas regras para o uso de inteligência artificial (IA) e redes sociais. A resolução entra em vigor em até 90 dias da publicação. Conheça as mudanças:

- A norma restringe publicidade associada a marcas, mantém o veto a promessas de resultados e atualiza diretrizes diante do avanço tecnológico
- Um dos principais pontos é a proibição de criar ou manipular conteúdos — como imagens, vídeos ou áudios — com IA generativa, que simulem pessoas reais ou resultados clínicos com potencial de induzir os pacientes a erro
- Essas ferramentas não podem substituir o nutricionista na interação com o paciente
- Continua impedindo o uso de promoções, sorteios ou ofertas como estratégia de propaganda.



TONAZ SILVA/AGÊNCIA BRASIL

Nova Caderneta Brasileira da Gestante tem versão digital

Pela primeira vez a Caderneta Brasileira da Gestante também será disponibilizada na versão digital. O documento impresso terá 3,2 milhões de exemplares distribuídos em todo o país e a versão digital é integrada ao aplicativo Meu SUS Digital.

A reformulação da caderneta traz temas que vão além do pré-natal, com informações sobre cidadania, atendimento humanizado, direito à acompanhante e exemplos de situações discriminatórias. Também abrange assuntos como saúde mental, luto materno e violência obstétrica e reforça a importância da amamentação e da doação de leite materno. A versão digital foi desenvolvida para facilitar o atendimento e a busca sobre os temas presentes na caderneta.

Tarifa zero traz bem-estar à população

A implantação da gratuidade no transporte público das principais cidades do país traria um impacto imediato no bolso e no bem-estar da população. De acordo com pesquisa conjunta da Universidade de Brasília (UnB) e da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), o efeito seria semelhante ao do Bolsa Família.

O estudo indica que seriam injetados cerca de R\$ 60 bilhões por ano na economia. “Estamos falando de uma injeção de liquidez imediata no bolso das famílias brasileiras. Ao converter o gasto compulsório com passagens

em renda disponível, o Estado promove um estímulo econômico que volta para a sociedade na forma de consumo e arrecadação de impostos sobre produtos”, explicou o professor e coordenador do estudo Thiago Trindade, em entrevista à Agência Brasil (5/5).

A pesquisa concluiu que ao desestimular o transporte individual motorizado e incentivar o modal coletivo, a Tarifa Zero não apenas atende às demandas de movimentos e organizações civis, mas também consolida uma proposta de cidade democrática e sustentável.



ObservaPICs e Biofábrica: OMS reconhece atuação da Fiocruz

A Organização Mundial da Saúde (OMS) nomeou a Fiocruz em duas atuações da instituição: como Centro Regional de Treinamento em Biofabricação e Centro Colaborador de Medicinas Tradicionais Complementares e Integrativas (MTCI). O Brasil já possui 23 Centros Colaboradores da OMS, sendo sete na Fiocruz.

O reconhecimento abre possibilidade para ampliação e colaboração com outros países na formulação de políticas públicas de saúde, qualificação profissional, desenvolvimento de soluções voltadas à população e captação de recursos, além de destacar a importância da instituição no Brasil e nas Américas. Conheça as iniciativas:

- **ObservaPICs:** O Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais e Integrativas de Cuidado em Saúde (ObservaPICs/Fiocruz) atua desde 2018 como agente que valoriza a saúde integral, a partir do foco no cuidado amplo da população, levando em conta aspectos individuais, culturais e sociais de cada território. Com a nomeação, há a expectativa de ampliação do intercâmbio com países da América Latina e do Sul Global, considerando as particularidades territoriais.
- **Centro Regional de Treinamento em Biofabricação:** A nomeação faz parte do desenvolvimento da Rede Global de Força de Trabalho em Biofabricação da OMS. A rede foi criada em 2023 com o objetivo de qualificar os recursos humanos. O reconhecimento da Fiocruz destaca a atuação de seus institutos com ampla experiência na inovação e produção de vacinas, medicamentos e insumos para a saúde.



CUIDADO EM LIBERDADE: O 18 de maio (Dia da Luta Antimanicomial) foi marcado por manifestações em todo o país que lembraram que ainda é preciso superar as práticas manicomiais. A data também é voltada para a defesa dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico e para a valorização da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), com o cuidado digno e em liberdade no SUS.

Reparação ao passado manicomial

Dois instituições públicas de ensino de Minas Gerais se retrataram publicamente por terem utilizado cadáveres do Hospital Colônia de Barbacena, em cursos de saúde no passado. As universidades federais de Juiz de Fora (UFJF) e de Minas Gerais (UFMG) pediram desculpas e se comprometeram a promover ações de memória e reparação.

Na época, 17 instituições receberam 1.853 corpos, segundo a jornalista Daniela Arbex no livro “Holocausto Brasileiro”. Como reparação simbólica, a UFJF se comprometeu a lançar e manter iniciativas como ações educativas sobre direitos humanos e saúde mental, buscar apoio para a criação de um memorial e organizar pesquisas documentais.

Fim da Colônia de Barbacena

O Hospital Colônia de Barbacena foi definitivamente fechado, em 25 de maio, após a transferência das 14 últimas pessoas que ainda estavam internadas na unidade, finalizando o processo de desativação que se iniciou na década de 1980. Os ex-internos não têm mais vínculo familiar e foram levados para viver em serviços de residência terapêutica (SRT) na cidade [Leia sobre o tema na *Radis* 274]. Três deles haviam sido internados antes mesmo de completar 15 anos.

Criado em 1903, o lugar ficou conhecido por graves violações de direitos humanos ao longo do século 20. Para lá, eram levadas pessoas em sofrimento psíquico, homossexuais, militantes políticos, pessoas com deficiência e até mulheres rejeitadas pelos maridos.

2ª Conferência Livre, Democrática e Popular de Saúde já começou

Foi lançada em maio a 2ª Conferência Livre, Democrática e Popular de Saúde. O anúncio foi feito durante o encerramento (8/5) do seminário “Da Reforma Sanitária ao Futuro do SUS”, promovido pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz) e o portal Outra Saúde, no Rio de Janeiro.

A etapa nacional da 2ª Conferência está marcada para 7 de agosto, em São Paulo. “Precisamos enfrentar déficits históricos do SUS e torná-lo mais equitativo”, declarou o presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Rômulo Paes.

VIDAS



ADRIANO DE LAVOR | FOTOS: EDUARDO DE OLIVEIRA

Quem passa em frente ao prédio pintado de verde e branco localizado na rua 16A, no setor Aeroporto, em Goiânia, talvez não desconfie que aquele lugar tenha sido um dos epicentros do maior acidente radiológico do mundo fora de usinas nucleares. Há 39 anos, a tentativa desastrosa de desmontar um aparelho de raios X encontrado em uma clínica abandonada, na Avenida Paranaíba, no setor central da cidade, deixou exposta uma cápsula de césio-137 que causou a morte de pelo menos quatro pessoas e contaminou muitas outras.

Parte do que restou da cápsula radioativa foi levada exatamente para este prédio na rua 16A, onde em 1987 funcionava a sede da Vigilância Sanitária. Foi lá que o material foi identificado como radioativo, possibilitando que se tomassem as primeiras providências para minimizar os danos à população. Até que isso acontecesse, o conteúdo já havia se espalhado por boa parte da capital goiana.

É neste mesmo endereço que hoje funciona o Centro Estadual de Assistência aos Radioacidentados Leide das Neves (Cara), unidade ambulatorial da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, responsável pela assistência e monitoramento permanente das vítimas que direta ou indiretamente foram atingidas pelo acidente.

Radis visitou o Cara e outros pontos de Goiânia, em maio de 2026, quando ouviu pessoas que convivem com os efeitos da tragédia. Marcas e lembranças do acidente ainda são muito presentes no cotidiano de vítimas e de profissionais que lidam diretamente com as queixas e demandas.

Os depoimentos que compõem esta reportagem, compartilhados com a emoção de quem não esquece as inúmeras perdas, mostram que as dores ainda presentes, além de forjarem histórias de superação, trazem lições de como as adversidades deixam marcas na vida das pessoas, mesmo que algumas permaneçam (ou se tornem) invisíveis.

DEPOIS DA RADIAÇÃO

Décadas depois, marcas do acidente com césio-137 ainda estão presentes no cotidiano dos radioacidentados em Goiânia

Marcelo Santos, presidente da Associação das Vítimas do Césio-137, e Donizeth de Oliveira, que trabalhava no ferro velho: vidas ainda afetadas pela tragédia

MUITA INDIGNAÇÃO, POUCA AÇÃO

“O que aconteceu aqui em Goiânia não foi coisinha à toa, não”, dispara Marcelo Santos Neves, atual presidente da Associação das Vítimas do Césio-137. Na sala cedida pelo Cara para a conversa com *Radis*, rodeado de imagens da época da tragédia, ele desabafa, em um misto de tristeza e revolta, que não é fácil relembra aqueles dias, em 1987.

Quando tudo aconteceu [veja a sequência de fatos na linha do tempo, na página 13], Marcelo estava com 22 anos. Sua mãe Ana Franceline, assistente social, foi convocada para auxiliar no atendimento às pessoas que estavam isoladas no estádio municipal; ciente da dificuldade em conseguir alimentar as vítimas, ela “intimou” o filho a trabalhar na cozinha que funcionava em um albergue, que também recebia pessoas suspeitas de estarem contaminadas pelo elemento radioativo.

Além de cozinhar, Marcelo conta que ajudava na limpeza da casa e no recolhimento de “rejeitos” (da cozinha e dos banheiros), que eram separados em containers por serem considerados possíveis de radiação. Números oficiais contabilizam que cerca de 6 mil toneladas de resíduos, como roupas, móveis, terra e utensílios, foram armazenadas em contêineres e caixas de concreto. Todo esse material foi levado a um depósito definitivo construído pela Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) na cidade de Abadia de Goiás (a cerca de 23 km de Goiânia).

Marcelo trabalhou no albergue por oito meses, até 1988. Para ele, foi aí que a sua história com o césio-137 começou. Assim como ele, outras 784 pessoas estão no grupo 3 das vítimas — o chamado “grupo controle”, que reúne boa parte dos envolvidos na resposta à tragédia, como policiais, bombeiros e profissionais de saúde. Aos 60 anos, ele relata que, após a experiência no albergue, trabalhou como policial civil até o fim dos anos 1990, quando

Estima-se que 110 mil pessoas foram examinadas em 1987 na operação para descontaminar a cidade

problemas articulares e crises psicológicas o obrigaram a parar; aposentou-se por invalidez, em 1999. “Descobri aos poucos que estava contaminado”, diz.

Segundo informe da Assembleia Legislativa de Goiás (26/3/26), 603 pessoas recebem pensão vitalícia por terem sido afetadas pelo acidente em 1987. Entre elas estão os radiolesionados (indivíduos que tiveram contato direto com o cézio-137 ou receberam irradiação superior a 100 RAD e recebem R\$ 3.242,00 por mês); e aqueles que atuaram na descontaminação das áreas afetadas, na vigilância do depósito de rejeitos, em Abadia de Goiás, e no atendimento de saúde às vítimas diretas do acidente, que recebem R\$ 1.621,00 mensais.

Marcelo relata que assumiu a associação em agosto de 2025, após anos de inatividade. Segundo ele, a entidade representa 95 famílias, embora o número de associados pudesse ser maior, já que muitas medições de radiação feitas na época se perderam. Isso impede que outras vítimas recebam pensão. “As medições foram gravadas em disquetes que sumiram”, explica.

