

VOZES

DAS

COMUNIDADES

Setembro de 2026
Ano XXI - Nº 20

Um jornal feito
pelas comunidades
a serviço das
comunidades

**SAÚDE É
RESPONSABILIDADE
DO ESTADO!**

PÁGINAS 4 E 5



PRECARIZAÇÃO

Trabalhar sem direitos

PÁGINA 3

CRISE CLIMÁTICA

Periferias sofrem mais

PÁGINA 6

MEMÓRIA E SAÚDE

Resgate das lutas populares

PÁGINAS 12 E 13

Comunicação de verdade também é saúde

Vozes das Comunidades chega à sua 20ª edição

Está nas ruas, estações de trem e metrô, favelas, universidade e centros de saúde mais uma edição do jornal Vozes das Comunidades. Uma edição especial. Especialíssima, aliás. Feita pelos alunos do curso Comunicação Popular e Direito à Saúde, realizado neste ano de 2026.

Como nos anos anteriores, a turma é formada por jornalistas, fotógrafos, gente do cinema, do rádio, da TV e até da inteligência artificial. E também por gente da saúde. Teve enfermeiro, médico. Pesquisadores. São comunicadores populares que vivem ou atuam na organização popular em favelas, periferias e territórios populares. Gente que sabe que falar de saúde é falar de vida, de direitos e das condições em que vivemos. Afinal, não existe saúde quando falta saneamento, alimentação adequada, moradia digna, transporte, educação, trabalho e acesso aos serviços públicos. A saúde está em tudo, e, por isso, também precisa



estar nas mãos de quem vive os problemas e constrói as soluções nos territórios.

Comunicar é escutar ideias

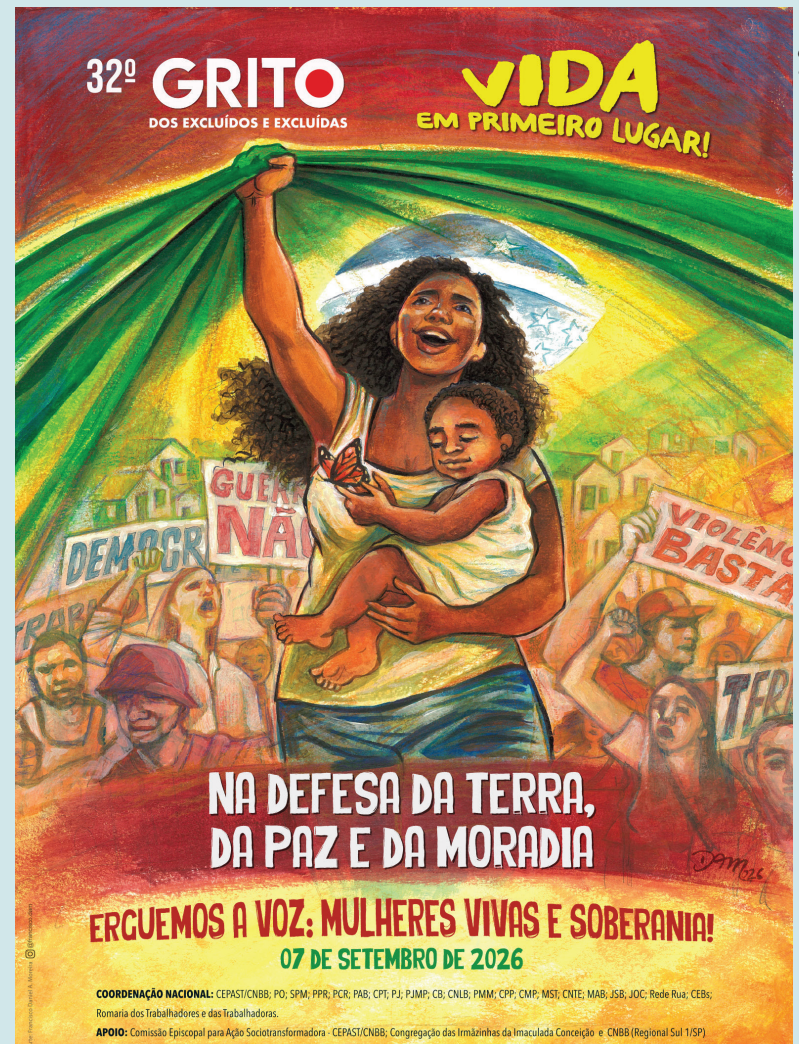
Ao longo do curso, aprendemos que comunicar não é apenas transmitir informações. É disputar ideias, combater a desinformação, fortalecer a organização popular e fazer com que as vozes historicamente silenciadas sejam ouvidas. Neste jornal, são os próprios alunos que contam histórias, apresentam experiências, denuncia problemas e compartilham conhecimentos sobre saúde pública. São olhares que partem do cotidiano e que mostram como as políticas públicas chegam, ou deixam

de chegar, às comunidades. Porque ninguém conhece melhor as urgências de um território do que quem mora nele.

Esta nova edição do Vozes das Comunidades é, portanto, mais do que um jornal: é um instrumento de participação e de luta pelo direito à saúde. Queremos que estas páginas circulem, provoquem conversas, fortaleçam redes e ajudem a construir uma comunicação comprometida com a transformação social. Que as vozes das comunidades ecoem cada vez mais alto e que a comunicação popular siga sendo uma ferramenta para defender o SUS, enfrentar as desigualdades e construir o direito à saúde para todas e todos.

ENCONTRO COM O GRITO

32º Grito: Saúde, Direitos e Vida em Foco



No 7 de setembro, o **32º Grito dos Excluídos** mobiliza ruas por direitos, saúde pública e justiça social. A luta ecoa a defesa das periferias e o combate às desigualdades estruturais.

Vozes das Comunidades

JORNAL LABORATÓRIO DO CURSO DE COMUNICAÇÃO POPULAR E DIREITO À SAÚDE

R. Alcindo Guanabara, 17, sl. 912 - Centro - Rio de Janeiro - RJ

Coordenação: Claudia Santiago, Irene Kalil, Luisa Souto e Marcia Lisboa

Site: <https://nucleopiratininga.wixsite.com/vozesdascomunidades>

Contatos: npiratininga@piratininga.org.br

Tel.: (21) 99628-3667

Supervisão: Núcleo Piratininga de Comunicação (NPC) e Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT)/Fiocruz

Jornalista responsável: Claudia Santiago (MTB 14915)

Design gráfico: Carlos D Medeiros

Professores: Claudia Santiago | Inesita Araujo | Ary Miranda | Rodrigo Murtinho | Rogério Lanes | Euro Filho | Samuel Xavier | Carol Vaz | Helio Euclides | Cassia Moura | Izamara Bastos | Janine Ribeiro | Tarcísio Motta | Ícaro Ferraz | Arthur William | Paulo Lara | Marcia Correa e Castro | Lucas Novello | Sheila Jacob | Pamela Pinto | Adriana Medeiros | Vinícius Ribeiro | Irene Kalil | Rejane Farias.

Agradecimentos: Lidiane Mosry, Liana Carvalho, Tarcísio Motta, Ocupação Manoel Congo, Tuia Café Cultural, Sepe-RJ e Fiocruz.

Equipe - Turma 2026: Adriana Medeiros Ramos | Alan Sena de Assunção | Analice Madeira Teixeira da Silva | Antônio Carlos Mariano | Augusto Cesar Ribeiro da Silva | Breno Canuto Macena | Breno Marcondes Penna da Rocha | Brunna Mota Sena dos Anjos | Bruno da Silva Rangel Francisco | Carla Gonçalves Felizardo | Clara Reis Da Rocha Villalba Alvim | Danielle Stephanie Pereira dos Santos | Débora Pinheiro Garcia | Edmilson Gomes da Silva | Fabiana Araujo de Oliveira | Gabrielle Medeiros dos Santos | Gláucia Nascimento da Silva | Guilherme Faro Bonan | Isabele de Aguiar Corrêa | Isabella dos Santos Barros | Jorge Luiz Franco | José Ivo de Medeiros Moraes | Juliana Rodrigues de Almeida | Larissa Lucia da Silva de Paiva | Laura Asbeg | Luiza Rocha da Silva | Mariana de Santana Araujo | Mylena Palermo de Melo | Natália Oliveira de Assis | Paulo André Ramos Macedo | Pedro Henrique Santos Melo | Roger Martins da Conceição | Thaiane Santos de Souza | Valdenice Lira da Silva | Veronica Freitas Cerqueira | Vinicius do Nascimento Ribeiro | Vitória Cristina Nascimento de Sá.

NPC
Núcleo Piratininga
de Comunicação

SAÚDE DO TRABALHADOR

PRECARIZAÇÃO DA VIDA

Entregador pedala por 2 anos sentindo forte dor na coluna

Entregador de aplicativo relembra as últimas semanas antes de adoecer e não conseguir mais trabalhar: “Eu saía de casa sentindo dor na coluna e um formigamento que descia pelas pernas, dores muito fortes no pé. Minha meta era pagar todas minhas contas.”

Isabele Corrêa, Isabella Barros, Larissa Lucia, Glauca Nascimento e Vinicius Ribeiro

Bruno França, de 38 anos, começou a trabalhar como entregador depois de passar por diferentes empregos formais e informais. Quando ficou sem emprego, amigos apresentaram a possibilidade de fazer entregas. O que começou como uma alternativa para conseguir renda acabou se tornando uma ocupação de longo prazo. Bruno chegava a trabalhar das 11h às 22h. Du-

rante anos, passou boa parte do dia pedalando. “É um trabalho árduo. Para poder fazer um valor que você consiga pagar suas contas, você tem que trabalhar pelo menos dez horas.”

