POR QUE A AIDS VOLTA A AMEAÇAR O MUNDO?

RADIS
Nº288 SET 2026

REDUÇÃO DE RECURSOS E FALTA DE ACESSO A AVANÇOS CIENTÍFICOS COMPROMETEM RESPOSTA AO HIV

ENSP FIOCRUZ

DITADURA NUNCA MAIS: O Dia Nacional da Saúde, 5 de agosto, data do nascimento de Oswaldo Cruz, foi escolhido pela Fiocruz para relembrar os 40 anos da reintegração à instituição dos pesquisadores que foram cassados durante o regime militar e tiveram que abandonar suas pesquisas. Em agosto de 1986, o então presidente da Fundação, Sergio Arouca, reincorporou Augusto Cid Mello Perissé, Domingos Arthur Machado Filho, Fernando Braga Ubatuba, Haity Moussatché, Herman Lent, Hugo de Souza Lopes, Masao Goto, Moacyr Vaz de Andrade, Sebastião José de Oliveira e Tito Arcoverde Cavalcanti. 40 anos depois, eles foram homenageados em frente ao Castelo Mourisco, símbolo da instituição, e seus familiares receberam por eles o título de pesquisadores eméritos postumamente. O evento também concedeu o título a Walter Oswaldo Cruz, filho de Oswaldo Cruz, que faleceu em 1967, três anos antes da cassação dos outros pesquisadores.



LICIA OLIVEIRA

RADIS edição 288 . set 2026

NOSSA CAPA: DESIGN RADIS

EDITORIAL
3 **O problema da aids é político**

4 VOZ DO LEITOR

5 SÚMULA

CAPA | AIDS
10 **Inovação sem acesso é injustiça**

15 **Onde está o dinheiro para a aids?**

ENTREVISTA | MARIÂNGELA SIMÃO
20 **"O Brasil faz a diferença na resposta à aids"**

MEDICAMENTOS
22 **30 anos da Lei de patentes**

ENTREVISTA | SUSANA VAN DER PLOEG
28 **"Patente não pode estar acima do direito à saúde"**

MEMÓRIA RADIS
30 **Sergio Arouca e a invenção do SUS**

34 SERVIÇO

PÓS-TUDO
35 **Sexílio: a expulsão de pessoas LGBT+ de seus territórios**

O problema da aids é político

Ao desembarcar pela primeira vez na América do Sul, em sua 26ª edição, a Conferência Internacional de Aids (Aids 2026) colocou o mundo diante de uma questão incômoda: por que os avanços científicos em relação à prevenção e ao tratamento do HIV não estão disponíveis a todas as pessoas? O encontro promovido pela Sociedade Internacional de Aids (IAS) no Rio de Janeiro, em julho, ocorreu em um país estratégico, pois a resposta brasileira à aids dada pelo SUS tem mostrado, ao longo de décadas, que sem equidade não há garantia de saúde.

O mundo, porém, parece caminhar em sentido contrário: os cortes de investimentos implementados por Donald Trump, nos Estados Unidos, já prejudicam a oferta de assistência às pessoas que vivem com HIV e afetam pesquisas e estratégias para prevenção de novas infecções. Em paralelo, empresas e laboratórios multinacionais insistem em colocar o lucro acima da vida, o que afeta principalmente populações e países com mais vulnerabilidades.

Os repórteres Adriano De Lavor e Lara Souza acompanharam os debates durante a Aids 2026 e mostram como cientistas e ativistas estão trabalhando para diminuir o abismo entre os avanços científicos e a oferta real de cuidado, mesmo em um contexto global desfavorável. O relatório do Unaids, programa das Nações Unidas para HIV/aids, divulgado no encontro, indica que cerca de 41 milhões de pessoas vivem com HIV no mundo, porém 8,9 milhões delas ainda continuam sem tratamento, sendo 46% crianças. "Não são apenas números, são vidas humanas", declarou Winnie Byanyima, diretora executiva da organização.

Uma das contradições que melhor explicita a disparidade entre o que a ciência avançou e o que de fato tem chegado às pessoas que mais precisam foi denunciada nos protestos no encontro: Brasil e outros países da América Latina ficaram de fora dos acordos com o fabricante Gilead para produção e venda de genéricos do lenacapavir, uma versão injetável da PrEP [Profilaxia Pré-Exposição], mesmo tendo participado das fases de teste. A estratégia que o SUS atualmente oferece gratuitamente a populações-chave por meio de comprimidos diários poderia encontrar ainda melhor adesão em uma simples injeção, com duas aplicações por ano. "Lenacapavir: testado no Brasil, negado aos brasileiros", expressavam cartazes de manifestantes.

As discussões durante a conferência mostram que o problema da aids não é falta de dinheiro nem de esforço científico: o que faz com que pessoas continuem sem acesso a tratamento e prevenção são decisões políticas. Essa realidade é ainda mais agravada pelo avanço do conservadorismo e de restrições aos direitos de mulheres, pessoas LGBTQIAPN+ e grupos que necessitam de cuidados específicos por conta de vulnerabilidades.

O que parece faltar na atual resposta global ao HIV é a noção de equidade que o SUS colocou em seus princípios e fez com que o programa brasileiro de aids se tornasse referência mundial na oferta de tratamento antirretroviral, em um tempo em que o diagnóstico parecia ser uma sentença de morte. Beatriz Grinsztejn, pesquisadora da Fiocruz e atual presidente da IAS, lembrou o legado estratégico do Brasil ao ressaltar que a ciência deve andar de mãos dadas com boas decisões em políticas públicas para enfrentar as desigualdades.

As barreiras que impedem a população de usufruir, em seu cotidiano, dos benefícios advindos da ciência é tema de outra reportagem, assinada por Jesuan Xavier, que aborda os impasses das patentes, nos 30 anos da Lei de Propriedade Industrial (Lei nº 9.279 de 1996). A pandemia de covid-19 mostrou que o Brasil continua dependente da importação de medicamentos e insumos estratégicos para o SUS, mesmo tendo pesquisa de ponta em várias áreas, e isso se deve em grande parte a interesses mercadológicos que espoliam investimentos públicos, mas não trazem retornos efetivos à população. "Patente não pode estar acima do direito à saúde", declarou Susana van der Ploeg, integrante do Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual (GTPI).

Afirmar a soberania do direito à saúde e o valor da vida acima da mercadoria é lembrar a luta de Sergio Arouca (1941-2003), cujo legado é revisitado em texto de Licia Oliveira, que resgata registros históricos do sanitarista a partir do acervo do Programa *Radis*. Presidente da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde e da própria Fiocruz durante a redemocratização, Arouca foi um dos responsáveis por ancorar o SUS sobre os alicerces de que a saúde é dever de Estado e direito de todos.

Na definição do pensador brasileiro Carlos Nelson Coutinho, cidadania é a capacidade conquistada pelos indivíduos de "se apropriarem dos bens socialmente criados" — em outras palavras, de terem o direito de usufruir de todas as potencialidades da realização humana. Se a ciência e o SUS têm a possibilidade de oferecer recursos que garantem qualidade de vida, promover o acesso a esses bens e serviços é, antes de tudo, tornar essas pessoas cidadãs.

LUIZ FELIPE STEVANIM, EDITOR DO PROGRAMA RADIS

OPINIÃO

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

radis.ensp.fiocruz.br /RadisComunicacaoeSaude /radisfiocruz @radisfiocruz

CECÍLIA MINAYO

Uma grande referência científica, especialmente para quem realiza pesquisa qualitativa!

Julia Casini

Meu grande referencial teórico em violência e saúde. Exemplo de mulher, pesquisadora e professora. Toda minha admiração por ela e pelo legado que deixa para seus alunos.

Lucia Helena Ancillotti

Mestra! Que honra ter sido sua aluna na Fiocruz. Uma cientista humilde e competente!

Ana Cláudia Peixoto

Minha companhia bibliográfica há muitos anos. Tem toda a minha admiração e respeito.

Alvanize Ferenc

Professora Minayo, você é uma das grandes, que me ensinou a defender e amar o SUS!

Juliana Porto

Também é referência ao serviço social! Viva Minayo!

Rebeca Sulamita

Minayo aparece não só nas ciências sociais como também é referência metodológica para a gente da educação. A mulher é fera nas humanidades.

Gislaine Kalinowski

Grande Professora Cecília Minayo, uma referência na pesquisa, em especial a qualitativa. Muito me inspirou a estudar envelhecimento.

Socorro Morais

Minha co-orientadora no doutorado! Uma pessoa espetacular e uma cientista social gigantesca! Que honra ter sido sua aluna.

Adriane Maia

Mulher maravilhosa! Aprendi tudo que sei de pesquisa com ela! Uma intelectual completa, pesquisadora generosa, professora incrível, cidadã comprometida, pessoa gentil! Merece todas as honrarias da academia. Todas as alegrias da vida!

Regina Bortolini

Se vocês têm essa visão dela enquanto cientista, iriam morrer de amor conhecendo-a e convivendo, mesmo que muito pouco como convivi. É uma pessoa sensacional, de uma simplicidade absurda, isso a torna gigante. Carinho e respeito muito grandes por ela!

Gil Menegoli



Maravilhosa é pouco! Uma inspiração! Impossível falar sobre o tema violência e saúde sem pensar em Minayo!

Tati Borsoi

Quando eu li pela primeira vez a forma que ela aborda a pesquisa, eu me apaixonei. Da graduação ao meu doutorado, você me acompanha e vai me acompanhar. Obrigado pela sua dedicação e compromisso com a ciência social.

Andre Alves

POR UMA APS "CARAMELO"

Muito legal o texto! Fez-me refletir sobre como estamos sendo esterilizados, empacotados! No curso em que estamos, em breve, seremos burocratas e não médicos.

Pedro Varjão

Fez-me lembrar que eu estava prestes a infartar e fiz revascularização pelo SUS com um organismo precário que não facilitou em nada a cirurgia, mas graças a Deus e a competência de médicos do SUS estou aqui cuidando de meus filhos.

Lenilza Freire

MATERNIDADE COM HIV

Que matéria linda! Histórias de superação dessas mulheres que não se renderam e escolheram viver e superar seus desafios que acredito que tenham sido muitos. Parabéns pela força e coragem, saúde em abundância para vocês!

Angélica Torquato

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 111.150 exemplares

USO DA INFORMAÇÃO
Textos podem ser reproduzidos, citada a fonte original.

ENSP
FIOCRUZ
SUS



JOSUA MULALA RAYMOND / OMS

Surto de ebola já é o mais letal da RD Congo

O atual surto de ebola na República Democrática (RD) do Congo foi declarado o mais letal da história do país, em 16 de agosto, quando o número de mortes (2.325 pessoas) ultrapassou o de 2018-2020 (2.299). O Instituto de Saúde Pública da RD Congo registrou 4.945 casos até a data, causados pela espécie Bundibugyo do vírus Ebola, para a qual não existem vacinas ou tratamentos aprovados.

A taxa de letalidade subiu de cerca de 20% no início de junho para 46% em agosto, de acordo com dados do governo, o que significa que quase um em cada dois casos confirmados é fatal.

"Normalmente, à medida que um surto progride, a taxa de letalidade deveria cair, pois o rastreamento de contatos melhora e os pacientes são identificados e tratados mais cedo", disse à imprensa Thomas Parisch, especialista em saúde pública que atua na área com a organização Médicos Sem Fronteiras (Reuters, 16/8). "Em vez disso, ainda vemos muitos casos detectados tardiamente, quando o tratamento tem menos probabilidade de sucesso, e muitos são identificados apenas depois de morrerem na comunidade."

Autoridades ouvidas pela CNN (22/5) relacionaram o surto ao enfraquecimento dos organismos multilaterais de saúde após a posse de Donald Trump como presidente dos Estados Unidos. Sua gestão retirou financiamento do país à OMS, dissolveu a Agência para o Desenvolvimento Internacional (Usaid), fez cortes no Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e reduziu a ajuda à saúde que fornecia à RDC e à Uganda. O financiamento dos EUA à RDC caiu quase 90%: de US$ 1,4 bilhão em 2024 para US$ 146 milhões em 2026.

CONFLITOS ARMADOS E RESPOSTAS À CRISE SANITÁRIA

Análise do Centro de Estudos Estratégicos e Internacionais (CSIS, na sigla em inglês) ressalta o contexto de fragilidade histórica do sistema de saúde congolês, a desconfiança comunitária herdada de surtos anteriores e a lentidão geral de resposta a doenças emergentes. Alerta também que conflitos armados e mineração ilegal na região de Ituri e nas províncias de Kivu do Norte e Kivu do Sul são obstáculos estruturais à contenção do surto.

Milícias como as Forças Democráticas Aliadas e o grupo M23 controlam rotas de contrabando de ouro e coltan que movimentam bilhões de dólares por ano. O acesso de equipes de saúde às áreas representa uma ameaça direta a essas operações, o que faz da violência armada um obstáculo estrutural à contenção do surto.

Desde a declaração da emergência de saúde pública de interesse internacional do ebola, em 17 de maio, a OMS registrou ao menos 12 ataques a instalações de saúde nas províncias mais afetadas.

Em artigo publicado nos Cadernos Fiocruz de Saúde Global e Diplomacia da Saúde (edição 14 de 2026), Paula Reges, Luana Bermudez e Luiz Augusto Galvão apontam que um dos aspectos mais relevantes dessa resposta é a tentativa de desenvolver conhecimento e tecnologias específicas para o vírus Bundibugyo em meio à própria emergência.

Pela primeira vez, duas vacinas desenvolvidas especificamente contra esse vírus chegaram à fase de testes em seres humanos. Paralelamente, uma vacina diferente apresentou proteção cruzada em estudos com animais e está sendo conduzida em direção a um estudo de fase 3. No campo terapêutico, o ensaio clínico Partners, patrocinado pela OMS, já havia incluído 100 pacientes.

Números

4.945 casos

2.325 mortos

46,8% taxa de letalidade

Postura antivacina impulsiona sarampo nos EUA

Os Estados Unidos enfrentam o pior surto de sarampo em três décadas e meia, como noticiaram a Carta Capital (24/7) e a Revista Fórum (25/7 e 3/8). Esse aumento é atribuído em parte à relutância com a vacinação. Nos últimos sete meses, foram relatados 2.318 casos confirmados da doença, que é altamente contagiosa, segundo o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) estadunidense, por meio de dados divulgados em 24/7. Esse número supera o total de 2025, ano que já havia registrado recordes, com 2.289 casos e três mortes. Um alerta que se acende em todo o mundo e se estende além das fronteiras estadunidenses.

SP REGISTRA AUMENTO DE CASOS

No Brasil, o estado de São Paulo também vem observando um aumento no número de casos de sarampo. No dia 7/8, a Secretaria Estadual de Saúde (SES-SP) havia confirmado 23 ocorrências — sete além das divulgadas quatro dias antes, em 3/8. As novas identificações foram todas na capital e o governo estadual orientou reforço na vacinação da população contra a doença.