Ele se emociona ao resumir o que aconteceu: “Foi uma agressão medonha”. Para ele, falta vontade política em dar maior assistência às vítimas e maior empatia da sociedade no sentido de enxergar que as pessoas ainda hoje sofrem com as marcas que a tragédia deixou. “Eu vejo muita indignação, mas a ação é pouca”, argumenta.

Ele cita os danos causados a dona Lourdes (Lourdes das Neves Ferreira, mãe de Leide, a menina de 6 anos que se tornou símbolo da tragédia e que dá nome à unidade de saúde). Marcelo diz que a convidou para participar da conversa com *Radis*, mas ela teria recusado o convite seguindo orientação médica.

Após a recente repercussão da tragédia, motivada pelo sucesso da minissérie “Emergência Radioativa” — que chegou a liderar o ranking global de séries em língua não-inglesa mais vistas na Netflix — ela passou a ser muito procurada para dar entrevistas, o que a fez reviver o que passou há quase quatro décadas. O médico de dona Lourdes acredita que recordar essa história agora não está ajudando no tratamento. “Estamos pagando um preço alto para que eles tenham lucro”, criticou.

DORMINDO COM O PERIGO

A conversa é interrompida com a chegada de Donizeth Rodrigues de Oliveira, que convive com muitas marcas do acidente com o cézio-137. Em 1987, Donizeth trabalhava no ferro-velho de Ivo das Neves Ferreira, marido de dona Lourdes. Ivo era irmão de Devair Alves Ferreira, o dono de outro ferro-velho onde a cápsula contendo cézio-137 foi aberta. Devair deu parte do material radioativo a Ivo, que levou fragmentos para casa e para o ferro-velho.

Foi lá que o cézio-137 cruzou o caminho de Donizeth. “Eu sou uma vítima direta”, apresenta-se. Ele relembra com detalhes: um dia ele foi ao trabalho e encontrou a família dos patrões de saída. Ivo, Lourdes e Leide entravam em uma van quando ele chegou, e o orientaram a cuidar do ferro-velho enquanto estivessem fora. “A Leide estava passando muito mal”, relembra. Ninguém tinha noção do que de fato acontecia, mas eles estavam a caminho do isolamento.

Como os donos do negócio não retornaram, ele acabou passando a noite no local, sem saber o risco que corria. “Eu fiquei com medo de alguém entrar e roubar, então dormi lá dentro. Foi aí que eu me contaminei”, diz. No dia seguinte, ao acordar, foi advertido por um policial, que estava à porta do ferro-velho, de que deveria sair de lá. Mal teve tempo de pegar a carteira e um punhado de roupas que havia levado de casa. Ao sair, estranhou o isolamento da rua e a atitude do policial, que não quis se aproximar dele.

A dor de cabeça já dava sinais quando Donizeth seguiu para casa. Ao lembrar aquele dia, pensa na quantidade de pessoas que cruzou no caminho, no ônibus, na vizinhança. Sua esposa, grávida, a outra filha do casal, com menos de um ano, a avó de Donizeth que morava no mesmo lote que sua família. “Fui contaminando gente, sem saber”.

O mal-estar foi progressivo: diarreia, vômitos, febre. No dia seguinte, sem nenhuma melhora no quadro, ouviu em um plantão jornalístico na televisão que precisava ir ao Estádio Olímpico Pedro Ludovico Teixeira, onde uma comissão montada pelo governo e pela CNEN examinava quem havia tido contato com as pessoas que manusearam a cápsula. Estima-se que 110 mil pessoas foram examinadas naquela operação.

COMO ACONTECEU A TRAGÉDIA EM GOIÂNIA

1987

SETEMBRO

DIA 13

Dois homens retiram um aparelho de radioterapia abandonado das ruínas do Instituto Goiano de Radioterapia, no Centro de Goiânia, e o levam para um ferro-velho.

DIA 18

O dono do ferro-velho Devair Alves Ferreira percebe um brilho azul vindo da cápsula aberta. Sem saber do perigo, leva fragmentos do material para casa e distribui a amigos e familiares.

DIAS 28 e 29

Após casos de vômito, diarreia e queimaduras, a cápsula é levada à Vigilância Sanitária. O físico Walter Mendes Ferreira identifica a radioatividade e o acidente é oficialmente reconhecido.

OUTUBRO

Mais de 110 mil pessoas passam por triagem em Goiânia. Ao todo, 249 apresentam contaminação por radiação e 129 precisam de acompanhamento médico permanente.

DIAS 23 a 28

Morrem as quatro vítimas fatais do acidente: Leide das Neves Ferreira, de 6 anos; Maria Gabriela Ferreira; Israel Batista dos Santos; e Admilson Alves de Souza.

DEZEMBRO

A descontaminação da cidade é concluída. Sete casas são demolidas e toneladas de resíduos radioativos foram transferidas para Abadia de Goiás.

1997

É inaugurado o depósito definitivo de rejeitos radioativos em Abadia de Goiás, onde permanece armazenado o material contaminado do acidente.

Donizeth passou pela medição e banhos químicos de descontaminação até ser encaminhado para o Hospital Estadual Alberto Rassi (HGG), onde permaneceu três dias. De lá, foi encaminhado para o albergue onde Marcelo trabalhava. “Já no estádio disseram que eu estava contaminado”, salienta, lembrando que os profissionais também registraram os caminhos que ele fez, assim como as pessoas com quem teve contato.

Todos foram testados, a seguir. A mulher e a filha haviam sido contaminadas, a avó idosa, felizmente, não. A família perdeu muitos móveis e utensílios de casa, que foram recolhidos e posteriormente colocados em contêineres e levados ao depósito. Como estava melhor dos sintomas, Donizeth foi recrutado para auxiliar na contenção dos danos. “Fiquei mais ou menos uns 60 dias ajudando a descontaminar Goiânia”.

UMA FARMÁCIA NO BOLSO

“As consequências começaram uns seis meses depois”, diz Donizeth à *Radis*. Dores constantes, nos ossos e nos dentes — “Eu não aguentava nem colocar um

garfo na boca” —, problemas estomacais, na tireoide, nos rins, um acidente vascular cerebral (AVC), oito infartos. Ele enumera as queixas e diz que mesmo tendo sido levado a Cuba para tratamento, os problemas continuaram. Enquanto exhibe uma enorme hérnia na região umbilical, complementa: “Ainda tenho diabetes e perdi a audição de um dos ouvidos”.

Os problemas de Donizeth não se resumiram à saúde física e se estenderam à família. O casamento acabou, ele enfrentou episódios de depressão. Emociona-se ao falar da morte trágica da filha — a que estava na barriga da mãe, quando o acidente aconteceu — que tirou a própria vida, ao lado do marido. O filho do casal vive com sequelas da perda dos pais.

“Eu já pensei em fazer besteira, porque viver uma vida dessas é duro”, desabafa, revelando o quanto é difícil viver “com uma farmácia no bolso”. Desempregado, Donizeth faz reciclagem, catando latinhas de alumínio e espera que o perfil que criou em uma rede social o ajude a juntar dinheiro para comprar um carro novo, já que o antigo pegou fogo. “É dureza!”, resume.

ASSISTÊNCIA HUMANIZADA PARA RADIOACIDENTADOS

O Centro Estadual de Assistência aos Radioacidentados Leide das Neves (Cara) é uma unidade ambulatorial da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, responsável pela assistência e monitoramento clínico e epidemiológico permanente das vítimas que direta e indiretamente foram atingidas pelo acidente radiológico com o césio-137, ocorrido em Goiânia em 1987.

A unidade reúne uma equipe multiprofissional formada por médicos de diferentes especialidades (pediatria, cardiologia, ginecologia, clínica geral, geriatria e endocrinologia), além de dentistas, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais que atendem em regime de porta aberta (e também por agendamento). Em 2026, esses profissionais acompanham 1.116 usuários cadastrados.

O centro foi criado logo após o acidente, quando uma decisão judicial determinou pagamento de pensão e assistência integral às vítimas, em um tempo em que ainda não existia o SUS, explica Glauciene Umbelina de Freitas Esteves, diretora geral do Cara. Desde o início firmou-se um convênio com o Serviço Social Autônomo de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos e Militares do Estado de Goiás (Ipasgo Saúde), por meio do qual verbas estaduais custeiam os serviços da unidade.

“Nós somos um SUS um pouco diferente”, esclarece Glauciene. Ela explica que a unidade também faz a intermediação de usuários para o Sistema Único de Saúde, quando necessário. Para se ter direito ao atendimento no Cara, no entanto, é preciso que o usuário comprove ter comprometimento de saúde devido ao contato direto ou indireto com o césio-137.

Hoje, os eventuais pedidos de reconhecimento de possíveis vítimas são avaliados em primeira instância por uma comissão estadual de médicos. Caso não se comprove o nexo de causalidade, o requerente pode recorrer a uma junta federal, formada por cinco médicos especialistas (oncologia, hematologia, dermatologia, oftalmologia, medicina nuclear e psiquiatria). Os peritos examinam se a exposição resultou em incapacidade funcional (total ou

parcial) para o trabalho e o aprendizado. No caso de um pedido indeferido nestas duas instâncias, o solicitante pode recorrer na Justiça.

CONTAMINADO OU IRRADIADO?

Os radioacidentados são divididos em três grupos, de acordo com a dosimetria, ou seja, a quantidade de radiação que receberam. No grupo 1 estão os contaminados, pessoas que tiveram contato direto com o césio, como é o caso da menina Leide (que dá nome ao centro e que ingeriu o metal radioativo). A contaminação também pode se dar pelo contato com a pele, ensina o médico Neimar Lolli, coordenador de medicina nuclear e da junta médica oficial do Cara.

No grupo 2 estão os irradiados, pessoas que tiveram contato indireto, por proximidade. Neimar explica que na medicina nuclear existe um tripé de radioproteção que orienta, na prática, o controle de exposição à radiação. Este se baseia em três princípios: proteção radiológica, blindagem e tempo de exposição. Quanto maior é este último (ou a proximidade da fonte de radiação), maior o risco.

No grupo 3 estão, em sua maioria, parentes próximos das vítimas diretas e servidores públicos que trabalharam na contenção dos danos do acidente: trabalhadores da saúde, bombeiros e policiais que, de algum modo, comprovaram danos à saúde por conta de sua atividade laboral. Muitos deles atuaram, por exemplo, no transporte ou na guarda de rejeitos radioativos. São considerados o grupo controle.

Glauciene salienta que a legislação determina que o estado de Goiás monitore até a terceira geração de descendentes de cada um dos grupos — ou seja, filhos, netos e bisnetos. Ela esclarece, porém, que os descendentes do grupo 3 têm que obrigatoriamente comprovar nexo de causalidade. Caso comprovada a relação, o solicitante passa a receber pensão e assistência no Cara. Caso contrário, só terá direito ao que é oferecido na unidade — e auxílio na intermediação para tratamentos disponíveis no SUS.

PREVENÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE

A diretora do Cara destaca que, além do eixo de assistência, a unidade também trabalha com pesquisa e educação permanente. “Estamos em um ambiente de visitação pública”, salienta, lembrando que o centro recebe a visita de estudantes em todos os níveis de escolaridade, além de manter um acervo de documentos e fotos que, embora pequeno, é muito buscado por pesquisadores. “Goiânia se tornou referência em protocolos e normativas, depois do acidente, que evoluíram e se tornaram bastante rígidos”, acentua.