Com o tempo, começaram as dores. Mesmo assim, continuou trabalhando por cerca de dois anos até que, em novembro de 2025, a situação se agravou e ele precisou parar. O diagnóstico era de uma hérnia

de disco que o fazia sentir dificuldade até para andar.

O problema não era apenas o esforço físico. A rotina também dificultava o acesso à alimentação adequada, água, banheiro e descanso. Para Bruno, quem passa o dia na rua precisa resolver sozinho as necessidades básicas.

“Você vai comer cachorro-quente, coxinha e tal. Às vezes tenta ser mais preocupado com isso, mas é muito difícil levar comida para a rua.”

Antes de parar completa-



Bruno França ao lado da muleta que utiliza na recuperação da cirurgia após uma lesão na coluna causada pelo esforço do trabalho como entregador

“É UM TRABALHO ÁRDUO. PARA PODER FAZER UM VALOR QUE VOCÊ CONSIGA PAGAR SUAS CONTAS, VOCÊ TEM QUE TRABALHAR PELO MENOS DEZ HORAS.”

mente, Bruno já havia reduzido a jornada porque não conseguia mais suportar as dores. Mesmo assim, continuou trabalhando até o limite.

Depois de interromper o trabalho por causa da lesão, Bruno ficou sem renda e precisou contar com o apoio da família e dos amigos. Atualmente, tenta acessar o benefício do INSS. Em maio, passou por uma cirurgia e ainda se recupera, com dificuldades para se locomover.

“Eu não estava conseguin-

do trabalhar por causa da lesão na coluna e [o representante da operadora logística do Ifood] não me mandou mensagem nenhuma. E depois eu fui desligado da empresa.”

A história de Bruno mostra uma contradição do trabalho por aplicativo: a chamada autonomia não significa liberdade de escolha para quem depende daquela renda. É o trabalhador quem assume boa parte dos riscos, do desgaste físico e dos períodos sem renda quando não consegue trabalhar.

TRABALHAR SEM DIREITOS

A realidade por trás dos aplicativos

A ideia de ser “o próprio chefe”, fazer o próprio horário e conquistar uma renda melhor levou milhares de brasileiros a trabalhar por aplicativos e plataforma de serviço. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 2024, o Brasil tinha cerca de 1,7 milhão de pessoas trabalhando nestas condições. Esse número equivale a 1,9% da população ocupada no setor privado.

No entanto, a realidade nem

sempre é como a propaganda promete.

Por trás do discurso de liberdade e empreendedorismo, muitos trabalhadores enfrentam jornadas longas e exaustivas, baixos rendimentos, insegurança e falta de direitos como férias, 13º salário, licença médica, aposentadoria, e proteção em caso de acidentes. Esse modelo de trabalho tem crescido no país e se tornado um dos principais exemplos da precarização do trabalho.

Vinicius Ribeiro



Em 2024, do total de platformizados, 58,3% (ou 964 mil) exerciam o trabalho principal por meio de aplicativos de transporte, incluindo os de táxi. Já 29,3% (ou 485 mil) eram trabalhadores de aplicativos de entrega, enquanto os trabalhadores de aplicativos de serviços somavam 7,8% (294 mil). Houve crescimento de 25,4% de pessoas no trabalho platformizado entre 2022 e 2024, ou mais 335 mil trabalhadores.

Os motoristas e entregadores, exemplos mais conhecidos desse modelo de trabalho, usam seus próprios veículos, celulares, internet e combustível para prestar serviços às plataformas digitais. Em geral, são classificados pelas plataformas como trabalhadores autônomos, sem vínculo empregatício formal. Eles também arcam com os custos da atividade, como manutenção dos veículos, combustível, internet e equipamentos necessários para o trabalho.

Alternativa ou falta de opção?

O sociólogo Ricardo Antunes usa o termo “uberização do trabalho” para discutir essas transformações nas relações de trabalho provocadas pela expansão das plataformas digitais. Isso vai além dos aplicativos de transporte e entrega e é marcado pela flexibilização de direitos e redução da proteção trabalhista.

Para muitos trabalhadores não é a flexibilidade que os leva para as ruas. É a falta de opção. Para quem depende dos aplicativos para pagar as contas, trabalhar menos horas significa ganhar menos. Sem direitos trabalhistas, o trabalhador precisa continuar pedalando ainda que o corpo é quem vai cobrar a conta.

UMA REDE EM DEBATE

Muito além dos hospitais

O SUS nos territórios e o cuidado com a população

Equipes de profissionais de saúde acompanham não apenas os pacientes que procuram atendimento, mas também as famílias e as necessidades específicas de cada território.

Analice Madeira, Breno Rocha, Fabiana Oliveira,
Luiza Rocha, Mariana Araujo, Thaiane Santos

As unidades de Atenção Primária à Saúde, conhecidas popularmente como Clínicas da Família, são uma das principais portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Criadas em 2009 no município do Rio de Janeiro, essas unidades têm como objetivo ampliar o acesso ao atendimento básico, com foco na prevenção, na promoção da saúde e no diagnóstico precoce de doenças. Por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo prioritário de reorganização da Atenção Primária no Brasil, as equipes acompanham não apenas os pacientes que procuram atendimento, mas também as famílias e as necessidades específicas de cada território.

Para a agente comunitária de saúde Aparecida Almeida, 67 anos, que atua em uma Clínica da Família, a unidade tem o papel de promover a saúde dentro do território. Segundo ela, a Clínica é organizada por equipes formadas por gerente, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Cada equipe acompanha uma determinada área geográfica, dividida em microáreas, de acordo com as características da comunidade.

Segundo a enfermeira Maria Paula Rocha, 47 anos, que atua em outra Clínica da Família da Zona Norte no Rio de Janeiro,

as unidades conseguem resolver cerca de 85% dos casos atendidos localmente. Para ter acesso ao acompanhamento, o morador precisa apenas identificar qual unidade é referência para o seu endereço e realizar um cadastro, apresentando documentos como CPF e comprovante de residência.

Os relatos das duas profissionais ajudam a mostrar que a Atenção Primária não se limita ao atendimento dentro da unidade. O trabalho é construído a partir da relação com o território e do acompanhamento contínuo da população.

Saúde além da doença

De acordo com Maria Paula Rocha, o trabalho das Clínicas da Família vai muito além do atendimento de doenças. Entre as ações mais comuns estão a prevenção e acompanhamento para gestantes, pessoas com hipertensão e diabetes, além de iniciativas voltadas para alimentação saudável, combate ao tabagismo e atividades físicas.

Aparecida destaca que, além das consultas médicas e de enfermagem, as unidades podem oferecer atendimento odontológico, vacinação, atividades da Academia Carioca e grupos voltados para pessoas que desejam parar de fumar. A equipe multiprofissional também pode contar com psicólogos,

assistentes sociais, nutricionistas e fisioterapeutas.

Algumas unidades criam projetos específicos de acordo com as características da comunidade. Na região onde atuava, uma das iniciativas é uma horta comunitária dentro do Parque Madureira, que envolve 25 famílias de moradores do bairro, beneficiadas diretamente pela produção dos alimentos.

Segundo a enfermeira, as equipes também adaptam sua atuação de acordo com os desafios enfrentados pelo território. Em períodos de chuva intensa e enchentes, por exemplo, os profissionais desenvolvem ações para orientar a população e auxiliar no atendimento de situações emergenciais.

Os diferentes relatos mostram, assim, que os desafios do SUS não estão restritos à existência ou não de atendimento. Eles envolvem também a compreensão da população sobre o funcionamento da rede, a articulação entre os serviços, as condições de trabalho dos profissionais e a capacidade de cada nível de atenção de cumprir sua função.

Para as profissionais entrevistadas o papel das unidades de Atenção Primária é garantir que o cuidado em saúde aconteça de forma contínua e próxima da realidade das pessoas, acompanhando não apenas doenças, mas também as condições de vida e as necessidades de cada comunidade.

Luiza Rocha



Ação de atenção básica realizada em Clínica da Família da Zona Norte do Rio

Saúde é mais do que procedimentos

Para o médico Pedro Corrêa, 40 anos, tanto no serviço público quanto no privado, a saúde é muito associada à realização de consultas, exames e outros procedimentos, enquanto a promoção da saúde e a construção da autonomia dos usuários ainda são práticas em desenvolvimento.

Pedro também chama atenção para a importân-

cia do controle social na gestão dos serviços. Segundo ele, parte das unidades é administrada por meio de contratos de gestão, como aqueles estabelecidos com Organizações Sociais (OS) ou fundações, e a participação da população nos mecanismos de controle seria fundamental para garantir maior transparência e prestação de contas.

Comunicação para aproximar o SUS da população

Nas Clínicas da Família, as equipes utilizam diferentes estratégias para manter os moradores informados sobre campanhas, serviços e atividades, como grupos de WhatsApp, informativos, murais e, em algumas situações, carros de som para divulgar atividades realizadas na comunidade. As visitas domiciliares e o uso de aplicativos de mensagens são utilizados pelos agentes comunitários. Par-

cerias com escolas, creches, associações de moradores, paróquias e outras instituições ajudam a ampliar a divulgação das ações e aproximam os serviços de saúde da população.

Na UPA, porém, a percepção é diferente. Há painéis informativos dentro das unidades, mas alguns de difícil compreensão para os usuários. Os conselhos gestores podem desempenhar um papel importante na aproximação entre os serviços e a população.

SAÚDE E POLÍTICA

Direito à saúde é responsabilidade do Estado

SUS enfrenta desafios relacionados ao financiamento, à gestão e à ampliação do acesso

Criado pela Constituição Federal de 1988, garante atendimento gratuito a toda a população, sem exigir contribuição prévia ou vínculo empregatício.

