



CORRIDA PELA VIDA

Transplantes mobilizam rede de cuidados, ciência e solidariedade e salvam milhares de vidas no SUS



HOMENAGEM NA COPA: O torcedor congolês Michel Kuka Mboladinga, apelidado de “Lumumba vea” (“Lumumba vive”), foi um dos destaques da primeira fase da Copa do Mundo 2026. Ele ganhou notoriedade já em 2025, durante a Copa Africana de Nações, ao permanecer de pé e imóvel durante os 90 minutos das partidas de seu país. Muito além do futebol, sua caracterização e gesto homenageiam Patrice Lumumba, mártir e um dos heróis da independência da República Democrática do Congo (RDC), em 1960. Embora tenha sido convidado como membro da delegação congoleza, Mboladinga só conseguiu acompanhar sua seleção em um dos jogos, contra a Colômbia, disputado em solo mexicano. O torcedor-símbolo da RDC enfrentou burocracias por conta de questões sanitárias e depois teve o visto negado para ingresso nos Estados Unidos, onde a seleção congoleza disputou suas outras partidas na competição. Apesar da curta presença na Copa, sua imagem — e a homenagem a Lumumba — rodaram o mundo.

RADIS

edição 286 ■ julho

CAPA: FOTO DE EDUARDO DE OLIVEIRA



EDITORIAL

3 O motor invisível da saúde pública: a solidariedade e o gigantismo do SUS

4 VOZ DO LEITOR

5 SÚMULA

CAPA | TRANSPLANTES

10 Para a vida continuar

20 Transplante é SUS

EMERGÊNCIAS HUMANITÁRIAS

22 “As guerras impactam profundamente a saúde das populações”

25 Marcas das guerras

MEDICAMENTOS

27 Drogas antiobesidade

32 MEMÓRIA

Museu Nacional renasce das cinzas

34 SERVIÇO

35 PÓS-TUDO

Desinstalar o sistema das bets

O motor invisível da saúde pública: a solidariedade e o gigantismo do SUS

O transplante de órgãos é, sem dúvida, uma das operações mais complexas, delicadas e urgentes da medicina moderna. No Brasil, de dimensões continentais e profundas disparidades socioeconômicas, essa engrenagem de alta complexidade ganha contornos ainda mais desafiadores. Contudo, o país reafirma sua posição como referência internacional na área, como mostra relato da coordenadora do Sistema Nacional de Transplantes (SNT) Patrícia Freire, entrevistada pelo repórter Glauber Tiburtino, nesta edição.

Essa liderança não decorre do acaso. Ela se apoia em uma escolha política e social fundamental: a existência do Sistema Único de Saúde (SUS). Em um cenário global em que o acesso a um novo órgão frequentemente depende do poder aquisitivo do paciente ou da cobertura de seguros privados, o modelo brasileiro destaca-se pela universalidade e pela equidade.

Sob a coordenação do SNT, o órgão doado é sempre público e o direito à vida sobrepõe-se a qualquer lógica de mercado. Do atendimento básico e exames de compatibilidade à logística de captação — que envolve uma rede de aviação civil e a Força Aérea Brasileira (FAB) — até o fornecimento vitalício de imunossuppressores, mais de 80% dos procedimentos são integralmente financiados com recursos públicos. Mesmo quando a cirurgia ocorre na rede privada, as regras de alocação e distribuição seguem critérios estritamente públicos e auditáveis.

Histórias como as de José Osmar e de Genilson Santos demonstram o gigantismo estrutural e a excelência logística do SUS que apesar disto esbarra em gargalos quase intransponíveis para qualquer orçamento ou decreto estatal: a dependência absoluta do tecido social. O transplante não se compra, ele depende da solidariedade humana e só funciona se houver empatia e desprendimento. O SUS constrói as pontas e viabiliza os voos contra o relógio, mas cabe a cada um alimentar o motor da doação. Apoiar o sistema público de saúde e dialogar abertamente sobre o desejo de ser doador são os passos necessários para garantir que as estatísticas do amanhã se traduzam em novas histórias de superação e dignidade.

Quando se pensa em guerra, a mente humana tende a registrar o impacto imediato: o clarão das explosões, o rastro de fumaça e os números trágicos de mortos e feridos diretos. No entanto, existe uma violência silenciosa e de longo

alcance que permanece mesmo quando o impacto físico das bombas termina. O que deveria ser um escândalo global e uma violação intolerável do Direito Internacional Humanitário transformou-se, lamentavelmente, na rotina sangrenta dos conflitos contemporâneos. Quase uma década após a Resolução 2286 da ONU — que exige a proteção estrita de instalações médicas em cenários de guerra — a neutralidade da saúde foi revogada pela barbárie. Hospitais não são mais santuários, tornaram-se alvos estratégicos.

Em entrevista recente ao repórter Jesuan Xavier, Alessandra Vilas Boas, diretora-executiva adjunta do Médicos Sem Fronteiras (MSF) no Brasil, trouxe um alerta incômodo, mas extremamente necessário: nos conflitos contemporâneos, a saúde pública deixou de ser um refúgio neutro para se tornar um alvo ativo e estratégico para também minar a resiliência de toda uma população e comprometer as gerações futuras. Aceitar essa realidade como o “novo normal” dos conflitos contemporâneos é falhar como humanidade.

Garantir o acesso de um povo vulnerável ao alimento, à água e à medicina básica em tempos de crise não é uma escolha política, é o limite mínimo que nos separa da barbárie completa.

O crescimento alarmante das apostas online (as chamadas bets) no Brasil é fruto direto de um sistema bilionário e deliberado desenhado para lucrar com a vulnerabilidade humana, que encontrou no ambiente digital um caminho fértil. Os anúncios de apostas estão em todos os lugares — nas ruas, na TV, nos uniformes de futebol e nas redes sociais, promovidos por influenciadores que vendem a ilusão de dinheiro fácil.

As empresas de apostas investem bilhões para criar ecossistemas que funcionam como cassinos digitais, estimulando a impulsividade. Portanto, os danos não podem ser creditados apenas ao “indivíduo que não soube parar” como quer fazer crer o slogan “Jogue com responsabilidade”. São responsáveis todos os “ídolos” que se prestam a aumentar seus ganhos estimulando o jogo, os responsáveis pela falta de controle das plataformas e a não regulação da publicidade (como o que barrou o incentivo ao uso do cigarro) e a falta de ações educativas alertando para a destruição de famílias inteiras que acabam atingidas pelo vício, como relatado no Pós-Tudo desta edição.

Boa leitura!

■ JUSTA HELENA FRANCO, SUBCOORDENADORA 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



40 ANOS DA 8ª CONFERÊNCIA

Eu estava lá, recém-saído da universidade e cheio de vontade de fazer acontecer.

Marco Rezende

Quando eu nasci, ainda não tinha SUS. Minha primeira BCG foi feita aos 5 anos. Meus irmãos tiveram sarampo, caxumba e varicela... Hoje dedico a minha vida a fazer um SUS equânime e resolutivo. A luta por fortalecimento, valorização e reconhecimento é diária.

Ray Pereira

Tenho 62 anos. Lembro, quando criança, para poder ser atendido no médico minha mãe tinha que levar a carteira profissional do meu pai assinada, certidão de casamento e o meu registro. Hoje eu falo: Viva o nosso SUS!

Edson José Pereira da Silva

Conceição Ferreira Fagundes, Francisco das Chagas Dias Monteiro, Gladston José de Paula Santos, Lenilda de Assis, Maria Verônica da Paz, Paulo Benedito de Andrade, Ary Carvalho de Miranda, Hésio Cordeiro, Paulo Buss, Paulo Amarante, Maria Helena Machado, Arlindo Fábio Gomez de Sousa, o presidente da conferência Sergio Arouca e mais tanta gente bonita do Cebes, Abrasco etc. Pessoas com visão do hoje que vivemos. Somos SUS gigante porque eles foram antes por nós. E tantos outros e outras que não consegui nomear. Que sejam sempre lembrados.

Rejane Nps

Fazer parte dessa data histórica foi um momento mágico avassalador. Depois fazer parte das pessoas que recebem no nosso endereço essa revista é um privilégio. A minha fica comigo até a próxima edição. Depois ela cria asas em lugares inimagináveis, principalmente nas bibliotecas das escolas. É a hora de dizer "feliz viagem". Obrigada Radis! Parabéns aos que fazem parte da sua história! Maracanaú, Ceará-Brasil.

Maria Helena Senna

Vamos participar das conferências municipais de saúde, atuar pelo controle social. Viva o SUS!

João Luiz dos Santos

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,
Bruno Dominguez,
Jesuan Xavier, Lara Souza
e Paula Passos

Arte
Eduardo de Oliveira,
Felipe Plauska

ADMINISTRAÇÃO
Fábio Lucas
Ingridi Maia da Silva

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

ASSINATURAS

Assinatura grátis
(sujeita a ampliação)
Periodicidade mensal Impressão
Gráfica RJ Offset
Tiragem 111.200 exemplares

USO DA INFORMAÇÃO

Textos podem ser reproduzidos,
citada a fonte original.

SAÚDE ÚNICA

Há possibilidade de conciliação ou vai continuar um grupo trabalhando na perspectiva de saúde única e outro trazendo críticas? Não podemos pensar em novas perspectivas de atuação na saúde sem a integração das correlações intrínsecas que existem. A saúde humana não está isolada do todo.

Flávia Santana

Agora sim a discussão ficou muito mais democrática entre as divergências.

Matheus Anthony Mendes

ARQUITETURA DA DESIGUALDADE

Todos necessitamos morar com dignidade. Sem os percalços aos quais somos submetidos. Hoje, não pude sair de casa. A insegurança pública não permitiu. Perdi consulta médica.

Ivanise Lobo

POLÍTICA DE COMUNICAÇÃO DO SUS

Tema muito necessário. Não basta a gente fazer tanta coisa, tanta produção e tanta ciência se infelizmente a desinformação anda em um ritmo muito mais acelerado. A comunicação é um dos melhores mecanismos de acesso aos serviços de saúde

Rebeca Duarte

Vemos que a falta de comunicação cria vazios assistenciais causando gargalos na urgência. A falta de comunicação impede o enfrentamento das doenças de base como hipertensão e diabetes, patologias que agudizam rapidamente e demandam muitos leitos hospitalares, resultando em alto custo financeiro e social.

Fábio Cunha





ILUSTRAÇÃO GERADA POR IA

A Copa das Bets e seus impactos na saúde

É inegável que o YouTube ocupa hoje uma posição de destaque em transmissões esportivas. A Copa do Mundo 2026 deixa isso ainda mais evidente, ao olharmos o alcance desses veículos. Referência no assunto, o canal comandado pelo criador de conteúdo Casimiro Miguel, a Cazé TV, reúne mais de 37 milhões de inscritos. Junto com tamanha visibilidade, cresce também o interesse dos anunciantes.

Nos últimos anos, as propagandas de casas de apostas dominaram o ambiente do futebol. As chamadas “bets” patrocinam clubes, estádios, competições, atletas e, claro, as transmissões dos jogos. É nesse aspecto que a Cazé TV tem sido pivô, na internet, de uma discussão necessária: qual o limite ético da publicidade de produtos com potencial nocivo à saúde e à vida das pessoas? A ressalva protocolar “jogue com responsabilidade”, ao fim de cada anúncio, terceiriza a culpa, mas deveria voltar-se a eles próprios: “anunciem com responsabilidade”.

Fenômeno entre jovens e fãs do futebol, Cazé e sua turma apresentam as partidas de forma descontraída, como se o espectador estivesse em sua própria roda de amigos, e assim ampliam seu poder de influência. Para além de divulgarem as bets, por vezes, os narradores incentivam apostas arriscadas — as chamadas “odds altas”. Em pesquisa realizada entre dezembro de 2025 e janeiro de 2026, o Procon-SP apontou que quase 40% dos apostadores entrevistados se endividaram após começarem a utilizar plataformas de apostas online. Os efeitos à saúde física e mental podem ser devastadores (*Radis* 275).

Especialistas em saúde mental alertam para o aumento do risco de desenvolvimento do transtorno do jogo. Outro agravante é o envolvimento de pessoas com menos de 18 anos nas apostas. Em abril de 2025, dados do Ministério da Justiça e Segurança Pública apontaram que adolescentes de 14 a 17 anos estão acessando sites ilegais — apesar de restrições das plataformas — e representam o grupo mais vulnerável, com 55% dos apostadores com algum grau de risco ou transtorno relacionado ao vício.

A jornalista Milly Lacombe, em sua coluna no UOL (22/6), cita um dos destaques da primeira fase da

competição para ilustrar o impacto da Cazé TV: o estrondoso aumento de popularidade do goleiro cabo-verdiano Vozinha, catapultado de cerca de 50 mil a mais de 15 milhões de seguidores, após uma rápida campanha no canal. “Quando os comentaristas da Cazé TV falam, a galera escuta. Imaginem se essas vozes estivessem se pronunciando para chamar de babaca todo pai que deixa de pagar pensão alimentícia. Imaginem se estivessem mobilizados pelo fim da violência contra a mulher praticada por homens. Infelizmente, não é essa a agenda deles”, pontuou.

Em movimento recente, grandes nomes da cultura e música brasileira — como Chico Buarque, Caetano Veloso, Gilberto Gil, Djavan, Anitta e Emicida — publicaram vídeos nas redes sociais pedindo o fim da normalização desses jogos, com a campanha “Block no Tigrinho”.

COPA TAMBÉM É DOS FILHOS DA DIÁSPORA

Mas nem só das bets vive a Copa 2026. Outro destaque é o número de jogadores atuando por países em que não nasceram: 289, o que representa 23% do total de atletas inscritos na competição. “A Copa do Mundo de 2026 é a Copa dos chamados ‘filhos da diáspora’, marcada pelo fenômeno da globalização e movimentos migratórios resultantes de séculos de colonização europeia pelo mundo”, destaca o repórter Guilherme Padin (UOL, 13/6). Isso tudo nos Estados Unidos de Donald Trump, um país construído pela imigração, mas que hoje a nega e a persegue.