Ela reconhece que é preciso fazer algo para preservar a memória do que aconteceu. “Precisamos fazer um memorial, fazer justiça. Essas pessoas pedem esse memorial faz tempo”, afirma, salientando que ações que deem visibilidade ao que aconteceu podem inclusive gerar dividendos para o estado. “Cuidamos de uma população única no mundo”, justifica. (ADL)



“Goiânia se tornou referência em protocolos depois do acidente”, afirma Glauciane de Freitas, diretora do Centro Estadual de Assistência aos Radioacidentes Leide das Neves (Cara)



MARCAS INVISÍVEIS



Donizeth e Marcelo em frente a muro onde era a casa de um dos catadores que desmontou a máquina de raio-x: falta um cuidado em preservar a memória

A família desce do carro em frente ao terreno vazio que fica na altura do número 900, da rua Francisca Costa Cunha D. Tita, em Goiânia, e busca algum vestígio do acidente que marcou a cidade, há quase 40 anos. Não há marcas visíveis do que aconteceu no lote da antiga rua 26 A, do setor Aeroporto, a não ser algumas páginas desgastadas de uma história em quadrinhos que, coladas a uma das paredes, resistem às intempéries do tempo e do esquecimento.

“Minha filha assistiu à série na TV e estava curiosa para saber onde tudo aconteceu. Resolvi trazê-la aqui”, justifica-se o pai, surpreso ao encontrar, ao vivo, duas testemunhas da tragédia. “Eu sou uma vítima do acidente”, apresenta-se Donizeth Rodrigues de Oliveira [Leia mais sobre a história dele na página 10], explicando ao grupo que ali funcionava o ferro-velho de Devair Alves Ferreira, onde a cápsula de césio-137 foi aberta, em 1987.

As fotos feitas pela família com Donizeth e as páginas amareladas da HQ onde Ricardo de Oliveira Silva, Glauco Gonçalves e Jorginho Rocha contam “A geo-história da tragédia radiológica em Goiânia” contrastam com o vazio do local e refletem o silêncio sobre o maior acidente

radiológico já registrado fora de uma usina nuclear. Hoje, fala-se pouco sobre o assunto na cidade, que à época sofreu com os efeitos do estigma e a desinformação, contextos que emolduravam os dramas pessoais dos atingidos.

Hoje, são poucos os marcos que relembram o que aconteceu. Lugares emblemáticos como o ferro-velho de Devair (onde encontramos a família) e a casa onde o catador Roberto Santos abriu a cápsula, na rua 57, estão abandonados, não contam sequer com uma placa informativa; um deles chegou a ser usado como estacionamento. Na antiga sede da vigilância sanitária, onde a fonte de contaminação foi isolada — e hoje funciona o Centro Estadual de Assistência aos Radioacidentados Leide das Neves (Cara) —, não há uma única placa externa informando com o que se trabalha ali.

O assunto nunca foi totalmente esquecido, mas voltou a chamar a atenção do grande público com a repercussão de “Emergência radioativa”, exibida na Netflix. Algumas reportagens sobre o assunto atribuem à visibilidade da série o recente aumento no valor das pensões concedidas pelo governo de Goiás aos afetados pelo material radioativo, em março de 2026.

DA RADIAÇÃO

FERIDAS ABERTAS, COMUNICAÇÃO NECESSÁRIA

Apesar das críticas que faz à série, Marcelo Santos Neves, presidente da Associação das Vítimas do Césio-137, reconhece o seu potencial de visibilidade, o que não diminui o seu desconforto diante da falta de comunicação entre a produção e as vítimas da tragédia. “Foi uma visibilidade monstruosa, mas pode aumentar em 40% tudo que você vir ali”, adverte.

Se por um lado a visibilidade da série amplificou a voz de quem viveu o acidente, por outro reabriu feridas que se consideravam fechadas. Marcelo reconhece não ter conseguido assistir. “Em poucos minutos eu comecei a ficar sem respiração e desliguei a televisão. Que trem triste é esse? Reviver tudo de novo?”. Ele lembra que dona Lourdes também já não dá mais entrevistas, por orientação de um profissional de saúde mental.

“Nós vivemos um campo de guerra, mas a gente não sabia de onde vinha a ameaça”, relembra. Assim como as vítimas não conseguiam “ver” o que os ameaçava, hoje também não conseguem tornar visível o que passam e o que sentem. Se algumas das sequelas físicas não são visíveis, mais invisíveis são aquelas que repercutem na saúde mental.

“Uma das maneiras de você matar uma pessoa é destruir o emocional dela”, adverte Paulo José Malheiros Fialho, cardiologista que acompanha vítimas do césio-137 desde o início de sua carreira, no fim dos anos 1980. Há décadas na equipe multiprofissional do Cara, ele argumenta que as pessoas conservam no inconsciente o trauma que viveram. Para o médico, é preciso entender isso quando se trata de vítimas de tragédias como a que aconteceu em Goiânia. “Eles não esquecem”, diz à *Radis*.

À tristeza se somam sentimentos de medo, de revolta e de injustiça. São pessoas que viveram momentos de incerteza, que foram confinadas sem entender exatamente

o que acontecia; muitas foram obrigadas a sair de suas casas, perderam empregos e bens, viveram situações de estigma e preconceito e constantemente foram alertadas de que poderiam morrer a qualquer momento. Para lidar com isso, diz o cardiologista, é preciso sobretudo humanizar o atendimento, respeitando a história de cada um dos pacientes, tendo paciência para escutá-los. “Escutar, mais do que falar. Acolher”, salienta.

VISIBILIDADE E DIREITO À MEMÓRIA

Marcelo também reclama da falta da preservação da memória sobre o que aconteceu em Goiânia, em 1987. Na rua 57, em frente ao lote onde ficava a casa em que morou Roberto Santos Alves (um dos catadores que desmontou a máquina de raio-x, hoje apenas um terreno murado), ele mostra os vasos de planta que foram colocados na calçada para impedir que o espaço continuasse a ser usado como estacionamento.

Ele e Donizeth posam para uma foto em frente a um grafite onde se lê “Que Deus abençoe todas as vítimas do césio”. É a única referência ao acidente que se vê ali. Como sabe, literalmente, onde pisa, o presidente da associação mostra marcas brancas no chão, que segundo ele indicam medições regulares feitas pela CNEN no local.

“Pouca gente sabe o que aconteceu aqui”, diz. Ele compartilha o desejo de que algum marco físico fosse colocado no local, mas reconhece que talvez isso não aconteça tão cedo: “Se um dia eu conseguir uma casa de apoio para esse povo eu já fico satisfeito. Porque um memorial ou um museu seria muito difícil”, aponta. Marcelo lamenta ainda que nenhum ídolo musical da “Terra do sertanejo” se mobilize para ajudá-los. “Se a gente tivesse ajuda desse pessoal, teríamos isso muito fácil”, observa. “No futuro eu gostaria de ver dignidade”, desabafa. (ADL) 

ARQUITETURA DA

DEUS
IGUAL
DADE

Condições precárias de moradia nas favelas revelam como o território influencia o acesso à saúde e à qualidade de vida

LARA SOUZA

Viver sem banheiro pode parecer uma realidade distante para parcelas da classe média e alta da população que vive em metrópoles ou mesmo uma imagem restrita ao passado — mas não é. Essa ainda é a situação de milhares de brasileiros que moram em periferias ou em áreas rurais. Em algumas casas, o banheiro é um balde; em outras, uma vala do lado de fora.

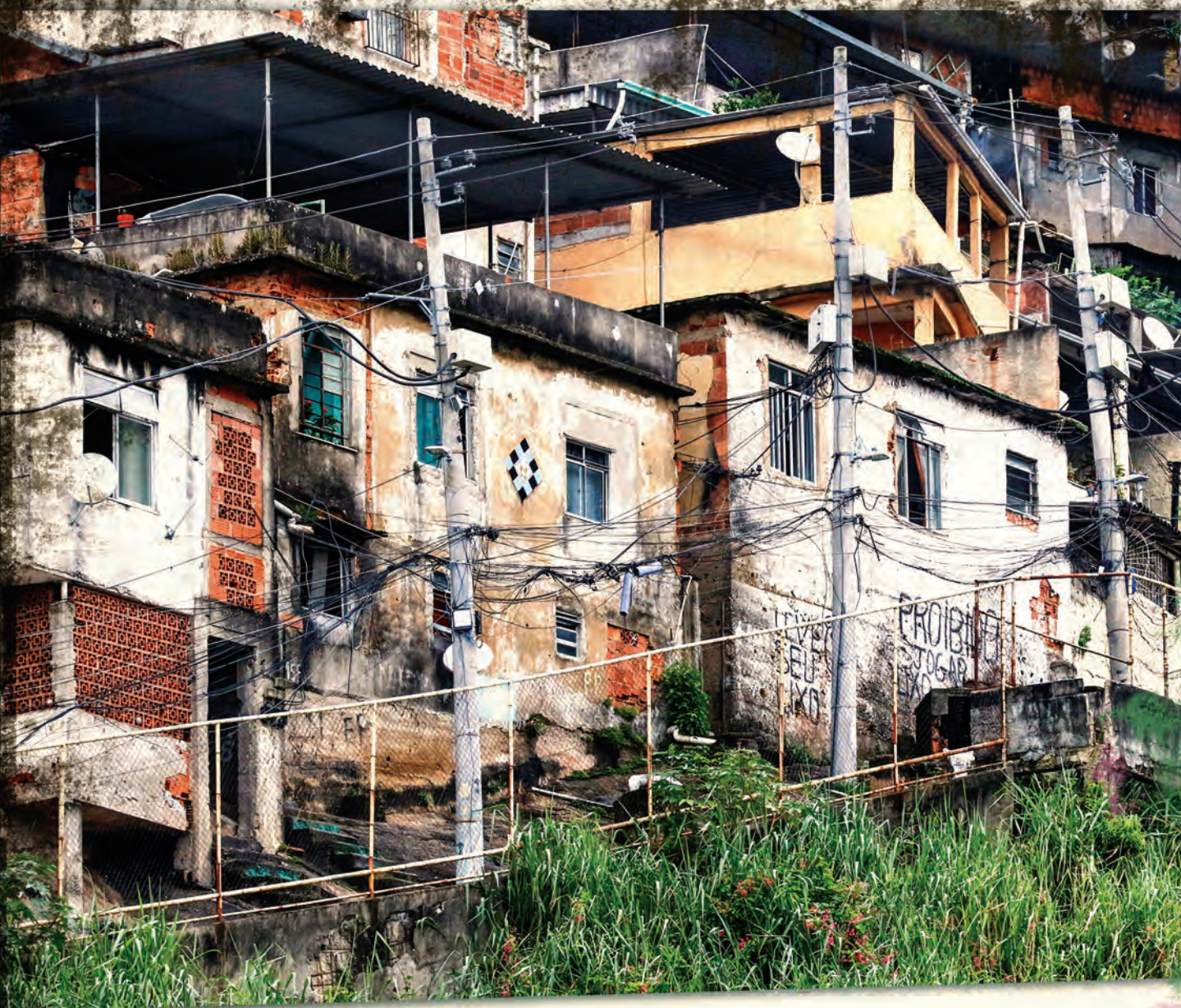
Casas improvisadas, marcadas pela ausência de saneamento básico, infiltrações, umidade e esgoto a céu aberto, são apenas um dos retratos das condições precárias de moradia às quais pessoas que vivem em favelas estão sujeitas. E sua saúde é diretamente afetada pelas condições de habitação.