Analice Madeira, Breno Rocha, Fabiana Oliveira, Luiza Rocha, Mariana Araujo, Thaiane Santos

Todos os dias, milhões de brasileiros recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS) para consultas, exames, cirurgias, vacinação, atendimento de urgência e acesso a medicamentos. Criado pela Constituição Federal de 1988, o SUS é um sistema público que garante atendimento gratuito a toda a população, sem exigir contribuição prévia ou vínculo empregatício.

Antes da sua criação, o acesso aos serviços de saúde era restrito, principalmente, aos trabalhadores com carteira assinada, por meio da Previdência Social. Grande parte da população dependia de instituições filantrópicas, da caridade ou simplesmente não conseguia atendimento quando precisava.

A criação do SUS representou uma mudança profunda nesse cenário ao transformar a saúde em um direito de todos e uma responsabilidade do Estado. Desde então, o sistema passou a oferecer ações que vão muito além do atendimento em hospitais, incluindo campanhas de vacinação, vigilância sanitária, controle de epidemias, transplantes, distribuição de medicamentos e atendimento de urgência, entre diversos outros serviços essenciais.

Avanços sim, desafios também

Apesar dos avanços conquistados ao longo das últimas décadas, principalmente por mobilizações da sociedade civil organizada, o SUS ainda enfrenta desafios relacionados ao financiamento, à gestão e à ampliação do acesso à população. Esses obstáculos reacendem o debate sobre como garantir que o direito à saúde continue sendo efetivamente garantido para todos os brasileiros.

Um dos principais desafios está justamente em transformar o direito garantido pela Constituição em acesso efetivo aos serviços. Para a maioria dos brasileiros que dependem exclusivamente do atendimento público, a promessa de acesso universal e gratuito ainda contrasta com uma rotina marcada por filas, dificuldades de atendimento e falta de informação. Muitas vezes, o primeiro obstáculo surge antes mesmo de qualquer diagnóstico: o usuário não sabe qual unidade procurar, quais serviços estão disponíveis ou como funciona o fluxo de atendimento dentro da rede.

40 anos da conferência que transformou a saúde pública

Em 1986, ao lado de Sergio Arouca, então presidente da Fiocruz, Ary Miranda participou da organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco histórico que definiu as bases da saúde como um direito universal e orientou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em entrevista ao Vozes das Comunidades, ele contou sobre a organização da Conferência e como era a saúde pública antes do SUS.

Um tempo de intensa mobilização

A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi resultado da intensa mobilização popular que marcou a luta pela redemocratização do Brasil. Com o fortalecimento de sindicatos, movimentos sociais e entidades da so-

Ameaças, sucateamento e privatizações

O SUS foi uma grande conquista para a sociedade brasileira. Temos um dos maiores e mais importantes sistemas públicos de saúde do mundo. Embora ainda enfrente muitos problemas e nem sempre funcione como deveria, é importante lembrar que ele foi criado graças à mobilização da sociedade.



Ary Miranda em aula do Curso de Comunicação Popular e Direito à Saúde

riedade civil, a conferência reuniu mais de 4 mil participantes, entre representantes do governo e da população, para discutir um novo modelo de saúde pública.

O encontro consolidou princípios que mais tarde seriam incorporados à Constituição de 1988, como a saúde como direito de todos e dever do Estado, a participação social na formulação das políticas públicas e a compreensão de que saúde vai além da ausência de doenças, sendo influenciada por fatores como saneamento,

moradia, trabalho, meio ambiente e democracia. Esses debates lançaram as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Saúde pública no Brasil pré-SUS

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o acesso à saúde no Brasil era restrito aos trabalhadores com carteira assinada, vinculados à Previdência Social. A maior parte da população ficava excluída desse atendimento. Durante a luta pela redemocratização do país, na década de 1980, o movimento da Reforma Sanitária passou a defender não apenas o fim da ditadura militar, mas também a criação de um sistema público, universal e com participação da sociedade. Até então, o modelo de saúde era centrado em hospitais, fortemente privatizado, burocrático e marcado pela desigualdade no acesso aos serviços.

lógica da iniciativa privada é diferente da do serviço público. Enquanto o SUS foi criado para garantir o direito à saúde de toda a população, empresas privadas têm como principal objetivo obter retorno financeiro. Por isso, Ary Miranda defende que a gestão da saúde pública deve permanecer como responsabilidade do Estado, com foco no atendimento à população.

CRISE CLIMÁTICA E SAÚDE

Inferno de Concreto

Impactos pesam mais sobre populações negras e periféricas

Isso tem nome: racismo ambiental. E, mesmo sem conhecer o termo, muita gente sente isso na pele.

Brunna Mota, Roger Martins e Débora Garcia

Viver uma onda de calor em um bairro nobre, com mais árvores, casas ventiladas e ar-condicionado é diferente de enfrentar o mesmo calor na periferia, onde falta área verde, sobra concreto e muitas vezes faltam água e energia. E quando esses impactos pesam mais sobre populações negras e periféricas, isso tem nome: racismo ambiental. E, mesmo sem conhecer o termo, muita gente sente isso na pele.

Enquanto o asfalto das áreas nobres do Rio de Janeiro ganha sombras, praças arborizadas e alívio para os dias de sol escaldante, a poucos quilômetros dali, nas periferias e na Baixada Fluminense, a realidade é sufocante. A crise climática deixou

de ser uma previsão distante e virou uma roleta-russa diária, onde a temperatura do termômetro dita quem sobrevive e quem é abandonado pelo poder público.

Ilhas de calor e ausência do Estado

A combinação perversa entre a falta de saneamento básico, esgoto a céu aberto, lixo acumulado e a ausência absoluta de áreas verdes transforma bairros inteiros em verdadeiras fornalhas a céu aberto. São as chamadas ilhas de calor, territórios onde o concreto e a carência de infraestrutura multiplicam o impacto das ondas de calor.

É revoltante constatar que

Acervo Fiocruz. Intervenção e recreação digital com uso de IA



Você liga a TV e o jornal anuncia: “Cariocas, se preparem. Vem aí mais uma onda de calor.” Mas será que todo mundo passa por esse calor do mesmo jeito?

o sofrimento dessas famílias não é obra do acaso, mas de uma escolha política deliberada. Dados do Ranking do Saneamento do Instituto Trata Brasil, estruturado com base no Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), escancaram que municípios inteiros da Baixada Fluminense - como Belford Roxo, Duque de Caxias e São João de Meriti - figuram recorrentemente entre os piores do país no setor. Enquanto bilhões de reais são escoados em promessas vazias ou prioridades que beneficiam apenas os grandes centros, o morador da periferia paga com a

própria saúde e a própria vida a fatura de um Estado ausente.

Organização e resistência na Baixada

Para quem vive no território, é do não aceitar esse destino que nascem os movimentos de luta. Na Baixada Fluminense, o Instituto Mirindiba surgiu da necessidade de fortalecer a mobilização comunitária e a incidência política em torno da justiça climática. O primeiro Fórum Climático reuniu a população para discutir a falta de políticas públicas e os impactos ambientais no território, re-

sultando em uma carta-manifesto e em ações de incidência junto ao poder público. Entre essas frentes está a mobilização contra o aterro controlado de Bongaba, próximo a comunidades da região, que continua sendo uma reivindicação política. A partir da formação de lideranças, o Instituto ampliou a articulação comunitária para enfrentar as desigualdades e os impactos ambientais na Baixada.



Conheça mais sobre o Instituto Mirindiba através do QRCode

Instituto Mirindiba



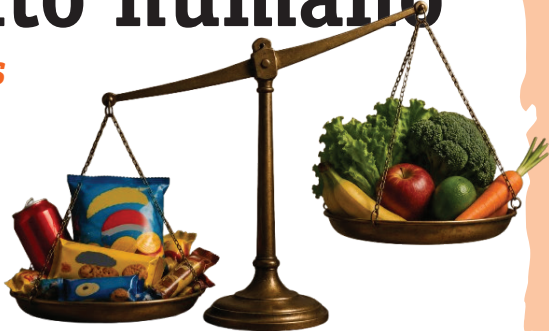
Primeira turma de lideranças pelo clima e contra o racismo ambiental do Instituto Mirindiba

DIREITO À CIDADE

SEGURANÇA ALIMENTAR

Comida é direito humano

A fome diminuiu no Brasil, mas a falta de acesso à comida de verdade ainda afeta milhões de pessoas com maior impacto sobre grupos minorizados



Quem sofre mais?

A pesquisa Vigitel de 2018 aponta uma menor qualidade na alimentação da população negra. Enquanto 39% das pessoas brancas costumam consumir frutas e hortaliças com frequência, esse percentual é menor na população preta (29%), o que reflete diretamente na saúde dessa parcela.

De acordo com o Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (Elsa-Brasil), de 2023, as pessoas pretas eram mais afetadas pela hipertensão (48%), diabetes (27%) e doença renal crônica (11%), além de quase um terço serem pessoas com obesidade.



Débora Pinheiro, Clara Alves, Edmilson Gomes, Mylena Palermo, Bruno Rangel, Gabrielle Medeiros

Dados recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que a proporção de domicílios com insegurança alimentar diminuiu de 27% para 24% entre 2023 e 2024. Isso significa que quase 19 milhões de lares ainda continuam com dificuldades para se alimentar

no dia a dia. A maior parte deles é chefiado por mulheres (59,9%) e por pessoas pardas (54,7%) e pretas (15,7%). Dois em cada três lares com renda de até um salário mínimo não têm acesso regular a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente. Ou seja, a fome diminuiu no Brasil, mas a falta de acesso à comi-

da ainda afeta milhões de pessoas, com gênero, raça, classe e território específicos. Falta comida na mesa de uma parte da população, o que pode ter impactos graves à saúde, principalmente das crianças.