■ LEIA PÓS-TUDO SOBRE O ASSUNTO NA PÁGINA 35

Vacina Pneumo 20 no SUS

A vacina pneumocócica conjugada 20-valente (Pneumo 20) foi disponibilizada em junho no SUS, por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI). Poderão ser vacinadas crianças de até 5 anos, que antes tomavam a 10-valente. O esquema continua sendo o mesmo: duas doses aos 2 e 4 meses, com reforço aos 12 meses.

O imunizante, cuja dose custa cerca de R\$ 500 na rede particular, protege contra 20 sorotipos da bactéria *Streptococcus pneumoniae*, principal causadora de doenças graves como pneumonia e meningite e casos que podem levar a sequelas, hospitalizações e mortes.

Grupos prioritários a receber a vacina:

- Crianças menores de 5 anos;
- Povos indígenas maiores de 5 anos de idade (sem histórico vacinal com pneumo conjugada);
- Idosos com 60 anos ou mais acamados e/ou institucionalizados;
- Pessoas com condições clínicas especiais, atendidas nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE).

SUS oferece novo exame para câncer de intestino

A partir do segundo semestre de 2026, o SUS vai disponibilizar um novo exame para rastreamento do câncer colorretal em homens e mulheres assintomáticos entre 50 e 75 anos. O teste imunoquímico fecal (FIT, na sigla em inglês) é semelhante ao teste de gravidez, feito com fitas rápidas. O método detecta pequenas quantidades de sangue oculto nas fezes, que podem ser sinal de pólipos, lesões pré-cancerígenas ou câncer no intestino. Importante ressaltar que o FIT não substituirá a colonoscopia, que continua sendo considerada o padrão-ouro para avaliação do intestino.

Beatriz Grinsztejn vence Prêmio Christophe Mérieux 2026

A pesquisadora Beatriz Grinsztejn, do Instituto Nacional de Infectologia (INI/Fiocruz), foi anunciada como vencedora do Prêmio Christophe Mérieux 2026, concedido pelo Institut de France e pela Fundação Christophe e Rodolphe Mérieux. A premiação reconhece contribuições de destaque para a pesquisa em doenças infecciosas em países em desenvolvimento.

Beatriz, que também preside a International Aids Society (IAS), é a segunda pesquisadora do INI/Fiocruz a receber a honraria; a primeira foi Patrícia Brasil, premiada em 2018 por suas pesquisas sobre o vírus Zika. O prêmio 2026 foi concedido pelo projeto “Da Evidência à Ação”, voltado à produção de conhecimento sobre HIV, infecções sexualmente transmissíveis e infecções emergentes na América Latina.



EDUARDO DE OLIVEIRA



CFP em defesa das pessoas intersexo

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) publicou uma manifestação (22/5) em defesa dos direitos das pessoas intersexo e criticando a Resolução nº 2.455/2026 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que atualizou as diretrizes sobre os ditos “distúrbios do Desenvolvimento Sexual” (DDS). Pessoas intersexo são aquelas que nascem com características biológicas que não se encaixam nas definições classificadas como masculino ou feminino.

O CFP questiona o uso do termo “distúrbio do desenvolvimento sexual”, argumentando que a expressão reforça a patologização de características corporais que constituem variações naturais do sexo biológico. Também se posiciona contra a realização de procedimentos cirúrgicos irreversíveis em crianças e adolescentes intersexo sem que possam exercer consentimento informado.

Segundo o conselho, intervenções desse tipo podem gerar impactos permanentes na vida das pessoas e devem respeitar princípios de autonomia, integridade corporal e autodeterminação. “O que o texto do CFM oferece é um protocolo para administrar violações, e não para erradicá-las,” afirma o CFP.

Queda dos homicídios no Brasil

O Atlas da Violência 2026, divulgado em 26 de maio, registrou uma queda expressiva no número de mortes violentas no Brasil: 42.590 homicídios verificados em 2024, o que representa uma redução de 33,4% em 10 anos de estudo. Elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) em parceria com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública, o Atlas aponta, no entanto, que a violência contra as mulheres e a população negra continua alta. O estudo é produzido a partir de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), do Ministério da Saúde (MS).

Raio-X da violência

- 42.590 homicídios em 2024
- Menos 7,4% de assassinatos do que em 2023
- Redução de 33,4% em 10 anos
- 77% das pessoas assassinadas são pretas ou pardas
- 90 pessoas negras assassinadas por dia
- 67,5% das vítimas de feminicídio foram mulheres negras



PALLO PINTO/AGÊNCIA BRASIL



TIAGO QUEIROZ/ISTO É ASSAÍ

Senado suspende norma do Conanda sobre aborto legal

Em uma plenária semipresencial e com menos de dois minutos de votação, o Senado suspendeu (2/6) a validade da Resolução nº 258/2024 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) com a aprovação do Projeto de Decreto Legislativo (PDL) 3/2025, agora Decreto Legislativo (DL) 105/2026. A resolução tratava do atendimento humanizado para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e da garantia de seus direitos, inclusive nos casos de aborto legal para gravidez decorrente de estupro.

A norma regulava, por exemplo, a integração entre serviços de saúde, assistência social e segurança caso fosse preciso realizar um aborto legal em menores de 14 anos. O atendimento imediato pelos serviços de saúde, a prevenção de revitimização e a articulação entre os órgãos da rede de proteção também estavam previstos na resolução. Com a aprovação do decreto, entidades de defesa dos direitos humanos e diversos ministérios afirmaram que a retirada dos protocolos vai dificultar ainda mais o acesso à saúde e fragilizar a proteção das vítimas de violência sexual.

O Conanda manifestou repúdio à aprovação do decreto e rebateu as acusações de que a resolução 258 teria instituído novos direitos ou extrapolado a competência legislativa. "Seu objetivo [da Resolução nº 258/2024] nunca foi criar novos direitos ou alterar a legislação vigente, mas estabelecer diretrizes nacionais para qualificar a atuação da rede de proteção, organizar fluxos de atendimento e assegurar a efetivação de direitos já reconhecidos pelo ordenamento jurídico brasileiro", disse em comunicado (2/6).

"CRIANÇA NÃO É MÃE"

A aprovação do decreto fez com que atos fossem convocados em todo país, em 9 de junho, pela Frente Nacional pela Legalização do Aborto (FNPLA) e organizações que atuam pelos direitos das meninas e mulheres contra o que foi chamado de "PDL da Pedofilia". A frase "Criança não é mãe" voltou a ser utilizada nas manifestações e 22 organizações da sociedade civil fizeram um apelo à Organização das Nações Unidas (ONU) denunciando o DL 105/2026.

ENTENDA

Pela legislação brasileira, toda gestação em menores de 14 anos é presumidamente decorrente de estupro de vulnerável, situação em que o aborto é permitido por lei. No Brasil, o aborto é legal em três casos: quando há risco de vida para a mãe; em casos de feto anencéfalo; ou em gestações decorrentes de estupro.

“ O Brasil que queremos é um país sem manicômios físicos, simbólicos e políticos. Um país que cuida, que acolhe, que respeita a diversidade e reconhece que a saúde mental é um termômetro da justiça social ”

[Trecho da Carta do Espírito Santo, publicada ao final do 10º Congresso Brasileiro de Saúde Mental, realizado em Vitória (ES) entre 4 e 7 de junho. O documento reúne diretrizes para orientar o debate eleitoral de 2026.]

Marca de castigo corporal em adolescente internado: inspeção em CT em Itamonte (MG), pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e outros órgãos

Crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas

A Câmara dos Deputados aprovou (28/5) um projeto de lei (PL) que permite a internação de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas (CTs). O PL 1822/2024 modifica a Resolução nº 249/2024 do Conanda, que vedava a internação de pessoas menores de 18 anos nessas instituições. Mesmo proibida até então, a presença de crianças e adolescentes nas CTs já ocorria, inclusive com episódios de tortura, maus tratos e outras violações de direitos, como *Radis* abordou na reportagem de capa da edição 284 (maio de 2026).

Inspeções nessas instituições revelaram casos de “isolamento, afastamento da convivência familiar e comunitária, restrição de comunicação, condições físicas inadequadas, violações ao direito à educação, cultura e profissionalização, imposição de dogmas religiosos e convivência com pessoas adultas”, destacou o Conanda, em nota conjunta (25/5) com o Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (CNPCT).

Também a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC), órgão ligado ao Ministério Público Federal (MPF), declarou que o projeto contraria o modelo de proteção integral, que reconhece esse público como sujeito de direitos. “A Rede de Atenção Psicossocial (Raps), com serviços como os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi), deve ser o canal prioritário de atendimento em saúde mental para crianças e adolescentes — e não instituições privadas fora dessa rede”, afirmou em nota técnica (3/6).



PARA A VIDA CONTINUAR

Histórias de transplantados revelam um dos sistemas mais complexos e bem-sucedidos do SUS

GLAUBER TIBURTINO

O cearense radicado no Rio de Janeiro José Osmar Alves Ferreira precisou de um novo coração aos 40 anos, por conta da doença de Chagas. Em Sergipe, no município de Japaratuba, foram os rins de Genilson da Silva Santos que pararam de funcionar quando ele tinha apenas 39 anos, devido a uma hipertensão até então desconhecida e não tratada. Em ambos os casos, o transplante de órgãos foi a resposta para que José Osmar e Genilson continuassem a viver. Mas até lá, longos caminhos foram percorridos e diferentes redes tiveram que ser mobilizadas.

Em média, por ano, no Brasil, mais de 9 mil pessoas recebem órgãos de doadores vivos e falecidos. E, com isso, ganham uma nova esperança. O transplante de órgãos é um dos procedimentos mais complexos de assistência à saúde. No país, ele é gratuito e regulado exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Por trás de toda essa operação funciona um sistema robusto, mas que depende de algo que não se compra: a solidariedade humana.

Há 14 anos, José Osmar mal conseguia subir os degraus até sua casa, na Rocinha, Zona Sul do Rio de Janeiro. Hoje, após passar pelo transplante cardíaco, é maratonista. Mas para que, aos 54, ele esteja vivo e correndo pelas ruas do Rio e de outras cidades pelo país,

precisou contar com a generosidade de uma família anônima, que sem o conhecer lhe deu a chance de receber um novo coração e estender sua caminhada pela vida.

No povoado São José, a cerca de 55 km de Aracaju, em Sergipe, Genilson Santos encontrou em seu seio familiar o rim que o libertou da máquina de hemodiálise. Foram quase três anos de intermináveis sessões. O resultado dos exames de compatibilidade com a irmã cinco anos mais nova, Ana Paula Santos, foi a senha para o retorno a uma vida com a qual estava se desacostumando.

Outros Josés e Genilsons, no entanto, multiplicam-se pelo país. Em meados de junho de 2026, quase 49 mil pessoas aguardavam órgãos no Brasil, segundo dados do painel de monitoramento do Ministério da Saúde (<https://bit.ly/paineltransplantes>). Por trás de cada nome na lista de espera, existe uma história parecida com a deles: alguém aguardando para voltar a trabalhar, caminhar ou simplesmente viver sem depender de uma máquina.

O Registro Brasileiro de Transplantes (RBT) — principal anuário estatístico sobre o tema, editado desde 1997 pela Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO) — aponta que 2025 registrou números recordes de transplantes hepáticos e renais. Já o transplante cardíaco, que vinha em ascendência desde 2020, diminuiu 4,3%. Números que informam, mas também revelam.

SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES É SUS

Em um país de dimensões continentais, com mais de 210 milhões de habitantes e um sistema de saúde universal, público e gratuito, o transplante de órgãos é um dos procedimentos mais desafiadores, por toda a logística operacional e custos envolvidos. O Brasil é referência internacional no tema e em números absolutos de transplantes de fígado e rins, hoje, fica atrás apenas dos três países de maior população no mundo — Índia, China e Estados Unidos. É o que ressalta à *Radis* a enfermeira Patrícia Freire, coordenadora-geral do Sistema Nacional de Transplantes do Ministério da Saúde (SNT/MS).

Quarto colocado no mundo nessas modalidades, porém, com um diferencial fundamental: “Em muitos países o acesso ao transplante depende de modelos de seguro, financiamento privado ou cobertura parcial entre o paciente e o seu seguro. No Brasil, não”, explica Patrícia. “O SUS organiza e financia essa rede, que é capaz de ofertar transplantes de altíssima complexidade, medicamentos imunossupressores e realizar o acompanhamento pós-transplante de forma totalmente gratuita para a população”, acrescenta. Atualmente, mais de 80% dos transplantes realizados no país utilizam integralmente recursos públicos.

Mesmo nos casos em que os pacientes podem custear a cirurgia e optam por fazer o procedimento em hospitais particulares, a rede de regulação de transplantes é única e coordenada pelo SUS. “No Brasil, o transplante é uma atividade de interesse público regulada pelo Estado e organizada pelo Ministério da Saúde. Isso quer dizer que mesmo quando o procedimento ocorre em um hospital privado, toda a parte

da doação, a inscrição na lista, a alocação do órgão e os critérios de distribuição seguem regras públicas”, pontua Patrícia.

Ainda segundo ela, o hospital pode ser público ou privado, mas tanto um quanto outro precisa ser autorizado pelo SNT para que possa atuar no processo de doação e transplantes. E faz uma ressalva importante: “O órgão doado é sempre público”. Patrícia enfatiza que o Brasil não é apenas um país que realiza muitos transplantes, é um país que realiza transplantes em larga escala, com base no sistema público, universal e solidário. “Então, isso coloca o SNT como uma das maiores políticas públicas de alta complexidade do mundo”, analisa.

A Central Nacional de Transplantes (CNT) é um braço operacional do SNT que funciona 24 horas por dia, sete dias na semana. Como o tempo é um fator decisivo, sua atuação é estratégica na distribuição nacional de órgãos. Em interação com as centrais estaduais, a CNT viabiliza o transporte de órgãos, tecidos e das equipes de captação e de transplantes, via acordos com as companhias aéreas da aviação civil e com a Força Aérea Brasileira (FAB). Só em 2025, foram realizados quase 5 mil voos para transporte de órgãos e equipes país a fora.