Morador da favela Cidade de Deus (RJ), o arquiteto e urbanista Lucas Perpetuo — conhecido nas redes sociais como @luscafusca150 — conta que até a década de 1980 a casa era o espaço que a pessoa tinha para

fazer a permanência dela e lutar contra tudo que existe do outro lado, portanto, um “lugar seguro”. “A gente fala isso desde o começo da humanidade. A caverna era o espaço para se proteger do que acontecia de ruim”, comenta. A casa, por conceito, deveria ser o espaço que promove segurança, quase como um paraíso.

Hoje perdemos essa noção com o crescimento das metrópoles, criando casas que mais parecem celas do que habitação, comenta o arquiteto. No lugar que deveria ser seguro, a pessoa está exposta a inúmeros perigos à saúde, segurança e bem-estar.

O que fazer quando sua casa não é refúgio? *Radis* conversou com integrantes de movimentos sociais, pesquisadores e moradores de favelas para abordar como as condições precárias de moradia interferem na saúde e na qualidade de vida, além de refletir sobre a urgência da ampliação de políticas públicas de habitação digna.



Condições precárias de moradia podem provocar ou agravar problemas de saúde: encosta do Morro do Andaraí (RJ)

MORADIA DIGNA

Zona Oeste paulistana. Seguindo pelas vielas do Jardim Colombo, bairro de Paraisópolis, favela de São Paulo com a maior população (58 mil habitantes), encontra-se uma casa que surpreende pelo tamanho. Francisco da Silva, mais conhecido como “Tiquinho”, 58 anos, trabalha com reciclagem e morava em uma minicasa de quatro metros quadrados, que estava em condições extremamente insalubres. Sem banheiro, o espaço não tinha água encanada nem acesso a rede de esgoto e a gás, além de ter infiltrações, entulho e falta de ventilação.

Tiquinho não via muita saída, ainda tendo que lutar contra uma depressão. “Eu não tinha espaço para nada. Até para me movimentar tinha que ser calculado”, relata. Com uma cama suspensa no teto, ele tomava banho de caneca e não podia armazenar comida por não ter

geladeira. Na época que comprou o imóvel, há mais de 10 anos, custou dois mil reais.

Outro caso, também em São Paulo, chama atenção pela insalubridade. Maria Trindade, aos 75 anos, se viu acamada e com múltiplas comorbidades, incluindo doenças crônicas pulmonares graves. A pequena casa em que vive com o marido estava com as paredes úmidas, mofadas, assim como o chão com infiltrações, o que provocava crises de asma.

Por diversas vezes, a idosa caiu enquanto descia os três degraus para ir da sala até o banheiro. Ela passou a ter mobilidade reduzida e precisou do auxílio de bengala para se locomover. Não conseguia mais ter acessibilidade na casa onde morava há 33 anos.

O casal vive em Heliópolis, maior favela do estado em extensão, com mais de 55 mil habitantes, segundo Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de

2022, há apenas oito quilômetros do Centro. O sustento da família vem da aposentadoria de Maria. O marido precisou ser afastado do trabalho por causa do diagnóstico de esquizofrenia. A maior parte do dinheiro é utilizada na compra de medicamentos, o que impossibilitava qualquer melhoria na casa.

Quanto mais próxima do centro comercial ou empresarial de uma cidade, o metro quadrado fica mais caro, inclusive na favela. Muitas famílias acabam se sujeitando às condições precárias de moradia para estar mais perto do trabalho ou porque sempre viveram naquele bairro. Condições como risco de desabamento, mofo e infiltrações, ausência de saneamento básico, falta de ventilação, risco de acidentes e choques elétricos, superlotação, calor extremo, proliferação de insetos e roedores e espaços muito apertados compõem a realidade de uma parte da população.

O modelo de desenvolvimento urbano centrado mais na expansão quantitativa do que na qualidade produziu periferias afastadas, marcadas por infraestrutura insuficiente e dificuldade de acesso a empregos e serviços. Essa lógica impõe deslocamentos longos e desgastantes, aprofunda a segregação socioespacial e estabelece obstáculos que limitam a mobilidade social e o acesso a direitos fundamentais.

DETERMINANTE DA SAÚDE

A habitação segura e o saneamento básico são alguns dos determinantes sociais da saúde de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), assim como as condições de trabalho e o contexto socioeconômico. Eles definem como as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem — assim como o acesso a poder, dinheiro e recursos — têm influência nas desigualdades em saúde.

Essas são as diferenças injustas e evitáveis no estado de saúde observadas dentro de um mesmo país e entre países diferentes. O psicólogo Richarlls Martins, doutor em Saúde Coletiva pela Fiocruz e mestre em Políticas Públicas e Direitos Humanos pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), explica que os determinantes estabelecem a perspectiva da promoção da saúde a partir da estruturação das desigualdades sociais, pensando também a interdependência, a interseccionalidade e a intersetorialidade.

“É fundamental entender os componentes que atravessam as condições que permitem sujeitos e grupos populacionais desenvolverem altos padrões de bem-estar psíquico e social, associado com as dimensões ambientais”, comenta Richarlls, que preside a Comissão Nacional de População e Desenvolvimento da Presidência da República (CNPd) e é coordenador executivo do Plano Integrado de Saúde nas Favelas do Rio de Janeiro na Fiocruz.

A saúde é historicamente marcada por processos de desigualdade. O psicólogo afirma que é necessário entender condições associadas às dinâmicas de classe, gênero, raça e território, que atravessam o pensar e o fazer



ANDRÉ DEL CASALLE/ACERVO FAZENDINHANDO

“Casa do mofo”, onde vivia Rose e sua família: a umidade fazia com que os moradores precisassem se apertar em um quarto para conseguir dormir

saúde, para que se consiga implementar uma agenda de bem-estar para a população.

Território é um atravessamento histórico e social, segundo Richarlls. Ele conta que morar em Copacabana, bairro da Zona Sul carioca, é diferente de morar em Japeri, cidade da Baixada Fluminense, em termos de acesso a rede de serviços, bens e cuidados em saúde. “Mas, ao mesmo tempo, Copacabana não é um bairro homogêneo. É diferente você morar na Avenida Nossa Senhora de Copacabana do que na Travessa dos Tabajaras, que é uma favela”, explica. A dinâmica territorial está marcada por cisões e elas organizam o modo de pensar e de fazer saúde.

Compreender a determinação social da saúde é entender que existem marcadores históricos, culturais e políticos. “Para que a gente consiga pensar uma perspectiva de equidade em saúde, é fundamental reconhecer esses marcadores e pensar políticas universais, que consigam responder a essas perspectivas históricas presentes na constituição do tecido social”, explica.

A precariedade habitacional é uma construção histórica, não é um dado natural, afirma Richarlls. Reflete escolhas sociais implementadas no país ao longo de séculos. “São marcadores do período histórico colonial ou do pós-abolicionismo brasileiro, quando se finaliza o processo escravocrata no Brasil e não se possibilita que a população negra ex-escravizada tenha acesso à terra e moradia”, conta.

É necessário ampliar uma política universal de habitação e moradia adequada com enfoque nas diretrizes de uma nova agenda urbana que tenha como elemento central a sustentabilidade, a inclusão e a resiliência. “Atualmente, no panorama brasileiro, a saúde não está pensada em projetos de planejamento urbano nas cidades”, declara Richarlls.

“APERTAMENTOS”

Tiquinho, o morador do Jardim Colombo mencionado no início desta reportagem, foi um dos beneficiários do projeto Fazendinho, que reforma casas de pessoas que vivem em situações precárias nas favelas de São Paulo. Sua história viralizou nas redes sociais pelo tamanho da minicasa, além de não ter banheiro. Com a reforma, foi

possível construir um banheiro utilizando o espaço embaixo da escada de uma vizinha.

Ester Carro, arquiteta e urbanista social responsável pelo Fazendinho, criou o projeto para ajudar moradores de favelas a ter mais dignidade habitacional e saúde, como o caso de Wallece de Souza, entregador de delivery de 33 anos, morador do Jardim Colombo, que vive em apenas sete metros quadrados. No espaço, mal cabia uma cama, e não havia banheiro, lavanderia ou cozinha. Era menor que uma vaga de estacionamento.

Assim como os dois casos narrados aqui, a arquiteta traz, em suas redes sociais, situações de pessoas que moram em lugares muito pequenos, sem saneamento básico, como famílias de três pessoas que vivem em dois cômodos pequenos, evidenciando que não são “casos isolados”.

Lucas Perpetuo comenta que as casas estão diminuindo em metragem. É um fenômeno que atinge até mesmo a classe média, em que as construções estão cada vez mais sendo entregues com menos qualidade nos materiais. Ou seja, casas menores, com menos qualidade e, em contrapartida, cada vez mais caras [Leia entrevista no site de *Radis*].

Ele explica que o conceito de “tiny house” [casa pequena] surgiu como uma ideia de moradia temporária, voltada para jovens estudantes, solteiros ou viajantes. Era um tipo de casa vendida como estilo de vida, porém o mercado imobiliário tem glamourizado ambientes assim, renomeando kitnets para studios, como um novo conceito de moradia.

Lucas afirma que possibilitar casas de dez ou sete metros quadrados é abrir caminho para lugares com três ou dois metros quadrados, a exemplo do que aconteceu em Hong Kong com os “apartamentos caixões”. São lugares que viralizaram em vídeos nas redes sociais em que só existe o espaço para a pessoa ficar deitada.

Enquanto isso, a glamourização também atinge a favela, com a normalização de espaços cada vez mais apertados. “É uma cidade que começa a crescer com crianças que não tem espaço pra brincar”, comenta Lucas, apontando problemas que afetam também a saúde mental.

O arquiteto relembra um caso ocorrido na Cidade de Deus durante a pandemia de covid-19. Os vizinhos começaram a criticar uma mãe de três filhos porque, mesmo com a obrigatoriedade do isolamento social, as crianças passavam o dia inteiro na rua. Ao conversarem com ela, descobriram que a família vivia em um espaço precário e muito apertado, sem condições de permanecer os quatro trancados em casa durante todo o dia.

Para aquela família, a rua funcionava como uma extensão da casa, onde os filhos precisavam passar boa parte do tempo. “Ela colocava na balança o risco de pegar covid e o risco de entrar em depressão dentro de casa, porque não havia como habitar o mesmo lar durante 24 horas. Era quase um rodízio. Eles só se encontravam na hora de dormir, com um único ventilador para todos”, lembra.

“A gente começa a disputar território em uma cidade que tem território de sobra. Por isso, gosto muito de trazer



ANDRÉ DEL CASALLE/CERVO-FAZENDINHO

Casa de Wallece com apenas 7 m²: sem banheiro, ele tinha uma privada e torneira adaptados junto aos eletrodomésticos

esses exemplos de fora, porque acho que eles funcionam quase como uma previsão”, explica o arquiteto, que produz vídeos na internet sobre o direito à cidade. “Hong Kong tem apartamentos de 120 m² e outros de apenas 3 m². Como podem existir esses dois cenários em uma cidade que não é pobre? Não é uma cidade em que isso deveria acontecer.”

As casas “apertadas” nas favelas de grandes metrópoles geralmente têm um ou dois cômodos e várias não têm banheiros. Os moradores acabam tendo que pagar para usar banheiros públicos, pedem ajuda de vizinhos ou fazem as necessidades em recipientes e depois despejam em valões ou rios próximos.

Segundo estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), o Brasil tem mais de 1,2 milhão de famílias que vivem em casas sem banheiro, sendo 83,5% delas chefiadas por pessoas negras (pretas e pardas), e 70% por mulheres. 300 mil pessoas vivem sem banheiro no meio urbano.