A contradição que deixa muita gente com a pulga atrás da orelha é o fato de o Brasil, um dos maiores produtores e exportadores de alimentos do mundo e detentor de uma das maiores biodiversidades do planeta, ainda enfrentar a fome e a insegurança alimentar como um desafio crônico para uma parcela muito expressiva de sua população.

E esse não é um problema novo. Há cerca de 80 anos, o médico Josué de Castro já denunciava que a fome é um problema social e político do nosso país. No livro Geografia da Fome, de 1946, ele afirma que a fome no Brasil é consequência da desigualdade social e da má distribuição de renda, e não da falta de alimentos.

Entra e sai do Mapa da Fome

Em 2021, durante o governo de extrema-direita de Jair Bolsonaro, o Brasil viveu uma cena que chocou todo mundo: famílias inteiras em filas de açougues esperando para conseguir doação de ossos para ter o que comer. Mas essa crise não aconteceu por acaso ou só por causa da pandemia. Ela foi resultado do corte de verbas e do enfraquecimento de políticas sociais que garantiam comida na mesa de quem mais

precisava. Naquele período, 33 milhões de pessoas não tinham o que comer e o Brasil voltou para o Mapa da Fome da ONU. Para um país sair do Mapa da Fome, o número de pessoas sem ter o que comer precisa cair para menos de 2,5% da população. O Brasil só conseguiu alcançar essa meta de novo em julho de 2025, com a volta de programas públicos que tinham sido abandonados ou deixados sem dinheiro, como o PAA (Programa de Aquisição de Alimentos) e o Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA).

Não-comida no prato

Produtos com grande quantidade de gordura, açúcar e sódio, além de diversos aditivos, já correspondem a 23% das calorias da alimentação diária dos brasileiros.

Mortadela, biscoitos, salsicha e refrigerantes: esses são alguns dos produtos alimentícios que compõem o grupo dos ultraprocessados. Essa categoria inclui industrializados com grande quantidade de gordura, açúcar e sódio, além de diversos aditivos, substâncias usadas para alterar cheiro, cor, textura e sabor do produto. Eles não são feitos a partir de uma receita tradicional, como um bolo caseiro, mas passam por uma série de processos que exigem equipamentos e tecnologias de uso exclusivamente industrial. Por isso, contêm pouca ou nenhuma parte do alimento de verdade. Um suco em pó, por

exemplo, costuma ter apenas de 1% a 3% de fruta real.

Periferia é quem mais sofre

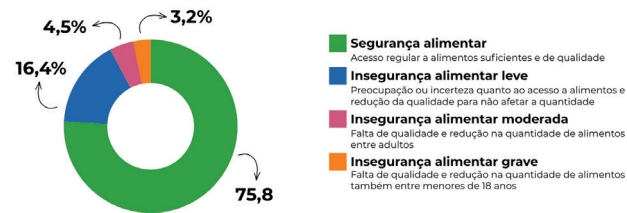
Segundo pesquisa divulgada em 2025 pela Universidade de São Paulo (USP), os ultraprocessados já correspondem a 23% das calorias da alimentação diária dos brasileiros. Esse cenário é ainda mais frequente nas periferias, onde a oferta de alimentos in natura é menor e, quando disponíveis, costumam pesar mais no bolso da população.

A nutricionista e chef de cozinha Leila Manhães alerta que, em muitas favelas, encontrar comida saudável é uma missão quase impossível. Como os ultraprocessados são vendidos em cada esquina, eles acabam virando a opção mais viável. Se um morador da periferia decide comer melhor — seja por vontade ou por recomendação médica —, esbarra em uma série de dificuldades. Leila explica que a falta de hortifrútis no território obriga a população a ir até a “pista” para fazer compras nas feiras semanais. Mas a volta para casa é um grande desafio: “Como é que você sobe o morro cheio de sacola de fruta e legume na garupa de um mototáxi? Porque é só o mototáxi que sobe. Ônibus e Uber quase não entram na comunidade”. Ou seja, a insegurança alimentar tem relação direta com a falta de acessos básicos a: feiras e supermercados perto de casa, água potável e dinheiro no bolso.

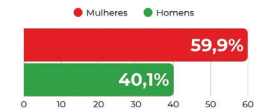
Dados da Insegurança Alimentar no Brasil

Graus da insegurança alimentar

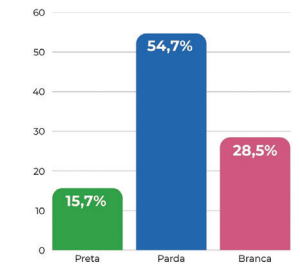
A condição afeta 18,9 milhões de lares brasileiros



Insegurança alimentar por gênero do responsável pelo lar



Insegurança alimentar por cor / raça do responsável pelo lar



Fonte: Pesquisa Nacional Por Amostras de Domicílios Contínua 2023/2024 | IBGE

“A FOME NO BRASIL É CONSEQUÊNCIA DA DESIGUALDADE SOCIAL E DA MÁ DISTRIBUIÇÃO DE RENDA, E NÃO DA FALTA DE ALIMENTOS” - JOSUÉ DE CASTRO

CULTURA DO ENCARCERAMENTO

VÍTIMAS DO SISTEMA

A pena invisível

Como o sistema carcerário pune quem está do lado de fora?

Familiares de pessoas privadas de liberdade não entram na cela, mas sofrem as consequências

Isabella Barros, Vitória Sá e Nice Lira

Quando uma pessoa vai presa, quantas ao seu redor também perdem direitos civis? Mães e parceiras viram alvos indiretos da Justiça. Elas não entram na cela. Mas perdem o respeito da comunidade, sofrem discriminação, enfrentam abusos institucionais e passam por humilhações diárias apenas por manterem o vínculo afetivo com quem foi privado de liberdade.

O Fórum Brasileiro de Segurança Pública traz dados alarmantes: o Brasil pode chegar à marca de 1 milhão de pessoas presas até 2027. O sistema prisional sofre com a superlotação e, do lado de fora, a perspectiva de segurança não é das melhores. Mesmo assim, uma pergunta continua sem resposta: como essa realidade impacta milhões de famílias brasileiras?

A dura rotina de quem fica

Para Ireuda Costa, de 35 anos, a prisão do marido significou o fim da própria rotina. Há um ano e seis meses, ela vive entre a casa, os problemas do dia a dia e as visitas ao presídio. “Parei minha vida para me dedicar a ele. Deixei de sair, viajar, de viver uma rotina normal”, conta.

Como milhares de familiares de pessoas presas, Ireuda enfrenta uma rotina marca-

AS VISITAS, QUE DEVERIAM SER UM DIREITO BÁSICO DE MANUTENÇÃO DOS VÍNCULOS FAMILIARES, SÃO TRANSFORMADAS EM UM PERCURSO DE OBSTÁCULOS.

da por restrições e desgaste emocional. As visitas, que deveriam ser um direito básico de manutenção dos vínculos familiares, transformam-se em um percurso de obstáculos. “As maiores dificuldades são as restrições que o presídio impõe, dificultando a entrada de alguns alimentos básicos”, diz. Ela descreve um sistema em que o tratamento aos familiares varia conforme quem está do outro lado da revista, quase como se seus direitos dependessem da boa vontade alheia: “Tem policial penal que entende que a família está ali sofrendo, gastando até o que não tem. Mas tem outros que te tratam mal, gritam, tiram alimentos alegando bolsa cheia

e te deixam horas esperando na fila.”

No fim das contas, a maior parte desse fardo recai sobre as mulheres. São elas que sustentam a “vida normal” do lado de fora, divididas entre o trabalho, a casa, os filhos e a angústia permanente de não saber se quem amam está bem. A saudade, o medo e a culpa tornam-se companheiros diários.

Mesmo diante da precariedade, Ireuda encontrou apoio em outras mulheres que vivem a mesma realidade. “Nós, familiares, nos ajudamos, trocamos experiências e apoio.” Para ela, o que mais falta às famílias é acolhimento e suporte financeiro. Mas o preconceito também faz parte da pena invisível. “Somos mal vistas pelo erro do preso. Já ouvi uma pessoa falar: ‘Como pode você, uma mulher bonita, indo parar na porta de uma cadeia?’”

Presos sem sentença e o peso da injustiça

Nem todo preso possui condenação definitiva. Em termos jurídicos, são mais de 200 mil brasileiros legalmente inocentes sob custódia do Estado.

Elcy Leopoldina Pereira de Souza, de 53 anos, conhece essa realidade de forma devastadora. Moradora do Rio Comprido, ela passou cinco anos lutando para provar a inocência do filho, Ângelo Gustavo Pereira Nobre, preso injustamente por reconhecimento fotográfico. “Foi dilacerador. É como se o chão tivesse sumido. De uma hora para outra, meu filho estava preso sem ter culpa nenhuma. Minha vida parou. Eu virei advogada, detetive, tudo para provar o que

Acervo Pessoal



Elcy Leopoldina e seu filho, Ângelo Gustavo

“POR TRÁS DE CADA PESSOA PRESA EXISTE UMA FAMÍLIA QUE ESTÁ SOFRENDO JUNTO, QUE TAMBÉM ESTÁ PRESA EM SENTIMENTO.”

ELCY

o Estado deveria ter provado.”, lembra.

A prisão do filho provocou uma sucessão de perdas. Elcy abandonou o emprego, consumiu suas economias na busca por justiça e viu a família inteira ser abalada. A dor atingiu um ponto irreparável quando sua irmã, que ajudou a criar Ângelo, morreu de infarto poucos dias após a prisão: “Ela viveu isso durante sete dias, e ela não suportou. Se dopou com remédio para aguentar, né? Essa perda é irreparável. O Estado não respeitou e tirou ela de nós. Eu choro todos os dias.”