PAULO PINTO/AGÊNCIA BRASIL



TÂNIA REGO/AGÊNCIA BRASIL

Brasil permanece fora do mapa da fome

Menos de 2,5% da população brasileira é considerada subnutrida. Esse é o percentual máximo adotado pela Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO/ONU) como parâmetro mundial para considerar que um país está fora do Mapa da Fome. Os dados são do relatório "O Estado da Segurança Alimentar e Nutricional no Mundo 2026" (Sofi).

É a segunda vez que o Brasil consegue sair do Mapa da Fome. A primeira foi em 2013. Durante os anos de 2020 a 2023, os indicadores mostravam que a população brasileira tinha voltado ao Mapa.

EM 2025:

- **645 milhões de pessoas no mundo sofreram com a fome**
- **África e Ásia concentraram os maiores índices**
- **25,8% da população mundial em situação de insegurança alimentar**
- **Apenas 30,8% de crianças de 6 a 23 meses no mundo têm uma dieta minimamente variada**
- **A prevalência da obesidade em adultos aumentou de forma constante, agora em 16,2% comparado a 12,1%, em 2012**

Fonte: FAO



Alojamento de pessoas internadas, em CT em Campo Grande (MT)

NMPCT

Comunidades terapêuticas são denunciadas em comissão internacional

Um novo capítulo nas denúncias contra as comunidades terapêuticas (CTs) chegou à instância internacional. A Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) promoveu audiência (7/8) sobre o tema, em Nova Iorque (EUA), a pedido da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e da Iniciativa Negra.

As organizações brasileiras expuseram um conjunto de violências e violações praticadas nas CTs contra pessoas que fazem uso problemático de álcool e drogas, como internações irregulares, restrição de liberdade, imposição religiosa, LGBTfobia, maus tratos, uso de sedativos e trabalho forçado, com a chamada "laborterapia". Também questionaram o financiamento do Estado brasileiro a essas instituições.

As denúncias se baseiam principalmente no Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, divulgado em 2025 pelo Ministério Público Federal (MPF) e pelo Ministério Público do Trabalho (MPT). O MPF participou da audiência e relatou investigações que envolvem diversas violações de direitos humanos.

Os representantes das organizações pediram explicações ao Estado brasileiro e o fim do financiamento público às CTs, de modo que os recursos sejam direcionados para a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), do SUS. "Se o Estado brasileiro financia, regulamenta, contrata ou tolera instituições nas quais direitos são reiteradamente violados, não pode responder a cada denúncia como se estivesse diante de um acidente privado", escreveu Thessa Guimarães para o portal Outra Saúde (14/8).

"Buscamos o reconhecimento por essa comissão de que as comunidades terapêuticas não são verdadeiramente dispositivos de cuidado para a população usuária problemática de álcool e drogas, mas sim instituições que promovem violações de direitos humanos de forma sistemática, estrutural e disseminada por todo o território brasileiro", declarou na audiência Ana Paula Guljor, presidente da Abrasme e pesquisadora da Fiocruz.

O debate foi aprofundado na edição 284 de *Radis* (maio de 2026). A reportagem mostrou como essas instituições reproduzem práticas manicomiais, segregam usuários de álcool e drogas e ameaçam as conquistas da Reforma Psiquiátrica e do cuidado em liberdade.

Novo medicamento reduz mortes por malária

Em 2025, o Brasil reduziu 30% das mortes por malária. O importante avanço se deu a partir da oferta pelo SUS de um novo medicamento para prevenir manifestações da doença. Desde 2024, o SUS disponibiliza a tafenoquina, remédio de ação prolongada, administrado em dose única, evitando que a manifestação mais grave na pessoa já contaminada. O Brasil foi o primeiro país do mundo a incorporar o medicamento.

Dados do Ministério da Saúde apontam que as mortes caíram de 56, em 2024, para 39 no ano seguinte. No mesmo período, foram registrados cerca de 118 mil casos da doença em território nacional, menor índice desde 1978.

Alertas de desmatamento na Amazônia caem, mas ameaças continuam

Ao mesmo tempo que a Amazônia atinge a menor área sob alertas de desmatamento desde que o Sistema de Detecção em Tempo Real (Deter) começou a operar, em 2016 (veja abaixo), o Congresso Nacional mantém em tramitação iniciativas que visam enfraquecer a capacidade de fiscalização ambiental na região.

"Os números são históricos, fruto de políticas sérias de proteção ambiental, e provam que é plenamente possível cumprir o compromisso assumido pelo país de zerar e reverter o desmatamento até 2030. No entanto, o fim da destruição de nossas florestas só será possível com uma grande mudança no Parlamento", afirmou Marcio Astrini, secretário-executivo do Observatório do Clima, em entrevista ao Brasil de Fato (8/8).

Astrini chama atenção para projetos em tramitação que podem reduzir a capacidade de atuação do Ibama, flexibilizar regras de proteção à vegetação nativa, diminuir a proteção de unidades de conservação e anistiar a grilagem de terras públicas.

Redução: Entre agosto de 2025 e julho de 2026, foram 2.874,38 km^2 da Amazônia sob alerta, uma **redução de 36,87%** em relação ao ciclo anterior, quando o número ficou em cerca de 4.495 km^2.



TÂNIA REGO/AGÊNCIA BRASIL

VENTANIA PROVOCA ESTRAGOS NO SUDESTE: Uma forte ventania entre São Paulo e Rio de Janeiro surpreendeu moradores e meteorologistas na tarde de 29 de julho, deixando ao menos cinco mortes. Com rajadas de ventos que alcançaram mais de 100 km/h, o vendaval provocou apagões, quedas de árvores e interrupções em serviços de transporte (metrô, ônibus e avião). Especialistas disseram que o evento foi consequência da chegada de uma frente fria e não foi possível traçar um paralelo direto com o fenômeno climático El Niño.

Maior Ideb em 20 anos

O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) registrou o melhor desempenho de sua série histórica. O indicador avalia a qualidade do ensino no país com notas de 0 a 10, combinando a taxa de aprovação e permanência escolar com o rendimento dos alunos em Português e Matemática.

Embora o índice tenha crescido em todas as etapas de ensino, o avanço mais expressivo se concentrou nos anos iniciais do Ensino Fundamental. Os números apontam que o principal desafio se concentra nas séries mais avançadas: enquanto os estudantes do início do Fundamental evoluíram nas disciplinas básicas, nos anos finais a média ficou abaixo da meta estabelecida. Já no Ensino Médio, o desempenho em Matemática permaneceu aquém do patamar mínimo desejado.

“Eu acho que o SUS é a espinha dorsal da saúde brasileira, especialmente no aspecto científico. A saúde não é um privilégio para alguns; é um direito fundamental humano. Então, fico feliz em ver o Brasil forte nisso. A principal lição que outros países podem aprender é com a universalidade. E estou feliz que meu sobrenome termina com SUS”

[Tedros Adhanom GhebreyeSUS, diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), à *Radis*, durante entrevista coletiva em cerimônia de diplomação como doutor honoris causa pela Fiocruz, em 27/7]



TOMAZ SILVA/AGÊNCIA BRASIL

Indústria trava regulação da publicidade de ultraprocessados

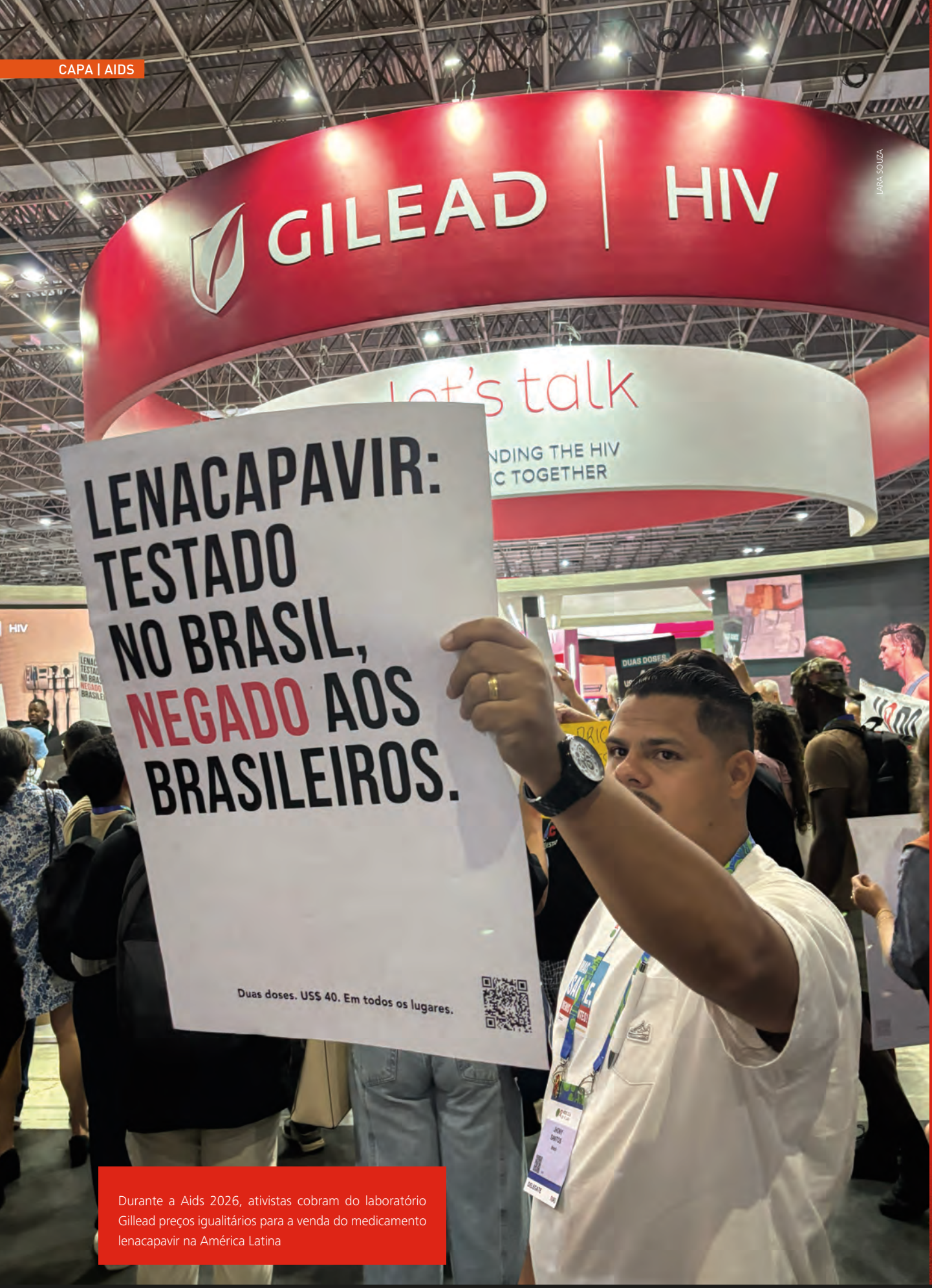
Uma investigação dos veículos Agência Pública e O Joio e O Trigo (em colaboração com a Lighthouse Reports e outros parceiros internacionais) revela forte ofensiva judicial da grande indústria alimentícia e de empresas de comunicação contra a regulação da publicidade desses produtos.

O levantamento identificou que apesar da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 24 ter sido publicada em 2010, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o ataque das chamadas “Big Foods” impediu que a norma avançasse em relação aos alertas sanitários para alimentos com altos teores de sódio, açúcar e gorduras nos anúncios desses produtos. Além do Brasil, a investigação analisou mais cinco países (Colômbia, Estados Unidos, Índia, México e Reino Unido) em 239 disputas judiciais.

SBPC lança 117 propostas para o Brasil

No dia do seu 78º aniversário, comemorado em 8 de julho, a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) lançou o Caderno “Vozes da Ciência: O Brasil que Queremos”, edição 2026, com um conjunto de 117 propostas que visam integrar conhecimento, diagnóstico, evidências e políticas públicas em favor do país.

O caderno reúne contribuições de mais de 60 pesquisadores e pesquisadoras em sete eixos temáticos: ciência, tecnologia e inovação (CT&I) como projeto de nação; soberania nacional; sustentabilidade, clima, biodiversidade e segurança alimentar; democracia e segurança pública; equidade, diversidade e justiça social; educação, formação e universidade; e saúde Pública, saúde mental e vigilância. Confira o documento: https://bit.ly/vozesdaciencia2026.



LARA SOUZA

Durante a Aids 2026, ativistas cobram do laboratório Gillead preços igualitários para a venda do medicamento lenacapavir na América Latina

INOVAÇÃO SEM **ACESSO** É INJUSTIÇA

Conferência da IAS cobra financiamento sustentável e equidade no acesso a inovações científicas

ADRIANO DE LAVOR

Repensar, reconstruir e avançar. O tema que mobilizou cerca de 7.500 pessoas em torno da 26ª Conferência Internacional de Aids (Aids 2026), que aconteceu no Rio de Janeiro, entre 27 e 31 de julho, resume os desafios apresentados durante o evento, que pela primeira vez aconteceu na América do Sul. Os recentes anúncios de redução de financiamento global — e por consequência dos cortes nos serviços comunitários e de prevenção ao HIV — acenderam o alerta para o alto risco de recrudescimento da epidemia de aids no mundo.

Ao mesmo tempo, a reivindicação por equidade no acesso às novas tecnologias médicas pautou debates e protestos. Em contradição aos mais recentes (e promissores) números divulgados sobre a doença no mundo, que demonstram queda de 42% em novas infecções pelo HIV e diminuição de 57% nas mortes relacionadas à aids [Confira aqui o resumo dos números do relatório "Unidas e Unidos para acabar com a aids", lançado durante a conferência], o que preocupa os especialistas, em nível global, é a desigualdade no acesso às novas tecnologias de prevenção — que hoje oferecem níveis de proteção contra o HIV semelhantes aos de uma vacina — e aos avanços no tratamento, especialmente em países de baixa e média renda.

"Os avanços científicos estão nos dando ferramentas com as quais as gerações anteriores só podiam sonhar", declarou no primeiro dia de trabalho Winnie Byanyima, diretora executiva do Unaids, programa conjunto das Nações Unidas de resposta global à epidemia de HIV/aids. Ela reforçou que o acesso às tecnologias, no entanto, ainda é desigual, o que compromete a efetividade dos esforços da ciência. As contradições ficaram aparentes, também no evento.