A partir dos casos de José Osmar e Genilson Santos, que um dia estiveram no centro dessa rede de cuidados, *Radis* ilustra o funcionamento do Sistema Nacional de Transplantes, com base no tripé que sustenta o serviço: lista de espera, doação e transplante. A reportagem também aborda desafios, mostra dados estatísticos e traz detalhes que permeiam todo esse processo crucial para que milhares de vidas sejam salvas anualmente no Brasil.

JOSÉ OSMAR: BATE, CORAÇÃO

Foi no meio da tarde de uma quarta-feira, 8 de agosto de 2012, que o telefone da casa de José Osmar tocou com a notícia que transformaria sua vida. Sofrendo com as dificuldades impostas por uma insuficiência cardíaca severa, ele mal conseguia respirar. Qualquer movimento, por menor que fosse, cobrava um fôlego que ele já não tinha, fazendo a vida perder o sentido naquele momento.

Do outro lado da linha, uma funcionária do Instituto Nacional de Cardiologia (INC) — principal referência de transplantes cardíacos no Rio — fez o tão aguardado anúncio: “Seu José, venha para o hospital imediatamente. A equipe identificou um coração que ao que tudo indica é compatível para você”. Aquelas palavras mudaram seu ânimo: “Naquele momento, acho que não precisava mais nem de transplante, porque eu fiquei tão feliz que gritava dentro de casa, pulava de alegria, foi uma felicidade muito grande”, relembra.

Esse capítulo de sua história havia começado quatro anos antes. Em 2008, quando trabalhava como zelador em um prédio na Zona Sul carioca, o cearense natural de Ipu começou a se sentir mal, com falta de ar, cansaço e inchaço causado por acúmulo de líquido. Após diversas idas a emergências e unidades básicas de saúde, exames identificaram uma cardiomegalia — que é o crescimento desordenado do coração. A suspeita para sequela da doença de Chagas foi confirmada em seguida.

Com o diagnóstico em mãos, José chegou ao ambulatório de Doença de Chagas da Fiocruz, no Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI), onde foi acompanhado durante quatro anos, sem precisar pagar pelas consultas, medicamentos e exames. Até que os tratamentos convencionais se tornaram insuficientes para o seu caso e o transplante foi apresentado como única solução.

“Lembro que até brinquei, perguntando se teria que ir para São Paulo, porque eu não ouvia falar em transplante no Rio. Aí o médico falou: ‘não, você vai fazer aqui no Rio mesmo e vai fazer pelo SUS’”, relata. José também conta que na época a caçula de seus três filhos tinha pouco mais de um ano, o que sensibilizou ainda mais a equipe médica.

O FIM DA ESPERA

Do ambulatório da Fiocruz, José foi encaminhado para uma avaliação no INC, onde realizou todo o protocolo de exames, consultas e atendimentos por equipe multiprofissional de saúde. Três meses depois de ser cadastrado na lista de espera, passou pela sonhada cirurgia de transplante, naquele mesmo 8 de agosto, poucas horas após atender a ligação do hospital. Isso porque quando surge um órgão compatível, o tempo é um fator determinante. Um coração, como o que

“

Seu José,
venha para o hospital
imediatamente.
A equipe identificou um
CORAÇÃO que ao que
tudo indica é **COMPATÍVEL**
para você ”

José Osmar recebeu, precisa voltar a funcionar no receptor em até quatro horas após ser retirado do doador. É de fato uma corrida contra o relógio.

“A questão do tempo é muito importante, porque os órgãos vão para o gelo, mas essa é uma situação antifisiológica e por mais bem mantido que seja, sempre há algum tipo de dano celular. Quanto mais tempo no gelo, pior será a performance do órgão”, detalha à *Radis* a cardiologista Jacqueline Miranda, coordenadora do Departamento de Insuficiência Cardíaca e Transplantes do INC. Ela frisa ainda que cada órgão possui um tempo de isquemia fria — período de duração fora do corpo humano, se armazenado em condições ideais [veja o infográfico na página 19]. No cargo desde 2011, a médica acompanhou e ainda monitora o caso de José Osmar.

Sobre o dia do transplante, José divide uma curiosidade de bastidores. Ele narra que ao entrar na lista do transplante foi orientado a deixar uma mochila com roupas e itens pessoais preparada e um dinheiro separado para o táxi, de modo que chegasse o mais rápido possível ao hospital, quando convocado. No dia, porém, a euforia foi tamanha que, mesmo com tudo organizado, ele confessa ter cometido uma imprudência: foi de mototáxi. “Fui em uma moto e minha esposa na outra. Eles iam buzinando para o pessoal abrir o caminho, mas ninguém imaginava que aquela moto estava transportando uma pessoa que ia receber um coração”, comenta.

Com o novo coração, José Osmar estampa no peito o orgulho de ser um atleta transplantado



GABRIEL RODRIGUES



José começou a correr durante o processo de reabilitação e não parou mais

O gesto, no entanto, não passou despercebido: “Quando cheguei no hospital, acabei levando uma chamada da enfermeira, que disse: ‘você veio para receber um coração e vem se arriscando? Podendo até morrer no caminho?’”. “Mas eu tinha que chegar rápido e a única solução era a moto”, defende-se. Momentos depois de se aventurar sobre duas rodas no trânsito carioca, José Osmar passou por toda a avaliação prévia e teve a confirmação de que receberia um novo coração naquela noite.

CORRENDO PELA VIDA

A sensação de alívio ao despertar da cirurgia, horas depois, ainda está viva na memória de José: “Lembro que quando acordei, estava entubado, vi aquela luz do CTI, todo mundo em volta de mim e de imediato veio na mente o pensamento: o cansaço já acabou”. Ele revela que a leveza ao respirar era algo já inviável há algum tempo. Depois de duas semanas, quando recebeu alta hospitalar, a escada de casa já não era mais desafiadora como havia se tornado nos últimos anos.

“Da rua até minha casa, são quase 70 degraus. Antes do transplante, a cada dois ou três que eu subia, tinha que parar com falta de ar. Quando eu recebi a alta, subir caminhando sem precisar de ajuda de ninguém já foi uma bênção”, relata. Seis meses depois, iniciava a reabilitação cardíaca, no próprio INC, onde permaneceu por cerca de oito meses. Começava ali um novo hobby, que de atividade física de rotina virou paixão: a corrida de rua.

“Quando o paciente recebe alta da reabilitação eles recomendam a prática de atividade física. Como eu já corria 30 minutos na esteira, perguntei ao médico se poderia passar a correr na orla e ele autorizou. Assim, comecei a correr na praia”, relembra. Cada vez mais adaptado àquele novo mundo, conheceu as provas de rua e se inscreveu na primeira corrida — um trajeto de 5 km, já em 2014.

A evolução na modalidade foi natural e a distância foi aumentando: 10, 12, 16 km. Até os 21 da meia maratona. Nesse momento, conta que os médicos ficaram reticentes, mas o autorizaram. Ainda assim, ele queria mais: “Me chamavam de atleta, mas para ser atleta é preciso correr uma maratona”, pensava. E assim iniciou a preparação para correr os 42.195 metros mais desafiadores na vida de um corredor amador. Tudo isso começando a correr após os 40 anos e depois de passar por um transplante cardíaco. Uma jornada para poucos: “Sou o único transplantado de coração que corre por aqui”, orgulha-se.

DE TRANSPLANTADO A MARATONISTA

A nova meta de vida foi cumprida em 2017, na 15ª Maratona do Rio, prova que reuniu 11,5 mil corredores. “Quando eu cruzei a linha de chegada, eu chorei. Passar por tudo o que eu passei e estar ali... sempre que termino uma prova agradeço internamente à família doadora, aos médicos, a todos os envolvidos no meu transplante”. Depois disso, ainda chegou a correr mais uma maratona e no momento da entrevista se preparava para sua 14ª meia.



ACERVO PESSOAL

Mais de cem medalhas e a almofada em homenagem ao Instituto Nacional de Cardiologia (INC): orgulhos de José

De medalhas penduradas na parede de casa, soma mais de cem. Em suas corridas, José Osmar faz questão de divulgar a doação de órgãos e usa uma camisa com os dizeres: “Atleta transplantado”, na frente, e “Eu tenho um coração transplantado”, na parte de trás, o que gera admiração e aplausos por onde passa.

Para Jacqueline Miranda, José Osmar representa inspiração: “Ele é um exemplo de alguém que aproveitou

muito bem o órgão que recebeu. Tem tanta gente que nasceu com coração normal e não faz exercício, então o vejo como um grande exemplo para todos nós”, afirma. A cardiologista lembra que o zelo e a disciplina do paciente compensam todo o investimento feito. “Acho que cuidar do órgão como o José cuida é um exemplo de entender todo esse processo. É muita gente envolvida, trabalhando sério, muito investimento do Estado, e ele está fazendo o papel dele retribuindo com uma saúde excepcional”.

O ex-zelador e hoje maratonista compartilha do entendimento que deve valorizar o novo coração e por vezes ainda acredita não estar fazendo o suficiente: “Somos orientados a ter cuidado, porque ganhamos uma segunda chance para viver. Então, você tem que dar valor àquele órgão, até porque sua vida depende dele”, diz.

A coordenadora de transplantes do INC alega que o cuidado contínuo com um paciente transplantado é uma extensão natural de um processo iniciado no “sim” de uma família em luto: “A gente pegou o coração de alguém que doou, que estava triste, enlutado, e nos apropriamos dele para passar para outro alguém. É importante que a gente cuide desse órgão. E cuidar desse paciente, fazer com que ele viva muito com esse órgão, é um papel da equipe”, argumenta.

José declara ser grato à família doadora — a qual diz ter o desejo de conhecer um dia — e ao SUS: “Foi tudo por conta do SUS, não paguei nada. É uma gratidão para o resto da vida. Sempre que vou comprar alguma coisa na farmácia, perguntam se eu tenho plano de saúde e eu brinco, dizendo que meu plano de saúde é o SUS, com muito orgulho”.

Antes de encerrar a entrevista, compartilhou com alegria outro feito, como marco de superação: “Quando estava à espera do órgão, tinha que ir para o hospital com alguém me acompanhando, porque eu poderia passar mal no caminho. E hoje eu vou correndo de casa até lá. Então, quando eu chego todo suado é um ressignificado e fico muito feliz”, celebra.

GENILSON E ANA PAULA: COMPATÍVEIS

O estado de Sergipe realizou apenas quatro transplantes de órgãos em 2025. Todos de rins. Três com doadores vivos. Um deles foi o de Genilson Santos, que recebeu o órgão de sua irmã, Ana Paula, a quatro dias de completar três anos de hemodiálise. A saga de Genilson teve início em 2022, quando buscou atendimento médico ao se sentir mal. Até aquele momento, levava uma vida normal, trabalhava como motorista de carro pesado e acreditava estar tudo certo com sua saúde.

“De repente passei a sentir, não dores no corpo, mas aquela moleza, bastante fraqueza, perdia o apetite, não queria mais comer”, relata à *Radis*. Ele procurou um cardiologista, por desconfiar que poderia estar hipertenso. Em parte, tinha razão — realmente foi diagnosticado com hipertensão arterial, mas a situação era mais séria: a pressão alta há anos sem controle já havia prejudicado seus rins.

Dessa ida ao cardiologista, descobriu que o órgão responsável por filtrar o sangue e eliminar toxinas do organismo estava parando. “Lá disseram que eu só tinha 5% dos rins funcionando e que não seria recomendado sequer voltar para casa. Me orientaram a procurar uma emergência para ‘limpar o sangue’, que deveria estar bastante ‘sujo’. Eu não entendia nada daquilo direito, mas fui buscar atendimento”, narra.

Ele conta que foi apresentado ao tratamento e passou 15 dias internado realizando hemodiálise junto a dezenas de outros pacientes. Em seguida, conseguiu vaga em uma clínica conveniada com o estado e o protocolo passou a ser de três sessões por semana, com duração de quatro horas cada. Para realização do tratamento, Genilson era transportado de Japarutuba até Aracaju. O procedimento, que visa suprir a falência dos rins por meio de uma máquina e tubos que se conectam às artérias, é imprescindível para a sobrevivência de



RODRIGO PAZINATO



ACERVO PESSOAL

Irmãos ficaram ainda mais unidos após o transplante e hoje também correm e incentivam a doação de órgãos

um paciente renal crônico, mas é um processo difícil, limitante e com efeitos debilitantes, explica ele.

Suas irmãs o acompanhavam em algumas sessões e se comoviam com seu desconforto, preso por horas à máquina que o mantinha vivo. Até que viram a notícia de que seu estado iria retomar os procedimentos de transplantes de órgãos após anos de suspensão do serviço. Genilson se animou com a possibilidade e as irmãs logo se dispuseram a realizar os testes de compatibilidade e iniciar os trâmites no Hospital Universitário Federal de Sergipe.

Os exames detectaram compatibilidade maior com Ana Paula, que diz ter sentido alegria em poder ajudar o irmão. Mesmo já tendo uma possível doadora definida, era necessário ainda uma bateria de exames e consultas com ambos, para atestar as adequações e garantir o êxito da cirurgia. Entre esses procedimentos, períodos de greve do serviço e espera pelos pacientes cadastrados na frente, foram-se mais dois anos no aguardo da cirurgia — até lá, passando pela hemodiálise.

NOVO FILTRO PARA O CORPO

Patrícia Freire, coordenadora do Sistema Nacional de Transplantes, explica que, nos casos de doadores vivos consanguíneos, o SNT também é responsável pela regulação de todo o processo: “O doador vivo precisa, da mesma forma que o receptor, passar por uma avaliação rigorosa, tanto clínica quanto laboratorial, para confirmar que a doação é segura para si e adequada ao receptor”, pontua. Ela ressalta que aspectos éticos e legais também são avaliados, para

garantir que a doação seja voluntária e que não haja coerção emocional e financeira, conforme determina a legislação (Lei nº. 9.434/1997).

A principal diferença em relação ao doador falecido, segundo ela, é que o receptor não precisa entrar na lista de espera do SNT, já que a doação é direcionada a ele. Doador e receptor são inscritos no sistema informatizado do SNT para fins operacionais e de monitoramento, mas já com a indicação de transplante com doador vivo.