Rotina de visitas e humilhações

Durante o período em que o filho esteve preso, Elcy enfrentou a rotina das visitas e das humilhações. “É um tratamento muito duro. Você já está sofrendo por ter seu filho ali e ainda tem que passar por revista, por horas na fila, por um tratamento frio, como se você também fosse culpada. É como se a família toda fosse punida junto.”

A luta terminou com a absolvição de Ângelo e o reconhecimento judicial de que sua prisão foi injusta. Mas, infelizmente,

as cicatrizes desse período na vida de toda a família ainda não sararam. “Além de todo o sofrimento, ficamos com o prejuízo financeiro também.” Ela diz que a maior dificuldade foi a impotência diante de um sistema maior do que qualquer família: “Você vê seu filho trancado sem ter culpa e não pode tirá-lo de lá na hora. O preconceito, a burocracia e o cansaço emocional fazem parte da pena.”

A Justiça determinou indenização contra o Estado do Rio de Janeiro, mas, segundo Elcy, o pagamento nunca foi feito. Questionada sobre como foi vivenciar essa situação, ela relata a solidão de um processo onde a sociedade ainda enxerga os familiares como cúmplices. “Muita gente julga sem saber. Acham que, se está preso, é culpado. E não é assim.”

A história dessas duas mulheres não são pontos fora da curva, infelizmente. Elcy e Ireuda, enquanto mulheres e familiares de pessoas que foram privadas de liberdade, revelam duas faces da mesma realidade. Em comum, elas ilustram um cenário devastador: as penas, no Brasil, nunca terminam dentro dos muros da prisão. Elas atravessam vidas inteiras.

SAÚDE

DOENÇA SILENCIOSA

Quanto vale apostar a vida?

Mercado de apostas financeiras cresce rapidamente no país e afeta a vida de boa parte da população

Isabella Barros, Vitória Sá, Jorge Luiz e Danielle Stephanie

As apostas esportivas deixaram de ser um passatempo e viraram rotina na vida de milhões de brasileiros. O mercado cresceu rapidamente no país e empresas investem fortunas em propagandas de televisão, patrocinam grandes times de futebol e pagam influenciadores digitais para divulgar suas plataformas. Nesse mesmo ritmo, aumentaram os relatos de endividamento, conflitos familiares e problemas relacionados ao jogo.

A facilidade de acesso agrava ainda mais esse cenário. O “cassino” funciona 24 horas por dia na palma da mão. A promessa é simples: colocar pouco dinheiro e ganhar muito. Para quem vive com o orça-

mento apertado, pode parecer como uma oportunidade de fazer uma “renda extra”.

O apostador típico no Brasil tem rosto bem definido: é homem, jovem, entre 18 e 39 anos, e de baixa ou média renda, com ganhos de até dois salários mínimos. Atraído pela possibilidade de ganhar dinheiro rápido, esse público gasta, em média, R\$100 por mês. Pode parecer inofensivo, mas o valor pesa no bolso de quem ganha pouco. E é nesse ponto que a aposta mostra seu potencial de destruição. Quando a aposta deixa de ser uma tentativa eventual de ganhar dinheiro e passa a controlar a rotina, o que aparece como “renda extra” pode se transformar em um problema de saúde.



Um problema silencioso

Eduardo dos Santos, estudante que perdeu uma bolsa integral do Prouni depois que a universidade considerou movimentações financeiras da conta de sua mãe na análise da renda familiar, viu de perto como o problema das apostas ultrapassa o bolso de quem joga. A mãe de Eduardo recebia aposentadoria e passou a movimentar dinheiro em diferentes plataformas de apostas. As entradas

e saídas apareciam no extrato bancário, mas não representavam um ganho estável. O dinheiro entrava e, muitas vezes, voltava para os próprios jogos.

A descoberta provocou um choque na família. Eduardo entendeu que o dinheiro perdido nas plataformas não era apenas dinheiro destinado ao jogo. Era dinheiro que poderia pagar contas, comprar comida ou garantir outras necessidades da casa.

Você já ouviu falar em ludopatia?

O problema pode ir além da perda de dinheiro. A ludopatia, também chamada de transtorno do jogo, é uma condição de saúde reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e caracterizada pela dificuldade persistente de controlar o comportamento de jogar, mesmo quando as apostas já provocam prejuízos na vida financeira, familiar, profissional ou social. A pessoa pode passar cada vez mais tempo pensando em apostas, aumentar os valores apostados, tentar recuperar o dinheiro perdido com novas apostas ou continuar jogando mesmo depois de perceber as consequências. Também podem surgir ansiedade, irritabilidade, frustração, isolamento social e problemas nos relacionamentos. Em casos mais graves, o transtorno pode estar associado a depressão, uso problemático de outras substâncias e pensamentos suicidas. A dependência forma um ciclo difícil de interromper.

O caminho até a dependência

A questão não é só sobre escolha individual

“Aposta quem quer” é a justificativa mais comum para defender as plataformas, mas os relatos mostram que a questão não termina na escolha individual. Kauan, de 22 anos, conheceu as apostas aos 18, enquanto tirava a carteira de habilitação. Um amigo contou que estava ganhando dinheiro apostando pequenas quantias. Ele começou com R\$5 ou R\$10 em jogos de futebol. No início, a experiência parecia confirmar a promessa das plataformas: apostar pouco e ganhar muito. A lógica fez os

valores aumentarem rapidamente. Em uma ocasião, chegou a apostar todo o salário de R\$1 mil e conseguiu sair com mais dinheiro do que havia colocado. Para ele, porém, esse tipo de vitória faz parte do problema: “A sensação de ganhar chega uma hora que é basicamente igual a droga, aquele sentimento prazeroso. Quando você perde, é como se estivesse de ressaca. Você fica para baixo, fica deprimido.”

Aos poucos, a aposta deixou de ser uma possibilidade de ganhar dinheiro e passou a determinar o que ele fazia.

A bola de neve

A preocupação constante com dinheiro, dívidas e apostas fazia com que ele se sentisse mentalmente exausto. Nos últimos meses, Kauan começou a reorganizar a vida financeira. Trabalhou para pagar as dívidas e conseguiu ficar sem débitos. Foi nesse momento que percebeu o quanto a dependência havia alterado sua rotina. “Agora eu estou percebendo como é viver em paz, sem ninguém ficar em cima, cobrando”, conta.

Kauan diz que ainda está tentando reduzir as apostas: “Se eu falar que não aposto mais, eu vou estar mentindo. Mas uma coisa que eu vivia sem controle hoje eu consigo controlar. Eu apostava nos sete dias da semana. Hoje, quando aposto, é um ou dois dias. Estou tentando evitar ao máximo para realmente parar.”

Para ele, o mais difícil é reconhecer que existe um problema enquanto ainda se está dentro dele: “Se uma pessoa me perguntar: ‘Devo apostar ou não?’, eu nunca indico. Eu sempre apresento os problemas, o que traz, o que acontece, para a pessoa ter ciência do que está fazendo.”

MAIS VIDA, MENOS PRECONCEITO

PrEP e PEP

Conheça o método de prevenção ao HIV eficiente e acessível

Descubra como a PrEP e a PEP, métodos gratuitos do SUS, reduzem em até 99% o risco de HIV e estão acessíveis a qualquer pessoa.

Matheus Oliveira/ Agência Saúde-DF



Alan Sena e Augusto Ribeiro

Novas infecções em queda

O Boletim Epidemiológico do ministério mostra que o Brasil registrou uma queda de quase 29% nas novas infecções por HIV em 2025, resultado da chamada prevenção combinada, que junta testagem ampliada, acesso à PrEP e início imediato de tratamento para quem já vive com o vírus.

Apesar da alta eficiência do medicamento no combate ao HIV, ele não é eficiente contra outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), o que mantém a importância do uso de preservativos durante as relações sexuais.

Desafia ao acesso amplo do público

82% dos usuários são homens gays ou que fazem sexo com homens e 55% são brancos ou amarelos. Isso mostra os desafios de democratização entre grupos historicamente prejudicados, como mulheres, pessoas negras e, sobretudo, pessoas em situação de vulnerabilidade, a exemplo de pessoas em situação de rua e profissionais do sexo, ambos com altas chances de exposição às ISTs.

O vírus do HIV atinge pú-

blicos como o de jovens de 15 a 24 anos, que, segundo o Boletim do MS, correspondem a 25,7% das notificações totais de HIV. Na faixa etária, 66% das infecções ocorrem em homens, expressividade que se repete em grupos com outras idades. Os números apontam que, em 2024, para cada 10 mulheres com HIV ou aids, 28 homens apresentavam a infecção.

A prevenção está evoluindo

A Fiocruz testa em sete cidades, incluindo Rio de Janeiro e Nova Iguaçu, o lenacapavir, injeção que trocaria o comprimido diário por uma aplicação a cada seis meses. Aprovado pela Anvisa em janeiro, o remédio teve adesão de 97% entre os voluntários do estudo, a maioria sem uso prévio da PrEP em comprimido.

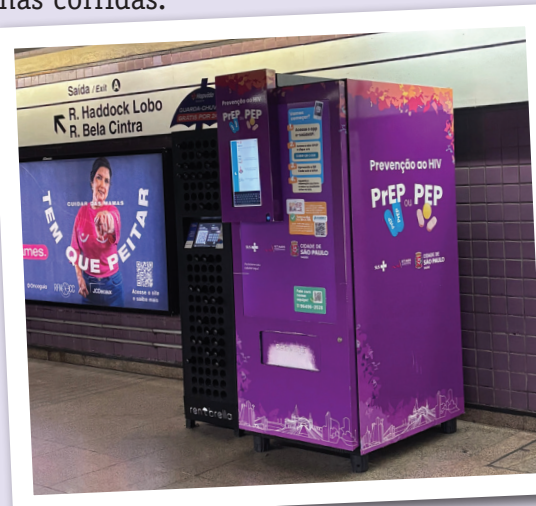
Durante a 26ª Conferência Internacional sobre Aids, sediada no Rio de Janeiro em julho, o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, anunciou que o SUS vai incorporar um medicamento injetável de longa duração, o cabotegravir, aplicado a cada dois meses. A negociação por esse remédio teve teto de preço fechado; já a do lenacapavir não avançou, por impasse no valor cobrado.