AVANÇOS PARA POUCOS

Na mesma conferência em que se afirmou a efetividade do lenacapavir como injeção capaz de aproximar do zero novas infecções pelo HIV com apenas duas aplicações por ano — substituindo o comprimido diário já conhecido como PrEP [Profilaxia Pré-Exposição] — ativistas ocupavam o estande do laboratório fabricante Gilead em protesto contra a exclusão do Brasil e de demais países da América Latina dos acordos de licenciamento voluntário, que permitem a produção e a venda de versões genéricas do medicamento em 120 países. "Vergonha, Gilead, vergonha", repetiam em diferentes línguas.

Para além da disparidade de preços, soma-se à indignação o fato de que o remédio não estará disponível em muitos dos países em que foi testado, como Brasil, México, Argentina, Peru e Colômbia. No Brasil, as negociações para a incorporação do lenacapavir à rotina do SUS seguem em impasse. Durante a Aids 2026, o ministro Alexandre Padilha explicou que o país se recusa a pagar preços "estratosféricos" e informou que o Ministério da Saúde ofereceu pagar US$ 400 por paciente ao ano pelo medicamento (até dez vezes mais que Indonésia, Tailândia e África do Sul, por exemplo), mas a farmacêutica Gilead não aceitou.

"Inovação sem acesso não é inovação; é injustiça", declarou o ministro, reforçando uma frase que foi bastante repetida durante o evento, inclusive pela diretora do Unaids. Para além da inequidade de acesso aos serviços e tratamentos de saúde, Winnie alertou para os crescentes ataques aos direitos humanos e civis, que comprometem ações de prevenção e tratamento em diferentes países do mundo. Ao citar o relatório lançado na Aids 2026, ela enfatizou que globalmente 8,9 milhões de pessoas com HIV ainda vivem sem tratamento, sendo 46% delas crianças. "Não são apenas números, são vidas humanas", disse.

BRASIL: LIÇÕES E DESAFIOS

Presidente da Sociedade Internacional de Aids (IAS) e da Aids 2026, Beatriz Grinsztejn não deixou de celebrar, na cerimônia de abertura, o fato de a conferência acontecer no Brasil, país que vem demonstrando como "boas decisões, ciência e políticas públicas" podem contribuir para enfrentar as desigualdades de acesso às tecnologias de saúde. Chefe do Laboratório de Pesquisa Clínica em HIV/Aids e IST do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI), da Fiocruz, a pesquisadora enfatizou o papel importante que exerce o país na resposta contra a aids.

"O Brasil sediar esta conferência é uma mensagem em si", disse. Diante de "crises convergentes" que abalam o enfrentamento ao HIV (mudanças geopolíticas, cortes repentinos de financiamento e crescente hostilidade às comunidades mais afetadas), ela defendeu que "este é o lugar certo para termos as conversas que a pandemia de HIV exige sobre poder e recursos".

As lições do Brasil também inspiraram a fala da então secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) do Ministério da Saúde, Mariângela Simão, que destacou o pioneirismo do país na garantia de tratamento gratuito e a importância do SUS na oferta de prevenção e cuidado às pessoas que vivem com HIV. Em entrevista à Radis [leia na página 20], ela destacou o fato de o país oferecer assistência com recursos domésticos e valorizou a inclusão da participação social na resposta nacional à aids.



Já Beatriz não deixou de apontar, no entanto, as dificuldades que afetam uma resposta efetiva ao HIV. Os cortes de 25% no financiamento internacional, entre 2024 e 2025, afirmou, não somente trazem prejuízo à saúde dos mais vulneráveis, mas também sinalizam para o sentido de urgência que o momento exige — e que pautou as conversas que se seguiram durante o evento.

Mesmo diante de um cenário marcado por desigualdades e urgências, o ministro da Saúde anunciou a compra do cabotegravir, PrEP também injetável de uso bimestral. O uso no SUS ainda não foi aprovado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). Padilha divulgou ainda o acordo firmado entre a Fiocruz e o laboratório MSD para acompanhar o desenvolvimento do alimatravir. Também conhecido pelo código MK-8527, o medicamento é um candidato inovador para PrEP oral de longa duração, desenvolvido para ser administrado em



LAUDEMIRO BEZERRA

Beatriz Grinsztejn, presidente da IAS, Winnie Byanyima, diretora do Unaids, Erika Castellanos, diretora da Ação Global pela Igualdade Trans (Gate), Mathume Phaahla, vice-ministro da Saúde da Africa do Sul, Jarbas Barbosa, diretor da Opas, e Mariângela Simão, durante o lançamento do Relatório da Unaids, na Aids 2026

um único comprimido tomado apenas uma vez por mês. Em fase de testes, ainda não foi aprovado por nenhuma autoridade regulatória para uso comercial.

Sobre o cabotegravir, a Conitec abriu consulta pública no mês de agosto para avaliar a integração do medicamento como opção de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) no SUS (vamos aguardar o resultado). A consulta é uma das etapas que antecedem a recomendação final da comissão, que já emitiu parecer favorável ao remédio. A sua aprovação marca, para especialistas, uma mudança importante na estratégia de prevenção ao HIV, já que amplia as possibilidades de escolha do usuário. Hoje, a principal modalidade de PrEP disponível no SUS é a oferta de um comprimido diário.

EPIDEMIA NÃO ACABOU

Apesar dos avanços apresentados, o tom geral das discussões era de preocupação e de precaução. "A epidemia não acabou", reforçou a diretora do Unaids, esclarecendo que 1,2 milhão de pessoas ainda vivem com HIV no mundo e que pelo menos 570 mil morreram de doenças relacionadas à aids. Ela registrou ainda que a cada dia são registradas 340 novas infecções pelo HIV e pelo menos mil mortes decorrentes da aids, e que a razão de tudo isso não se resume à falta de dinheiro: "Há recursos no mundo. Não é mais a questão se a gente pode acabar com a aids, mas sim se a gente escolhe acabar com a aids".

A opinião de Winnie é convergente com o que pensam ativistas brasileiros ouvidos pela Radis [leia na página 17]. "A gente sabe que existem recursos. A discussão é como os recursos existentes estão sendo alocados, em que a gente está gastando. A gente está escolhendo a crise ao invés do cuidado", comentou Juliana César, coordenadora da ONG Gestos, de Pernambuco. "A falta de fundos não é um problema de falta de dinheiro, é um problema político", declarou Veriano Terto, vice-presidente da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia).

Os protestos não se limitaram à diminuição dos recursos para as ações de resposta ao HIV/aids. Durante os quatro dias de evento, pessoas vivendo com HIV reivindicaram melhores condições de vida, em especial para aqueles que estão envelhecendo com o vírus. Estimativas apontam que, até 2040, a maioria delas estará com mais de 50 anos. O maior desafio, hoje, advertem os ativistas, é garantir seu envelhecimento saudável e autônomo.

As preocupações aumentam diante de evidências apresentadas durante a conferência que associam fatores sociais, como o racismo e a menor escolaridade, a um maior declínio cognitivo em indivíduos que envelhecem com HIV, como registrou o médico e sanitarista Carué Contreras, na Agência de Notícias da Aids (1º/8). Em contrapartida, alguns avanços foram divulgados no evento, como mais dois casos de remissão prolongada do HIV — elevando para 13 o número de casos no mundo em que pessoas controlam o vírus no organismo sem o uso de antirretrovirais.

Apesar de este e outros estudos apontarem avanços promissores no tratamento da aids nas próximas décadas, ativistas nos corredores da conferência cobraram maior investimento na cura do HIV. Uma faixa com os dizeres "Latin America wants cure now" ("A América Latina quer cura Já") tornou-se um dos símbolos políticos da Aids 2026.

Ao fim da conferência — que contabilizou mais de 150 sessões, 2.400 posters e 220 atividades na Vila Global, além de inúmeras conversas, e novas redes e parcerias — a Aids 2026 divulgou uma série de conclusões que sinalizam que "a era da dependência da ajuda internacional acabou" e orientam países a estudarem novos modelos de financiamento. O documento recomenda ainda a importância do cuidado integrado e da efetividade das iniciativas lideradas pelas comunidades, alertando para a atenção que se deve dar às crianças, cujas necessidades de saúde têm sido negligenciadas. [Confira o resumo das principais recomendações no site].

OS NÚMEROS DA AIDS NO MUNDO

PANORAMA GLOBAL (2025)

41 MILHÕES
de pessoas vivem com HIV no mundo

1,3 MILHÃO
são crianças

1,2 MILHÃO
de novas infecções por HIV foram registradas

32,1 MILHÕES
de pessoas em tratamento antirretroviral

570 MIL MORTES
foram relacionadas à aids

55%
das crianças que vivem com HIV estão em tratamento

11%
dos mortos por aids eram crianças

87%
das gestantes com HIV têm acesso à prevenção da transmissão vertical

95%
das pessoas em tratamento têm carga viral suprimida



TENDÊNCIAS

- As novas infecções **diminuíram 42%**
- O número de mortes relacionadas à aids **caiu 57%**
- O número de infecções entre crianças é **menor** em **69%**
- A incidência de novas infecções entre adolescentes e jovens mulheres é **3 a 4 vezes maior** que entre pares masculinos
- O risco relativo de contrair uma nova infecção por HIV é **49% vezes maior** entre pessoas das populações-chave

IMPACTOS DA REDUÇÃO DE INVESTIMENTOS

- Os recursos para HIV em países de baixa/média renda, em 2025, era de US$ 17,6 bilhões. A necessidade anual, até 2030, é de US$ 21,9 bilhões. A queda dos recursos totais, entre 2024 e 2025, foi de 6%, o que equivale a US$ 1 bilhão.
- O financiamento internacional diminuiu 25%, entre 2024 e 2025, o que fez o gasto de cada um dos países aumentar cerca de 6% nos últimos dois anos. O investimento doméstico já representa 59% do total dos gastos em 2025.
- A redução no financiamento entre países, a partir de 2024, causou quedas de 22% na testagem, 93% na distribuição de preservativos e 80% em ações de prevenção.
- 99,4% das organizações comunitárias dependem de financiamento internacional. Entre elas houve redução de serviços em diferentes áreas de atuação, chegando a 85% em algumas.
- Camarões, Nigéria e Zâmbia registraram queda de mais de 50% no número de pessoas recebendo a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)
- Na África do Sul, o número de pessoas com acesso à PrEP diminuiu em 8%

FONTE: UNAIDS

ONDE ESTÁ O DINHEIRO PARA A AIDS?

Crise no financiamento de pesquisa, cuidado e prevenção ameaça décadas de avanços na resposta ao HIV

LARA SOUZA

Um bloco tocando frevo invadia todos os espaços da Aids 2026, a 26ª Conferência Internacional sobre Aids. Na frente dos músicos, um estandarte estampava a frase em português e inglês: "Onde está o dinheiro para a aids?" — uma das perguntas mais repetidas durante o encontro. A indagação acabou se tornando a tônica do evento; afinal, o que é o avanço tecnológico e científico sem o acesso da população?

Winnie Byanyima, diretora executiva do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (Unaids) e subsecretária-Geral das Nações Unidas, afirmou, durante coletiva de imprensa, que o relatório especial da organização conta duas histórias. A primeira é de um progresso científico extraordinário, que deixa todos animados. Já a segunda é um alerta: cortes de financiamento, aumento da desigualdade e ataques aos direitos humanos que colocam décadas de progresso em risco.

Durante toda a conferência foi mencionado que a combinação desses três fatores de alerta pode levar a um ressurgimento da pandemia como vista anos atrás. Embora as novas infecções por HIV e as mortes relacionadas à aids estejam nos níveis mais baixos dos últimos 30 anos, a resposta atual à aids está fragilizada.

Winnie cita que "progresso não é o mesmo que vitória". Ela explica que a crise do financiamento não é uma ameaça futura: "Estamos vivendo agora". Novas infecções aumentaram em três das cinco regiões do mundo e em 21 países. Todos os dias, cerca de 3.400 pessoas contraem o HIV em todo o mundo e em torno de 1.600 pessoas morrem em decorrência de doenças relacionadas à aids. "A pandemia do HIV não acabou", relata Winnie.

CRISE SEM PRECEDENTES

Pela primeira vez, estudos começam a demonstrar com evidências os efeitos da crise de financiamento na resposta ao HIV/aids. Elise Lenkiewicz, pesquisadora sênior de Políticas da Fundação para Pesquisa da Aids (amfAR — da sigla em inglês), apresentou seu estudo na conferência, demonstrando que os resultados são preocupantes.

Um dos exemplos é o Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio da Aids (Pepfar), considerado o maior programa global de resposta ao HIV já criado, que salvou mais de 26 milhões de vidas desde 2003 e mudou a trajetória da pandemia. A iniciativa sofreu grandes interrupções a partir do segundo mandato do presidente Trump. Em 2025, houve um corte de 30% do financiamento, que antes era de US$ 4,7 milhões, com o anúncio de encerrar permanentemente o Plano no início de 2027.

O Pepfar financiou programas de prevenção, diagnóstico e tratamento em dezenas de países, sobretudo na África. A pesquisa Pepfar Pulse Study, de Elise, ouviu 166 parceiros executores em 46 países e documentou a dimensão das mudanças nas políticas e no financiamento estadunidense.

Mais da metade (52%) das organizações participantes na pesquisa informou ter perdido pelo menos um contrato de financiamento. Com isso, 1.714 unidades de atendimento deixaram de funcionar, entre elas 1.010 serviços públicos de saúde, 325 pontos de acesso aos serviços e 126 centros de acolhimento às populações em situação de maior vulnerabilidade.

Entre as organizações responsáveis pela oferta de tratamento, 21% interromperam definitivamente pelo menos uma das atividades clínicas voltadas ao cuidado de pessoas vivendo com HIV. Organizações relataram falta de preservativos (23%) e de insumos laboratoriais (23%). Outros 22% dos parceiros informaram dificuldades para obter medicamentos destinados à Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), enquanto 20% registraram problemas no acesso aos medicamentos antirretrovirais.

Outro grande impacto foi a redução da Ajuda Oficial ao Desenvolvimento (ODA), que inclui recursos financeiros e técnicos cedidos por países desenvolvidos e agências multilaterais. A diminuição dos recursos foi de 23% em 2025, a maior queda anual já registrada, segundo dados

ADRIANO DE LAVOR



Manifestantes protestam em frente ao estande do laboratório Gilead por acesso às medicações de longa duração para prevenção

da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Alemanha, Estados Unidos, Reino Unido, Japão e França, juntos, foram responsáveis por 95,7% da queda global na ajuda internacional. Foi a primeira vez que os cinco maiores doadores mundiais reduziram simultaneamente a assistência no mesmo ano. A redução da contribuição dos Estados Unidos foi de 56,9%.

Países que dependem da ODA para quase 60% das suas respostas ao HIV já estão cortando serviços, relatou a diretora executiva do Unaids, durante a conferência. O financiamento internacional caiu mais de US$ 1,5 bilhão, passando de US$ 8,8 bilhões em 2024 para US$ 7,3 bilhões em 2025, o menor nível registrado em quase duas décadas.