Após a dupla concluir todas as etapas preparatórias, Genilson recebeu o rim de sua irmã, Ana Paula, em 30 de maio de 2025, uma sexta-feira — há pouco mais de um ano da data de publicação da reportagem. A cirurgia foi bem sucedida e a confirmação veio logo assim que o efeito da sedação passou: “Eu me lembro que quando saí do centro cirúrgico, ainda na maca, já pedi logo para ir ao banheiro, querendo ‘fazer xixi’. E foi uma alegria, porque eu passei três anos sem saber o que era ir ao banheiro para urinar”, recorda.

A responsável pelo setor de transplantes do INC confirma: “Quando o rim vem de um doador vivo e é passado direto de uma pessoa para outra, sem precisar do gelo, o paciente já sai urinando. Os melhores resultados de transplantes renais são com doadores vivos”, afirma Jacqueline.

Após a recuperação, Genilson também aderiu à corrida de rua como prática de saúde, assim como José Osmar, e passou a participar de provas ao lado de Ana Paula. Também a exemplo do que faz o cearense radicado no Rio, os irmãos de Sergipe correm com uma mensagem de incentivo à doação de órgãos, que diz: “Quando você doa órgãos a vida continua”. Genilson e José estão aí para provar que sim.

“

A gente fica **sem palavras** por uma pessoa tirar um órgão e dar ao irmão. Quem está recebendo não sabe como **agradecer.**”

SEM MEDO DE FAZER O BEM

Antes mesmo dos exames de compatibilidade, a assistente social Ana Paula Santos já carregava consigo a certeza de que um de seus rins seria de seu irmão. Tamanha confiança e expectativa não deram espaço a medo ou dúvida: “Eu sentia Deus comigo o tempo todo, me amparando e dando força. Estava tão leve, com tanta vontade de ser doadora, que não tive medo”, confidencia.

Nem mesmo a demora até o procedimento a fez recuar de sua convicção: “Foram dois anos de espera, mas em nenhum momento pensei em desistir. Só aumentava a vontade de que chegasse logo o momento”, diz. Os irmãos contam que chegaram a viajar até Salvador no período de greve do serviço de saúde em Sergipe, mas a médica que os atendeu na capital baiana tentou desaconselhar Ana de ser doadora do irmão, em função de sua idade — 35 anos na época — e por ter apenas uma filha.

“Como é que uma médica diz uma coisa dessa? A gente saiu de lá super triste, mas eu falei: ‘Genilson, vamos voltar para Sergipe e continuar o trâmite por lá, porque é o meu desejo e ninguém vai tirar isso de mim’. Daí, retornamos ao Hospital Universitário e entramos na fila. E graças a Deus, conseguimos”, relata.

Ana Paula conta que a cirurgia ocorreu sem problemas, mas não esconde as dificuldades do pós-operatório. “A recuperação é dolorosa, não vou negar. Chorei muito, mas em nenhum momento me arrependi. Eram lágrimas de gratidão”.



RODRIGO PAZINATO

Passado um ano da doação, Ana Paula continua não hesitando: faria tudo outra vez. E deixa um recado a quem se vê diante dessa possibilidade: “Eu diria que é uma oportunidade que você está dando a outra pessoa, porque só quem passa é que sabe. A realidade de lá [do centro de hemodiálise] é totalmente diferente. Então, só peço a quem tem essa possibilidade que doe, que ajude o próximo”, convoca.

QUANDO FALTAM PALAVRAS PARA AGRADECER

Genilson ainda busca meios de expressar a gratidão pelo ato de amor da irmã: “A gente fica sem palavras por uma pessoa tirar um órgão seu e dar ao irmão, porque não é fácil. Quem está recebendo não sabe como agradecer. Será que obrigado está bom? Será que Deus lhe pague está bom?” E responde ao próprio questionamento: “Para mim, não. Porque eu não acho um rim no mercadinho, nem na feira. A gente só acha de um ser humano e esse ser humano foi a minha irmã. Fico muito grato, aliviado e feliz”.

Apesar da felicidade por recuperar a função renal, Genilson não esquece daqueles que permanecem lidando com o duro processo de tratamento. “Eu fazia as sessões de hemodiálise segunda, quarta e sexta. Quando chega segunda-feira, sempre me lembro deles e fico pensando que estou em casa, bem, mas eles ainda estão lá esperando em uma fila”. E cita a importância da doação de órgãos:

“Tem famílias que negam a doação, tem parentes que não se habilitam, tudo isso porque falta informação. Eu sei

que as famílias enlutadas ficam constrangidas, pois sofreram uma perda, mas eu penso que passada essa dor, aquela pessoa vai se sentir aliviada por ter feito uma boa ação”.

Genilson acredita que a falta de informações também afeta muitos dos que precisam receber um novo órgão. Durante seu tratamento, diz ter conhecido outros pacientes renais — um deles há mais de 20 anos fazendo diálise — que optaram por não fazer o transplante por razões diversas, como o receio de perder o benefício assistencial que recebem em razão da falência renal ou mesmo por medo de morrer na cirurgia.

Ele comenta ainda sua experiência com o SUS, por onde realizou todas as etapas do tratamento: “Eu fiz tudo pelo SUS, até hoje faço mensalmente meus exames e consultas”. Segundo ele, muita gente acha que o sistema não cobre nada — “mas se nós conhecermos o SUS, saberemos que ele cobre tudo no sentido de cirurgia, da doação, de remédios, e não é só isso. Trata também de gestantes, de vacina”, enumera. Na sua visão, o que falta é uma melhor fiscalização do seu orçamento.

Hoje, como gesto de gratidão e solidariedade, Genilson, Ana Paula e outros familiares e amigos passaram a se dedicar a ações de incentivo à doação de órgãos. Após acompanhar de perto todo o sofrimento do marido até o tão sonhado transplante, sua esposa, Ana Claudia, fundou um grupo de apoio à causa, chamado “Um sim pela vida” (Instagram: @um_sim_pela_vida), que atua por Japaratuba e adjacências, no interior sergipano. Que a iniciativa finque raízes e se espalhe por todo o Brasil.

Em 2025, quase 5 mil voos da aviação civil e da Força Aérea Brasileira transportaram órgãos para transplantes no Brasil

SECRETARIA DE AVIAÇÃO CIVIL

O DESAFIO DA EQUIDADE EM UM PAÍS CONTINENTAL

O transplante de órgãos representa um grande desafio para o cumprimento de diretrizes do SUS, como a universalidade e a equidade. Isso porque a vasta extensão territorial do Brasil e o curto período em que o procedimento precisa ser realizado tornam essa operação ainda mais complexa para quem mora longe dos grandes centros urbanos. “O local de residência pode influenciar em aspectos logísticos, mas não é para funcionar como uma barreira de acesso. O SNT trabalha para reduzir essas desigualdades regionais e ampliar a equidade no acesso aos transplantes”, pondera Patrícia Freire, coordenadora do sistema.

A CNT tem um papel estratégico nessa distribuição. Para que a logística de transporte de órgãos funcione em todo o país — por via terrestre ou aérea — é preciso haver resposta rápida e articulação entre hospitais, centrais estaduais, equipes de captação e transplantadoras. “Basta que a Central Estadual de Transplantes acione a Central Nacional, que fazemos de tudo para que o órgão chegue no local onde o receptor está em condições adequadas para a realização de transplantes”, afirma Patrícia.

Ela frisa, porém, que por questões operacionais e logísticas, a depender do órgão que a pessoa inscrita na lista de espera precise, ela deve estar perto de um centro transplantador.

Tempo de isquemia fria: período em que o órgão pode ficar fora do corpo humano, se armazenado no gelo e na temperatura ideal

Fonte: Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO)

2 PULMÃO

Tipo: Órgão sólido
Doação: Apenas morte encefálica
Tempo máximo para retirada:
Antes da parada cardíaca
Tempo fora do corpo: 4 a 6 horas no gelo

3 FÍGADO

Tipo: Órgão sólido
Doação: Morte encefálica + Vivo (parte)
Tempo máximo para retirada:
Antes da parada cardíaca
Tempo fora do corpo: 12 a 24 horas no gelo

4 RINS

Tipo: Órgão sólido (mais demandado)
Doação: Morte encefálica + Vivo (1 rim)
Tempo máximo para retirada:
30 min após parada cardíaca
Tempo fora do corpo: 48 horas no gelo

1 CÉREBRO

NÃO PODE SER TRANSPLANTADO

5 CORAÇÃO

Tipo: Órgão sólido
Doação: Apenas morte encefálica
Tempo máximo para retirada:
Antes da parada cardíaca
Tempo fora do corpo: 4 a 6 horas no gelo

6 PÂNCREAS

Tipo: Órgão sólido
Doação: Apenas morte encefálica
Tempo máximo para retirada:
Antes da parada cardíaca
Tempo fora do corpo: 12 a 24 horas no gelo

7 INTESTINO DELGADO

Tipo: Órgão sólido
Doação: Apenas morte encefálica
Tempo máximo para retirada:
Antes da parada cardíaca
Tempo fora do corpo: estimado de 6 a 10 horas no gelo



OSSOS

Tipo de Doador: Morte Encefálica | Parada Cardíaca
Conservação: Banco de Tecidos | Refrigeração ou congelamento
Tempo de Conservação: 14 a 42 dias (com preservação)
Aplicação: Cirurgias ortopédicas
Reconstrução óssea



CÓRNEA RECORDISTA EM VOLUME

Tipo de Doador: Morte Encefálica | Parada Cardíaca
Conservação: Solução especial a temperatura controlada
Tempo de Conservação: Até 7 dias
Aplicação: Restauração da visão | Transplante de córnea

NÚMEROS DO TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

48.924 PESSOAS NA LISTA DE ESPERA

32.812 TRANSPLANTES ENTRE 2023 E JUNHO DE 2026

9.044 TRANSPLANTES EM 2025

NÚMEROS DO TRANSPLANTE DE CÓRNEA

36.506 PESSOAS NA LISTA DE ESPERA

58.416 TRANSPLANTES ENTRE 2023 E JUNHO DE 2026

17.802 TRANSPLANTES EM 2025

* Os dados do transplante de córnea são contabilizados em listagem à parte no site do Ministério da Saúde



IMAGEM: CRIAÇÃO POR IA

TRANSPLANTE É SUS

As histórias de José Osmar, Genilson e Ana Paula Santos ajudam a compreender o impacto que um transplante pode ter na vida de uma pessoa. Mas para além de cada cirurgia, existe uma rede complexa que organiza a doação e a distribuição de órgãos no Brasil. Para entender melhor como esse sistema funciona, *Radis* conversou com a coordenadora do Sistema Nacional de Transplantes (SNT) do Ministério da Saúde, Patrícia Freire, e com a cardiologista Jacqueline Miranda, chefe do Departamento de Insuficiência Cardíaca e Transplantes do Instituto Nacional de Cardiologia (INC), no Rio de Janeiro.

QUEM PODE DOAR ÓRGÃOS NO BRASIL

A doação de órgãos pode ser realizada por doadores vivos ou falecidos. Qualquer pessoa que seja maior de idade, juridicamente capaz, saudável e que concorde com a doação, pode realizá-la, desde que não prejudique a própria saúde. Pela lei, parentes até o quarto grau e cônjuges podem ser doadores em vida. Pessoas que não tenham esses vínculos com o receptor só podem doar com autorização judicial. Havendo compatibilidade, o doador vivo pode fornecer um dos rins, parte do fígado, parte do pulmão ou da medula óssea.

No caso de doadores mortos, legalmente apenas os familiares podem autorizar a captação de órgãos, após passarem por entrevista com uma equipe de saúde do hospital onde tenha ocorrido o óbito. A legislação brasileira permite a doação mediante morte encefálica atestada por dois médicos que não sejam das equipes de remoção e transplante.

Órgãos como coração, pulmões, fígado, pâncreas, intestino e rins só podem ser captados para transplante quando a morte encefálica ocorre sem parada cardiorrespiratória, explica Jacqueline. Nessa circunstância, se a causa da morte for conhecida e houver ausência de doenças infecciosas e de outras restrições, a doação é autorizada para diferentes receptores. Já quando o coração para de bater, apenas tecidos, como córneas, vasos, pele, ossos e tendões podem ser usados para transplante.

Jacqueline ressalta que a morte encefálica é uma condição irreversível, embora os demais órgãos possam permanecer funcionando por algum tempo. “Quando ocorre a morte encefálica, em média 72 horas depois o coração e todos os demais órgãos vão parar de funcionar”, afirma. É justamente esse intervalo entre a morte cerebral e a falência dos outros órgãos que desencadeia uma corrida contra o tempo. Após a autorização familiar para a doação, inicia-se o chamado “momento de ouro” para retirada e transplante dos órgãos.

“Os órgãos precisam ser removidos do doador antes do coração parar. Eles têm que ser captados oxigenando, em pleno funcionamento”, reforça. Antes de serem removidos, os órgãos passam por uma preparação para que possam ser armazenados em temperatura adequada até que o transplante ocorra, conforme o tempo máximo de isquemia fria de cada um deles [período limite que podem ficar sem circulação sanguínea, armazenados no gelo].

COMO FUNCIONA A LISTA DE ESPERA

Primeiramente, é importante deixar claro: o termo mais adequado é lista de espera. E não fila, como também é utilizado. Patrícia Freire explica a razão da preferência: “Técnicamente é mais adequado falar em lista de espera, porque a palavra fila transmite a ideia de uma ordem linear, única, como se o primeiro inscrito fosse necessariamente o próximo a receber o órgão e não é bem assim”.

Segundo a coordenadora do SNT, a lista é organizada por critérios técnicos, clínicos, imunológicos e logísticos, que variam conforme o órgão ou tecido. O tempo de espera é um dos requisitos, mas não necessariamente o principal, como o termo “fila” pode sugerir. “Entre os critérios, estão, por exemplo, a tipagem sanguínea, a compatibilidade imunogenética entre doador e receptor, a gravidade clínica, o tempo de espera, as dimensões corporais, como peso e altura, idade e outras condições”, explica.