Onde achar?

No Rio, a PrEP pode ser retirada de graça em mais de 307 unidades de saúde em todo o estado, após avaliação em qualquer clínica da família ou centro de saúde. Moradores da capital também podem usar o TelePrEP, atendimento remoto que agenda a primeira consulta e libera a receita digital sem sair de casa, através do site minha-saude.rio.

Faltam, em terras fluminenses, estratégias ainda mais acessíveis, como o exemplo adotado na capital paulista. Em São Paulo, máquinas de autoatendimento em quatro estações de metrô liberam a PrEP e a PEP após leitura de QR code gerado por teleconsulta no aplicativo “e-saúdeSP”, o que facilita a retirada e o uso em rotinas corridas.

Alan Sena



SAÚDE LGBTQIAPN+

ACESSO À SAÚDE

Redes LGBTQIAPN+ atuam na proteção à saúde

Movimentos sociais e coletivos lideram a luta por atendimento humanizado e direitos fundamentais, preenchendo lacunas deixadas pelo poder público.

Analice Madeira, Pedro Melo, Juliana Rodrigues, Breno Canuto, Alan Sena e Paulo André Ramos

Se você faz parte da população LGBTQIAPN+, provavelmente já ouviu alguém relatar dificuldades de acesso à saúde. Pode ser um homem gay que busca atendimento sobre PEP e PrEP, mas se sente constrangido, ou uma mulher trans que, ao chegar ao serviço de saúde, não tem seu nome social respeitado. Segundo o LesboCenso, 65% das mulheres lésbicas no Estado do Rio de Janeiro têm medo de falar sobre sua sexualidade em algum atendimento de saúde. Esses relatos demonstram que a LGBTfobia não acontece de maneira individual e isolada.

Michele Seixas, mulher lésbica, moradora do Complexo do Alemão e coordenadora da Política Nacional na Articulação Brasileira de Lésbicas, conta que a Política Nacional de Saúde Integral LGBT começou a ser construída no início dos anos 2000, foi aprovada em 2009 e instituída em 2011. Mas essa política não surgiu de uma decisão isolada do Estado. Ela é resultado de décadas de luta dos movimentos sociais e um desdobramen-

to do programa Brasil sem Homofobia, lançado em 2004, no primeiro governo Lula. Quase 15 anos depois, a política ainda não se consolidou no Estado do Rio de Janeiro como uma política integral e articulada.

Quando falamos de direitos sociais, eles não vêm sem luta. No caso da saúde da população LGBTQIAPN+, a organização coletiva atravessa décadas e continua sendo fundamental. Sem organização coletiva, não é possível conquistar direitos sociais.

Os movimentos LGBTQIAPN+, seja nos territórios, ou virtualmente, reivindicam condições de vida digna e são também produtores de educação popular, quando fazem rodas de conversa sobre direitos, produzem cartilhas e pesquisam temas que o próprio Estado ignora.

Em 2026, ano de eleições para presidente, governadores, senadores e deputados, já perguntamos quais são as políticas de saúde dos candidatos e como eles irão fortalecer o SUS? Onde está a população LGBTQIAPN+ nessa agenda? Saúde LGBTQIAPN+ é direito, cidadania e participação social. Defender o SUS

também é disputar que ele seja efetivamente universal, integral para nós.



Onde buscar acolhimento e atendimento LGBTQIAPN+ no estado do Rio de Janeiro

A população LGBTQIAPN+ conta com serviços públicos e organizações da sociedade civil que oferecem acolhimento, atendimento em saúde, assistência social e orientações sobre direitos em diferentes regiões do estado do Rio de Janeiro. A rede inclui serviços de apoio psicológico e social, orientação jurídica, prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ITSs), atendimento à população trans e acolhimento para pessoas em situação de vulnerabilidade.

Entre os principais serviços estão os Centros de Cidadania LGBTQI, que fazem parte do programa estadual Rio Sem LGBTfobia. Os espaços oferecem acolhimento, orientação social, psicológica e jurídica e encaminham as pessoas para outros serviços quando necessário. Atualmente, a Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos lista 19 unidades no estado.



MEMÓRIA E SAÚDE

Um resgate das lutas populares

Sem memória popular não existe organização popular!

Adriana Medeiros, Antonio Carlos Mariano, Carla Felizardo,
Laura Asbeg, Natália Oliveira e Guilherme Bonan

SANKOFA!

Da filosofia africana que significa: “não é tabu voltar para trás e recuperar o que foi esquecido” (fig. Sankofa) Resgatar a memória dos movimentos sociais e das lutas populares é importante para impedir o apagamento de séculos de organização, mobilização e resistência das classes populares.

Nos últimos anos, os serviços públicos estão sendo destruídos com o avanço do setor privado. Direitos duramente conquistados, como saúde e educação gratuitas e de qualidade para todas as pessoas, são transformados em mercadoria para beneficiar e aumentar a riqueza de empresários. Isso faz com que grande parte da população enfrente dificuldades na busca por atendimentos básicos, principalmente nas favelas e periferias. As lutas populares, de ontem e de hoje, mostram que a conquista e o fortalecimento de políticas que atendam os interesses do povo se dão a partir da organização e mobilização popular.

A memória é um instrumento poderoso. Aquilo que lembramos ajuda a definir quem somos, quais histórias queremos contar e quais futuros conseguimos imaginar. Muitas vezes as histórias dos territórios, suas lutas e lideranças são esquecidas, silenciadas, sinal da manipulação da memória coletiva pelos grupos que detêm o poder na nossa sociedade. Por isso, lembrar é um ato político. Recuperar histórias, vozes e experiências é também disputar os sentidos do passado para fortalecer as lutas do presente por um futuro justo e igualitário.

VOCÊ CONHECE A
HISTÓRIA DA SUA
FAMÍLIA, DA SUA RUA,
DO SEU BAIRRO E DA SUA
CIDADE?

QUEM LUTOU PARA QUE VOCÊ
TENHA ACESSO À SAÚDE,
EDUCAÇÃO, SANEAMENTO
BÁSICO, ESPAÇOS DE LAZER?



Lucia Souto em entrevista no dia do fechamento da Dutra/ Acervo Ana Leonor.

DIREITO À SAÚDE: ANOS 1970 E 1980

FAVELAS E PERIFERIAS PARTICIPARAM COM FORÇA DA MOBILIZAÇÃO POPULAR

A experiência da Federação das Associações de Moradores de Nova Iguaçu (MAB)

Nos anos 1970 e 1980, durante a ditadura empresarial-militar, as ações populares ocorriam em meio à repressão política. Movimentos como as Comunidades Eclesiais de Base, os grupos clandestinos e as Associações de Moradores mobilizaram a participação popular em favelas e periferias. Através da conscientização sobre os direitos dos trabalhadores e trabalhadoras, esses movimentos construíram processos democráticos em busca de soluções para os problemas que a população sofria nos territórios.

Na Baixada Fluminense, a Federação das Associações de Bairros de Nova Iguaçu (MAB), fundada em 1981 com o nome Movimento de Amigos de Bairro, teve um papel importante na luta por direitos sociais. Os problemas na área da saúde, que levavam à morte de crianças e moradores da região devido à falta de saneamento básico e serviços de assistência médica, foram um dos focos do movimento.

Em abril de 1986, a cidade vivia a primeira epidemia de dengue do país. Lúcia Souto, médica sanitária

e secretária-geral do MAB na época, conta que a identificação do problema como um quadro infeccioso levou à organização e mobilização dos moradores para denunciar e alertar as autoridades.

Essa mobilização resultou no fechamento da Rodovia Presidente Dutra, principal via do país. Para Lúcia, “esse fechamento da Dutra foi muito emblemático, primeiro por que a Dutra é a maior rodovia do país, e nós conseguimos fechar a Dutra de pon-

ta a ponta, então foi muito impactante e teve muita cobertura da mídia na época”.

Segundo noticiado pelo Jornal do Brasil, junto à passeata – apoiada pela maioria dos motoristas que passavam – foi realizado o Bloco da Dengue. A animadora cultural Ana Leonor foi quem teve a iniciativa. Fantasiada de aedes aegypti – o mosquito da dengue – ela alertava dos perigos à saúde da população.

Puxar outras ações populares na década de 80

conquistaram melhorias para a saúde da população e pavimentaram o caminho para a formação de uma política e vigilância popular em saúde com a participação da comunidade. Como resultado, lançaram as bases para construir políticas públicas e programas de saúde na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) como conhecemos hoje. Esse marco ficou registrado a partir da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, também chamada de Conferência Popular.

SAÚDE E RESISTÊNCIA

As lutas foram muitas e diversas!

Ao longo dos anos de implementação do SUS, o Brasil revela sua própria população, e seus agentes sociais e surgem programas, legislações e políticas públicas para a saúde integral em grupos diversos (mulheres, população negra, indígenas, idosos, LGBTQIAPN+, crianças, jovens). Vejamos um pouco das lutas desses grupos até hoje.

O movimento feminista teve forte participação nessa luta: Na ALERJ, durante o mandato de Lúcia Arruda, a Comissão Especial dos Direitos da Reprodução articulou-se

com organizações do movimento de mulheres e movimentos comunitários para denunciar a violência sofrida por mulheres e bebês nas maternidades da Baixada. Em Duque de Caxias, mulheres do Movimento de União de Bairros (MUB) e do Conselho Comunitário reuniram depoimentos de mães que haviam sofrido maus-tratos e vivenciado situações de violência e mortes nas maternidades e elaboraram o "Dossiê Caxias: maternidades maltratando mulheres e bebês causam até mortes!", documento pioneiro na denúncia da violência obstétrica no Brasil. A luta contra a morte materna

e de bebês no momento do parto e do nascimento, tornou-se pauta nacional e resultou em muitos desdobramentos. A 1ª Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher foi em 1987.