Winnie declarou que organizações comunitárias já estão fechando; programas de prevenção estão diminuindo; e profissionais de saúde, perdendo seus empregos. "As pessoas estão perdendo o acesso aos cuidados de saúde. Quando a prevenção desaparece, as infecções aumentam. Quando o tratamento é interrompido, as pessoas morrem", afirmou.

A diretora do Unaids também disse que está na hora do mundo corrigir urgentemente o sistema financeiro que não é mais funcional. Países de baixa renda, com altas dívidas e elevada incidência da epidemia, dependem de ajuda externa para uma resposta eficaz à aids. Muitos desses países precisam de financiamento externo para mais de 90% das ações relacionadas à epidemia, segundo o Unaids.

"A era de depender da ajuda internacional acabou", disse Winnie. Ela recomendou que os países acelerem a reestruturação das dívidas para que os governos possam investir na saúde, educação e no futuro de suas populações.

"OS DIREITOS HUMANOS SÃO A RESPOSTA AO HIV"

Winnie também afirmou que os cortes são resultado de escolhas políticas, sobretudo em um contexto de recentes ataques dos governos "conservadores" aos direitos humanos, como nos Estados Unidos. A representante da ONU ressaltou que a garantia de direitos, incluindo a atuação de movimentos sociais e organizações, é a verdadeira resposta ao HIV. "Os direitos humanos salvam vidas", pontuou.

O relatório do Unaids documenta que, em todo o mundo, os direitos humanos estão retrocedendo. Atualmente, 66 países criminalizam relações entre pessoas do mesmo sexo; 168, aspectos do trabalho sexual; 152, o uso de drogas; 14, pessoas transgênero. Além disso, em 50 países é exigido o consentimento dos pais para que adolescentes tenham acesso a serviços relacionados ao HIV.

Dados do estudo Pepfar Pulse Study mostram que, nos casos em que o financiamento do programa parceiro não foi afetado, 77% das instituições relataram ter sido obrigadas a cumprir novas restrições da política dos



LARA SOUZA

Manifestantes questionam "Onde está o dinheiro para a aids?"

Estados Unidos como condição para continuar recebendo financiamento.

"Os parceiros descreveram o mesmo conjunto de exigências: programas limitados às chamadas atividades de salvamento de vidas ["life-saving activities"], restrições relacionadas à diversidade, equidade e inclusão (DEI) e às questões de gênero, além da exigência de interromper ou reduzir serviços destinados às populações mais vulneráveis ao HIV", descreveu Elise em coletiva de imprensa da conferência.

Segundo o estudo, essas condições alteraram os programas mesmo nos casos em que o financiamento não foi afetado. Entre as organizações que não tiveram nenhum corte completo, os serviços mais frequentemente interrompidos foram justamente aqueles voltados às populações mais vulneráveis — as chamadas populações-chave —, citados por 64% delas.

"Repensar, Reconstruir, Avançar" — tema da Aids 2026 — se faz cada vez mais importante nesse contexto, como uma reflexão sobre os caminhos para a resposta global. Apesar da redução do financiamento, o relatório do Unaids aponta que o progresso é possível.

Sete países alcançaram uma redução de quase 80% nas novas infecções desde 2010; e 11 atingiram as metas de tratamento "95-95-95", que são objetivos estabelecidos pelo Unaids para ampliar a resposta global ao HIV, para que: 95% das pessoas que vivem com HIV conheçam seu diagnóstico; 95% estejam em tratamento antirretroviral; e 95% em tratamento com carga viral suprimida.

A diretora do Unaids informou que, há poucas semanas da conferência, 149 Estados-membros adotaram uma nova declaração política das Nações Unidas sobre o HIV e a aids, com relação ao compromisso de acabar com a aids como uma ameaça à saúde pública até 2030 no mundo todo. Se implementada a declaração, a Agência da ONU para Refugiados (Acnur) estima que esses compromissos poderiam prevenir 3,2 milhões de novas infecções e evitar 1,3 milhão de mortes.

BRASIL COMO ANFITRIÃO

Um dos pontos mais importantes da Aids 2026 foi que, além de reunir avanços científicos, também houve a participação ativa da sociedade civil nas discussões. A maior demanda dos países é o financiamento para políticas de prevenção e tratamento e o investimento em estudos sobre a cura do HIV, de acordo com o que foi observado nos debates e mobilizações políticas.

Juliana César, coordenadora da ONG Gestos, de Pernambuco, conversou com *Radis* sobre o que ela chama de crise do conservadorismo — impulsionada pela polarização política e ascensão de instituições tradicionalmente ligadas à extrema direita, que colocam em xeque questões como direitos das mulheres, da população LGBTQIA+, entre outras —, tanto no Brasil, como internacionalmente. "Um

aporte de recursos abissal deixou do dia para a noite vários países sem financiamento efetivo para garantir sua resposta ao HIV", afirma sobre os cortes orçamentários promovidos pelo governo Trump.

A ativista conta que foram gastos quase 3 trilhões de dólares mundialmente, só em 2025, com militarização — marcando o 11º ano consecutivo de alta, segundo dados do Instituto Internacional de Pesquisa para a Paz de Estocolmo (Sipri). "A gente sabe que existem recursos. A discussão é em que estamos gastando", comenta Juliana. "Por exemplo, apenas três dias desses recursos garantiriam uma resposta global ao HIV".

Veriano Terto, diretor vice-presidente da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia), também conta que a prioridade dos governos tem sido destinar dinheiro para questões militares, como guerras. "São fenômenos políticos que precisamos enfrentar, com políticas públicas, mobilização e participação", explica.

Quando questionado por *Radis* sobre a saída para esse paradoxo, Veriano afirma que a situação precisa ser enfrentada com a atuação de movimentos sociais fortes, autônomos e sem conflitos de interesse, que possam pressionar para que as inovações sejam acessíveis a todos aqueles que precisam, assim como trazer novos fundos para a resposta ao HIV. Ele afirma que esse o papel dos movimentos sociais é pressionar.

As comunidades que realizam o trabalho diário com as pessoas que vivem com o HIV também precisam de fortalecimento. É o que diz Katy Kydd Wright, diretora da Rede de Defensores do Fundo Global (GFAN), em conversa com *Radis*. Ela aponta que o caminho para a resposta ao HIV/aids precisa passar pelo apoio aos movimentos e sistemas comunitários. "A resiliência não se desenvolve por um longo período sem financiamento", diz.

A conferência aconteceu no Brasil em um momento político mundial importante no que diz respeito ao financiamento de programas e pesquisas, segundo Alberto Pereira Jr., jornalista presente no encontro. Ele avalia que exercemos um papel central na discussão ao ser o anfitrião do evento. "Um país que tem tratamento universal e gratuito pelo SUS e mostra que o Sul global também tem a chave para transformar", argumenta.

Alberto participou da abertura da Aids 2026 com uma fala sobre como os avanços da ciência só serão suficientes quando vierem acompanhados de acolhimento, informação e do fim do preconceito contra as pessoas vivendo com HIV. Ele foi um dos comunicadores e criadores de conteúdo convidados a participar do evento e a divulgar as discussões para além da mídia tradicional. Foi a primeira vez que esse tipo de iniciativa ocorreu no encontro.

Outra reivindicação dos movimentos sociais foi o desfinanciamento para pesquisas clínicas destinadas à cura da aids e ao desenvolvimento de vacinas, um dos impactos mais sentidos no Brasil com a crise internacional. "A cura é um sonho e nunca vamos deixar de sonhar. Que haja investimento público, pesquisas que realmente venham ao encontro das pessoas que vivem com HIV. Não queremos só a eliminação da aids, queremos a eliminação do HIV", afirmou Fabiana Oliveira, do Movimento Nacional das Cidadãs PositHIVas (MNCP) [Leia reportagem sobre as mulheres que vivem com HIV na *Radis* 287].

VOZES DA VILA GLOBAL



"Os Estados Unidos têm medicamentos. O problema é o conhecimento sobre esses medicamentos e o acesso a eles. São muito caros. Eles se importam mais com o dinheiro do que com o povo do país"

Zachary Willmore

EUA



"Estamos avançando na prevenção. Você recebe aconselhamento antes de fazer o teste e, depois que os resultados estiverem prontos, recebe conselhamento novamente. Incentivamos as pessoas a se manterem seguras"

Randie Joseph

ANTÍGUA E BARBUDA



"Embora tenhamos alcançado muito ao longo dos anos, ainda estamos tentando superar obstáculos. Estou muito interessada em como a tecnologia pode ajudar a atingir alguns desses objetivos finais no combate ao HIV e garantir acesso a cuidados de alta qualidade"

Sanya Chawla



ADRIANO DE LAVOR

Cartaz com as mensagens "Parem as mortes relacionadas à aids. Teste, tratamento e prevenção já!"

UCRÂNIA



"Estamos sendo muito afetados por essa guerra. Estamos conseguindo controlar uma epidemia, mas é um grande desafio. Nosso depósito que continha suprimentos de prevenção como seringas e preservativos para o próximo ano foi destruído por foguetes"

Tetiana Deshko

NEPAL



"No Nepal, o governo não tem reforçado a mesma responsabilidade que o governo brasileiro. Os preservativos não são distribuídos para fins de prevenção do HIV para as mulheres"

Rajeshwari Prajapati

UGANDA



"Uganda é um país afetado pelo HIV e pela aids, mas estamos muito felizes por haver apoio de diferentes entidades para ajudar as pessoas que vivem com HIV, para também criar conscientização e prevenção. É animador ter estudos com a oportunidade de as pessoas tomarem pelo menos um comprimido por mês em caso de exposição"

Patricia Humura

IGÉRIA

FOTOS E APURAÇÃO: LARA SOUZA. ARTE: E EDU LIMA

"O BRASIL FAZ A DIFERENÇA NA RESPOSTA À AIDS"

ADRIANO DE LAVOR

A trajetória da médica e sanitarista Mariângela Simão está diretamente ligada à resposta brasileira ao HIV/aids. Sua experiência com saúde coletiva, no entanto, começa bem antes da implementação do SUS, com a Constituição Federal de 1988. Em mais de 30 anos de atuação no serviço público, destaca-se a sua passagem pela direção do antigo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde [hoje Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DATHI)] , entre 2006 e 2010, quando desempenhou um papel fundamental na ampliação da distribuição de medicamentos antirretrovirais pelo SUS. Foi durante sua gestão que o país consolidou uma política de acesso universal ao tratamento do HIV, tornando-se referência internacional na resposta à epidemia.

Mariângela também esteve à frente da direção do departamento de Direitos, Gênero, Prevenção e Mobilização Comunitária do programa conjunto das Nações Unidas de resposta global à epidemia de HIV/aids (Unaids) e, até agosto de 2026, respondia pela secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) do Ministério da Saúde. Ela deixa a SVSA para assumir o cargo de Relatora Especial das Nações Unidas sobre o direito de toda pessoa ter acesso ao mais elevado nível possível de saúde física e mental. Sua nomeação foi anunciada durante a 62ª sessão do Conselho de Direitos Humanos da ONU, realizada em Genebra, na Suíça, no mês de julho.

Durante a Aids 2026, quando ainda integrava a equipe do Ministério da Saúde, Mariângela falou brevemente com a Radis sobre os desafios colocados ao enfrentamento da aids no mundo, quando defendeu o protagonismo do Brasil e do SUS na resposta ao HIV, descreveu um cenário ainda marcado pela presença de estigma contra as pessoas que vivem com o vírus e pela redução de financiamento internacional e reafirmou o compromisso do país com a oferta de produtos e serviços de saúde.

Qual a sua avaliação sobre a 26ª Conferência Internacional sobre Aids?

É muito importante que essa conferência aconteça no Rio de Janeiro, pela primeira vez na América do Sul, reunindo uma diversidade enorme de países, pesquisadores, movimentos sociais e governos. E isso não é apenas bom para o Brasil, que tem o que mostrar, especialmente com o Sistema Único de Saúde, mas também é bom porque a gente ainda tem muito a aprender. O mundo está mudando muito rapidamente.

Que posição o Brasil ocupa hoje na resposta global contra a aids?

Em um mundo tão polarizado, o Brasil continua sendo um dos pouquíssimos países que têm um Sistema Único de Saúde, com acesso universal, que provê tratamento antirretroviral para todas as pessoas que têm indicação e provê os meios de prevenção. Mas não é só por isso que o Brasil faz diferença na resposta à aids, mas porque tudo isso é feito com recursos domésticos. Vivemos um momento global de retração de recursos para países que há muitos anos dependem de recursos externos para movimentar suas respostas à aids. O fato de o Brasil ter começado a ofertar tratamento precocemente, via SUS, ainda quando era um país de renda média baixa, dá alento às pessoas. O Brasil mostra que participação social é possível, que uma resposta inclusiva pode ser feita e que acesso a serviços e produtos de saúde podem ser uma realidade, mesmo sendo uma nação em desenvolvimento.

Você está na luta contra o HIV há muitos anos. Como avalia o papel da comunicação neste processo e como enxerga as mudanças que vêm ocorrendo ao longo do tempo?

A comunicação tem um papel muito importante. São diferentes momentos, mas alguns deles estão voltando. Eu sempre falo do estigma e da discriminação, porque ainda são presentes na vida das pessoas que vivem com HIV, entre os grupos mais afetados e no desenho da doença no Brasil. No passado, a comunicação desempenhou um



> “O Brasil continua sendo um dos pouquíssimos países que têm um Sistema Único de Saúde, com acesso universal, que provê tratamento antirretroviral para todas as pessoas”

papel importantíssimo no combate ao estigma e à discriminação. Hoje existe um movimento muito conservador no mundo, a pauta dos costumes está sempre sob ataque, com muito desrespeito à diversidade. Isso está acontecendo também nos Estados Unidos, que é o país mais rico da nossa região. Neste contexto, a comunicação tem uma obrigação moral de trabalhar com a informação correta. Em um mundo com tanta desinformação, a comunicação é o melhor meio que a gente tem para levar as informações corretas e combater fake news.

Como o tema da Aids 2026 — Repensar, reconstruir e crescer — pode inspirar os profissionais de saúde que trabalham no SUS?

A realidade dos profissionais da saúde é sempre essa: repensar e reconstruir. Porque a gente que trabalha em saúde, desde antes do SUS — do qual eu sou fã —, tem que olhar para trás e ver o quanto a gente caminhou, porque são tantos desafios pela frente, que você fica desacorçoado se olhar só para a frente. Então é preciso olhar para trás, ver o que já alcançou e olhar para frente para ver o que mais tem para fazer para a saúde dos brasileiros e brasileiras.

De que modo o protagonismo das pessoas vivendo com HIV contribui para essa caminhada?