Patrícia afirma também que a ordem cronológica muitas vezes funciona como critério complementar ou de desempate,

quando os demais requisitos técnicos são semelhantes. “Por isso a expressão lista de espera expressa melhor a lógica do sistema. Não se trata de uma fila comum, mas de um mecanismo regulado, auditável, baseado em critérios técnicos para encontrar o receptor mais adequado”. Ela conta ainda que a lista única é organizada por regiões do país, o que facilita a logística de distribuição.

Outra questão é: quem inscreve um paciente na lista de espera? A resposta é que só médicos credenciados de centros transplantadores habilitados pelo SNT, sejam eles públicos ou privados, podem realizar a inclusão. Tanto esses profissionais como os centros são periodicamente avaliados para recertificação. Se um médico não credenciado concluir que um paciente seu precisa de um transplante, ele deve encaminhá-lo a um centro transplantador para avaliação por equipe especializada e aí sim poder ingressar no sistema, detalha Jacqueline.

Patrícia acrescenta que essa inscrição na lista não significa apenas um cadastro administrativo: “Ela contém informações clínicas, laboratoriais, imunológicas e demais informações necessárias para que o sistema identifique no momento da oferta de um órgão quais pacientes são compatíveis e elegíveis para o transplante com órgão daquele doador”, detalha.

Por fim, Jacqueline chama atenção também para uma situação alarmante que vem observando: os médicos estão demorando muito para encaminhar as pessoas para a lista. “A gente tem percebido ultimamente que o paciente chega grave demais e com outras comorbidades. E entendemos que não são pacientes em condições ideais de passar por um transplante. É preciso aumentar esse olhar sobre o encaminhamento”, orienta.

DESAFIOS PARA AMPLIAR OS TRANSPLANTES

Patrícia Freire encara a questão do número de doações efetivadas como o maior desafio do SNT. Ela entende que o país reúne condições para realizar ainda mais procedimentos do que executa anualmente, mas esbarra justamente em fatores como falhas na notificação e captação, além da recusa familiar, que em 2025 foi de 45% no Brasil. “A gente ainda tem um número muito grande de potenciais doadores que não são notificados para as centrais federais de transplante, embora a notificação da morte encefálica seja obrigatória por lei”, destaca.

Ela ressalta ainda a importância de ampliar a identificação dos potenciais doadores e reduzir as perdas que ocorrem no processo, além de qualificar a entrevista familiar para aumentar os índices de autorização. Para isso, aponta a necessidade de fortalecer as equipes que entrevistam as famílias e identificam os potenciais doadores e reduzir as desigualdades regionais — a taxa de recusa na região Norte foi de 67% em 2025, enquanto no Sul ficou em 37%.

Apesar dessas limitações, 2025 foi marcado por conquistas importantes. Segundo a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), o país ultrapassou pela primeira vez a marca da notificação de 74 potenciais doadores pmp [por milhão da população] e de 20 doadores efetivos pmp. Um ano antes, em 2024, o Brasil ocupava a 24ª posição entre 45 países em um ranking de número de doadores efetivos por milhão da população.

Um estudo da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), de 2013, aponta os três principais motivos para a recusa das famílias. São eles: incompreensão da morte encefálica, falta de preparo da equipe para fazer a comunicação sobre a morte e razões religiosas. A vice-presidente da ABTO, Ilka Boin, concorda com os resultados da pesquisa e comenta a desconfiança de familiares em relação à morte encefálica. Fala também sobre o despreparo da equipe de atendimento primário, que, segundo ela, por vezes impacta na decisão sobre a doação:

“As pessoas não acreditam no procedimento [da morte encefálica]. A família não entende muito bem, então a gente precisa desde o começo do atendimento conversar sobre a evolução do paciente, conhecer bem seu estado neurológico, para saber a hora de falar que ele vai entrar em morte encefálica e que com o prognóstico fechado não há retorno”, analisa.

Com base em sua rotina de trabalho, Jacqueline diz sentir uma melhora em relação à aceitação das famílias no Rio de Janeiro, ao longo de seus 15 anos de atuação à frente de um serviço de transplantes cardíacos. A última edição do Registro Brasileiro de Transplantes (RBT 2025) confirma essa impressão: o estado fluminense é o segundo com menor taxa de recusa familiar para doação de órgãos, empatado com o Paraná (33%), e atrás apenas de Santa Catarina (32%). Ainda assim, ela defende que ações e campanhas de incentivo à doação sejam contínuas e não pontuais, geralmente restritas ao Setembro Verde — mês dedicado à causa.

Patrícia ressalta, por fim, que o número anual de transplantes de órgãos — entre 9 e 10 mil procedimentos — não deve ser compreendido como um teto fixo na estrutura brasileira. Em média, cerca de 15 mil novos pacientes têm entrado na lista de espera anualmente. Para a coordenadora do SNT, é possível aumentar a oferta de transplantes e movimentar a lista: “Acho que há margem para crescimento, especialmente se houver aumento na doação efetiva e melhor aproveitamento dos órgãos já doados”, conclui.

Entre a decisão de doar um órgão e o transplante existe uma cadeia de pessoas e processos que muitas vezes são invisibilizados: profissionais de saúde, equipes de captação, centrais de transplantes, sistemas de transporte e famílias que, em meio ao luto, dizem sim à doação. É essa rede que permite que milhares de vidas recomecem todos os anos no Brasil. (G.T) 

SERVIÇO

Ainda que legalmente apenas a autorização familiar garanta a doação de órgãos, a pessoa pode registrar sua intenção em vida e preencher uma Autorização Eletrônica de Doação de Órgãos (Aedo), pelo site <https://www.aedo.org.br/>. Acesse e informe-se melhor a respeito.

SAIBA MAIS

<https://www.gov.br/saude/snt>

- Confira a entrevista completa com Patrícia Freire no site de Radis

“As guerras impactam profundamente a saúde das populações”

JESUAN XAVIER

Hospitais bombardeados, ambulâncias destruídas e profissionais de saúde transformados em alvo. Para Alessandra Vilas Boas, diretora-executiva adjunta da organização Médicos Sem Fronteiras (MSF) no Brasil, esse cenário tem se tornado cada vez mais comum nos conflitos contemporâneos. Em entrevista à *Radis*, ela explica por que os efeitos da guerra sobre a saúde vão muito além das mortes provocadas pelas bombas e descreve os sinais de colapso dos sistemas de saúde em países como Sudão, Sudão do Sul e Palestina (Faixa de Gaza).

Com mais de duas décadas de experiência em organizações humanitárias, comunicação estratégica e saúde global, Alessandra acompanha de perto as consequências dos conflitos armados sobre populações vulneráveis. Ela integrou equipes internacionais de Médicos Sem Fronteiras na África do Sul e na Itália, participou de missões de emergência no Haiti e na Indonésia, atuou em projetos humanitários na Colômbia, Níger e Brasil, além de ter sido integrante do Conselho Administrativo de MSF-Brasil e professora da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), onde ministrou cursos sobre ajuda humanitária internacional. “O sistema de saúde, nessas áreas atingidas, já não consegue responder às necessidades básicas da população”.

Como as guerras afetam a saúde da população para além das mortes e ferimentos causados pelos bombardeios?

As guerras impactam profundamente a saúde das populações de formas que vão muito além da violência direta. Em contextos de conflito, o acesso a medicamentos e tratamentos é frequentemente interrompido, deixando pessoas com doenças crônicas, como HIV, câncer, diabetes ou tuberculose, sem acompanhamento adequado. Gestantes e crianças também ficam particularmente vulneráveis, já que dependem de cuidados contínuos que muitas vezes são abruptamente suspensos. Além disso, a ruptura das cadeias de abastecimento dificulta a chegada de medicamentos, vacinas e insumos essenciais. As condições de vida também se deterioram rapidamente: a falta de água

potável, saneamento básico e abrigo adequado favorece a disseminação de doenças infecciosas e aumenta o risco de surtos de cólera, sarampo e infecções respiratórias.

Também geram consequências psicológicas e relacionadas à falta de alimentos?

Outro impacto crítico é a insegurança alimentar. Conflitos armados interrompem a produção, o fornecimento e o acesso a alimentos. Em países como Sudão e Gaza, por exemplo, a guerra tem levado a níveis alarmantes de desnutrição infantil. Ao mesmo tempo, o impacto psicológico é profundo e duradouro. Populações expostas à violência constante, à perda de familiares e ao deslocamento forçado enfrentam níveis elevados de estresse, ansiedade e trauma. Portanto, as consequências da guerra para a saúde são amplas e persistentes: vão desde a interrupção de tratamentos para doenças preexistentes até o aumento de surtos e epidemias, fome, sofrimento psicológico e deslocamento em massa.

Quais são os principais sinais de colapso de um sistema de saúde em territórios em guerra?

O colapso de um sistema de saúde não acontece de forma repentina. Ele se manifesta por uma série de sinais claros que comprometem progressivamente a capacidade de atender a população. Um dos principais sinais é a interrupção de serviços essenciais, como programas de vacinação, tratamento de HIV, tuberculose e malária, além dos cuidados materno-infantis. Também observamos a fuga ou ausência de profissionais de saúde, deixando hospitais e clínicas sem equipes suficientes para atender à demanda. Outro fator crítico é a destruição, o saque ou os ataques a unidades de saúde. Mesmo quando as estruturas físicas permanecem de pé, elas deixam de funcionar plenamente por falta de pessoal, equipamentos ou medicamentos. Como consequência, as poucas unidades que seguem funcionando passam a trabalhar sobrecarregadas, com número insuficiente de leitos, profissionais e recursos. Quando esses fatores se combinam, o sistema de saúde já não consegue responder às necessidades básicas da população.

“ Temos observado

um agravamento sistemático
dos ataques contra profissionais
humanitários, civis, instalações
de saúde e ambulâncias ”

Qual situação recente mais marcou as equipes de MSF em relação ao colapso da saúde pública?

É difícil destacar apenas uma crise, porque hoje existem diversas emergências humanitárias acontecendo simultaneamente. Mas vemos sinais muito claros de colapso dos sistemas de saúde em lugares como Sudão, Sudão do Sul e Gaza. No Sudão, esse colapso aparece na combinação de destruição da infraestrutura, interrupção de serviços básicos e surtos recorrentes de doenças evitáveis, como sarampo, cólera e hepatite E. Já no Sudão do Sul, um episódio recente ilustra de forma dramática essa realidade. No final de abril deste ano, MSF foi obrigada a fechar o hospital de Lankien após um bombardeio que destruiu estoques e suprimentos médicos. A unidade funcionava havia 31 anos e era essencial para uma região onde cerca de 250 mil pessoas dependiam daqueles serviços. Após o ataque, o hospital foi saqueado, incendiado e vandalizado. Esse tipo de incidente não é isolado. Desde o início de 2025, instalações e profissionais de MSF foram afetados por pelo menos 12 ataques e eventos violentos no Sudão do Sul. E, como sempre, a população está pagando um preço altíssimo pelos ataques à assistência médica. Em Gaza, o colapso se expressa na combinação entre a destruição de estruturas de saúde, as restrições à entrada de medicamentos e ajuda humanitária e o aumento constante das necessidades médicas da população. A demanda cresce rapidamente, mas o sistema local já não consegue responder.

Como crianças, idosos e pessoas com doenças crônicas costumam ser impactados?

Esses grupos estão entre os mais afetados porque dependem de cuidados contínuos e de condições básicas de sobrevivência que frequentemente desaparecem durante os conflitos. No caso das crianças, a vulnerabilidade é particularmente elevada. Elas são desproporcionalmente afetadas pela desnutrição, pela falta de vacinação e pela interrupção dos cuidados básicos. Em Gaza, por exemplo, equipes de MSF registraram aumento de partos prematuros, bebês com baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal associados à desnutrição materna. Entre os idosos, o impacto está relacionado à interrupção dos cuidados regulares e à maior fragilidade física. Em Mornay, no Sudão, nossas equipes perceberam que muitos idosos sequer conseguiam chegar às clínicas. Como resposta, passamos a utilizar carroças puxadas por animais como ambulâncias improvisadas para transportar pacientes. Já as pessoas

Alessandra Vilas Boas acumula experiência de 20 anos
em organizações humanitárias



FOTOS: MSF

“ Reconstruir hospitais é fundamental, mas reconstruir equipes, serviços, programas de prevenção e a confiança da população no sistema de saúde é um desafio ainda maior ”

com doenças crônicas enfrentam o risco permanente da interrupção de tratamentos para HIV, tuberculose, diabetes e outras enfermidades. Com o deslocamento forçado, muitas perdem o acesso aos medicamentos e não sabem onde poderão continuar o tratamento.

O que diferencia os conflitos atuais em relação aos impactos na saúde pública?

Como organização médico-humanitária, o que temos observado é um agravamento sistemático dos ataques contra profissionais humanitários, civis, instalações de saúde e ambulâncias. Um ponto central é o enfraquecimento do respeito ao Direito Internacional Humanitário e às normas internacionais que deveriam proteger pacientes, profissionais e estruturas de saúde. Quase dez anos após a adoção da Resolução 2286 do Conselho de Segurança da ONU, que reafirma a obrigação de proteger os serviços de saúde em conflitos, a realidade observada em campo é de deterioração. O mais preocupante é que esses ataques vêm sendo cada vez mais normalizados. Em muitos casos, hospitais e profissionais de saúde passam a ser tratados como suspeitos, e não como pessoas protegidas pelo Direito Internacional Humanitário. Ao longo da última década, 21 profissionais de MSF morreram em 15 incidentes enquanto trabalhavam em missões humanitárias. Isso mostra o nível de risco enfrentado pelas equipes que atuam onde os cuidados médicos são mais necessários.

É possível reconstruir um sistema de saúde depois de anos de conflito?