Atualmente, 16,3 milhões de famílias brasileiras vivem em casas com diferentes deficiências na infraestrutura. Os problemas relacionados a saneamento básico, como falta de banheiro, ausência de abastecimento de água pela rede pública e de esgotamento sanitário, atingem quase 40% das famílias inscritas no CadÚnico (2024). O estudo do Ipea também indica políticas públicas necessárias para melhorias das habitações inadequadas. O custo estimado para superação dos problemas é de quase R\$ 274 bilhões.

“CASA DO MOFO”

Rose Silva mora com o marido e os três filhos no Jardim Colombo. A fachada da casa já dava indícios de como era o interior: tijolos aparentes, sem reboco, cobertos de limo. Dentro de casa, não importava a cor da tinta, as paredes permaneciam pretas, tomadas pelo mofo. A residência não tinha janelas, o que reduzia a ventilação. O imóvel acabou sendo apelidado de “a casa do mofo”.

Em dias de chuva, a água escorria pelo teto e pelas paredes. A família inteira se reunia para dormir em um quarto pequeno e escuro, o único lugar da casa em que não ficava pingando água, enquanto o quarto dos fundos era inabitável.

Assim como acontece nas casas de Rose e Maria — do início desta reportagem —, a umidade e a falta de ventilação são uns dos principais problemas arquitetônicos prejudiciais à saúde. São fatores que contribuem para doenças infecciosas, dermatológicas e respiratórias, como a tuberculose.

Socorro Leite, arquiteta e urbanista, com mestrado em Geografia Urbana pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), é diretora executiva nacional há 13

anos da Habitat para a Humanidade Brasil, uma organização que promove ajuda humanitária para a construção de habitações dignas. Ela afirma que a maior parte da população brasileira constrói suas próprias casas.

“Essa é a dinâmica do Brasil, principalmente das comunidades”, conta. A arquiteta afirma que muitas vezes as casas são erguidas sem orientação técnica, ao longo do tempo. Socorro cita como exemplo paredes que não são rebocadas por causa do custo e, quando chove, ficam úmidas. “A casa não é protegida o suficiente para a chuva. Então, surgem problemas de umidade, seja no teto, nas paredes ou no piso”, explica.

Segundo a arquiteta, várias casas atendidas pela Habitat Brasil em favelas até tinham banheiros, mas sem revestimento e, em alguns casos, sem encanamento adequado. Com a umidade, o espaço acaba tomado por mofo e limo. O teto, construído em laje e sem impermeabilização, com o tempo começa a apresentar infiltrações. O mesmo acontece com o chão. “Quando chove, a água se infiltra na terra e começa a transpassar o piso. Por isso muitas casas têm o piso gelado, úmido, porque não foi feito da forma adequada”, explica.

O maior problema é o custo. Colocar uma janela em uma casa durante a construção é caro, ressalta Socorro; por isso, várias pessoas deixam de fora do projeto. Além disso, em muitas favelas, o espaço entre as moradias é tão reduzido que não há possibilidade de instalar janelas, já que as construções ficam coladas umas às outras.

SANEAMENTO É BÁSICO

A diretora do Habitat Brasil, Socorro Leite, afirma que a falta de condições adequadas de saneamento ainda é o principal problema nas casas brasileiras, sejam rurais ou urbanas. E a ausência tem um recorte de classe. Segundo o Ipea, a falta de alternativa de esgotamento sanitário acomete mais de nove milhões de famílias no país, sendo o tipo mais prevalente de inadequação habitacional com 21,88% das pessoas registradas no CadÚnico. Em seguida vem a ausência de abastecimento de água por rede pública (17,17%) e de água canalizada (6,99%).

“Muitas das áreas em que a gente vai atuar, não tem saneamento implementado. É comum ver esgoto a céu aberto ou no quintal da casa. Esse é um tipo de precariedade que exigiria uma intervenção do poder público”, comenta. Projetos como o da ONG de ajuda humanitária apenas auxiliam pontualmente casos de famílias em vulnerabilidade social, mas se trata de um problema estrutural que exige a promoção de políticas públicas.

Socorro cita que o dano à saúde é muito evidente quando o esgoto está na rua e tem crianças brincando no mesmo espaço. “É muito comum chegar em comunidades

COMO A MORADIA IMPACTA A SAÚDE

CONDIÇÕES PRECÁRIAS DE HABITAÇÃO E SEUS EFEITOS NO CORPO



Mais de
1,2 MILHÃO
de famílias vivem
sem banheiro no Brasil.

Dessas, cerca de
300 MIL
estão em áreas urbanas.

QUEM SÃO AS FAMÍLIAS MAIS AFETADAS?
Entre as famílias que vivem sem banheiro:

83,5% são chefiadas por
pessoas negras (pretas e pardas)

70% têm mulheres como responsáveis

O PROBLEMA VAI ALÉM DO BANHEIRO

- 16,3 milhões de famílias vivem em moradias com algum tipo de deficiência de infraestrutura
- 9 milhões de famílias sem esgotamento sanitário
- 17,17% não tem abastecimento de água por rede pública
- 6,99% sem água canalizada



ANDRÉ DEL CASALLE/CERVO FAZENDINHANDO

Sem mofo: Rose e seu esposo após a obra da sua casa, reformada pelo projeto Fazendinhando



ROVEIRA ROSA/AGÊNCIA BRASIL

Favela do Moinho (SP)

que ainda não têm um sistema de coleta e tratamento de esgoto. E tem áreas que até têm o sistema de abastecimento da água, mas a água não chega todo dia. Então, o que as famílias fazem? Armazenam água, muitas vezes de forma inadequada, o que também pode causar problemas à saúde porque essa água pode ser contaminada”, explica.

A ausência de saneamento básico se relaciona diretamente à transmissão de doenças, ressalta Richarlls. “Algumas pessoas estão mais vulnerabilizadas a terem infecções, problemas gastrointestinais, doenças parasitárias associadas à falta de tratamento adequado de água e esgoto, além de doenças zoonóticas associadas à acumulação de lixo, como dengue, chikungunya, zika e leptospirose”, aponta.

Em algumas partes das cidades, a coleta de resíduos é inexistente ou acontece de forma irregular, lembra Richarlls. Em um país de clima tropical, a falta de tratamento e coleta adequadas afeta principalmente as favelas de forma sistêmica.

“ERA UMA CASA MUITO ENGRAÇADA”

Rosângela Santos, aos 47 anos, abria o portão da casa escura ao chegar do trabalho de serviços gerais em uma noite de chuva. Dentro, encontrava a mãe aos 75 anos com uma toalha pendurada nos ombros enquanto cozinhava o jantar. Essa era a estratégia para se manter menos molhada, já que chovia dentro de casa. A idosa

também usava agasalho porque fazia muito frio na moradia úmida.

Além das duas mulheres, a casa na comunidade do Boqueirão, próxima à Heliópolis (SP), abriga ainda duas crianças. Rosângela nunca tinha pensado em gerar filhos, até que sua irmã morreu deixando dois órfãos. Assim, em 2019, a auxiliar de limpeza se tornou mãe, dividindo a criação da menina de 8 anos e do bebê de 5 meses com sua mãe.

O teto da casa estava prestes a cair por falhas na estrutura. Na parede da frente havia uma rachadura grande, demonstrando o risco iminente. Dentro da habitação, os cômodos eram escuros. Nas paredes, mofo. O chão do banheiro era tão escorregadio de limo que apresentava riscos para a senhora idosa e as crianças, que frequentemente estavam com problemas respiratórios.

Mesmo com a família em risco, Rosângela não tinha muito o que fazer, uma vez que seu salário mal dava para as contas. “Mesmo trabalhando, não tinha condições de fazer uma reforma. Ou comprava as coisas pra dentro de casa (comida, coisas das crianças, remédio para a mãe) ou fazia a reforma”, conta.

Essa é a realidade de muitas famílias, que acabam não tendo outra opção além de viver em espaços que oferecem riscos por causa da estrutura ou da localização. São pessoas que moram em encostas sujeitas a deslizamentos, em construções com problemas estruturais ou com instalações elétricas precárias, sob risco de choques e incêndios.



Wallece (canto direito) ao lado de Ester Carro e equipe de apoiadores e patrocinadores da reforma da sua casa

Também é preciso levar em conta que famílias em situação de vulnerabilidade social estão também mais propensas a serem atingidas pelos efeitos das mudanças climáticas, como casas com telhados que transpassam muito calor, ambientes pequenos com superlotação de pessoas e locais propensos a enchentes e desmoronamentos.

Richarlls explica que existem três fatores associados aos determinantes sociais da saúde e moradia, que são: saneamento básico, estrutura adequada e aglomeração. “Todos esses elementos falam sobre doenças crônicas transmissíveis e muito diretamente sobre problemas de saúde crônicos, a que determinados grupos sociais são historicamente submetidos”, aponta.

Ele explica que o déficit habitacional nas cidades está diretamente associado à aglomeração. “Não é meramente ter moradia. Quantas pessoas estão nessa moradia? Em que condições essas pessoas estão?”, analisa.

É preciso também considerar os fatores relacionados à saúde mental. Rosângela contou sobre o medo constante de não ter condições de reformar a casa; os filhos sofriam bullying e eram tratados como “nojentos” por causa das condições da moradia. “Lógico que eu queria dar uma vida melhor para eles”, comenta.

“O impacto [na saúde mental] envolve questões relacionadas à individualidade, espaços superlotados, ansiedade, acessibilidade e também acidentes em ambientes residenciais que não oferecem uma estrutura adequada para habitação”, explica Richarlls.

HABITAÇÃO SOCIAL

Rosângela teve sua casa completamente reformada pela ONG Habitat Brasil. As paredes foram impermeabilizadas, o teto reforçado, a parede da frente derrubada e reconstruída, o banheiro completamente revestido e reformado. A mudança foi grande na vida da família. A mãe idosa não tem mais problemas respiratórios e está melhor de saúde.

Maria Trindade, de Heliópolis, também teve sua casa reformada pela ONG. Com o banheiro no mesmo nível da sala e a porta mais próxima de sua cama, a idosa reduziu o risco de queda e aumentou a mobilidade. Também foram adaptadas barras de metal para que ela pudesse ter apoio, além do novo revestimento e pintura antimoho, que diminuíram suas crises respiratórias.

Para além da atuação direta nos territórios com os projetos de reforma, construção de banheiros, cisternas e sumidouros, a ONG Habitat Brasil também utiliza a sua experiência para influenciar políticas públicas. “É estar junto com outras organizações atuando em rede e nos espaços de discussão de políticas públicas institucionais para influenciar essas políticas”, explica Socorro.

A “casa do mofo” de Rose já não existe mais. A história da mãe de família retratada aqui mudou completamente após a reforma da moradia, que passou a ser impermeabilizada e ganhou janelas e uma claraboia para garantir iluminação e ventilação. A obra foi realizada pelo projeto Fazendinhando, assim como as reformas das casas de Tiquinho e Wallece. 



POR UMA POLÍTICA DE COMUNICAÇÃO PARA O SUS

Proposta busca fortalecer a comunicação como essencial para a garantia do direito à saúde



GLAUBER TIBURTINO



Você já parou para pensar como a saúde e a comunicação podem se relacionar? Há 40 anos, na abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), o médico sanitário Sergio Arouca defendeu que saúde era mais do que ausência de doença. Entre os fatores que impactam o bem-estar social e a qualidade de vida das pessoas, o sanitário incluiu o direito a “informações sobre como se pode dominar esse mundo e transformá-lo” (Radis 284).