Política pública só se faz sob pressão, né? Hoje o Brasil consolidou a participação social, porque tem mecanismos, tem leis, tem bases legais para isso e tem o culturalmente possível. Isso no SUS, né? A gente passou recentemente por um período em que até o nome da aids havia sumido da estrutura do Ministério da Saúde. E com isso se perdeu, por um período, a energia que o movimento social pode trazer para a resposta à aids. Mas isso está retornando. Você vê essa conferência cheia de energia, cheia de gente jovem, muito feliz de estar aqui, é isso que faz a diferença.

Então dá para sair daqui com esperança?

Ah, com certeza! Apesar de que a gente continua brigando pelo preço! As novas tecnologias têm que vir com um preço acessível. Um preço acessível não para a pessoa, individualmente. Em muitos países não há acesso universal, e a pessoa tira do bolso para pagar. Não é disso que a gente está falando. A gente está falando que é um dever do Estado, no Brasil, prover os meios para as pessoas terem saúde. E isso quer dizer que os medicamentos têm que ter um preço justo. Um preço justo que remunere inovação, mas que ao mesmo tempo torne possível que se faça uma política pública de acesso desde que se tenha recurso. Tem que ter recurso, né? Mas que pague não preços distorcidos ou preços da política.

30 ANOS DA LEI DE PATENTES

Brasil ainda busca transformar conhecimento científico em tecnologias estratégicas para o SUS

JESUAN XAVIER

O Brasil figura entre os maiores produtores de conhecimento científico da América Latina, mas continua dependente da importação de medicamentos, vacinas, insumos farmacêuticos ativos (IFAs) e outras tecnologias estratégicas para abastecer o Sistema Único de Saúde (SUS). Essa vulnerabilidade ficou mais evidente durante a pandemia de covid-19, quando a escassez global de insumos comprometeu a produção nacional de vacinas e outros produtos essenciais à saúde.

Trinta anos após a promulgação da Lei de Propriedade Industrial (Lei nº 9.279 de 1996), especialistas avaliam que o país ainda enfrenta o desafio de transformar sua capacidade de pesquisa em inovação, desenvolvimento industrial e soberania tecnológica.

Quando entrou em vigor, em maio de 1996, a chamada Lei de Patentes buscou adequar o Brasil às normas internacionais de proteção da propriedade intelectual, oferecendo maior segurança jurídica para pesquisadores, universidades e empresas. Ao mesmo tempo, passou a permitir o patenteamento de produtos farmacêuticos, alterando profundamente as regras para o desenvolvimento e a produção de medicamentos no país.

Os impactos dessa mudança permanecem no centro do debate. Para a especialista em Propriedade Intelectual da Fiocruz Paraná, que atua na Assessoria de Novos Negócios e Inovação (ANNI) da instituição, Fabrícia Pires Pimenta, a Lei de Propriedade Industrial (LPI) representou um avanço institucional importante, mas seus resultados dependem da existência de políticas públicas consistentes de ciência, tecnologia e inovação.

Já a pesquisadora Susana van der Ploeg, integrante do Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual (GTPI) da Rede Brasileira pela Integração dos Povos (Rebrip), coordenado pela Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia), sustenta que a legislação consolidou um modelo internacional de proteção patentária que fortaleceu monopólios privados e ampliou a dependência tecnológica brasileira.

Apesar das diferenças de interpretação sobre o papel das patentes, as duas especialistas identificam desafios estruturais que impedem o país de converter conhecimento científico em inovação e capacidade produtiva para atender às necessidades estratégicas do SUS.

UMA LEI SÓ NÃO FAZ VERÃO

Para Fabrícia Pimenta, a legislação cumpriu parte de seus objetivos ao inserir o Brasil em um ambiente internacional mais seguro e previsível para a proteção da propriedade intelectual. "Um marco legal é importante para evitar vulnerabilidade jurídica no país", afirma. Mas, segundo a pesquisadora, nenhuma legislação é capaz, isoladamente, de modificar a realidade tecnológica de um país. "A inovação é multifatorial. Uma lei não faz verão."

Na avaliação dela, o desempenho brasileiro é prejudicado por fatores estruturais que vão muito além do sistema de patentes: baixa industrialização, investimentos insuficientes em pesquisa e desenvolvimento, juros elevados, descontinuidade de políticas públicas e forte dependência de tecnologias produzidas no exterior.

Essa realidade se reflete nos depósitos de patentes realizados no Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI), ainda predominantemente concentrados em empresas e instituições estrangeiras. "O Brasil produz relativamente poucas invenções patenteáveis. Continuamos sendo um mercado de proteção para tecnologias desenvolvidas fora do país", constata.

Para a pesquisadora, essa dependência é particularmente sensível em áreas estratégicas para a saúde, como medicamentos, vacinas, equipamentos médicos e insumos farmacêuticos.

PROBLEMAS NA ORIGEM

Para Susana van der Ploeg, compreender os efeitos da LPI exige voltar ao cenário internacional dos anos 1990, quando entrou em vigor o Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (Trips), firmado no âmbito da Organização Mundial do Comércio (OMC).



Segundo ela, a inclusão da propriedade intelectual nas regras do comércio internacional foi resultado da forte articulação de grandes corporações multinacionais, especialmente da indústria farmacêutica.

A pesquisadora recorre aos estudos da cientista política estadunidense Susan Sell e do economista sul-coreano Ha-Joon Chang para sustentar que os países hoje industrializados endureceram as regras de proteção patentária somente depois de consolidarem sua própria capacidade tecnológica. "É a lógica de 'chutar a escada'. Depois de desenvolverem suas indústrias, criam regras que dificultam que outros países façam o mesmo caminho."

Na avaliação de Susana, a aprovação da Lei nº 9.279 também ocorreu sob intensa pressão internacional, sobretudo dos Estados Unidos. Ela lembra que, naquele momento, havia pouca compreensão, por parte do Congresso Nacional, sobre os impactos que o novo modelo poderia produzir para a saúde pública brasileira.

Foi nesse contexto que surgiu, em 2003, o Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual (GTPI), coordenado pela Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia), com o objetivo de ampliar o debate sobre propriedade intelectual e acesso a medicamentos.

DEPENDÊNCIA TECNOLÓGICA PERMANECE

Embora interpretem de maneira distinta o papel das patentes, Fabrícia e Susana convergem em um ponto central: três décadas após a promulgação da Lei de Propriedade Industrial, o Brasil continua dependente de tecnologias desenvolvidas no exterior.

Para Fabrícia, essa vulnerabilidade resulta principalmente da ausência de uma política industrial consistente e de longo prazo. Ela defende investimentos contínuos em pesquisa orientada para prioridades nacionais, formação de recursos humanos, fortalecimento da infraestrutura científica e ampliação da capacidade de produção de medicamentos, vacinas e insumos estratégicos.

"Não basta investir em pesquisa. É preciso definir prioridades tecnológicas e construir políticas de Estado voltadas para essas prioridades", pontua. Segundo a pesquisadora, países que hoje lideram a inovação direcionam seus investimentos para desafios tecnológicos específicos e mantêm políticas permanentes de desenvolvimento industrial. No Brasil, predominam iniciativas fragmentadas descontínuas.

A pandemia de covid-19 tornou essa fragilidade ainda mais evidente ao expor dificuldades na produção de vacinas,

PETER ILICCIEV



A lógica monopolista do sistema de patentes dificulta a oferta de medicamentos genéricos, analisa Susana van der Ploeg

medicamentos, equipamentos médicos e IFAs. Susana atribui parte dessa dependência ao próprio modelo internacional de proteção patentária. Antes da Lei de Propriedade Industrial, explica, o Brasil reconhecia patentes apenas para processos farmacêuticos, permitindo que pesquisadores e empresas nacionais desenvolvessem diferentes rotas de fabricação para chegar ao mesmo medicamento.

"Quando a patente recai sobre o produto, não importa qual processo você desenvolva. O medicamento continua bloqueado pelo monopólio", ressalta. Um exemplo prático disso no Brasil aconteceu em relação ao medicamento Sofosbuvir, utilizado para a cura da hepatite C. Apesar dos cientistas e laboratórios públicos brasileiros terem desenvolvido processos próprios de fabricação do mesmo remédio, sua comercialização não era permitida no país — a produção nacional em larga escala e a entrada de genéricos mais baratos só avançaram quando a patente enfrentou disputas judiciais e questionamentos na Anvisa e no INPI sobre a sua validade.

Para a pesquisadora, esse modelo ampliou a dependência tecnológica e contribuiu para elevar os gastos públicos com medicamentos de alto custo. Ela observa que muitas das novas terapias analisadas para incorporação ao SUS chegam ao mercado com preços incompatíveis com a capacidade financeira do sistema público de saúde.

Para Susana, o sistema de patentes foi concebido para assegurar monopólios temporários às empresas detentoras das tecnologias, e não necessariamente para estimular a inovação. Entre os mecanismos mais criticados está o chamado evergreening, prática em que pequenas modificações em medicamentos já conhecidos dão origem a novos pedidos de patente, estendendo por anos a exclusividade comercial sem representar inovação relevante. Na avaliação da pesquisadora, essa estratégia retarda a entrada de medicamentos genéricos e mantém elevados os preços pagos pelos sistemas públicos de saúde.

Fabrícia, por sua vez, considera que atribuir às patentes a responsabilidade pelos altos preços dos medicamentos simplifica um problema mais complexo. Segundo ela, fatores como a baixa capacidade produtiva da indústria farmacêutica nacional, a dependência da importação de insumos estratégicos e a ausência de uma cadeia industrial robusta também exercem influência decisiva sobre os custos.

"Pode parecer mais barato importar uma tecnologia pronta e realizar apenas as etapas finais da produção. Mas isso gera uma dependência permanente", destaca. Na avaliação da pesquisadora, o próprio ordenamento jurídico brasileiro oferece mecanismos para limitar abusos decorrentes da proteção patentária, entre eles o licenciamento compulsório e o poder de compra do Estado para negociar preços e estimular a concorrência.



Linha do tempo:
30 anos da Lei de Patentes no Brasil



LICENCIAMENTO COMPULSÓRIO: A "QUEBRA DE PATENTE"

A política de aids mudou o debate sobre patentes no Brasil. Entre os instrumentos previstos na legislação brasileira para equilibrar a proteção da propriedade intelectual e o interesse público, poucos despertam tanto debate quanto o licenciamento compulsório, popularmente conhecido como "quebra de patente". Embora seja frequentemente apresentado como medida excepcional, ele integra as flexibilidades reconhecidas pelo próprio sistema internacional de patentes e pode ser adotado em situações de interesse público, emergência sanitária ou abuso de poder econômico.

O Brasil tornou-se referência internacional na utilização desse mecanismo durante a consolidação da política de enfrentamento ao HIV/aids. Ainda no início dos anos 2000, o governo passou a utilizar a possibilidade de decretar o licenciamento compulsório como instrumento de negociação com grandes empresas farmacêuticas, buscando reduzir os custos dos medicamentos distribuídos gratuitamente pelo SUS.

Em 2001, o então ministro da Saúde, José Serra, anunciou que o governo poderia decretar a licença compulsória do antirretroviral nelfinavir. A medida não chegou a ser formalizada, mas a simples possibilidade de quebra da patente foi suficiente para que o laboratório fabricante reduzisse significativamente o preço do medicamento.

O único caso em que o Brasil efetivamente decretou o licenciamento compulsório ocorreu em 4 de maio de 2007, quando o governo federal, com o ministro da Saúde, José Gomes Temporão, declarou de interesse público o antirretroviral efavirenz. A decisão permitiu a importação de versões genéricas produzidas na Índia por custo muito inferior ao praticado pelo detentor da patente.

Posteriormente, o medicamento passou a ser produzido por Farmanguinhos/Fiocruz, fortalecendo a capacidade nacional de produção de medicamentos estratégicos e contribuindo para o abastecimento da rede pública de saúde. Estudos posteriores estimaram que a medida gerou economia de centenas de milhões de dólares para o SUS.

Para Susana, a experiência demonstrou que as flexibilidades previstas na legislação podem compatibilizar propriedade intelectual e proteção da saúde pública. "O que justifica um tratamento custar centenas de milhares ou até milhões de reais por ano? É preciso transparência sobre a formação desses preços. Não basta dizer que são necessários para remunerar acionistas", diz.

Fabrícia também reconhece a importância do mecanismo, embora o interprete como instrumento de equilíbrio previsto na legislação brasileira e nos acordos internacionais. "Há meios legais para evitar práticas abusivas. O Brasil pode utilizar a licença compulsória quando necessário e também exercer seu poder de compra para negociar preços e estimular a concorrência", completa.



1994

Acordo Trips

O acordo da Organização Mundial do Comércio (OMC) estabelece regras internacionais de proteção à propriedade intelectual, incluindo medicamentos.



1996

Lei de Propriedade industrial (Lei nº 9.279)

O Brasil aprova a nova legislação de patentes, que passa a permitir o registro de produtos farmacêuticos, além de processos de fabricaçao.



1999

Criação da Anvisa

A agência amplia a regulação sanitária no país e passa a participar da análise de pedidos de patentes farmacêuticas por meio da anuência prévia.



2001

Caso nelfinavir

O governo brasileiro ameaça conceder licença compulsória de um antirretroviral usado no tratamento do HIV/Aids. A medida leva à redução do preço do medicamento

> “A solução precisa ser integrada. É necessário investir continuamente em ciência, tecnologia, infraestrutura industrial e formação de pessoal para reduzir a dependência tecnológica”

Fabrícia Pires Pimenta (Fiocruz/Paraná)

A experiência brasileira mostrou que as flexibilidades previstas na legislação podem contribuir para ampliar o acesso a medicamentos e reduzir custos para o SUS. Ao mesmo tempo, evidenciou que seus resultados são mais duradouros quando caminham ao lado do fortalecimento da capacidade científica, tecnológica e produtiva do país.

A PANDEMIA EXPÔS VULNERABILIDADES

A pandemia de covid-19 recolocou no centro das discussões temas como transferência de tecnologia, soberania sanitária e flexibilização das regras internacionais de propriedade intelectual. Para Susana van der Ploeg, a crise sanitária evidenciou os limites de um modelo baseado na exclusividade comercial. Ela lembra que África do Sul e Índia propuseram, na OMC, a suspensão temporária de determinadas regras de propriedade intelectual — iniciativa que ficou conhecida como Trips Waiver [Isenção do Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual relacionados ao Comércio] para facilitar a produção mundial de vacinas, medicamentos, testes diagnósticos e outras tecnologias essenciais.

“O que vimos foi um apartheid vacinal. Enquanto países ricos adquiriram doses muito superiores às necessidades de suas populações, profissionais de saúde de países pobres permaneceram meses sem acesso às vacinas”, recorda Susana. Para a pesquisadora, repetiu-se durante a covid-19 um cenário semelhante ao observado nas primeiras décadas da epidemia de HIV/aids, quando medicamentos capazes de salvar vidas permaneceram inacessíveis para grande parte da população mundial devido aos altos preços e aos monopólios patentários. “A inovação só faz sentido quando vem acompanhada de acesso.”, reforça Susana.