Sim, mas é um processo complexo e demorado. O tempo necessário depende da dimensão da destruição, das necessidades da população e da capacidade de recuperação das instituições locais. Médicos Sem Fronteiras tem um papel específico nesse contexto. Podemos apoiar a recuperação de unidades de saúde, montar hospitais de campanha e oferecer atendimento em clínicas móveis. Mas a reconstrução integral de um sistema nacional de saúde exige investimentos de longo prazo, recursos consistentes e coordenação entre diferentes atores. Mesmo quando os combates terminam, os efeitos da guerra sobre a saúde pública permanecem por muitos anos. Reconstruir hospitais



MSF aponta colapso da saúde em Gaza (acima), Sudão do Sul (abaixo) e Sudão (ao lado)





MARCAS DAS GUERRAS

A história mostra: as guerras costumam provocar mais mortes por doenças do que pelos próprios combates. A constatação é do médico patologista e pesquisador Paulo Saldiva, professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Ele lembra que epidemias e doenças associadas às más condições sanitárias acompanharam praticamente todos os grandes conflitos já documentados. “Os conflitos armados provocam mais mortes pelo colapso sanitário e a interrupção de tratamentos do que pelos próprios ferimentos causados pelas armas”

Paulo cita as “Cruzadas” [entre os séculos 11 e 13], por exemplo, quando exércitos inteiros adoeciam devido à contaminação da água, à falta de higiene e à aglomeração em acampamentos. Séculos depois, durante a Primeira Guerra Mundial [1914 a 1918], as trincheiras criaram condições ideais para a disseminação de doenças infecciosas. “Normalmente se pensa que as guerras levam ao adoecimento e à morte apenas por causa dos ferimentos. Mas, desde as Cruzadas, os registros históricos mostram que o número de mortes causado pelo colapso sanitário e pelas doenças infecciosas costuma ser muito maior, chegando frequentemente ao dobro das mortes provocadas pelas armas”, afirma.

O pesquisador conta que há registros de que o primeiro grande conflito mundial espalhou a gripe espanhola [hoje conhecida como H1N1], responsável por matar até milhões de pessoas. “A Primeira Guerra Mundial não apenas favoreceu a disseminação da gripe espanhola, que depois se espalhou pelo mundo, mas também de diversas doenças associadas à precariedade sanitária”, explica.

Ele lembra ainda que, na guerra entre Estados Unidos e Espanha, no final do século 19, a febre amarela foi responsável por mais mortes do que os confrontos militares, fato que impulsionou pesquisas que posteriormente contribuíram para o desenvolvimento de estratégias de controle da doença.

O COLAPSO SANITÁRIO QUE ACOMPANHA OS CONFLITOS

Para o pesquisador, os conflitos contemporâneos reproduzem os mesmos mecanismos observados ao longo da história. A diferença é que hoje eles podem ser acompanhados em tempo real por meio das redes sociais e dos meios de comunicação.

As imagens que chegam diariamente da Faixa de Gaza, da Ucrânia e do Sudão revelam não apenas a destruição provocada pelos bombardeios, mas também o deslocamento de milhões de pessoas, a escassez de alimentos e o colapso dos serviços básicos.

“Existe a violência direta, mas existe também o deslocamento das pessoas. Quando isso acontece, ocorre o colapso da infraestrutura sanitária, há precariedade alimentar, falta de água e uma convivência extremamente próxima em acampamentos improvisados. Isso leva ao adoecimento, à desnutrição e à perda de vidas, principalmente entre crianças em fase de desenvolvimento”, afirma.

O QUE DIZ O DIREITO HUMANITÁRIO INTERNACIONAL

Pelo Direito Humanitário Internacional, hospitais, ambulâncias, pacientes e profissionais de saúde não podem ser alvo de ataques durante conflitos armados. A Resolução 2.286 do Conselho de Segurança da ONU, aprovada em 2016, condena ataques contra serviços de saúde e exige proteção a civis e trabalhadores humanitários. Organizações internacionais, porém, afirmam que os ataques vêm aumentando e apontam dificuldades de responsabilização internacional em diversos conflitos recentes.

A destruição de sistemas de abastecimento de água e de redes de esgoto favorece surtos de doenças infecciosas, enquanto a interrupção das campanhas de vacinação aumenta o risco de reemergência de enfermidades já controladas. Ao mesmo tempo, a destruição de hospitais e unidades de saúde afeta diretamente milhões de pessoas que dependem de atendimento contínuo.

QUANDO O TRATAMENTO SIM- PLESMENTE DESAPARECE

A dimensão desse problema aparece também nos números. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 8,5 mil ataques contra serviços de saúde foram registrados em zonas de conflito entre 2018 e 2025, resultando em mais de 3,8 mil mortes e 6,2 mil feridos entre pacientes e profissionais de saúde. Os registros abrangem 22 países e territórios e revelam uma tendência preocupante de ataques a estruturas que deveriam estar protegidas pelo Direito Humanitário Internacional.

Entre os mais vulneráveis estão os pacientes com doenças crônicas. Em cenários de guerra, o acesso a medicamentos, consultas e exames pode desaparecer de um dia para o outro. “Pessoas com diabetes, hipertensão, doenças respiratórias, transtornos mentais ou câncer deixam de ter acesso ao tratamento. Tudo isso acaba. Os medicamentos deixam de chegar, os serviços são interrompidos e as equipes de saúde muitas vezes não conseguem mais trabalhar”, explica o pesquisador.

O resultado é o agravamento de doenças que, em condições normais, poderiam ser controladas. Pacientes oncológicos perdem sessões de quimioterapia, pessoas com diabetes e hipertensão deixam de receber medicamentos e pessoas com transtornos mentais ficam sem acompanhamento especializado. Segundo Paulo, essas mortes raramente aparecem nas estatísticas dos conflitos, embora representem uma parcela significativa do impacto humano provocado pelas guerras.

CRIANÇAS E IDOSOS ENTRE OS MAIS AFETADOS

Os efeitos do colapso sanitário atingem toda a população, mas costumam ser particularmente severos entre crianças e idosos. No caso das crianças, a combinação de desnutrição, insegurança alimentar, interrupção da vacinação e deslocamentos forçados pode comprometer o desenvolvimento físico e cognitivo por toda a vida.

“Essas condições afetam especialmente crianças em fase de crescimento e desenvolvimento, que passam a conviver com carências nutricionais, doenças infecciosas e ausência de cuidados básicos”, observa. Já os idosos enfrentam dificuldades adicionais devido à maior dependência de medicamentos, tratamentos contínuos e redes de apoio comunitário.

AS FERIDAS INVISÍVEIS DA GUERRA

Os impactos da guerra não se limitam às doenças infecciosas ou à falta de assistência médica. O estresse extremo provocado pelos ataques produz efeitos imediatos sobre o organismo.

“Os efeitos são bem documentados. No momento do ataque, e também diante da perspectiva de novos ataques, ocorre um grande aumento das doenças cardiovasculares. A pressão

arterial sobe, aumenta o estresse e há mais casos de arritmia, infarto e acidente vascular cerebral”, afirma Paulo.

O medo constante, a sensação de ameaça permanente e a incerteza sobre o futuro desencadeiam respostas fisiológicas intensas, capazes de aumentar significativamente o risco de eventos cardiovasculares graves.

Se os danos físicos podem ser medidos em números de mortos e feridos, as consequências emocionais costumam ser mais difíceis de quantificar. Para o pesquisador da USP, uma das dimensões mais devastadoras dos conflitos é a perda dos vínculos sociais e afetivos que sustentam a vida cotidiana.

“Acaba também a alma um pouco das pessoas. Quando você perde tudo, não vê perspectiva de retornar à vida que tinha, perde as relações afetivas e sociais da sua comunidade e os seus bens materiais. Muitas vezes precisa abandonar a região onde viveu toda a vida. Isso é absolutamente devastador para a saúde mental.”

O especialista destaca que transtornos como ansiedade, depressão e estresse pós-traumático podem acompanhar sobreviventes durante anos ou décadas. Embora crianças frequentemente apresentem maior capacidade de adaptação, os idosos tendem a sofrer impactos emocionais ainda mais profundos. “As raízes construídas ao longo da vida, os amigos, as memórias e os laços afetivos são arrancados. A reconstrução emocional se torna extremamente difícil”, afirma.

CRISE DE SAÚDE PÚBLICA

Para Paulo Saldiva, compreender os efeitos das guerras exige olhar além dos campos de batalha. Os conflitos armados não destroem apenas edifícios e infraestrutura; eles comprometem as condições mínimas necessárias para a manutenção da vida.

Da falta de água potável ao aumento das doenças infecciosas, da interrupção de tratamentos ao sofrimento mental, os impactos se estendem muito além do período dos combates e podem marcar gerações inteiras.

“Quando a guerra chega, não é apenas a infraestrutura que é destruída. São destruídas também as condições que permitem às pessoas viver, cuidar da própria saúde e manter sua dignidade”, conclui. (J.X) 

ATAQUES À SAÚDE

NÚMEROS GLOBAIS (2018–2025)

- Mais de **8,5 mil ataques** contra serviços de saúde
- Mais de **3,8 mil mortes** entre pacientes e profissionais de saúde
- Mais de **6,2 mil pessoas feridas**
- Ataques documentados em **22 países e territórios**

Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS)

DROGAS ANTIOBESIDADE

Conheça as indicações e os riscos
das “canetas emagrecedoras”

PAULA PASSOS

No segundo semestre de 2025, Raquel Campanharo Aguiar, advogada, de 43 anos, enfrentou um período desafiador, enquanto sua mãe estava internada por cinco meses. Durante esse intervalo, ganhou 12 quilos, passando de 80 kg para 92 kg, com altura de 1,57 m. A relação com o peso, segundo ela, sempre foi marcada por dificuldades. Aos 18 anos, após ganhar alguns quilos, foi levada pela mãe a um médico com o objetivo de emagrecer. Na época, pesava 55 kg e chegou a atingir 47 kg.

“Minha mãe era muito gordofóbica. Ela me levou em um médico que passou sibutramina. Nem gorda eu estava. Sendo que depois eu tive episódios graves de depressão e não sabia o porquê. Era o uso do remédio para emagrecer que fazia o meu transtorno afetivo bipolar piorar”, conta. Ela não sabia dessa condição de saúde. O diagnóstico só chegou há três anos.

Após a morte da mãe, procurou um endocrinologista em Belo Horizonte, onde mora. Antes, já escutava da ginecologista que todos os sintomas que relatava eram por causa da obesidade. A menstruação estava irregular há alguns meses e a médica justificava que era porque Raquel estava gorda, sem ao menos investigar. “Ela me chamava de gorda, ridícula, que eu tinha que fazer academia, me cuidar. Esse tipo de coisa. Saí chorando da última vez que fui lá”, relembra as violências verbais sofridas em entrevista online à *Radis* [Leia matéria sobre gaslighting médico na *Radis* 274].

Nesta reportagem, você vai conhecer pessoas que fazem uso de drogas antiobesidade, as famosas “canetas emagrecedoras”, depois de um longo percurso na tentativa de perda de peso. E vai entender as indicações clínicas e os riscos deste tipo de uso.

PRESSÃO ESTÉTICA

No final do ano passado, o endocrinologista prescreveu Ozempic (semaglutida) à Raquel, para ajudar na obesidade e na resistência à insulina. Ela fez uso por um mês e conseguiu perder 8 kg, mas o valor se tornou alto — cerca de 1.110 reais para quatro doses, uma por semana.

Foi quando o ex-marido disse que a irmã iria para o Paraguai e poderia trazer os produtos de lá. A ex-cunhada trouxe tizerpatida, popularmente conhecida como Mounjaro. Ela achou que valeria a pena, por custar 700 reais. Usou por um mês.

O namorado da época, que fazia comentários depreciativos em relação ao tamanho da barriga da companheira, pediu para a filha que cursava medicina no Paraguai trazer outro tipo de “caneta emagrecedora” para Raquel usar.

Após dois meses com a medicação paraguaia, a advogada avalia: “Não tirou a minha fome, me deu urticária na barriga. Cada vez que aplicava, era um calombo gigantesco vermelho no local. Foi a mesma coisa que jogar o meu dinheiro fora”, lembra. Nesse período, ganhou peso de novo.

“A indicação para fins de emagrecimento é para pacientes com obesidade (Índice de Massa Corporal ou IMC acima de 30 kg/m²), independente da presença de doenças associadas; ou para pacientes com sobrepeso (IMC acima de 27 kg/m²), desde que tenham alguma comorbidade associada ao excesso de peso, como gordura no fígado, hipertensão, diabetes”, explica a médica Mylena Medeiros, endocrinologista pela Universidade de São Paulo (USP).

Além disso, essas medicações também têm aprovação para o tratamento de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 (a forma mais comum no adulto, associada à predisposição genética e a hábitos de vida não saudáveis).

Mylena menciona que as “canetas” são indicadas para ajudar no emagrecimento do paciente com diabetes e na sua proteção cardiovascular, podendo ser usadas isoladamente ou em associação a outros agentes antidiabéticos, a depender do grau de controle glicêmico do paciente. “Como essas medicações são muito potentes, elas podem retardar ou evitar a indicação do tratamento com insulina, que é mais agressivo e temido por muitos pacientes”, afirma.

A médica explica que por ser uma doença crônica que precisa de tratamento constante, o reganho de peso faz parte do processo de emagrecimento. “Seja apenas com uma dieta com déficit calórico, com uso de medicamentos ou até depois de cirurgia bariátrica. O efeito rebote faz parte de quem busca emagrecer. A luta pela manutenção de peso perdido é eterna”, explica a também preceptora da Afya Faculdade de Ciências Médicas de Jaboatão dos Guararapes, em Pernambuco.

A endocrinologista faz um alerta: “Temos que ter cuidado para não culpabilizar a pessoa que faz uso de medicação com prescrição médica. Dependendo do caso, a gente não tem prazo para suspender fármacos contra obesidade, porque é uma doença crônica que tende a recorrer”, diz. Diante disso, ela afirma que é importante alinhar expectativas com o paciente sobre o tratamento, que é a longo prazo.



Efeitos adversos

No final de abril, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) iniciou a implantação do Plano de Ação de Farmacovigilância Ativa de Medicamentos da Classe dos Agonistas do GLP-1. A medida busca ampliar a vigilância sobre produtos como semaglutida, tirzepatida e liraglutida, que vêm registrando forte crescimento de uso no Brasil, tanto para o tratamento de diabetes tipo 2 quanto para obesidade.