Racismo faz mal à Saúde:

As condições de vida, saúde e de acesso a serviços públicos também são desiguais racialmente. Lutas e estratégias de enfrentamento ao racismo foram desenvolvidas pelo movimento negro e pelo movimento das mulheres negras para denunciar as consequências

históricas e persistentes da discriminação racial. Essa luta é muito anterior à década de 70. Mas, mesmo com a criação do SUS, só em 2009 foi possível a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Essa política é um marco por reconhecer o racismo como um dos determinantes sociais de saúde e promover ações de enfrentamento. As mulheres negras, maioria entre as usuárias do SUS, ampliaram esse debate ao articular raça, gênero, classe, território e outras dimensões da vida.

Ainda estamos aqui!

Ações dos movimentos sociais na saúde das comunidades hoje

Nas últimas décadas, o movimento neoliberal provocou certo enfraquecimento dos movimentos sociais de bairro. Mesmo assim, diversas ações populares resistem e lutam em defesa do SUS e do direito à saúde, além de contribuir para a organização e mobilização popular

A Ong Criola (RJ) é um exemplo. Ela coordena 42 organizações em territórios periféricos da zona norte, Baixada Fluminense e zona oeste no Rio de Janeiro, comprometidas com o acesso ao direito à saúde pública e de qualidade. Atuam em rede nas dimensões cruzadas da vida cotidiana que impactam na saúde: educação, violências, cultura, trabalho e renda, alimentação, combate à intolerância religiosa e ao racismo estrutural. Você pode acompanhar o trabalho pelo site da ong: <http://criola.org.br>.

Outro exemplo é o Programa AgPopSUS, criado em 2023 pelo Ministério da Saúde, inspirado na atuação de lideranças comunitárias e movimentos populares durante a pandemia de Covid-19. Seu objetivo é formar agentes populares de saúde para fortalecer o SUS, através da educação popular. O programa aproxima a comunidade e valoriza os saberes populares, das periferias, as rurais e favelas urbanas.

O Governo Federal também deu sua cota de contribuição. No primeiro ano, o Programa ofereceu 400 turmas em 17 estados do Brasil. Em 2026 o edital ofereceu 450 turmas com a meta de formar até 9 mil agentes populares de saúde. No estado do Rio de Janeiro serão mais de 15 turmas em todo o Estado. No município, estão atuando a Coletiva das Promotoras Legais Populares, na Vila Kennedy; o Quilombo Aquilah, na Praça Seca; e o Movimento Brasil Popular, na Penha. Como uma das Agentes Educadoras, Carla Felizardo afirma que a proposta final do Curso é motivar uma Rede Nacional de Agentes Populares em Saúde conectados com os territórios e o SUS.

O povo em cena

Década de 80, 8ª Conferência Nacional de Saúde e as bases populares do SUS

Realizada em Brasília, em 1986, durante a redemocratização do país, se tornou um marco na história da saúde pública brasileira pela expressiva participação da sociedade civil: integrantes de associações de moradores, movimentos sindicais, de favelas e periferias, de diferentes estados do país.

Nessa Conferência uma nova noção de saúde foi introduzida. A partir da escuta a trabalhadores rurais e urbanos e movimentos sociais durante as pré-conferências, a compreensão da saúde passou a abranger seus determinantes sociais - acesso à terra, trabalho, moradia, educação.



Plenária da 8ª Conferência Nacional de Saúde/ Acervo Fiocruz.

VOCÊ SABIA?

Os debates realizados na Conferência foram as bases para a compreensão da saúde como um direito de todos e dever do Estado (artigo 196/ Constituição de 1988). Outro importante desdobramento foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Lei Orgânica da Saúde, nº 8080 de 1990.

MEMÓRIA

NOSSA HISTÓRIA

Caminhos e lutas pela Saúde e Cidadania que queremos

Exemplo de mobilização por direitos, a história das Casas de Zungu merece ser retomada e preservada na memória.

Adriana Medeiros, Antonio Carlos Mariano, Carla Felizardo, Laura Asbeg, Natália Oliveira e Guilherme Bonan

Os Zungus eram espaços de moradia e resistência onde se reuniam mulheres e homens negros, libertos ou não, irmanados na luta pela preservação de seus valores e a resistência à escravização.

Para entender o que representaram as Casas de Zungu, precisamos retomar uma história quase apagada. A maioria das pessoas que chegaram ao Brasil na condição de escravizados, 65% a 70%, vieram da região da África Central, Angola e Congo principalmente. Embarcados nos portos de Luanda e Benguela (atual Angola) e Cabinda no Congo, a maioria veio parar em Minas Gerais e, especialmente, no Rio de Janeiro.

Os homens, mulheres e crianças dessa região tinham seus próprios sistemas de valores e idiomas. Por haver certa semelhança na organização das línguas desses povos, foram chamadas de línguas Bantu. Esses povos possuíam sua própria maneira de ver, ler e interpretar o mundo; sua cosmovisão que era, e ainda é, organizadora da vida cotidiana, inclusive política, como veremos mais à frente.

O jeito daquelas várias etnias incluírem as pessoas em suas comunidades era através de diversos processos rituais que garantiam a inclusão desses indivíduos na estrutura daquelas sociedades. Asseguravam o sentimento de pertencimento, de fazer parte daquela sociedade. Eu tenho um “lugar” aqui. Iniciação a uma profissão, a um saber ancestral, a uma medicina. Tudo de acordo com a fase da vida e a estrutura daquela sociedade.

Através de tais ritos, a visão de mundo, os valores, aquilo que chamamos de cosmovisão eram partilhados. Era a maneira daquelas sociedades construir pertencimento, ou algo muito próximo ao que chamamos hoje de Cidadania. Direitos e deveres devidamente partilhados.

Viajando nos “Zungus”... de onde vem o Zungu???

Já dá para imaginar a grande quantidade de pessoas, fossem submetidas à escravização, alforriadas ou fugidas das várias fazendas ou outras províncias, que circulavam pelo Centro do Rio de Janeiro? As línguas mais faladas por aqui eram o Kimbundo, Umbundo e o Kikongo, embora existissem falantes de outras línguas de África também circulando. Foi no encontro dessas várias matrizes culturais e seus valores civilizatórios que foram se refundando novas vivências fundadas em seus valores ancestrais.

No dicionário Kimbundu-Português, de A. de Assis Junior, encontramos o termo Nzungu, como substantivo, para designar “ventosa; pequeno chifre que se aplica em lugar golpeado para extração do sangue ou outra matéria nociva à saúde”; Nzungu, adjetivo, “Triste; ermo; desolado”; ou como substantivo: “Estado de quem se acha só”. Já no “Novo Dicionário Banto do Brasil”, de Nei Lopes, encontramos Zungu; “Cortiço”; “Desordem”. Lopes vai nos falar ainda do termo Kinbundo Nzangu, significando “barulho”, “con-



“A tradição da medicina holística afrikana entende a saúde não só como ausência de doenças físicas; ela visa fortalecer o muntu (ser humano), em sua plenitude”.

Tata Lemba Dyala

fusão”, “conflito”, ou ainda do Kikongo Nzungu, significando “panela”, “caldeirão”.

As várias palavras, em seus respectivos idiomas, e suas variantes deixam claro o que a documentação histórica nos confirma: as Casas de Zungu, como se tornaram conhecidas, eram espaços de moradia e cuidado, cortiços, onde se reuniam mulheres e homens negros, libertos ou não, irmanados na mesma luta pela preservação de seus valores e a resistência à escravização. Ponto de reunião da força dos ancestrais da comunidade, o Ngoma (tambor) tinha lugar central nos ritos em auxílio ao restabelecimento do equilíbrio em meio às batalhas do dia a dia.

No contexto das culturas centro-africanas, Congo/Angola, o corpo não está separado da mente e do espírito, nem o indivíduo do seu contexto social,

como nos explica Tata Lemba Dyala, dirigente da Casa Muna Nzo Kongo Dya Mayala Mavuembo Nkosi Birole, localizada na cidade do Rio de Janeiro, entre o Morro do Juramento e o Morro da Serrinha. A casa tem uma parceria com a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz, vinculada ao Sistema SUS, assim como o Instituto Bantu Kimpa Vita, no Projeto Kinenga.

Ao nos voltarmos ao passado, reconstituindo passos que estavam ocultados, silenciados e ou mesmo distorcidos, abrimos o campo das possibilidades para nossas lutas. Avançamos para além do imobilismo derrotista do “não adianta fazer nada”. Enxergamos as possibilidades curativas que nosso trabalho, nosso esforço, orientados na direção da Vida do comum, do comunitário pode produzir. Ainda estamos aqui, e não estamos sós.

MEMÓRIA

PUNIDOS PELA COR

Medo de gente preta

A memória em movimento é história viva quando o passado informa o futuro que queremos

Desde 1831, já se criminalizava os ajuntamentos de gente preta. No pós-abolição, em 1890, o Código Penal da República ampliou o controle social sobre a “vadiagem” atingindo, por exemplo, a prática da capoeira, e outras manifestações da cultura e espiritualidades de matriz africana.