Fabrícia concorda que a pandemia trouxe lições importantes, mas enfatiza um aspecto diferente: flexibilizar patentes, isoladamente, não resolve o problema quando um país não dispõe de infraestrutura científica, tecnológica e industrial para produzir os insumos necessários.

“Não adianta não existir patente se não temos fábricas, capacidade produtiva, profissionais qualificados ou matéria-prima para fabricar medicamentos e vacinas”, constata. Ela lembra que o Brasil ainda depende fortemente da importação de IFAs, componentes eletrônicos e outros insumos estratégicos, tornando-se vulnerável em momentos de escassez global.

“A solução precisa ser integrada. É necessário investir continuamente em ciência, tecnologia, infraestrutura industrial e formação de pessoal para reduzir a dependência tecnológica”, recomenda.

PRODUZIR CIÊNCIA AINDA NÃO BASTA

Na avaliação de Fabrícia, um dos principais obstáculos para ampliar a inovação brasileira surge antes mesmo do processo de patenteamento. Segundo ela, a produção científica nacional ainda é medida predominantemente pelo número de artigos publicados, enquanto indicadores relacionados à inovação tecnológica permanecem em segundo plano. “A maior parte da pesquisa brasileira é financiada pelo setor público. Como



2003

Criação do GTPI

O Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual (GTPI), coordenado pela Abia, amplia o debate sobre patentes, acesso a medicamentos e saúde pública

2007

Licenciamento compulsório do efavirenz

O Brasil concede a primeira licença compulsória de um medicamento. A medida permite a produção de versões genéricas e reduz custos para o SUS.

2020

Pandemia expõe dependência tecnológica

A covid-19 evidencia a dependência brasileira de tecnologias externas, como vacinas, ingredientes farmacêuticos ativos (IFAs) e equipamentos médicos

2021

Fim da extensão automática de patentes

Mudanças na legislação e decisão do Supremo Tribunal Federal encerram a possibilidade de prorrogação automática de patentes por demora do INPI



PETER ILICCIEV

Laboratório de produção de vacinas em Biomanguinhos (Fiocruz): investimentos públicos em pesquisa e produção fortalece soberania na saúde

as agências de fomento priorizam publicações científicas, os pesquisadores acabam direcionando seus esforços para esse tipo de produção", aponta.

Para a pesquisadora, ampliar a capacidade inovadora do país passa também por rever a forma como a ciência é avaliada. Patentes, contratos tecnológicos, transferência de tecnologia, desenvolvimento de produtos e parcerias com o setor produtivo deveriam ganhar maior peso nos critérios utilizados pelas instituições de pesquisa e pelas agências de fomento. "Mudando a forma como avaliamos a ciência, aumentamos também os incentivos para que pesquisadores transformem conhecimento em soluções concretas para a sociedade", completa.

Susana concorda que fortalecer a produção pública é fundamental, mas considera que isso deve ser acompanhado por mudanças no próprio sistema de propriedade intelectual. Ela defende critérios mais rigorosos para a concessão de patentes farmacêuticas, combate ao evergreening, maior utilização das flexibilidades previstas no Acordo Trips e fortalecimento dos laboratórios públicos. "O direito à saúde não pode ser subordinado ao interesse privado", ressalta.

A experiência brasileira no enfrentamento ao HIV/aids mostrou que instrumentos legais produzem resultados mais consistentes quando caminham ao lado de investimentos em ciência, tecnologia e produção nacional. O protagonismo de laboratórios públicos, como Farmanguinhos/Fiocruz, demonstrou a importância de combinar capacidade produtiva, políticas públicas e decisões estratégicas de Estado.

Ou seja, três décadas depois da Lei nº 9.279, permanece um desafio que vai além da legislação: transformar o conhecimento produzido em universidades, institutos de pesquisa e laboratórios públicos brasileiros em inovação, desenvolvimento industrial e acesso à saúde.







2021

Debate sobre flexibilização do Trips

A pandemia amplia a discussão internacional sobre suspensão temporária de regras de propriedade intelectual para facilitar o acesso a tecnologias de saúde.

2023-2026

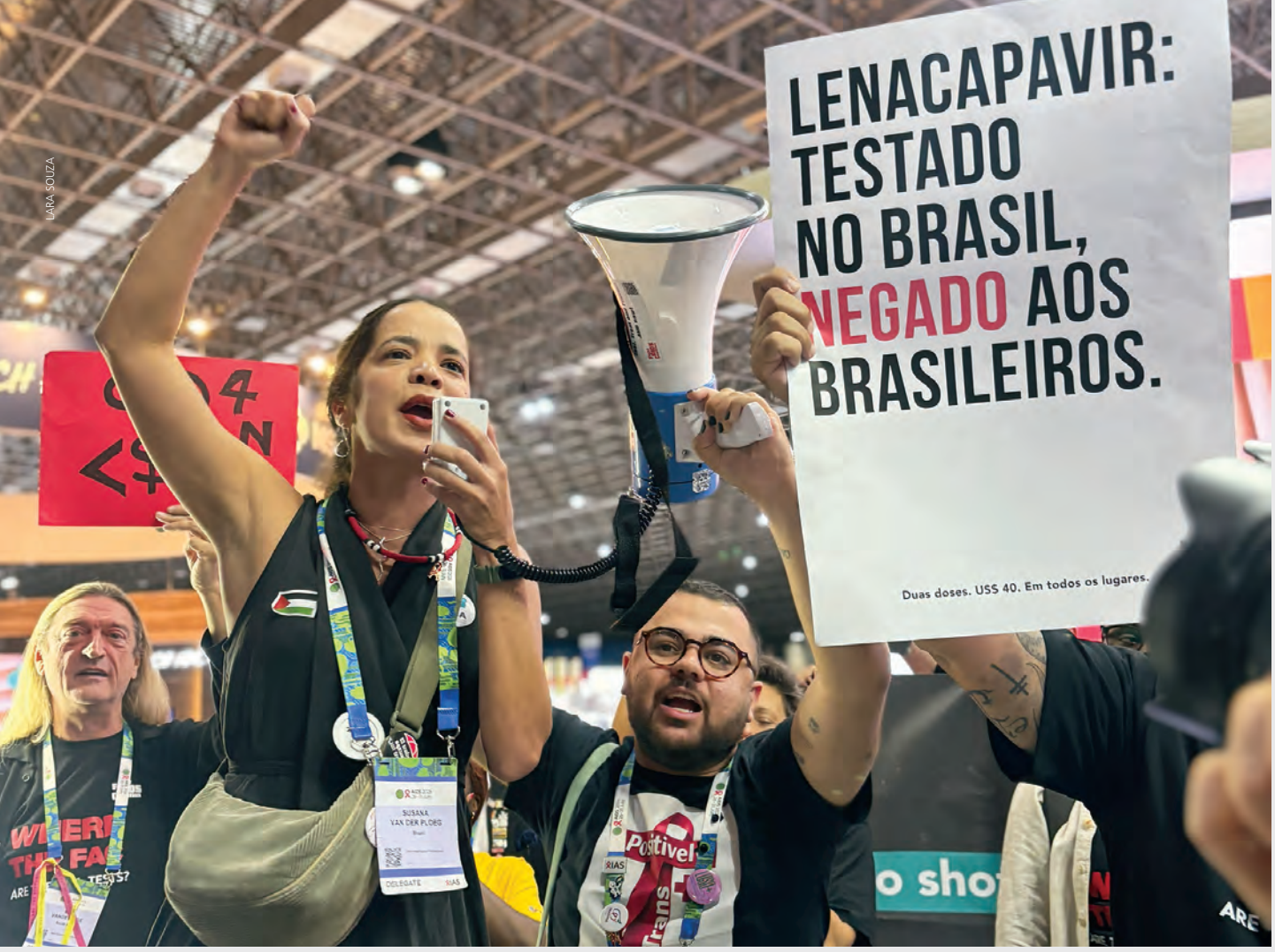
Busca por autonomia tecnológica

O Brasil retoma políticas voltadas ao fortalecimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis), com foco na produção nacional de medicamentos, vacinas e insumos estratégicos.

2026

30 anos da Lei de Patentes

Após três décadas, o desafio permanece: transformar a produção científica brasileira em inovação, capacidade industrial e soluções para o SUS.



LARA SOUZA

Susana na 26ª Conferência Internacional de Aids: participação ativa na luta pela quebra do monopólio dos medicamentos

ENTREVISTA | SUSANA VAN DER PLOEG

“Patente não pode estar acima do direito à saúde”

Às vésperas da 26ª Conferência Internacional de Aids (Aids 2026), realizada no Rio de Janeiro, entre 27 e 31 de julho, Susana van der Ploeg concedeu entrevista à *Radis* para discutir os 30 anos da Lei de Patentes e seus impactos sobre o acesso a medicamentos e tecnologias em saúde.

Advogada e pesquisadora na área de propriedade intelectual e acesso a medicamentos, Susana integra o Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual (GTPI), da Rede Brasileira pela Integração dos Povos. Criado em 2003 pela Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia) e outras organizações do movimento de aids e de luta pelo acesso a medicamentos, o grupo atua na defesa do acesso à saúde e de políticas de propriedade intelectual orientadas pelo interesse público. Na conferência [Leia matéria na página 10], Susana teve participação de destaque nos debates sobre acesso a medicamentos, propriedade intelectual e desigualdades em saúde.

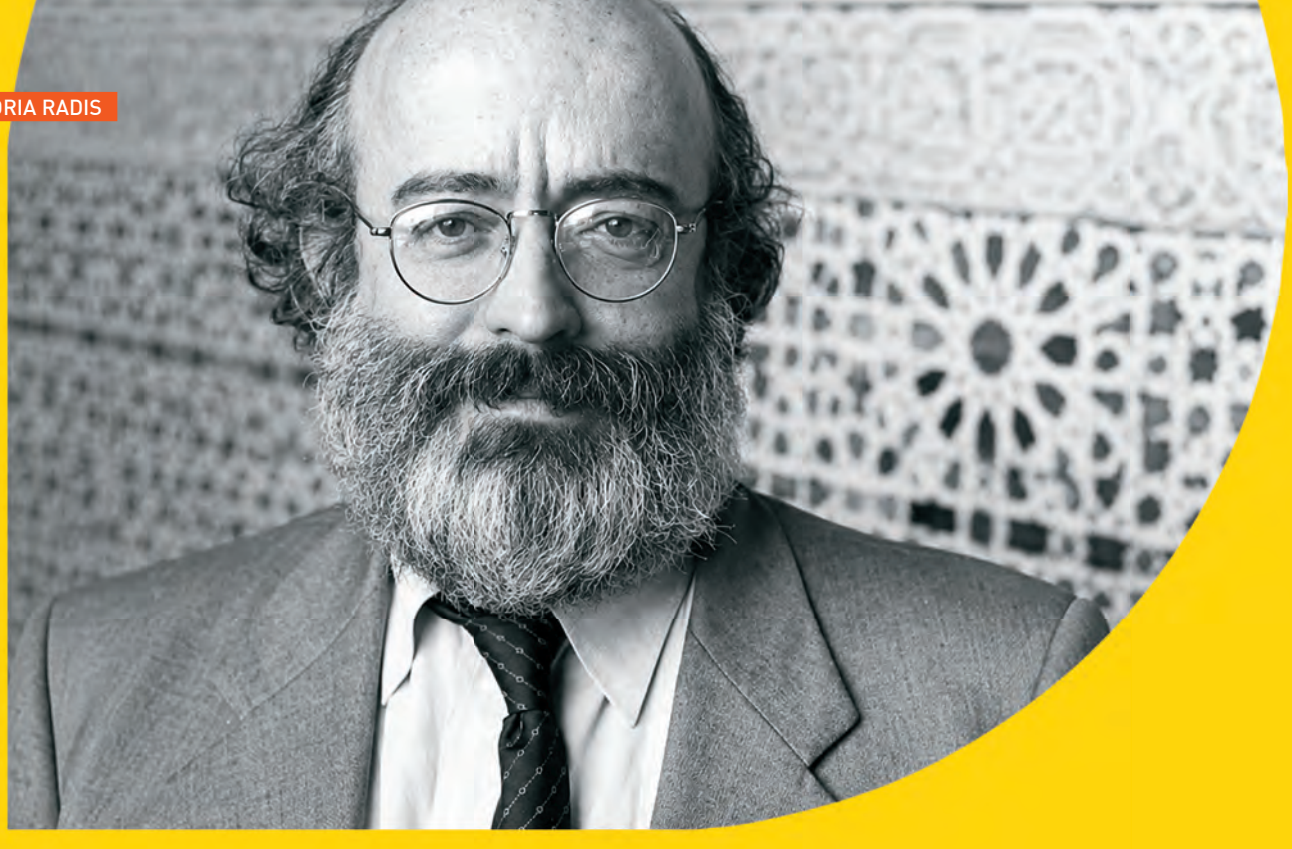
> “Medicamentos, vacinas e tecnologias de saúde são um direito humano, são essenciais à manutenção da vida e não podem ser tratados simplesmente como um produto”

Como avalia os impactos dos 30 anos da Lei de Patentes sobre a saúde pública brasileira?
Quando a gente fala dos 30 anos da Lei de Patentes, é importante trazer a história da mudança da lei brasileira (a Lei nº 9279/1996) e também do cenário internacional com o Acordo Trips da Organização Mundial do Comércio (OMC). Antes, a propriedade intelectual não era um tema associado ao comércio. Susan Sell em “Private Power, Public Law” coloca de maneira muito clara que o Acordo Trips foi o resultado de uma atuação coordenada de grandes corporações transnacionais, especialmente farmacêuticas, que conseguiram transformar seus interesses privados em normas obrigatórias do comércio internacional. O objetivo era impedir que países como o Brasil desenvolvessem capacidades próprias, inclusive por meio da engenharia reversa. É um pouco a ideia do “chutar a escada”: depois que os países ricos e suas empresas consolidaram sua capacidade tecnológica, eles passaram a impor regras que dificultam que outros países façam o mesmo caminho. Essa ideia de chutar a escada é de um livro clássico de Ha-Joon Chang. A lei brasileira (a Lei de Propriedade Intelectual — LPI) foi resultado de uma forte pressão internacional, especialmente dos Estados Unidos. E isso ocorreu em um cenário que os deputados e senadores — desde sempre muito favoráveis aos lobbys empresariais — não tinham ideia do que significava e dos impactos reais que teria sobre o SUS, sobre as famílias e sobre o acesso aos medicamentos. Então, quando o Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual (GTPI) surgiu, em 2003, foi devido a uma necessidade de democratizar a informação sobre esses impactos.