Para o início da implantação do plano de monitoramento, a Anvisa reuniu cerca de 120 representantes de hospitais e serviços de saúde. O objetivo é envolver essas instituições na identificação e investigação qualificada de eventos adversos. O plano será implementado como projeto-piloto em hospitais da Rede Sentinela, hospitais universitários federais da Rede HUBrasil e outras instituições interessadas, considerando capacidade assistencial e experiência em vigilância e segurança do paciente.

Entre as próximas etapas estão: a formalização da adesão dos hospitais participantes, a pactuação de responsabilidades técnicas e o início do monitoramento ativo dos medicamentos, abrangendo produtos registrados, manipulados e situações de suspeita de falsificação.



IMAGEM CRIADA POR IA

SEM SEMAGLUTIDA

Emagrecer é um processo complexo que envolve mais do que determinação e acesso a uma “caneta emagrecedora”: está relacionado à má qualidade no sono e na alimentação; à dificuldade de acesso a alimentos naturais; fácil acesso aos ultraprocessados; à sobrecarga na rotina e também à dificuldade de conseguir praticar exercícios físicos com regularidade, entre outros fatores.

Em agosto de 2025, o Comitê de Medicamentos da Conitec (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS), órgão do Ministério da Saúde que avalia quais medicamentos, procedimentos e exames devem ou não ser oferecidos pelo SUS, não recomendou a incorporação da semaglutida (Ozempic/Wegovy) para o tratamento de pacientes com obesidade grau 2 e 3, sem diabetes, com idade a partir de 45 anos e com doença cardiovascular estabelecida.

O Comitê considerou elevado o custo para o sistema público (entre R\$ 6,5 bilhões e R\$ 7 bilhões em cinco anos), as incertezas de tempo de uso da tecnologia e a necessidade de implementação de ações integradas no cuidado do paciente com obesidade, visto que as evidências indicam a necessidade de associar o uso de medicação com outras estratégias.

“Quanto à segurança, os pacientes tratados com semaglutida apresentaram uma menor ocorrência de eventos adversos graves, especialmente cardíacos. Contudo, foi registrada entre eles uma maior taxa de descontinuidade de

uso do medicamento avaliado devido a eventos adversos gastrointestinais”, afirma o relatório.

A endocrinologista Mylena lembra que a obesidade é uma doença crônica, progressiva, que pode voltar; e é associada ao aumento de risco cardiometabólico, incidência de diversos tipos de cânceres, sobrecarga de todos os sistemas do corpo e redução da expectativa de vida.

“É uma questão de saúde pública, quando a gente considera que a principal causa de mortalidade na nossa população são as doenças crônicas não transmissíveis, que estão muito vinculadas ao excesso de gordura corporal”, afirma.

Para a preceptora universitária, é necessário que as políticas públicas invistam em mudança de estilo de vida, acesso à alimentação balanceada, estímulo à prática de exercício físico, mas também em uma maior acessibilidade ao tratamento farmacológico e cirúrgico, quando necessário.

COMO FUNCIONAM

Esses medicamentos (semaglutida e liraglutida) imitam a ação do hormônio intestinal GLP-1, responsável por enviar sinais de saciedade a regiões cerebrais que controlam a fome e potencializam a secreção de insulina após as refeições. Como resultado, a pessoa tende a sentir menos apetite, ingerir menos alimentos e, ao longo do tempo, perder peso e melhorar os níveis glicêmicos.

Além disso, as chamadas “canetas emagrecedoras” também retardam o esvaziamento do estômago, trazendo a sensação de saciedade precoce, com menos volume de alimento ingerido.

No caso da tirzepatida, comercializada como Mounjaro, em vez de agir apenas sobre o GLP-1, atua em dois hormônios ao mesmo tempo — o GLP-1 e o GIP. Na prática, isso significa que a tirzepatida reduz o apetite de forma mais intensa; também melhora o controle da glicose no sangue e pode levar a uma perda de peso maior em comparação com medicamentos mais antigos.

“Essas novas medicações têm benefícios que vão além do controle do peso e do açúcar no sangue. O Mounjaro (tirzepatida), por exemplo, foi aprovado para tratamento da apneia do sono, que é uma comorbidade comum em pessoas obesas, e que sabidamente os coloca sob maior risco cardiovascular”, explica Mylena.

Já a semaglutida (Ozempic/Wegovy), de acordo com a médica, foi aprovada para tratamento da inflamação do fígado, causada pelo depósito de gordura no órgão. “Podemos prescrevê-la para tratar aqueles pacientes cujo fígado já está evoluindo para fibrose por doença gordurosa”, menciona.

Raquel considera que ser mulher se torna um dificultador para a perda de peso. “A gente fica acumulando muitas funções e acaba não tendo tempo para a gente”, diz. Durante a pandemia de covid-19, conseguiu manter uma dieta mais regrada, porque ficava mais tempo em casa, mas hoje o processo tem sido mais difícil. Ela vive com a filha de 9 anos. Sua rede de apoio é uma tia, que mora próximo, e fica com a menina, quando Raquel precisa sair para trabalhar.

A advogada pretende continuar o tratamento que o endocrinologista prescreveu, sem recorrer aos produtos paraguaios, dividindo o valor em até cinco parcelas no

Primeira “caneta emagrecedora” nacional

Já no final de maio, a Anvisa aprovou o registro do Ozivy, primeira “caneta” de semaglutida sintética produzida no Brasil com o mesmo princípio ativo do Ozempic, indicada para o tratamento de adultos com diabetes tipo 2. Desenvolvida pela EMS, a medicação passou por avaliação de eficácia, segurança e qualidade e chega ao mercado após o vencimento da patente da semaglutida no país.

Ainda não há uma data definida para o início das vendas. Após o registro sanitário, o produto depende da aprovação do preço máximo pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), e a decisão sobre quando lançá-lo comercialmente cabe à fabricante. Para ser disponibilizado no SUS, o medicamento precisa passar por análise da Conitec e receber aprovação do Ministério da Saúde. A Anvisa destaca que nem todos os medicamentos registrados chegam a ser incorporados à rede pública.

cartão de crédito. Quando questionada se percebe a filha preocupada com o peso, Raquel diz que ela tem um pensamento diferente. “Essa geração tem um olhar diferenciado, até porque estudam sobre bullying na escola. Quando falo mal da minha aparência, ela rebate dizendo que eu estou linda”, conta.

VERGONHA DE USAR

Por causa de um tratamento de adenomiose [condição ginecológica que afeta a parede muscular do útero] iniciado em 2021, Maria* [nome fictício], 36, teve um grande ganho de peso. Além do aumento da glicose, também houve alterações hormonais. Em um ano, engordou 20 kg, chegando a pesar 84 kg, com 1,55 m.

“Eu não tenho necessariamente problemas em estar mais gorda. O meu problema está no fato de não conseguir me reconhecer, porque foi um aumento muito grande em um espaço muito pequeno. Não tive tempo de me acostumar com meu novo corpo. Eu tinha perdido todas as minhas roupas. A gente estava no contexto da pandemia. Foi bem caótico”, lembra.

Ela conta que estava com uma alimentação balanceada, mas não conseguia controlar o peso. A designer gráfica tinha perdido clientes, dinheiro, pessoas próximas, o que potencializou todo o processo de adoecimento.

Sua endocrinologista sugeriu o Saxenda (liraglutida) por três meses, quando perdeu 4 kg. “Eu me sentia enjoada, cansada o tempo inteiro, porque você não se alimenta, aí você fica com a energia baixíssima”, recorda. Por causa das crises de ansiedade, Maria* também buscou ajuda psiquiátrica,

após indicação da psicóloga. Depois veio a sugestão de troca para o Ozempic (semaglutida). Com a nova medicação, perdeu 10 kg.

Ela diz que os efeitos colaterais eram piores que os do Saxenda. “Era horrível. Eu vomitava, não conseguia colocar nada na boca. Depois de algumas semanas, aí você vai se adaptando e começa a tomar normal”, conta. Também estava sendo acompanhada por uma nutricionista. Em um ano e três meses, apesar de todos os efeitos colaterais e da vontade de desistir do tratamento, conseguiu voltar ao seu peso de costume.

Em 2024, com o acompanhamento mais próximo do psiquiatra, ela se percebeu ganhando peso de novo, chegando aos 76 kg. O psiquiatra indicou novamente o uso das drogas antiobesidade, mas Maria* tem resistido, tanto pelo alto custo quanto pelo possível julgamento das pessoas próximas.

“Sentia vergonha de ter precisado usar as ‘canetas’ para emagrecer, porque todas as vezes que eu fiquei com sobrepeso, eu ia fazer exercício e era isso”, lembra. Mas a alimentação equilibrada e a prática de exercícios não estavam sendo suficientes.

O maior constrangimento para Maria* é se sentir incapaz de emagrecer sozinha. “É quase um atestado de incapacidade, apesar de eu entender que não é bem assim”, reflete. Também começou a ficar preocupada com o possível questionamento de pessoas próximas em relação a ela emagrecer e precisar justificar que está utilizando drogas antiobesidade sem estar com diabetes ou obesa. Hoje ela pesa 70 kg e está com sobrepeso.

“Eu andava 5 km por dia de bicicleta, cinco vezes por semana e não emagrecia. E aí eu me senti muito constrangida. Especialmente, porque tem a tirção de onda, da galera. Se você emagrece, a galera já olha e fala: ‘Ah, tá na caneta’.” A sugestão mais recente que recebeu dos profissionais que a acompanham é para o Mounjaro (tizertapida).

Além da ansiedade, Maria* tem episódios de compulsão alimentar, o que a deixa envergonhada, frustrada consigo própria. Quando está mais ansiosa, come a ponto de se sentir cheia, vomitar e depois comer de novo.

“Eu quero pesar 65 kg e saber que a minha cabeça está boa o suficiente para que eu não tenha essa preocupação constante: ‘será que vou ter um novo episódio de compulsão?’” Maria* continua sendo acompanhada por profissionais especializados: psiquiatra e psicóloga.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Mylena alerta que até o momento “não existe evidência científica de que as drogas antiobesidade são um tratamento formal para o transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) e, por isso, não devemos generalizar seu uso especificamente para esse fim. A única medicação aprovada para o tratamento desse transtorno é a lisdexanfetamina, se o paciente não tiver contraindicação”, afirma.

No caso das “canetas emagrecedoras”, a médica explica que apesar de elas agirem tanto na sensação física da fome (apetite homeostático) quanto no comer por prazer (apetite hedônico), devido à falta de ensaios clínicos robustos, ainda não estão aprovadas em bula para tratar o TCAP.

“Caso o profissional opte por iniciar o uso das canetas com essa finalidade em pacientes que não preenchem

Pancreatite

Entre 2018 e 2025, a Anvisa recebeu 2.436 notificações de eventos adversos relacionados a esses medicamentos e investiga 65 mortes suspeitas associadas ao seu uso.

A Anvisa também apura 145 suspeitas de pancreatite relacionadas às medicações, incluindo seis mortes; considerando dados de pesquisas clínicas, o número de casos chega a 225.

outros critérios para o seu uso, a pessoa deve estar ciente que essa prescrição é off-label, ou seja, não prevista em bula”, alerta.

Quando o paciente já chega à consulta com determinados diagnósticos psiquiátricos, como transtorno depressivo maior ou transtorno afetivo bipolar, principalmente se está em uso de múltiplas medicações controladas, a endocrinologista ressalta que se deve ter cautela quanto à prescrição de drogas antiobesidade que podem interagir com os fármacos e descompensar os transtornos psiquiátricos de base.

“Muitas vezes é importante haver comunicação do endocrinologista com o psiquiatra para avaliar se é possível, se o paciente está compensado do transtorno psiquiátrico, ou se o psiquiatra gostaria de fazer ajuste de dose dos remédios vigentes antes de ser prescrita a medicação antiobesidade”, adverte. Ela reforça a importância de seguir com o acompanhamento psicológico e psiquiátrico durante todo o tratamento.

A endocrinologista afirma que, até o momento, não há evidência consistente de que agonistas de GLP-1 ou a tirzepatida estejam associados à piora de quadros psiquiátricos ou alterações negativas do humor, sendo considerados seguros nesse contexto, apesar da necessidade de vigilância clínica em populações de maior risco.

CONTRAINDICAÇÕES

Mylena Medeiros alerta que medicamentos análogos de GLP-1 (semaglutida, liraglutida) e o agonista dual de GLP-1 e GIP (tirzepatida) são formalmente contraindicados para pessoas com histórico pessoal ou familiar de câncer medular de tireoide.

Além disso, a endocrinologista ressalta que o emagrecimento com essas medicações não deve ocorrer às custas de efeitos que impeçam o paciente de se alimentar, como aconteceu com Raquel e Maria*. De acordo com ela, os remédios atuam no centro da fome, regulando o apetite e reduzindo impulsos alimentares, promovendo uma perda de peso saudável — e não baseada em mal-estar ou restrição extrema.

A médica destaca ainda que o tratamento deve ser individualizado, com ajuste progressivo das doses, conforme a tolerância de cada paciente, e não apenas seguindo rigorosamente a bula. Reforça a importância de manter a prática regular de atividade física e uma alimentação equilibrada, com ingestão adequada de proteínas, e acompanhamento nutricional durante todo o processo.

RISCOS

A disseminação dos efeitos do emagrecimento por essas “canetas” nas mídias sociais e a falsificação dos produtos aumentou a utilização dessas medicações por pessoas com peso saudável. Entre os efeitos colaterais estão a perda excessiva de massa muscular, além da gordura; deficiências nutricionais devido à ingestão insuficiente de alimentos; desidratação por vômitos incontroláveis ou diarreia persistentes; queda de pressão arterial e mal-estar; recuperação rápida do peso após a interrupção do medicamento.

Em casos menos comuns, mas mais graves, já foram relatados: inflamação do pâncreas; problemas na vesícula biliar, incluindo cálculos e inflamação; obstrução intestinal ou atraso do esvaziamento gástrico; lesão renal relacionada à desidratação intensa e hipoglicemia, especialmente quando combinados com outros medicamentos para diabetes. 