Em julho do mesmo ano, o então ministro da Justiça, Antônio Diogo Feijó, orientou a Secretaria de Polícia da Corte a reprimir o ajuntamento ilícito, tornando a vadiagem crime, sujeitando os infratores à prisão. Uma gravura do francês Debret, datada de 1835, nos mostra mulheres negras com suas panelas e caldeirões cozinhando, provavelmente o Angú. Elas estão junto com homens negros possivelmente capoeiristas. Essa imagem registra a insubordinação, a luta e ao mesmo tempo a solidariedade de mulheres e homens negros. Ação sem cartazes, sem bandeiras.

Em outro momento, o governo brasileiro deliberadamente financiou e incentivou trabalhadores vindos da Europa para substituir a mão de obra escravizada, com o propósito de branquear a nação. O Decreto nº 528 de 1890, além de facilitar o ingresso dos europeus, agora restringia a entrada de imigrantes africanos e asiáticos.

Entre os anos 1903 e 1906, início do Século XX, o então prefeito da Cidade do Rio de Janeiro, Francisco Pereira Passos, mandou demolir cortiços, casas antigas e vielas. O “Bota-abaixo” de Pereira Passos queria criar uma “Paris tropical”.

Mesmo uma pesquisa breve como a nossa revela a existência de um projeto constante que visa manter homens e mulheres — negros, negras e mestiços — sob vigilância policial, direta ou indireta. Mas não só. O povo negro é submetido a mecanismos que desclassificam, desvalorizam e criminalizam práticas orientadas pelos valores civilizatórios de matriz africana. A filósofa e ativista Sueli Carneiro denomina esse processo de epistemicídio.

Durante os 20 anos sob uma ditadura civil-militar, de 1964 a 1985, o movimento negro foi perseguido.



Mulheres fazendo/vendendo Angu na praia. Gravura de Debret, 1835

Comunicação popular como organizadora da memória e da resistência

Se o contexto atual impõe desafios gigantescos, é justamente nesse cenário adverso que a resistência popular se reinventa. E a comunicação tem papel central nessa trincheira. O Núcleo Piratininga de Comunicação (NPC) é um espaço de formação e informação de comunicadores populares e jornalistas para a valorização da memória das lutas. Em seus 20 anos de atuação junto a sindicatos, movimentos sociais e moradores periféricos, o NPC começou pela pauta da violência policial e moradia e hoje abrange também a defesa por saúde pública.

Não por acaso, o Sistema Único de Saúde (SUS) entrou com força na pauta do projeto. Aliás, este jornal é fruto dessa concepção de participação social com formação. A cada curso realizado, o NPC utiliza como metodologia pedagógica a edição de jornal, distribuído à população. Nesta edição a pauta é acesso ao direito à saúde, com assuntos escolhidos pelos próprios alunos segundo suas vivências nos territórios. “Entendemos que uma forma de fortalecer a comunidade seria que a própria comunidade tivesse meios de reagir” – Claudia Santiago, fundadora do Núcleo Piratininga de Comunicação.

As aulas incluem história do Brasil, história do Rio de Janeiro e a forma como as lutas sociais integraram a constituição do SUS, além de técnicas de redação, reportagem, fotografia e vídeo.

O Núcleo Piratininga de Comunicação segue formando comunicadores

populares para que os favelados e trabalhadores disputem narrativas, defendam uma saúde pública universal e contem suas próprias histórias, garantindo que as trajetórias das lutas não sejam apagadas.



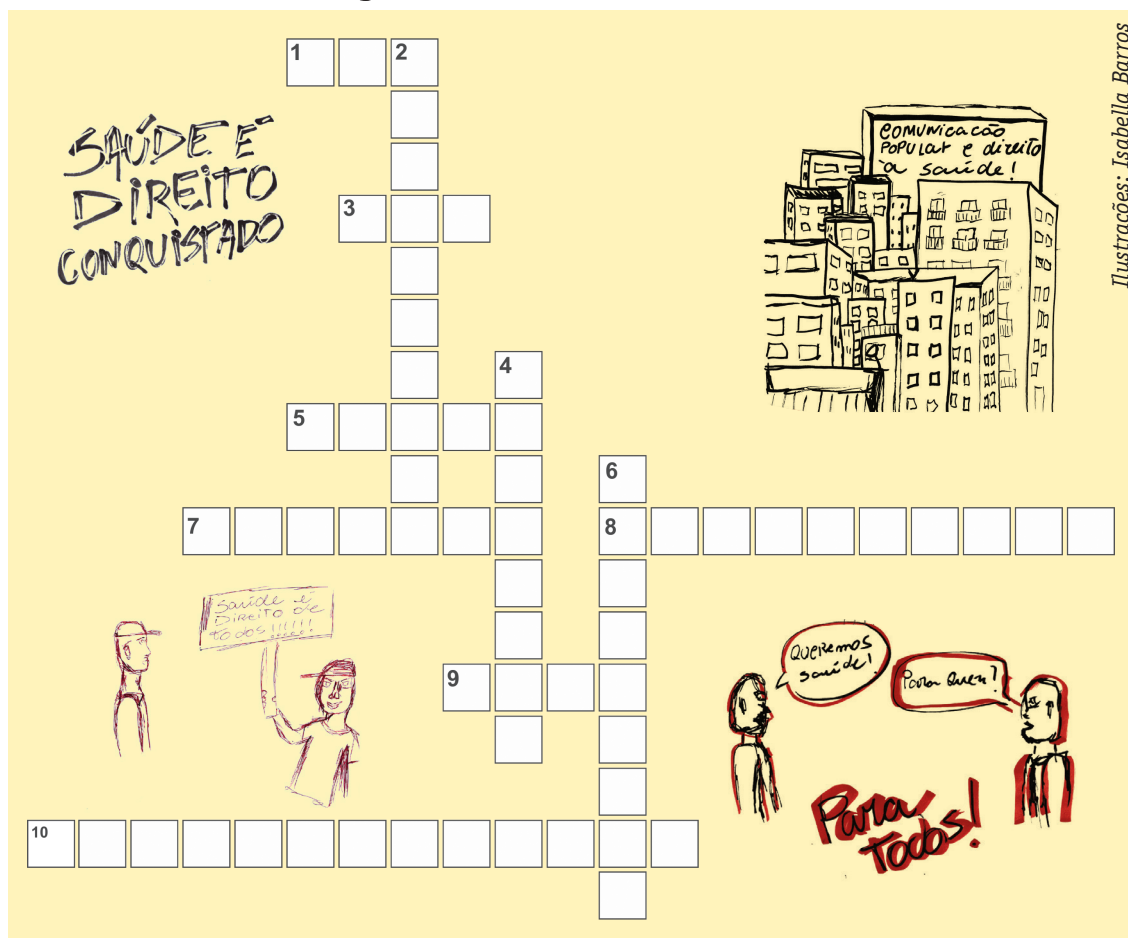
Conheça os movimentos sociais que atuam nos territórios a partir do levantamento realizado pelo Wikifavelas e MapaMovSaúde, plataformas que produzem uma cartografia social desses agentes de luta!



Desafie sua mente, fortaleça a luta!

O que você aprendeu nesta edição?

1. Sistema público brasileiro criado em 1988 que garante atendimento de saúde gratuito universal e integral.
2. Históricos espaços de moradia e resistência negra no Centro do Rio de Janeiro.
3. Termo cunhado por Sueli Carneiro que define a desqualificação de saberes de matriz africana.
4. Filosofia africana simbolizada por um pássaro que significa "não é tabu voltar para trás e recuperar o que foi esquecido".
5. Profilaxia Pré-Exposição em comprimido diário distribuída pelo SUS para prevenção ao HIV.
6. Profilaxia Pós-Exposição utilizada em até 72 horas após uma relação de risco para HIV.
7. Termo utilizado para definir a precarização e flexibilização extrema do trabalho por plataformas digitais.
8. Transtorno do jogo reconhecido pela OMS caracterizado pela dificuldade de controlar apostas.
9. Serviço básico cuja ausência nas periferias agrava o impacto das ondas de calor e contamina o solo.
10. Período de repressão política (1964-1985) em que o movimento negro e popular foi perseguido.



Ilustrações: Isabella Barros

RESPOSTAS: SUS - ZUNGU - EPISTEMICÍDIO - SANKOFA - PREP - PEP - UBERIZAÇÃO - LUDOPATIA - SANFAMENTO - DITADURA

O que você precisa saber

5 passos essenciais para acessar e navegar pelos serviços da rede pública de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS)

- ✓ Identificar a **unidade básica de saúde de referência** de acordo com o endereço residencial
- ✓ Realizar o seu **cadastro** com documento de identificação e comprovante de residência
- ✓ Compreender as **etapas** para conseguir um encaminhamento ou exame
- ✓ Conhecer a função das **Clínicas da Família** e dos **Centros Municipais de Saúde (CMS)**
- ✓ Em situações de baixa complexidade, vocês podem procurar diretamente as **Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)**. Segundo relato de uma médica que atua em uma UPA e que preferiu não ser identificada, entre 80% e 90% dos atendimentos realizados na unidade são classificados como casos de menor gravidade, identificados pela classificação de risco como "verde".



RECEITA

QUE TAL APROVEITAR A CASCA DA BANANA? Casca de Banana Refogada

Ingredientes:

Cascas de banana
Alho
Cebola
Pimentão
Temperos de sua preferência (salsa, manjeriço, chimichurri, etc)

Passo a passo:

Guarde as cascas das bananas que você consumir em um pote na geladeira até juntar uma boa quantidade.

Para preparar, deixe de molho em água com vinagre, lave bem e raspe levemente a parte branca interna.

Depois, corte em tirinhas finas, como se estivesse desfiando.

Refogue alho, cebola e pimentão.

Acrescente as cascas e tempere com o que tiver em casa: pimenta-do-reino, páprica, chimichurri, salsinha, manjeriço ou outros temperos de sua preferência

Finalize com sal ou shoyu e deixe cozinhar até ficar macia.

É simples, barato e ainda ajuda a evitar o desperdício de alimentos!