Em que situações o licenciamento compulsório para medicamentos essenciais deveria ser adotado e quais benefícios poderiam trazer para o SUS e a população?
Nós defendemos o licenciamento compulsório e também a suspensão das patentes. Ambos têm previsão legal, tanto na LPI como na Lei de Reciprocidade, e tem como objetivo proteger a saúde da população brasileira e a soberania nacional diante de abusos — sejam eles cometidos por transnacionais farmacêuticas, seja como contramedida de retaliação, como as tarifas e sanções comerciais impostas injustas. Acho que todo mundo sabe que quando tem um genérico, quando se estimula a concorrência, o preço baixa. Então, entre os benefícios, seria uma economia ao SUS e para toda a população. A licença compulsória que é conhecida como quebra de patentes não acaba com a patente, ela mantém a titularidade da patente e o “dono” recebe os royalties pelo uso e comercialização. É diferente de outros mecanismos que o Estado já utiliza, como a desapropriação. O Brasil usou uma única vez a licença compulsória, em 2007, para o efavirenz. Nesse caso, a própria Fiocruz já documentou as economias em centenas de milhões de dólares que esse fato gerou. Sempre que um medicamento ou vacina tiver um preço abusivo, injustificável, deveria-se adotar o licenciamento compulsório. O que justifica, por exemplo, que o tratamento com um medicamento tenha um preço milionário ou de centenas de milhares de reais por ano? É preciso transparência e justificativa da indústria, não pode ser “para enriquecer nossos acionistas”. A suspensão das patentes considero uma medida mais justa. Suspende-se inclusive os ganhos com os royalties.

Passados 30 anos da Lei de Patentes, quais mudanças considera mais urgentes para que a legislação consiga conciliar o incentivo à inovação com o direito à saúde e o interesse público?
Nós somos contra as patentes sobre produtos farmacêuticos, não deveriam existir. A luta do GTPI parte da compreensão de que patente não pode estar acima do direito à saúde. O interesse privado não pode se sobrepor à vida das pessoas. Medicamentos, vacinas e tecnologias de saúde são um direito humano, são essenciais à manutenção da vida e não podem ser tratados simplesmente como um produto. Não podem e não devem estar a serviço do enriquecimento privado. Os efeitos desse modelo são sentidos desde o início, como o aumento do poder monopolístico das empresas detentoras das patentes, preços elevados de medicamentos, maior dependência tecnológica externa e sucessivos desafios para a sustentabilidade das políticas públicas de saúde. Mas enquanto as patentes para produtos farmacêuticos não acabam, acho que as mudanças mais urgentes são: ampliar e facilitar o uso das flexibilidades previstas no Trips, como o licenciamento compulsório; impedir estratégias de extensão de monopólios; fortalecer critérios rigorosos de patenteabilidade; impedir o evergreening, que é a prática de prolongar artificialmente a exclusividade de um medicamento por meio de sucessivos pedidos de patentes sobre pequenas modificações que não representam uma inovação; garantir a perspectiva da saúde pública na análise de patentes farmacêuticas; e vincular a política de propriedade intelectual a uma estratégia nacional de produção pública e acesso universal. A patente não pode impedir o acesso da população a medicamentos essenciais. A licença compulsória não pode ser tratada como algo radical, ela é legal. (J.X)

LEIA A ENTREVISTA COMPLETA NO SITE DE *RADIS*



ERIK B. PINTO

SERGIO AROUCA E A INVENÇÃO DO SUS

Registros históricos do acervo do Programa Radis revelam a trajetória do médico sanitarista na defesa da saúde como direito

LICIA OLIVEIRA

Há 40 anos, Sergio Arouca liderava o movimento que levou à maior revolução na saúde do país, como vimos recentemente na matéria de *Radis* (284) sobre a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Mas quem foi Antonio Sergio Arouca (1941-2003) e por que a sua atuação é uma referência para o campo da saúde pública no Brasil? A trajetória do médico e sanitarista é marcada pela luta para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e pela Reforma Sanitária brasileira.

A participação de Arouca neste capítulo da história da saúde no Brasil foi registrada nas publicações do Programa Radis, especialmente aquelas que antecederam o formato da revista atual — como Tema, Súmula e Jornal Proposta — e circularam do início da década de 1980 até o começo dos anos 2000. Com base nesses registros históricos, resgatamos documentos que mostram como o sanitarista esteve na linha de frente para que a saúde no Brasil passasse por mudanças estruturais e pudesse ser compreendida como direito de todas as pessoas e dever do Estado.

PROFESSOR E LÍDER: DA SALA DA AULA À PRESIDÊNCIA DA FIOCRUZ

"Antonio Sergio da Silva Arouca é paulista de Ribeirão Preto, comunista histórico, médico sanitarista [...]. Foi presidente da Fiocruz entre 1985 e 1989, presidente da 8ª Conferência

Nacional de Saúde em 1986, eleito deputado federal e exerceu ainda as funções de secretário municipal e estadual de saúde do Rio de Janeiro. A biografia 'oficial', no entanto, não é capaz de espelhar a riqueza da vida e do pensamento de Sergio Arouca". Assim a *Radis* número 3, em outubro de 2002, descreveu a biografia do sanitarista, quando foi publicada sua última entrevista exclusiva à revista, já no formato da publicação atual [saiba um pouco mais sobre Arouca em Breve perfil].

Sergio Arouca chegou à Fiocruz em 1976 e, mais adiante, tornou-se professor da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), que depois levaria seu nome. Após uma estadia na Nicarágua e em outros países como consultor da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), ele retornou ao Brasil e tornou-se chefe de departamento da Ensp em 1982. Com forte ligação política desde cedo, antes mesmo de assumir a liderança da instituição, Sergio Arouca já aparecia nas páginas das publicações do Programa Radis para refletir sobre os rumos da saúde no país.

Em maio de 1983, um texto assinado por ele, extraído de uma palestra, foi publicado na Tema 4. Com o título "Crise e racionalização", ele discutia o momento pelo qual passava a saúde brasileira e a necessidade de racionalização do sistema como um caminho que cortaria gastos e, ao mesmo tempo, estabeleceria uma gestão aberta a novas possibilidades, já que a forma como a saúde era conduzida não se sustentava mais. "Cada vitória conseguida, mesmo que seja microvitória, será uma macroderrota de todas as forças que continuam querendo que o sistema de saúde seja um sistema mercantilizado, autoritário, corrupto, burocratizado. Nós temos que sustentar a proposta de mudança no sistema de saúde", afirmou.

Dois anos depois, em junho de 1985, a Súmula 12 registrou um marco histórico: a posse de Arouca na Presidência da Fiocruz. A sua gestão foi caracterizada pela redemocratização institucional e pela reparação histórica em relação aos direitos perdidos durante a ditadura militar, iniciada com o golpe de 1964. Exemplo disso ocorreu com o retorno dos cientistas cassados pelo regime militar no episódio que ficou conhecido como "Massacre de Manguinhos". Em agosto de 1986, eles foram reintegrados à Fiocruz em uma cerimônia que reuniu 2 mil pessoas em frente ao Castelo Mourisco, símbolo da instituição, e que teve destaque na edição 15 da Súmula, em dezembro de 1986 — naquela época, a publicação estava com um intervalo de seis meses entre as edições.

A volta dos pesquisadores foi marcada por um sentimento especial após tantas pesquisas terem sido descontinuadas durante o tempo de perseguição. Para Arouca, foi "uma retomada do caminho: a recuperação das coleções, a reconstrução dos laboratórios. Enfim, o primado da competência sobre a prepotência", disse em seu discurso sobre a reintegração dos 10 pesquisadores da Fiocruz. Este ano, a instituição comemorou os 40 anos desse acontecimento com a entrega póstuma de títulos de pesquisadores eméritos aos familiares e herdeiros de pesquisas dos cientistas cassados. Confira em nosso site em "40 anos de reparação: a reintegração dos cassados de Manguinhos".

A relevância e o impacto de sua liderança eram tamanhos que, conforme apontado no Jornal Proposta nº 4 (agosto de 1987), Arouca chegou a exercer simultaneamente os cargos de presidente da Fiocruz e de secretário de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Essa centralidade política também gerou embates:

Breve perfil

Antônio Sergio da Silva Arouca nasceu em Ribeirão Preto (SP) em 20 de agosto de 1941. O filho de José Pereira Arouca e Alzira da Silva Arouca teve uma infância simples e, desde cedo, começou a expressar forte interesse pelas questões sociais e um senso de comunidade, filiando-se ao Partido Comunista Brasileiro (PCB) com apenas 15 anos. Ingressou na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) e participou ativamente do movimento estudantil, formando-se em 1966.

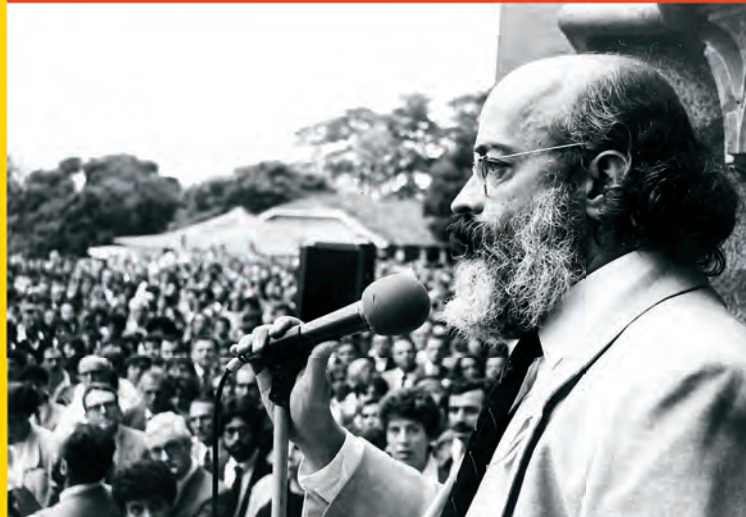
Mais tarde, tornou-se professor da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e, em 1975, defendeu sua tese de doutorado, que se transformou no livro "O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva". A publicação tornou-se uma referência para os fundamentos da saúde coletiva. Em 1976, após divergências político-acadêmicas, deixou a Unicamp e veio para a Fiocruz.

Foi presidente da Fiocruz de 1985 a 1989 e, nos anos 1990, deputado federal por duas legislaturas (1991-1994 e 1995-1998), pelo antigo PCB, posteriormente chamado PPS. Arouca teve intensa atuação política e também foi secretário de Saúde do estado e do município do Rio de Janeiro. Contudo, o que o tornou uma referência não apenas nacional, mas mundial, foi sua atuação como um dos idealizadores do SUS.

Faleceu em 2 de agosto de 2003, vítima de câncer no intestino. Teve quatro filhos: o primeiro, de seu casamento com a médica e pesquisadora Anamaria Testa Tambellini, e outras três filhas com a também médica, sanitarista e pesquisadora Sarah Escorel. Os últimos anos de sua vida foram ao lado da médica e sanitarista Lúcia Souto. Pouco tempo após sua morte, em setembro daquele ano, por ocasião do 49º aniversário da Ensp, a escola incorporou seu nome e passou a se chamar Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

SERVIÇO

Todas as publicações citadas estão disponíveis no site de *Radis* (https://radis.ensp.fiocruz.br/todas-edicoes/) e as publicações anteriores a 2002, disponíveis na coletânia Radis 20 anos (1982-2002): https://radis.ensp.fiocruz.br/acervo/coletanea-radis-20-anos.




SÉRGIO AROUCA

Toda pessoa que trabalha no sentido de transformar está "criando fantasmas".


A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA


RADIS ENTREVISTA

Sérgio Arouca

O eterno guru da Reforma Sanitária

Sergio Arouca em três momentos: entrevista para a Tema 7, sobre o balanço da 8ª CNS em 1986; entrevista de 1988; sobre a Reforma Sanitária na Tema 11; e a última entrevista exclusiva para a revista, em 2002, na *Radis* 3

em janeiro de 1988, a Súmula 18 registrou uma tentativa de afastamento de Arouca da presidência da instituição ocorrida no final de 1987. No entanto, ele só deixou o cargo para concorrer à eleição presidencial de 1989.

O CORAÇÃO DA REFORMA SANITÁRIA E A CONSTITUINTE

O ano de 1986 foi um divisor de águas para a saúde pública brasileira. As Súmulas 13 e 14 documentaram a divulgação do tema da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde e uma carta de Arouca sobre o evento que ele viria a presidir e que lançou as bases do SUS. A Tema 7 (agosto de 1986) dedicou uma edição inteira aos balanços pós-evento e aos desdobramentos das propostas nas esferas sociais e políticas. Um dos entrevistados foi o próprio sanitarista: "A Oitava foi o evento mais significativo, em termos de debate, da história da saúde no Brasil", avaliou, acrescentando que, por isso mesmo, suas propostas eram tão atacadas e atravessavam um período de forte embate.

A consagração desse esforço ocorreu em 1988, com a aprovação da nova Constituição. O encarte especial do Proposta nº 9 (maio e junho de 1988) trouxe, entre outros, o depoimento de Arouca sobre a aprovação do texto da saúde, já nas etapas finais da Constituinte: "É o resultado de uma luta travada durante décadas que sempre teve como perspectiva colocar a questão da saúde no primeiro plano das preocupações nacionais, tanto dentro do governo como nas instituições representativas da sociedade", afirmou.

O Jornal Proposta 13 circulou em outubro de 1988, mês de aprovação da nova Constituição, e celebrou o que definiu como "Vitória da Constituinte". "Ao estabelecer que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, o texto materializa a luta iniciada na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Ele garante que a saúde não se restringe às ações técnicas da área, mas é assegurada por políticas econômicas e sociais voltadas à redução da incidência de doenças, ao mesmo tempo que promove o acesso universal e igualitário às ações do sistema", avaliou Arouca na edição.

A revista Tema, como o próprio nome dizia, era especializada em colocar um assunto específico em debate. A Tema 11, de outubro de 1988, foi dedicada à Reforma Sanitária Brasileira e quem abriu foi Sergio Arouca, com um texto bem completo sobre o movimento. "A Reforma Sanitária é parte do conjunto de uma mudança social. Esse conjunto pressupõe a recuperação da cidadania, o seu pleno exercício, o direito de expressão, de livre manifestação e organização [...]", escreveu. Esta edição é uma importante fonte de pesquisa para quem deseja conhecer um pouco mais o assunto e entender o contexto daquela época.

Mais tarde, como registrou o Proposta 16 (julho de 1989), o sanitarista ocupava um novo papel político, como candidato a vice-presidente da República nas primeiras eleições diretas depois da ditadura, na chapa de Roberto Freire, pelo Partido Comunista Brasileiro (PCB). Ele alertava que "só o movimento suprapartidário pode barrar o retrocesso", visto que muitas vezes as pessoas se diziam a favor da implementação das mudanças na área da saúde, mas na prática inviabilizavam, visando interesses financeiros. Por isso, segundo ele, era preciso outra vez que o movimento sanitário se mobilizasse em relação ao direito à saúde nas eleições presidenciais.