A fachada do Museu Nacional, reconstruída após o incêndio, em 2018: processo lento de restauração e reconstrução do acervo

MUSEU NACIONAL RENASCE DAS CINZAS

Após oito anos do incêndio, exposições promovem diálogo entre ciência, memória e arte

ADRIANO DE LAVOR

Oito anos depois que um grande incêndio fez desaparecer fisicamente mais de 90% do seu acervo original, o Museu Nacional mostra novos sinais de recuperação ao exibir duas exposições que partem de suas próprias cinzas. As mostras, em cartaz até 30 de agosto de 2026, no tradicional museu da Quinta da Boa Vista, no Rio de Janeiro, também promovem interessantes diálogos entre memória, ciência e arte.

As exposições “Bastidores da ciência” e “Rescaldo das memórias” se complementam. A primeira revela as cinzas da resistência, mais vivas do que nunca. Como o nome sugere, mostra as expertises do museu — uma casa que também é espaço de

pesquisa, ciência e arte — e que se ressignifica. Em 2018, cerca de 18,5 milhões dos 20 milhões de itens que existiam no antigo palácio de São Cristóvão foram destruídos pelo fogo.

“Bastidores da ciência” revela aquilo que o fogo não queimou: motivações, métodos, técnicas e descobertas de quem trabalha ali e que enfrenta o desafio de virar a página sem esquecer o que aconteceu. Entram em cena a restauração, a paleoarte, a modelagem digital, a taxidermia, as ilustrações científicas e diferentes técnicas de conservação de acervos, aproximando o público dos bastidores da produção do conhecimento.

As marcas da fuligem à vista, misturadas aos tijolos originais e colunas aparentes, emolduram processos de trabalho de

restauração e de conservação de itens antigos e diferentes modos de “criar” novos artefatos para o acervo. Uma oportunidade de admirar o trabalho de pesquisadores e perceber que o que se faz no museu também é arte.

DAS CINZAS À NOVA VIDA

“Rescaldo das memórias” emociona pelo encontro explícito entre ciência e arte. A partir dos diferentes tons das cinzas do incêndio em 2018, catalogadas pelo paleontólogo Sergio Alex Kugland de Azevedo, o artista Vic Muniz reconstruiu imagens de obras que foram consumidas pelo fogo. A fachada do próprio museu, desenhada com cinzas e posicionada entre as vigas originais do prédio — que se mantiveram em pé, mesmo com o desabamento dos andares superiores —, é o destaque entre as fotografias, que também retratam borboletas e conchas, afrescos de Pompéia e uma esfinge egípcia.

No centro da sala — onde começou o incêndio, em 2018 — esculturas em polímero recriam artefatos consumidos pelo fogo: pequenas estatuetas; a múmia egípcia de um gato; o crânio de Luzia, o fóssil humano mais antigo encontrado na América do Sul, com mais de 10 mil anos de idade. Tudo também revestido com as cinzas do incêndio. Como a mitológica ave fênix, que renasce das próprias cinzas, o museu, que completou 208 anos em 2026, reinventa-se ao questionar a linearidade do tempo por meio da arte.

Entre as duas exposições, no hall de entrada do museu, alguns itens que sobreviveram às chamas capturam o olhar do visitante: as estátuas de Orfeu, na mitologia grega o filho de Apolo e Calíope que viaja até o inferno para resgatar sua amada Eurídice; e de Cibele, a deusa protetora dos reinos que salvou da destruição o filho, o poderoso Zeus do Olimpo, originalmente localizadas na fachada do prédio, foram as únicas que resistiram à ação do fogo. Como a reafirmar o poder de resistência, emolduram imponentes a escadaria principal, ainda interditada ao público.

Ao centro das duas, na entrada do museu, está um artefato do espaço que encanta adultos e crianças: o meteorito de Bendegó, com 5.360 quilos e 4,5 bilhões de anos. O objeto, encontrado por um menino por volta de 1784 próximo ao riacho homônimo, no sertão baiano, foi incorporado ao museu, em 1888. Um dos maiores já registrados no hemisfério Sul, estima-se que o meteorito de ferro e níquel tenha se formado há mais de 100 mil anos.

Acima dele, o esqueleto de uma baleia cachalote, suspenso no teto, também é alvo das câmeras dos visitantes. Encontrado no litoral do Ceará há pouco mais de 10 anos, os ossos da baleia, incorporados recentemente ao museu, ensinam de maneira lúdica a diferença entre o que é esqueleto e um fóssil, assim como sinalizam para o caráter dinâmico de recomposição do acervo, que se constrói a cada dia.

As exposições contam ainda com a “recepção” de um ser inusitado. Do lado de fora do museu, está um animatrônico — boneco controlado remotamente e projetado para imitar a aparência e os movimentos de seres vivos — de um Oxalaia quilombensis, um dos mais importantes dinossauros já descritos no Brasil. Com cinco metros de altura e 15 metros de comprimento, a réplica foi doada pelo Parque Terra dos Dinos, localizado em Miguel Pereira, região centro-sul fluminense. **R**



Quatro momentos do “novo” museu: Fotografias e esculturas produzidas com as cinzas do incêndio; o meteorito de Bendegó que resistiu às chamas; o dinossauro que recebe os visitantes e o esqueleto de baleia, incorporados ao acervo



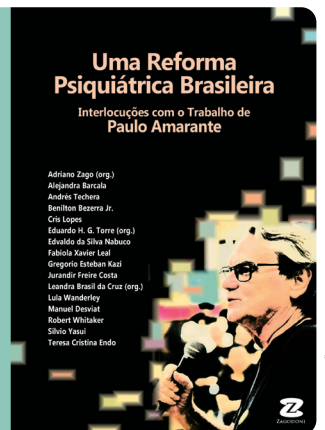


O TRI DE FORA DOS CAMPOS

A minissérie *Brasil 70: A Saga do Tri*, disponível na Netflix, vai além da reconstrução esportiva da conquista da Copa do Mundo de 1970, no México, ao retratar o futebol como palco das tensões políticas da ditadura militar brasileira. A produção destaca a figura de João Saldanha, interpretado por Rodrigo Santoro, como símbolo de enfrentamento ao regime, especialmente por sua postura independente diante das interferências do governo Médici na Seleção. A série aborda como Saldanha, comunista e crítico da repressão — apelidado de João sem medo pelo cronista Nelson Rodrigues, seu amigo — transformou a comissão técnica em espaço de resistência simbólica, até sua saída cercada por pressões políticas. A obra mostra como a ditadura tentou instrumentalizar o futebol para construir uma imagem de unidade nacional, enquanto personagens como Saldanha expunham as contradições daquele momento histórico.

AMARANTE E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Uma homenagem à trajetória de Paulo Amarante, pesquisador emérito da Fiocruz e um dos pioneiros da Reforma Psiquiátrica Brasileira, é a proposta do livro “Uma Reforma Psiquiátrica Brasileira: Interlocuções com o trabalho de Paulo Amarante”. Lançado em junho, em Vitória (ES), durante o 10º Congresso da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), da qual Paulo é fundador, a obra revisita a atuação do médico psiquiatra no campo da saúde mental e da luta antimanicomial no Brasil. Organizada por Leandra Brasil da Cruz, Adriano Zago e Eduardo Torre, reúne textos de outros importantes nomes da área para abordar a relação do capixaba nascido em 1952 com temas como medicalização da vida, estigmas da loucura, desinstitucionalização, arte como terapia, cuidado diante do sofrimento psíquico, diversidade e direitos humanos.



PARA NINGUÉM MAIS TEMER A PESTE

Dois produtos de divulgação científica desenvolvidos pela Fiocruz Pernambuco em parceria com a Universidade de Pernambuco (UPE) transformam a trajetória de uma das maiores referências brasileiras no estudo da peste bubônica em uma experiência educativa voltada à primeira infância. O videoclipe infantil “A Mulher que Botou Medo na Peste” e o e-book “Descobrindo Ciência com as Crianças — A Mulher que Botou Medo na Peste” estão disponíveis gratuitamente para inspirar crianças, educadores e famílias. Os materiais apresentam a trajetória da pesquisadora emérita da instituição, Alzira Almeida, referência nacional nos estudos sobre a doença e responsável pela consolidação de um importante acervo científico sobre o tema no país. Assista ao vídeo: <https://bit.ly/filmeamulherquebotoumedonapeste> e acesso o e-book: <https://bit.ly/ebookamulherquebotoumedonapeste>.

MENINAS QUE SONHAM COM O FUTURO

O documentário brasileiro “A Fabulosa Máquina do Tempo”, dirigido por Eliza Capai, tem sido apresentado em vários festivais nacionais e fora do Brasil. Filmado em Guaribas, interior do Piauí, já foi exibido na cidade, em uma sessão ao ar livre, e premiado na 41ª edição do Festival Internacional de Cinema de Guadalajara, no México. Coproduzido com o Canal Brasil, o filme acompanha meninas de 7 a 12 anos e, através da observação de seu cotidiano, conversas e brincadeiras, traz questionamentos sobre machismo estrutural, desigualdades e novas possibilidades de futuro. A previsão é de que o longa chegue aos cinemas no segundo semestre de 2026, com a distribuição de Descoloniza Filmes. Assista ao trailer: <https://bit.ly/trailerafabulosamaquinadotempo>.



Desinstalar o sistema das bets

FELLIPE LEAL*

Quando Pitty cantou, em 2003, que “nada é orgânico, é tudo programado”, talvez tenha produzido uma das críticas mais precisas ao mundo que habitaríamos nas décadas seguintes. Os imperativos de “Admirável Chip Novo” — “pense, fale, compre, beba, leia, vote, (...) gaste, viva” — continuam ecoando, agora amplificados pelas nossas telas de estimulação.

Caminhe pelas ruas ou entre no ônibus e verá anúncios de apostas. Ligue a televisão e elas estarão estampadas nos uniformes dos times de futebol. Nas redes sociais, influenciadores e artistas ostentam uma vida de sucesso enquanto comercializam a ideia de ganhar dinheiro com facilidade, bastando baixar um aplicativo. Não é mágico?

A psicologia comportamental demonstra que nossas ações não são fruto exclusivo da vontade individual, mas resultado da interação complexa entre emoções e contexto social. Quando uma indústria investe bilhões na criação de ambientes capazes de atuar como cassinos, estimulando impulsividade, permanência e expectativa de recompensa, não podemos tratar os danos produzidos como consequência exclusiva da responsabilidade individual. Existe um sistema por trás de tudo isso.

É nesse contexto que precisamos compreender o funcionamento das apostas on-line, as chamadas bets. Como aponta a Linha de Cuidado para Pessoas com Problemas Relacionados a Jogos de Apostas, do Ministério da Saúde, essas plataformas operam por meio de estratégias sofisticadas de marketing, design persuasivo e recompensa que exploram dimensões subjetivas da experiência humana em favor do lucro.

Essas empresas também jogam. Não apenas com o dinheiro, mas com o desejo e a expectativa de milhões de brasileiros de ascender socialmente; com a esperança de transformação de vida; e com diversas vulnerabilidades emocionais e cognitivas. Os sujeitos tornam-se combustível para o funcionamento dessa “máquina de moer gente”. Esses mecanismos favorecem o desenvolvimento do jogo problemático e podem produzir intenso sofrimento psíquico, especialmente entre grupos mais suscetíveis, como homens jovens, pessoas negras e indivíduos em sofrimento decorrente de luto, separação, aposentadoria ou desemprego.

“Eu não sabia, não tinha percebido”. Em alguns casos, jogar deixou de ser entretenimento. A ludopatia, também conhecida como transtorno do jogo, é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um problema de saúde mental. Assim como ocorre com as dependências

relacionadas ao álcool e ao tabaco, muitas pessoas têm dificuldade em controlar o comportamento de apostar quando expostas a determinados estímulos.

Existem programas e grupos comunitários específicos para o cuidado de pessoas que sofrem com alcoolismo e uso de outras drogas. Talvez tenha chegado a hora de pensarmos estratégias semelhantes para pessoas com problemas relacionados aos jogos e para suas famílias. Contudo, não podemos nos restringir às intervenções clínicas. Precisamos regular a publicidade, controlar as ofertas e desenvolver estratégias educativas capazes de promover uma crítica ao consumo digital.

A falta de percepção desses mecanismos nos faz viver sob uma dupla ilusão: a de que não há malefícios nos jogos em excesso e a de que a responsabilidade é inteiramente individual. Soma-se a isso a ilusão do autocontrole, constantemente reforçada pela mensagem “jogue com responsabilidade”. São tantos anúncios veiculados que eles podem ser compreendidos como Determinantes Comerciais da Saúde (DCS).

Quando alguém se torna dependente de algo, tende a privilegiar comportamentos capazes de produzir prazer imediato. Resistir ao impulso da recompensa torna-se difícil. O ambiente é um fator determinante e não pode ser negligenciado. A internet favorece esse processo por oferecer acesso facilitado, múltiplas formas de pagamento e a privacidade necessária para uma atividade frequentemente solitária, sem deslocamento físico e sem a presença de outro. Isso facilita a perda de controle e intensifica o sofrimento.

Mas é fundamental retirar essa discussão do campo da moral. Dependência não é falta de caráter. Por isso, precisamos pensar nos determinantes sociais e comerciais do vício em apostas e construir uma visão mais ampla do problema.

A publicidade transmite, a todo instante, a mensagem de que apostar é inofensivo, divertido e recompensador. A propaganda intensiva, como diria Pitty, não é orgânica. Há sempre uma programação, uma intenção no background de cada roteiro, trilha sonora e personagem escolhido para protagonizar a peça publicitária.

As bets não vendem apostas. Elas vendem esperança. Utilizam algoritmos capazes de antecipar desejos, explorar medos e manipular perdas. Quando o sofrimento humano se transforma em fonte de lucro, precisamos parar e avaliar a instalação desse sistema. Afinal, ele já se tornou uma questão política e sanitária.

■ Felipe Leal é psicólogo e residente em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), em Minas Gerais.

RADIS

A Radis não chega
só na sua caixa
de correio.

Ela também está
no seu feed.



Siga nosso Instagram, inscreva-se no canal
do WhatsApp e acompanhe **conteúdos exclusivos**
em todas as nossas redes sociais.



/radisfiocruz



@radisfiocruz



/RadisComunicacaoeSaude



Canal no Whatsapp