De lá para cá, o direito à comunicação passou a ser tratado como um dos determinantes sociais da saúde em outras conferências. Mas só em 2023 — após a realização de duas conferências livres de comunicação e saúde — a 17ª CNS enfim aprovou a proposta de criação da Política Nacional de Comunicação Pública do Sistema Único de Saúde (SUS). A decisão foi consolidada pela Resolução nº 719/2023 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e hoje está em discussão no órgão.

A partir disso, a missão de materializar essa política ficou a cargo da Câmara Técnica de Saúde Digital e Comunicação em Saúde (CTSDCS), criada pelo CNS em junho de 2024 (Resolução nº 751). A subcâmara de Comunicação em Saúde é um dos braços dessa Câmara Técnica e vem trabalhando na formulação da política. O grupo reúne representantes da sociedade civil, profissionais de saúde e governo, além de entidades como a Associação Brasileira de Comunicação Pública (ABCPública) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

Entre as justificativas para a criação da Câmara Técnica e da política, o CNS cita os efeitos da desinformação durante a pandemia de covid-19, marcada pela circulação de informações falsas e pelo estímulo ao uso de medicamentos sem eficácia comprovada.

Mas nem tudo está garantido. Apesar do cenário favorável, com importantes avanços institucionais, engana-se quem pensa que a política de comunicação do SUS seja algo já conquistado e dado como certo. Longe disso, é preciso uma mobilização permanente, advertem as fontes ouvidas pela reportagem.

“É uma caminhada muito longa ainda. Precisamos pautar cada vez mais esse tema, contar com pessoas engajadas e comprometidas e gerar fatos políticos para que isso aconteça”, afirma à *Radis* a conselheira de saúde Débora Melecchi, coordenadora da CTSDCS. Segundo sua avaliação, a política ainda não avançou nem 10% do necessário para ser criada e implementada [Saiba mais sobre o andamento da política na página 30].

Mas, afinal, a pouco mais de um ano da 18ª CNS, o que ainda é preciso para a criação dessa política? Qual a importância da comunicação para a saúde? Como uma política de comunicação pública pode ser estratégica para fortalecer o SUS e que aspectos ela deve contemplar? Para responder a questões como essas e refletir sobre o direito à comunicação como indissociável ao direito à saúde, *Radis* acessou documentos e ouviu



atores sociais que têm se articulado na construção da política e defendem a democratização da comunicação.

COMUNICAÇÃO COMO DETERMINANTE SOCIAL

“É impossível falar de saúde sem falar de comunicação”, afirmou a pesquisadora Inesita Araújo, referência no campo teórico-político da Comunicação e Saúde, em entrevista recente à *Radis*, publicada na edição de março (282). Ao completar sua fala, a pesquisadora frisou ainda que toda prática de saúde depende de algum processo comunicacional.

Se Inesita ajuda a explicar por que comunicação e saúde são inseparáveis, a jornalista Hara Flaeschen, integrante do coletivo Direito à Comunicação e Democracia (Diracom), amplia essa ideia ao situar a comunicação como uma dimensão estruturante do SUS. “Ela está diretamente relacionada à participação social, ao controle democrático e à capacidade do sistema de responder às necessidades da população”.

Hara reitera que o campo da Comunicação e Saúde reconhece o direito à comunicação como parte do próprio direito à saúde: “Partimos da ideia de que todas as lutas sociais se encontram no direito à comunicação. No campo da saúde, isso é evidente”, afirma. Ela ainda estende essa conexão ao direito à cidadania.

Nessa mesma direção, o pesquisador da Fiocruz Rodrigo Murtinho, um dos autores do livro “Direito à Comunicação e Saúde” e integrante da subcâmara de Saúde Digital na CTSDCS, também relaciona comunicação e saúde à dimensão dos direitos. Para ele, comunicação e informação precisam ser tratadas como

direitos humanos — fundamentais para a consolidação de vários direitos, inclusive à saúde.

Com base na Política de Comunicação da Fiocruz, que completa dez anos em 2026, Rodrigo defende que reconhecer a comunicação como determinante social da saúde também é uma estratégia para ampliar sua centralidade no debate sanitário.

COMUNICAÇÃO PÚBLICA COMO ESTRATÉGIA DE SAÚDE

Para além de um aspecto determinante para obtenção da saúde, o tratamento dado pelas instituições à comunicação também merece atenção. As críticas ao modelo tradicional de comunicação no campo da Saúde Pública aparecem por diferentes fatores: da linguagem excessivamente técnica à padronização das campanhas e à dificuldade de diálogo com públicos diversos.

Há 13 anos à frente da comunicação do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), o jornalista Marcus Carvalho defende que a comunicação em saúde não pode se limitar à divulgação de campanhas ou ao atendimento à imprensa. Para ele, esse caráter mais estratégico e menos instrumental deve ser um dos princípios da política de comunicação do SUS.

Marcus reforça a importância de envolver a comunicação em todas as etapas de formulação de uma política ou serviço voltado à população — e não apenas no momento de divulgar a iniciativa. Essa medida possibilitaria melhor entendimento e maior adesão do público. “O SUS produz uma imensidão de dados e informações que muitas vezes as pessoas não compreendem, porque são apresentados em linguagem técnica”, resume.



Coordenador do Programa Radis, Rogério Lannes, discursou na abertura da 17ª CNS sobre a importância da comunicação pública na saúde e para o SUS

A jornalista Débora Pinheiro, representante da ABCPública na subcâmara de Comunicação em Saúde da CTSDCS — e delegada da 17ª CNS, eleita pela 2ª Conferência Livre de Comunicação e Saúde —, também defende que a nova política supere práticas de comunicação focadas apenas na divulgação institucional. “O objetivo precisa ir muito além de emplacar notícias do Ministério da Saúde na imprensa”, afirma.

Débora cita a pandemia como exemplo de um período em que a comunicação em saúde esteve atravessada por interesses que não eram públicos. “Ainda vivemos uma enxurrada de desinformação, felizmente não mais estimulada pelo Ministério da Saúde, mas ainda fortalecida por atores privados e até públicos, dependendo da configuração política de cada região”, observa.

Ela também critica o modelo campanhista, predominante na saúde pública. Para Débora, a comunicação do SUS não pode se resumir a campanhas pontuais ou mensagens de mão única. “A comunicação tem o papel de articular, de criar espaços para que as pessoas dialoguem e se manifestem”, afirma.

Marcus endossa a crítica ao modelo de campanhas padronizadas — chamadas “guarda-chuva” — amplamente adotado pelo Ministério da Saúde. “Quando olhamos para o Brasil e vemos as diferenças culturais, percebemos que a linguagem de uma campanha no Sul precisa ser diferente daquela usada no Norte ou no Nordeste”.

Segundo ele, essa variação na abordagem geralmente não ocorre, uma vez que as campanhas costumam massificar um olhar do Sudeste, onde normalmente estão sediadas as agências contratadas, e aplicá-lo às demais regiões do país. “Acaba que dessa forma a gente informa muito e comunica pouco”, analisa.

COMUNICAÇÃO PÚBLICA COMO POLÍTICA DE ESTADO

Outro consenso entre os entrevistados é que a comunicação do SUS precisa ser uma política de Estado — e não de governo. Só assim será possível garantir continuidade nas práticas de comunicação, de modo que elas não mudem a cada novo ciclo de gestão. Na saúde, esse tipo de solidez

pode ser a diferença entre a vida e a morte. A pandemia de covid-19 pode novamente ser usada para exemplificar como uma comunicação desajustada é capaz de desinformar e causar danos.

“Durante a pandemia, a desinformação também foi disseminada por canais oficiais”, lembra Débora Pinheiro. “A própria Secom [Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República] e o Ministério da Saúde divulgaram o protocolo da cloroquina como tratamento para covid-19 [sem comprovação científica]”, complementa.

Outro ponto de fragilidade, criticado por Débora, é a dependência de agências de marketing na comunicação pública da saúde. Segundo ela, muitas campanhas são conduzidas por profissionais sem experiência em políticas públicas ou vivência no SUS, quando deveriam ser geridas por servidores públicos de carreira. “Com isso, às vezes, quem chefiava as equipes de comunicação nas agências desconhece o Brasil profundo. Não sabe sobre o que preocupa a população em termos de saúde”, alerta.

A expectativa com a criação da política, segundo ela, é de que a comunicação deixe de ser executada por agências de marketing e passe a ser conduzida por agentes públicos comprometidos com os valores do SUS.

No plano federativo, a política também poderia servir de referência. Marcus Carvalho vê o documento como um potencial guia para estados e municípios, capaz de reduzir os impactos das mudanças frequentes nas equipes de comunicação a cada troca de gestão. “Assim a comunicação em saúde acaba deixando de ser personificada no gestor da vez e vai para um âmbito mais sistêmico, de como comunicar o SUS e as políticas públicas”, pontua.

Ele explica que embora o SUS ainda não tenha uma política nacional específica, na prática a área técnica do Ministério da Saúde define as diretrizes centrais de comunicação do sistema junto ao Conass e às secretarias de saúde. Isso não impede que os estados e até mesmo alguns municípios avancem com suas políticas. Goiás, Ceará e Maranhão instituíram políticas de comunicação inspiradas em orientações do Conass.

Segundo Marcus, o movimento tem ocorrido de forma inversa ao esperado: “Os estados mais estruturados estão incentivando municípios maiores e até o próprio governo federal”. Ele, porém, faz uma ressalva: “A iniciativa do Conselho Nacional de Saúde é vanguardista e necessária, mas isso não tira a responsabilidade do gestor federal de promover uma discussão sobre política e sobre comunicação e saúde”, afirma.

COMUNICAÇÃO PÚBLICA COMO PARTICIPAÇÃO POPULAR

Para a jornalista Gizele Martins, comunicadora comunitária há mais de 20 anos e ativista da comunicação popular, a comunicação comunitária deveria inspirar a política de comunicação do SUS. Em um país que ainda convive com cerca de 29 milhões de excluídos digitais — segundo a pesquisa TIC Domicílios 2024 — ela defende estratégias que atravessem as telas e considerem os territórios.

“Uma parcela significativa da população ainda tem acesso limitado ou nenhum acesso à internet. Por isso, é importante considerar rádio, televisão, mídias comunitárias e comunicadores populares”, reforça Hara.

Gizele lembra que durante a pandemia coletivos comunitários atuaram no combate às fake news em favelas e periferias, como a Frente de Mobilização da Maré, na Zona Norte do Rio de Janeiro, onde reside. “Na pandemia, organizamos ações de combate à desinformação com carros e bicicletas de som, faixas, panfletos, cartazes, grafites de rua e plataformas digitais”, relata.

Ela avalia, porém, que esse potencial foi pouco aproveitado pelo poder público. “A fake news era uma política pública do próprio governo, na época da pandemia”, afirma. “A comunicação comunitária poderia ter sido usada em favor da vida”, acrescenta.

Rodrigo Murtinho também destaca experiências de comunicação popular desenvolvidas com coletivos de favelas do Rio de Janeiro durante a pandemia, cujo alcance não se limitou àquelas localidades: “Esse material também era distribuído nacionalmente”.

Para ele, a futura política de comunicação deverá refletir uma diversidade de vozes, dialogando com associações,

conselhos de saúde e grupos de comunicação presentes nos territórios. “É fundamental pensar a comunicação como pública e em interação com a sociedade”.