A DEFESA DA CONSOLIDAÇÃO DO SUS

Nos anos 1990, Sergio Arouca se tornou deputado federal por dois mandatos, entre 1991 e 1998, e manteve sua atuação fortemente ligada à saúde e à ciência. Entre os exemplos dessa trajetória parlamentar, estão a busca por verbas para a realização da 10ª Conferência Nacional de Saúde (Súmula 54, em outubro de 1995) e a aprovação de uma emenda constitucional de sua autoria que garantiu autonomia para universidades e instituições de pesquisa contratarem professores e pesquisadores estrangeiros (Súmula 55, em novembro de 1995, e Súmula 60, em junho de 1996).

Em 2001, a edição da Tema nº 20 (fevereiro de 2001) trouxe uma recapitulação histórica sobre Arouca e a Reforma Sanitária a partir de sua fala durante a 11ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Por fim, na edição 9 de *Radis* (maio de 2003), Arouca — então secretário de Gestão Participativa do Ministério da Saúde

— abordou a importância da convocação da 12ª CNS e fez um balanço sobre o SUS até aquele momento.

"O SUS progrediu muito em alguns aspectos e já é reconhecido internacionalmente como excelente modelo de sistema de saúde, além de estar servindo de inspiração para a criação do Sistema Nacional de Segurança Pública. Existem, no entanto, alguns graves problemas a serem equacionados, principalmente na área de recursos humanos e na qualidade dos serviços. Eu diria que a Conferência representa uma parada para a correção de rumos", afirmou.

A ÚLTIMA ENTREVISTA PARA *RADIS*

A entrevista concedida à *Radis* nº 9, sobre a convocação para a 12ª CNS, foi a última participação de Sergio Arouca na revista antes de seu falecimento, ocorrido meses depois, em agosto de 2003. No entanto, a última grande entrevista com o sanitarista havia sido publicada na *Radis* 3, em outubro de 2002, no ano em que a revista passou a circular no formato atual.

"Retomar os princípios básicos da Reforma Sanitária, que não se resumiam à criação do SUS. O conceito saúde/doença está ligado a trabalho, saneamento, lazer e cultura. Por isso, temos que discutir a saúde não como política do Ministério da Saúde, mas como uma função de Estado permanente. À Saúde cabe o papel de sensor crítico das políticas econômicas em desenvolvimento", disse.

Arouca também afirmou que estaria sempre na política, mas que não voltaria a se candidatar. "Sou muito mais sanitarista", segredou. Na conversa, ele ainda ressaltou que os avanços tecnológicos não podem prescindir de mudanças sociais, especialmente levando em conta a participação da sociedade. "Dizer que a biotecnologia vai resolver o problema da fome é uma falácia. O problema da fome não está na produção de alimentos e sim na distribuição deles. A discussão tem que mostrar onde estão os avanços e onde a sociedade civil pode exigir o controle social", declarou.

SOMOS TODOS AROUCA

A primeira edição publicada após sua morte, *Radis* 13 (setembro de 2003), trouxe um editorial emocionado, ressaltando que *Radis* devia muito de seu formato e alcance a Sergio Arouca, que acreditou na possibilidade do veículo ser um porta-voz do movimento da Reforma Sanitária.

Naquele mesmo ano, ocorreu a 12ª CNS, chamada de "Conferência Sergio Arouca", que teve como tema principal "A saúde que temos, o SUS que queremos". As edições 16 (dezembro de 2003) e 18 (fevereiro de 2004) abordaram os principais assuntos e decisões do encontro, que retomou pontos cruciais para o direito à saúde da população, como financiamento e estrutura.

Por fim, em 2013, a *Radis* 133 trouxe na capa a chamada "Somos todos Arouca". O número registrou as comemorações do 59º aniversário da Ensp, com a realização da Semana Sergio Arouca, que promoveu diversos debates sobre a saúde no Brasil e o SUS, dez anos após a morte do sanitarista. Também foram publicados uma linha do tempo sobre a saúde pública no país e um perfil centrado na importância de Arouca para a história da saúde brasileira.

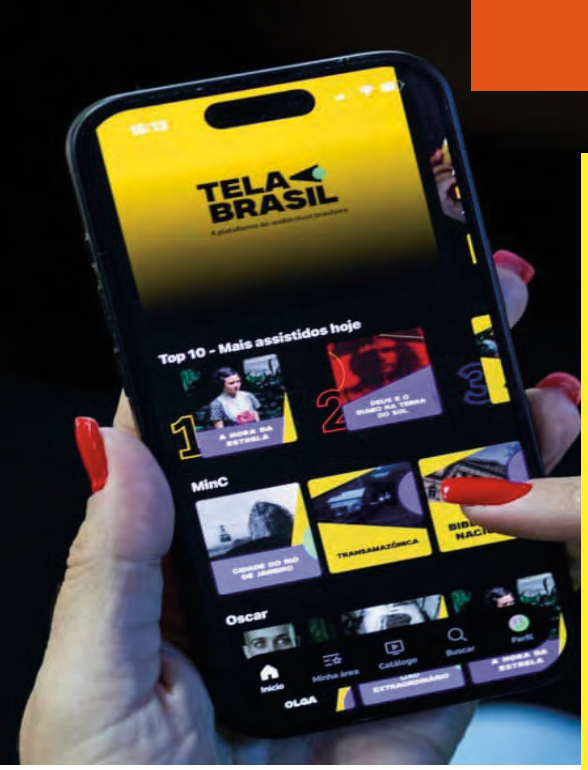
Sergio Arouca fala à *Radis*

"A Oitava foi o evento mais significativo, em termos de debate, da história da saúde no Brasil"

"O SUS progrediu muito em alguns aspectos e já é reconhecido internacionalmente como excelente modelo de sistema de saúde, além de estar servindo de inspiração para a criação do Sistema Nacional de Segurança Pública. Existem, no entanto, alguns graves problemas a serem equacionados, principalmente na área de recursos humanos e na qualidade dos serviços"

"O conceito saúde/doença está ligado a trabalho, saneamento, lazer e cultura"

"Temos que discutir a saúde não como política do Ministério da Saúde, mas como uma função de Estado permanente"



PLATAFORMAS OFERECEM FILMES E LIVROS GRATUITOS

Você sabia que seu login gov.br garante acesso gratuito a livros e filmes? O MEC Livros, plataforma do Ministério da Educação, funciona como uma biblioteca pública que reúne aproximadamente 25 mil títulos nacionais e internacionais. Tem obras de Clarice Lispector, Ariano Suassuna, José Saramago e Gabriel García Márquez, inclusive lançamentos e títulos entre os mais vendidos.

Entre os mais lidos em agosto, estavam "A Metamorfose" (Franz Kafka), "Torto Arado" (Itamar Vieira Junior), "A Vegetariana" (Han Kang, vencedora do Prêmio Nobel de Literatura 2024), "Crime e Castigo" e "Noites Brancas" (Fiódor Dostoiévski), "A Árvore Mais Sozinha do Mundo" (Mariana Salomão Carrara, vencedora do Prêmio São Paulo de Literatura), "Dom Casmurro" (Machado de Assis) e "História da Literatura Brasileira" (Sílvio Romero).

Já a Tela Brasil, plataforma do Ministério da Cultura, reúne 550 longas, curtas, médias-metragens e séries. São filmes premiados, documentários, produções infantis, obras musicais e animações. Há clássicos do cinema brasileiro, como "Deus e o Diabo na Terra do Sol" (Glauber Rocha), "São Paulo Sociedade Anônima" (Luiz Sergio Person) e "A Hora da Estrela" (Suzana Amaral); filmes brasileiros indicados ao Oscar, entre eles "O Quatrilho" (Fábio Barreto) e "O que É Isso, Companheiro?" (Bruno Barreto); e sucessos de bilheteria, como "Carandiru" (Hector Babenco) e "Olga" (Jayme Monjardim).

Estão contemplados os cinemas negro, indígena, inclusivo e feito por mulheres, além de produções voltadas à infância e juventude, e títulos ligados à memória, sustentabilidade e identidades regionais. Mais de 300 obras oferecem legendas descritivas, audiodescrição e tradução em Libras. MecLivros e Tela Brasil estão disponíveis nos sites meclivros.mec.gov.br e telabrasil.cultura.gov.br e também no formato app para celulares e tablets.

TRABALHADORES DO SUS

A revista Ciência & Saúde Coletiva, editada pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), lançou em junho o número temático Gente que faz o SUS acontecer, comemorativo da importância do trabalho e dos trabalhadores do sistema. A edição trata da cada vez mais sofisticada formação dos profissionais que atuam nos diferentes níveis dos serviços e também das dificuldades, dos pontos fracos, da sobrecarga e do sofrimento mental dos trabalhadores que atuam em questões sensíveis e com a vulnerabilidade humana. Leia em cienciaesaudecoletiva.com.br.



PREVENÇÃO AOS VÍCIOS EM ÁLCOOL E EM BETS

O Meu SUS Digital agora conta uma ferramenta voltada à prevenção do consumo exagerado de bebidas alcoólicas: o Modera Brasil, que utiliza instrumentos internacionalmente validados para realizar uma espécie de triagem digital. Com base nas respostas do usuário, apresenta recomendações educativas e indica, quando necessário, a procura por serviços da rede pública de saúde. No Meu SUS Digital também é possível realizar um autoteste anônimo sobre a relação com as bets, chamado de "Não Aposte Sua Saúde". Em casos de risco moderado ou elevado de vício, é possível solicitar cadastro para teleatendimento por vídeo com equipe multiprofissional, formada por psicólogos, enfermeiros e outros profissionais. O governo federal oferece outra forma de prevenção: a Plataforma Centralizada de Autoexclusão, que permite ao cidadão bloquear o próprio CPF para impedir o acesso a todas as casas de apostas regulamentadas no Brasil de uma só vez.

SUS Meu SUS Digital

Sexílio: a expulsão de pessoas LGBT+ de seus territórios

CATARINA FONSECA BOGÉA*

Os significados de um território não se reduzem à extensão de um chão. Habita-se, antes de um solo, a língua, esse repertório que autoriza alguém a se dizer e a inscrever a própria trajetória numa ordem partilhada de sentido. Por esta razão, nomear constitui uma forma radical de habitar, pois situa o vivido no campo simbólico. É na linguagem que o que se viveu pode adquirir contorno e tornar-se passível de reconhecimento pelo próprio sujeito e pelo coletivo. Uma experiência que não encontra inscrição simbólica pode produzir efeitos ininterruptos sem que o sujeito disponha dos recursos discursivos para situá-los, ligá-los a uma história e perguntar sobre o que, afinal, lhe aconteceu.

O problema se amplia quando essa ausência de nome extrapola a experiência singular e alcança um conjunto de pessoas que não dispõem de uma palavra comum para reconhecer o acontecido. Nesse caso, a ausência do significante impede que a situação seja reconhecida socialmente como um problema público. E bem nesse intervalo entre aquilo que acontece e aquilo que podemos dizer sobre, o sexílio se impõe como uma palavra necessária.

Sexílio é o nome dado ao deslocamento compulsório produzido pelas condições de vida impostas a pessoas LGBT+ em razão de sua sexualidade ou de seu gênero. O termo foi formulado pelo sociólogo porto-riquenho Manuel Guzmán, na década de 1990, para designar uma modalidade de exílio que não decorre de uma perseguição política formal ou de uma catástrofe, e sim pelo estreitamento progressivo das condições de permanência de uma pessoa dissidente em seu próprio território. A partida se inicia muito antes de a pessoa fazer as malas, começando quando permanecer passa a exigir silêncio, ocultação, vigilância de si e negociações permanentes da própria existência.

No Brasil, essa palavra praticamente não circula; ela não figura em marco normativo e tampouco chegou à conversa cotidiana em que se explica por que alguém foi embora de casa. Em sua ausência, o deslocamento compulsório de pessoas LGBT+ segue lido como trânsito cultural fluido e mobilidade cosmopolita, como se essa partida fosse sempre uma grande expressão de liberdade, mas eu sabia que essa saída não era tão espontânea quanto a falta de palavras para nomeá-la fazia parecer.

Comecei a pesquisar sobre o tema porque vivi o sexílio antes de saber que aquilo tinha nome. O incômodo persistente de não dispor de palavra alguma para relatar minha experiência fez com que eu iniciasse minha pesquisa de mestrado com o objetivo de situar tal fenômeno em nosso entendimento coletivo.

Entrevistei nove pessoas que haviam experienciado o sexílio, e nenhuma delas conhecia a palavra, embora soubessem com exatidão o que haviam vivido, lembrando de conversas, conflitos, rompimentos familiares, dificuldades no trabalho e da sensação permanente de que permanecer tinha se tornado inviável. Tinham as lembranças, mas não o significante capaz de reuni-las numa mesma experiência; por isso, muitas vezes narravam suas trajetórias como uma sucessão de decisões individuais, assumindo para si a responsabilidade daquele desenlace.

Foi necessário me debruçar sobre a produção latino-americana até finalmente encontrar esse conceito. A demora para localizá-lo me pareceu, depois, parte da própria questão: se uma experiência reiterada por tantos sujeitos permanece sem palavra capaz de inscrevê-la no campo coletivo, sua ausência denuncia algo maior do que uma ingênua lacuna vocabular. A invisibilidade institucional funciona como tecnologia de desumanização, e Berenice Bento nomeou como necrobiopoder essas formas de governo que distribuem desigualmente a proteção e a possibilidade de existência.

No plano coletivo, uma experiência sem nome não pode ser contada nem transformada em objeto de política pública, porque nenhum Estado formula resposta para aquilo que não consegue enunciar. Sem categoria não há pergunta em instrumento de coleta, sem pergunta não há dado, e sem dado nenhuma gestão admite que exista no país uma migração interna produzida pela recusa de determinados territórios em abrigar os seus.

Nomear o sexílio não devolve a casa perdida nem desfaz a violência sofrida, mas devolve a possibilidade de habitar simbolicamente aquilo que se viveu, e é dessa habitação que se pode exigir reconhecimento e reparação. Sem a palavra, seguiremos tratando como destino individual algo que se repete com regularidade em todas as regiões do país. Quem foi obrigado a sair perdeu um território material que dificilmente lhe será restituído, e o nome do que aconteceu é a única coisa que ainda estamos em tempo de devolver.

■ Psicóloga e psicanalista, mestra em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), atua na Coordenação de Atenção às Políticas de Equidade da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão e é coordenadora do programa Cuidado em Saúde Mental na Pós-graduação no Maranhão

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