COMUNICAÇÃO PÚBLICA PARA FORTALECER O SUS

Fortalecer a comunicação do SUS, dizem os entrevistados, não significa apenas melhorar campanhas ou circulação de informação. Significa também disputar sentidos sobre o sistema público, ampliar acesso e fortalecer a democracia.

Marcus Carvalho considera a comunicação como fator estratégico para o avanço do SUS: “Não consigo imaginar a consolidação do SUS sem uma política de comunicação”, afirma. Segundo ele, fortalecer essa comunicação também exige compreender como a população percebe o sistema público de saúde.

“Hoje ainda estamos no desafio de mostrar o SUS para o usuário, mas acho que o passo importante para nós é entendermos como esse usuário o vê, para podermos aprimorar as nossas práticas e talvez até mudar um pouco essa cultura hospitalocêntrica instalada nele”. Ele ressalta que a comunicação do SUS deve ter um papel social e não mercadológico. “A gente não quer vender o SUS. Quer mostrar que ele é um sistema robusto, que funciona e que também enfrenta problemas”, sintetiza.

Hara chama atenção para o papel da mídia comercial na construção de uma imagem frequentemente negativa do SUS — baseada em atrasos, filas e falhas de gestão — sem considerar as complexidades ou avanços envolvidos. “Esse cenário não é neutro. Ele se insere em um contexto de forte concentração midiática no Brasil, em que poucos grupos controlam grande parte do fluxo informacional, frequentemente atravessado por interesses comerciais e conflitos de interesse”, aponta.

Para ela, fortalecer o SUS também exige consolidar políticas para democratização da comunicação e construir ecossistemas informacionais mais plurais, acessíveis e orientados pelo interesse público.

Débora Pinheiro acredita que uma política nacional de comunicação pode tornar o SUS menos vulnerável à desinformação e ampliar o acesso da população aos serviços e informações do sistema. Segundo sua avaliação, grande parte da dificuldade que as pessoas enfrentam para acessar o SUS ocorre por deficiências e fragilidades na sua comunicação.

Encerramento da 17ª CNS: entre as resoluções aprovadas na Conferência, está a política de comunicação do SUS



E A POLÍTICA NACIONAL DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA DO SUS, COMO VAI?

Em 2026, a subcâmara de Comunicação em Saúde apresentou à Câmara Técnica de Saúde Digital e Comunicação em Saúde do Conselho Nacional de Saúde (CNS) uma Nota Técnica, com diretrizes para a elaboração da Política Nacional de Comunicação Pública do SUS. O documento já passou por duas comissões do CNS e ainda será apresentado à Mesa Diretora e ao Pleno do Conselho.

A conselheira Débora Melecchi, coordenadora da CTSDCS, comenta a sensação de conduzir um momento histórico para o SUS, mas divide o feito: “Essa construção é coletiva e uma deliberação do controle social. É uma grande responsabilidade e o cumprimento de um compromisso político com o país, com a participação social e com o SUS”.

Ela lembra, porém, que a aprovação da política não encerra a mobilização. E diz não ser possível prever em quanto tempo a política estaria formalizada. “Na verdade, a luta é contínua: primeiro para criar a política e depois para implementá-la”.

Débora lembra que além da produção técnica e a construção junto ao controle social, é preciso avaliar o cenário político de cada momento. E ressalta a importância de se continuar debatendo a pauta nos encontros prévios à 18ª CNS, como as conferências municipais e estaduais, até que se chegue à etapa nacional.

Já Débora Pinheiro, representante da Associação Brasileira de Comunicação Pública na CTSDCS, participou da elaboração da Nota Técnica e defende que a futura política seja pensada de forma estruturante, sem perder de vista a diversidade social e identitária do país.

“Há uma expectativa que uma política de comunicação abarque nominalmente todos os segmentos — como a

política de comunicação da população negra, de comunicação das pessoas com deficiência, da população indígena, de gênero etc. Só que não é juntando todas essas políticas que a gente vai ter uma política de comunicação do SUS”, diz. “Nós precisamos pensar numa política sistêmica, sem reproduzir fragmentações”, resume.

POR UMA COMUNICAÇÃO COM OS PRINCÍPIOS DO SUS

O gerente de comunicação do Conass, Marcus Carvalho, avalia que nem todos na pasta da Saúde reconhecem a dimensão estratégica de uma política de comunicação para o SUS. E arrisca um motivo: “Isso porque não se tem uma política [de comunicação] na Educação, na Segurança, nas outras pastas. Então, às vezes, para quem não está no dia a dia do SUS, essa incompreensão também cria alguns entraves”, afirma.

Daí a importância que a política seja pautada pelos preceitos do campo da Comunicação e Saúde, que defende um modelo de comunicação alinhado aos princípios estruturais do SUS, como relembra o pesquisador da Fiocruz, Rodrigo Murtinho. “A política de comunicação do SUS não pode perder de vista os princípios da participação social, equidade e integralidade. É preciso pensar a comunicação de uma forma ampla, democrática e participativa”, diz.

Hara Flaeschen amplia a reflexão: “Uma política de comunicação para o SUS também precisa impulsionar um projeto de comunicação para o Brasil”. E Débora Pinheiro conclui subindo ainda mais o tom: “Precisamos entender a comunicação como elemento de fortalecimento da democracia e da soberania da população brasileira”. 

7ª Reunião da Câmara Técnica de Saúde Digital e Comunicação em Saúde (CTSDCS), realizada em março de 2026





SAÚDE ÚNICA EM DEBATE

A convite de *Radis*, dois especialistas apresentam visões distintas sobre caminhos e impasses do conceito que divide opiniões na saúde

A expressão “Saúde Única” ou “Uma Só Saúde” ganhou espaço nos últimos anos em debates relacionados a temas como mudanças climáticas, pandemias e emergência de doenças transmitidas entre animais e humanos. Traduzida do termo inglês “One Health”, a proposta parte da ideia de que saúde humana, animal, vegetal e ambiental estão interligadas e exigem respostas integradas.

Incorporada recentemente à agenda institucional brasileira, a abordagem passou a mobilizar pesquisadores, gestores e organismos internacionais, mas também despertou críticas

no campo da saúde coletiva. De um lado, está a defesa de que o conceito permite fortalecer ações intersetoriais diante de crises cada vez mais complexas. De outro, a crítica de que representa um retrocesso a modelos biomédicos já superados pela noção de determinação social da saúde e abre espaço para interesses de corporações estrangeiras, que colocam sob ameaça os avanços do SUS e da saúde coletiva no Brasil.

Nesta edição, *Radis* convida dois especialistas que apresentam diferentes pontos de vistas sobre os caminhos e os impasses da Saúde Única no Brasil.

UMA SÓ SAÚDE: DIÁLOGO E INTEGRAÇÃO PARA A MELHORIA DA SAÚDE BRASILEIRA

DAVID SOEIRO BARBOSA *

A pandemia de covid-19 evidenciou que respostas fragmentadas causam falhas catastróficas. Situações como esta confirmam que a saúde e o bem-estar humano são indissociáveis de um trabalho compartilhado entre diferentes setores. A ideia central da Uma Só Saúde (Saúde Única/One Health/Una Salud) baseia-se na interdependência entre saúde humana, animal, vegetal e ambiental.

Problemas como mudanças climáticas, perda de biodiversidade, aumento da poluição, epidemias/pandemias, emergência e reemergência de doenças zoonóticas e transmitidas por vetores, resistência aos antimicrobianos, riscos na segurança dos alimentos e insegurança alimentar requerem ações complexas, transdisciplinares e intersetoriais, incluindo áreas para além do setor saúde, como agricultura, meio ambiente, educação, ciência e tecnologia, desenvolvimento social, planejamento urbano, indústria, energia, saneamento, turismo, relações exteriores, comércio, economia, defesa, comunicação, dentre outros.

Longe de ser uma “solução” para todos os problemas ou uma teoria que disputa espaço com a nossa consolidada saúde coletiva, a Uma Só Saúde surge como abordagem para operacionalizar a governança intersetorial e fortalecer o SUS.

INTEGRAÇÃO QUE NASCE NO TERRITÓRIO

Esta abordagem fundamenta-se em epistemologias de povos originários, que desenvolveram visões holísticas sobre a interdependência entre humanos, animais, plantas e ambiente. No Brasil, essa visão nasce “de baixo para cima” nos territórios, nas pesquisas e nas práticas dos serviços de saúde, mesmo com dificuldades na sua operacionalização e governança. O reconhecimento institucional veio com a criação do Comitê Técnico Interinstitucional de Uma Só Saúde (Decreto nº 12.007/2024).

Ao reunir 20 órgãos e entidades federais, o país cria uma estrutura inédita de governança intersetorial para o enfrentamento de desafios que requerem que tiremos os setores das suas “caixas” e passem a trabalhar de forma conjunta. No entanto, necessita-se que ela continue expandindo e agregando as

universidades, a sociedade civil organizada e o controle social, o que tem sido feito no comitê, atualmente, por meio dos grupos de trabalho, transformando diretrizes técnicas em ações reais a serem implementadas nos diferentes territórios.

DESAFIOS REAIS

Nossa história é marcada por emergências de saúde pública de origem zoonótica como a influenza A H1N1, a mpox, as epidemias de zika e de febre amarela, além dos riscos atuais com a influenza aviária H5N1, confirmando que a maioria das doenças emergentes têm origem em animais silvestres. Além disso, desastres decorrentes de ações humanas evidenciam a urgência de respostas integradas, como no contexto das enchentes no Rio Grande do Sul, secas no Amazonas e queimadas no Cerrado e Pantanal, além dos desastres em barragens de mineração que se configuram como crimes socioambientais graves, interconectados a um modelo econômico capitalista predatório dominante. Enfrentamos ainda a “pandemia” da resistência aos antimicrobianos, onde o uso indiscriminado tem criado microrganismos multirresistentes podendo nos levar a crises sem precedentes no sistema de saúde.

Crise climática, iniquidades em saúde e a força do SUS

A abordagem de Uma Só Saúde deve ser entendida sob a lógica do fortalecimento da governança intersetorial e do SUS, incorporando o acúmulo da saúde coletiva e da participação social. O Programa Brasil Saudável: Unir para Cuidar (2024) representa uma resposta alinhada à Agenda 2030 da ONU para eliminar doenças determinadas socialmente.

A COP 30, em Belém, reforçou que a crise climática é uma crise de saúde. A convergência entre o Plano de Ação de Belém, o AdaptaSUS e o Plano Nacional de Uma Só Saúde é o caminho para operacionalizar ações concretas diante desta crise. Precisamos reconhecer que a saúde humana é intrínseca à saúde do planeta, devendo ser pautada pela equidade e justiça climática.

David Soeiro Barbosa é médico veterinário, epidemiologista, professor e pesquisador em saúde pública. Doutor em Epidemiologia em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), foi visitante na Harvard School of Public Health e fez intercâmbio na Organização Mundial da Saúde (OMS). Foi professor visitante em programa de pós-doutorado na London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM). É professor adjunto da Universidade Federal de Minas Gerais. Atual presidente da Associação Brasileira de Saúde Única (Abrasuni).

ONE HEALTH: MODELO SUPERADO E DISPUTA POR HEGEMONIA

LIA GIRALDO*

Em 2023, sem debate, foi oficializada a abordagem One Health (Saúde Única, OH) no Brasil, conforme agenda internacional. O conceito, importado dos EUA, cunhado no início dos anos 2000, baseia-se no modelo biomédico (triade agente-hospedeiro-ambiente, de Levell e Clark), superado no Brasil nos anos 1970, no contexto latino-americano, quando se construiu a compreensão do processo da determinação social da saúde. A movimentação dessa aliança ignora os avanços já consolidados no país, pautando-se por ocultamentos de interesses, gerando riscos à soberania da política de saúde no país.

A justificativa para a OH ganhou força com o aumento das zoonoses e epizootias no final do século 20 e começo do século 21, somado à crise da resistência microbiana aos antibióticos, especialmente aquela originada no uso de agrotóxicos que destroem a biodiversidade do solo e na pecuária industrial, responsável por cerca de 70% desse fenômeno. Gens e enzimas indicadores dessa resistência estão disseminados no ambiente — solo, água, plantas, animais e humanos.

Embora esses problemas de zoonoses e doenças de origem ambiental estejam identificados há longo tempo como decorrentes do modo de produção predatório, a abordagem OH, baseada no modelo biomédico reducionista do início do século 20, o reafirma, embora este não tenha sido capaz de solucionar tais questões até hoje. Paradoxalmente a One Health, nos EUA e agora no mundo, sem a devida crítica, reafirma e mantém o modelo limitante, inclusive sem pontes com a formulação da própria OMS sobre determinação social da saúde.

A OH, apoiada por fundações filantropo-capitalistas estadunidenses e pelo Banco Mundial, funciona com validação corporativa, replicando o modelo hospitalocêntrico flexneriano, também difundida pela Fundação Rockefeller. Busca hegemonia, especialmente no Sul Global, como padrão imposto principalmente aos países de economia dependente, de modo colonialista.

A pandemia de covid-19 abriu espaço para a ONU e corporações do agronegócio e ultraprocessados ampliarem

sua governança global. Ao lado de agências como Usaid [Agência para o Desenvolvimento Internacional dos EUA] e USDA [Departamento de Agricultura estadunidense] — com histórico de interferência no Brasil antes e durante o golpe militar-empresarial de 1964 —, essas entidades em aliança empresarial e organismos multilaterais apresentam a OH como parcerias público-privadas (PPPs) sob o rótulo de “inovação”.

Na prática, visam frear regulações, desregulando o marco legal, o controle e a fiscalização dos processos produtivos do agronegócio e da mineração, entre outros poluidores. Embora a abordagem One Health (OH) prometa combater crises sanitárias e climáticas, suas alianças na realidade protegem os interesses que geram os desequilíbrios socioambientais.

O que nos chama atenção é a contradição entre a promessa de uma “saúde única” retórica idealizada e a manutenção de um modelo de produção que expropria natureza e sociedade, gerando processos de colapso ecológico. A OH, ao focar na vigilância da saúde mediante um controle epidemiológico linear e no descuido do direito à saúde, que no Brasil é dever do Estado, pode se tornar um “cavalo de troia” para a hegemonia corporativa no SUS e sua consequente privatização.

One Health no Brasil, via Decreto nº 12.007/2024, ignorou os princípios e diretrizes da Constituição de 1988 e do SUS, adotando uma visão funcionalista. Em vez de focar na prevenção pelas determinações socioambientais, o modelo prioriza uma lógica de mercado, fragilizando a concepção da saúde coletiva brasileira. É urgente separar o desenvolvimento técnico-científico necessário da captura política por agentes econômicos.

O SUS deve permanecer universal, integrado e participativo, baseando-se na determinação socioambiental do processo saúde-doença. Não podemos aceitar que a saúde pública se limite a respostas adaptativas para crises e colapsos ambientais como se fossem fatalidades inevitáveis, atuando nos danos provocados pelos setores que lucram com a degradação do ambiente e da vida. 

■ **Lia Giraldo da Silva Augusto** é médica (USP), mestra e doutora em Medicina (Unicamp). Líder de Pesquisa no CNPq de 1997 a 2013, é pesquisadora titular aposentada da Fiocruz e professora adjunta aposentada da UPE. Especialidades em: Pediatria (USP), Saúde Pública (USP) e Medicina do Trabalho (Fundacentro). Estudos clínicos, epidemiológicos e toxicológicos para agravos à saúde. Criou o Laboratório de Saúde, Ambiente e Trabalho na Fiocruz Pernambuco; integra o GT Saúde e Ambiente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes).



ALGORITMOS QUE AFETAM VIDAS LGBTQIAPN+

Os avanços digitais modificaram a forma como a população LGBTQIAPN+ se articula e se reconhece socialmente, mas ao mesmo tempo trouxeram novos contextos de violência e assédio, como a disseminação de ódio em escala industrial. O livro “Violência algorítmica e vidas LGBTQIAPN+: ensaios sobre tecnologia, poder e resistência na era digital”, das pesquisadoras Bruna Andrade Irineu (UFMT) e Larissa Pelúcio (Unesp), retrata o paradoxo entre visibilidade e violência. Publicada pelo selo editorial da Associação Brasileira de Estudos da Trans-Homocultura (Abeth), a obra reflete como sistemas algorítmicos, muitas vezes vistos como neutros, participam da reprodução de desigualdades, vigilância e exclusão de pessoas com sexualidade e gênero diversas. Ao mesmo tempo, reflete sobre práticas de resistência e tensionamentos.

SUS NAS ESCOLAS

Projeto lançado pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz), SUS nas Escolas vai distribuir kits com livros, videoteca portátil e jogos offline (de cartas e tabuleiro) para a rede pública de educação de diferentes regiões do Brasil. O objetivo é incentivar o interesse de crianças e adolescentes, especialmente do ensino fundamental 2, pelos temas de saúde coletiva, cidadania e ciência. Também há a previsão de formação continuada de professores que atuam nas instituições que se inscreverem. Acesse o edital: <https://bit.ly/sus-nas-escolas>.



SABEDORIA POPULAR EM DEFESA DO CLIMA

A Fiocruz Ceará publicou o novo Guia de Vigilância Popular em Saúde e Emergências Climáticas. O guia une a diversidade de saberes e o diálogo entre povos, movimentos sociais, academia e instituições de saúde, contando com 48 autores e 95 colaboradores, mostrando como a vigilância popular em saúde pode ser uma estratégia para enfrentar as emergências climáticas, integrando saberes populares e científicos. São apresentados conceitos como justiça climática, bem viver, determinação social da saúde, educação popular e ecologia de saberes, entre outros. Acesse o guia em: <https://bit.ly/vigiapovo-fiocruz>.



CURSO SOBRE VÍCIO EM APOSTAS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Curso online e gratuito para profissionais de saúde sobre o cuidado psicológico e social com pessoas viciadas em apostas é ofertado pela Fiocruz, em parceria com o Ministério da Saúde. A formação “Jogos de Aposta: Cuidado na Rede de Atenção Psicossocial (Raps)” terá carga horária de 45 horas e oferta de 20 mil vagas. A iniciativa busca qualificar trabalhadores do SUS, especialmente da Raps e atenção primária, diante do crescimento dos impactos relacionados aos jogos de aposta online no cotidiano da população.

Memória do enfrentamento à desinformação na pandemia da covid-19

ANDRÉ LEMOS*

A memória do enfrentamento à desinformação na pandemia de covid-19 nos ensina que houve um embate, que transcorreu em diferentes fases. No âmbito da desinformação, para uma básica demonstração, é possível destacar que durante o governo do ex-presidente Jair Bolsonaro (2019-2022) a pandemia de covid-19 foi tratada com subestimação institucional na pré-pandemia, com negacionismo científico deliberado quando em vigência, e com discurso saudosista quando atenuada.

A ausência de governança relacionada à desinformação em saúde e ao negacionismo científico é comprovada pela fraude no Cartão de Vacinação, do ex-presidente Jair Bolsonaro, operado por um servidor militar a partir do próprio Planalto da República. A denúncia levou à aprovação, em 25 de abril de 2023, da urgência da votação do Projeto de Lei de Combate às Fake News (Lei nº 2630/2020), na Câmara dos Deputados (infelizmente arquivado em abril de 2024). Essa situação expôs, ainda, o vínculo do ex-presidente com milícias digitais, gerando inclusive um polêmico debate nacional acerca das Big Techs, por serem em última instância as controladoras da informação, ao tempo que falta regulação.

O enfrentamento à desinformação na pandemia de covid-19, portanto, foi uma torrente contínua e essencial, em que as ações e os ativismos coerentes da comunicação em saúde buscaram desconstruir: pronunciamentos negacionistas alardeados por autoridades institucionais; discursos e iniciativas de banalização da omissão à orientação ao isolamento social; narrativas exploradas midiaticamente antivacinas e contra o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI); e espiamentos de milícias digitais.

A manifestação da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), datada de 25 de março de 2020, intitulada “SBPC: Bolsonaro presta desserviço aos esforços para reduzir efeitos trágicos”, em resposta ao pronunciamento do ex-presidente em rede nacional, no dia 24 de março, no qual

qualifica a covid-19 como “gripezinha”, é uma demonstração clara do que representou o enfrentamento à desinformação e ao negacionismo científico na pandemia.

A comunidade científica e o movimento sanitário, enquanto campos sociais, especialmente as frações correlatas à Saúde Coletiva, tiveram muita flexibilidade frente à difícil conjuntura que se instalou, nesse caso, principalmente, entre 2020 e 2022, ocupando protagonismo especial na retomada da democracia.

Dada conjuntura política reforçou o evidente legado da mobilização social, pelo conjunto da frente democrática (nomeada de Frente pela Vida), somando-se comunidade científica, movimento sanitário, movimentos sociais, movimentos comunitários, sociedade civil organizada e instâncias e instituições democráticas, para o enfrentamento à pandemia de covid-19 também no âmbito da relação entre comunicação, informação, saúde e política. Sendo que dentro daquele contexto caótico, estava o Sistema Único de Saúde, o SUS, por ser ele e através dele efetivamente que se deu resposta à tragédia epidemiológica da pandemia, no Brasil, no sentido macro (institucionalmente) e imersivo (socialmente).

O desfecho dessa torrente de enfrentamento à desinformação em saúde e ao negacionismo científico ainda não se encerrou. Mas há de se ter memória e de se saudar vitórias, e quanto a isso são salutareis duas grandes iniciativas recentes, sendo dois grandes símbolos. São eles o lançamento do Memorial da Pandemia, no dia 07 de abril, no Rio de Janeiro, e a sanção da lei, no dia 11 de maio, que instituiu o Dia Nacional em Memória das Vítimas por Covid-19, com a data escolhida para o dia 12 de março — ambos através do atual governo federal, com a participação de representantes da Frente pela Vida, da sociedade civil e de instituições democráticas.

Certamente, são atos singelos para os lares que tiveram vidas ausentadas pela pandemia da covid-19, mas que representam sopros de esperança em um mundo que cada vez mais insiste em ser distópico. E para, o qual, talvez caiba a passagem lírica do “Poeminho do Contra”, de Mario Quintana, “Eles passarão... eu passarinho”, na resiliência em defesa da vida.

■ André Lemos é sociólogo, mestre em educação, articulista em mídias alternativas e analista em políticas públicas.

Mais de
4 MIL

Práticas de saúde publicadas no IdeiaSUS!

De norte a sul, profissionais, gestores e comunidades seguem fortalecendo o SUS.



Acesse o site do IdeiaSUS:
<https://ideiasus.fiocruz.br/>
e publique sua experiência.



Siga o IdeiaSUS
no Instagram!



@IDEIASUSFIOCRUZ



PLATAFORMA COLABORATIVA

IdeiaSUS



FIOCRUZ

SUS

