



VIDAS ALÉM DO MANICÔMIO

Do hospício às residências terapêuticas: a experiência de Reforma Psiquiátrica no SUS em uma cidade do interior



EDUARDO DE OLIVEIRA

SUS É ARTE E LIBERDADE – *Radis* botou o pé na estrada para conhecer a experiência de Reforma Psiquiátrica na cidade do Carmo, no estado do Rio de Janeiro, a 190 km da capital, na divisa com Minas Gerais. Durante dois dias, o editor e repórter Luiz Felipe Stevanim e o fotógrafo Eduardo Oliveira visitaram as residências terapêuticas, onde egressos do antigo manicômio vivem em liberdade, com garantia de direitos e dignidade. Também conheceram o Centro de Convivência Paula Cerqueira, onde acompanharam as oficinas de arte, dança e capoeira e assistiram a uma peça de teatro com os moradores das residências. A foto registra o momento ao final da apresentação. Essa é a primeira reportagem de *Radis* que aborda uma das experiências cadastradas na Plataforma IdeiaSUS (<https://ideiasus.fiocruz.br/>) por unidades e trabalhadores do SUS em todo o país.

RADIS

edição 274 ■ jul 2025



CAPA: FOTO DE EDUARDO DE OLIVEIRA

- EDITORIAL
- 3** Sobre respeitar o outro
- 4** VOZ DO LEITOR
- 5** SÚMULA
- 10** CAPA | SAÚDE MENTAL
Residências da liberdade
- 19** Ruínas da loucura
- 22** Gaslighting médico:
Isso NÃO é coisa da sua cabeça

- 30** Manifestações pró Gaza
pelo mundo
- 32** ENTREVISTA | JOÃO PAULO GUGLIOTTI
“As doenças replicam
desigualdades na sociedade”
- 34** SERVIÇO
- 35** PÓS-TUDO
Fim dos manicômios
é produção de vida

Sobre respeitar o outro

Temos nesta edição duas matérias apuradas e redigidas com primor que mostram, em síntese, que não respeitar a liberdade do outro e não ouvir a fala do outro faz muito mal à saúde.

Em nossa reportagem de capa, o editor Luiz Felipe Stevanim e o repórter fotográfico Eduardo Oliveira registram uma experiência exemplar do processo de fechamento de um hospital psiquiátrico e a construção de uma rede de atenção psicossocial integrada ao SUS, com acolhimento, assistência e convivência voltados aos cuidados de saúde mental em liberdade, no município de Carmo, no Rio de Janeiro.

A reportagem mostra como é possível promover saúde mental com ênfase no respeito à autonomia das pessoas. Nesse caso, dos egressos do Hospital Estadual Teixeira Brandão, manicômio fundado em 1947 e desativado em 2005. Inquérito Civil do Ministério Público havia constatado falta de habitabilidade e arejamento das instalações, infestação de sujeira e doenças, pacientes em cárcere privado e dormindo no cimento, uso da mão de obra dos internos para servir aos funcionários, ausência de projetos terapêuticos individuais, aprisionamento em cubículos, transferências como forma de punição e até desaparecimentos.

Em Carmo, nossos repórteres visitaram o antigo manicômio, hoje um museu voltado a relembrar os tempos de horror para que nunca se repitam. São comoventes os relatos e a documentação. É notável a diferença entre uma instituição asilar e o modelo que respeita o ser humano introduzido pela Reforma Psiquiátrica, resultante da longa luta antimanicomial protagonizada por profissionais e usuários da saúde mental. “O fim dos manicômios é produção de vida”, escreve, em artigo na seção Pós-Tudo, o médico e pesquisador Paulo Amarante, uma das principais lideranças desse movimento, desde 1980.

A maior riqueza da reportagem é o registro dos encontros e conversas que nossa equipe teve com os profissionais de saúde, conscientes de seu protagonismo na transformação de pensamento e práticas, e com os egressos, vivendo hoje com autonomia e liberdade em residências terapêuticas. Essas moradias coletivas, criadas como uma alternativa para aqueles que já não tinham vínculos familiares ou sociais após anos de isolamento, são uma inovação da Reforma Psiquiátrica.

Com a desativação da unidade, mais de 150 egressos tiveram que ser inseridos nos serviços residenciais terapêuticos. Vale a pena conferir na reportagem como vivem Paulo, o

mais idoso dos egressos, Luiz Carlos e Fabiana, que receberam a equipe de *Radis* em sua casa para almoçar e conversar com seus amigos. Luiz Carlos é mais conhecido como Roberto Carlos, por suas concorridas interpretações das músicas do cantor, de quem é um fã assumido.

A reportagem é a primeira de *Radis* sobre as iniciativas cadastradas na Plataforma IdeiaSUS da Fiocruz, que reúne experiências de trabalhadores e unidades do SUS em todo o país. A iniciativa também foi premiada na 4ª Mostra do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (Cosems RJ).

O quanto cada indivíduo é respeitado pelos profissionais ou pelo sistema de atenção à saúde é também a questão central da matéria sobre gaslighting médico, expressão que se refere a quando um profissional de saúde minimiza, desacredita ou ignora os sintomas relatados por um paciente, fazendo com que a pessoa duvide da própria percepção ou experiência.

O repórter e subeditor Glauber Tiburtino entrevistou pessoas que sofreram diversas formas de negligência e invalidação antes de terem finalmente suas doenças diagnosticadas e tratadas adequadamente. Entre os relatos dos pacientes, em especial os acometidos por doenças raras, há casos em que as pessoas passaram décadas perambulando por consultórios em busca de uma explicação para seus sintomas, vistos como exageros ou invenções, ou creditados apenas à ansiedade, antes que finalmente encontrassem escuta adequada.

O jornalista ouviu também médicas e pesquisadoras que analisam os processos de invalidação, descrédito ou minimização dos relatos e das vivências dos pacientes por parte dos médicos. Entre as explicações encontradas para essa forma de violência está o poder que muitos profissionais de saúde exercem devido à posição de autoridade e à confiança depositada neles pelos próprios pacientes, que se veem em uma posição vulnerável.

A superação desse contexto de desrespeito dentro da prática médica pode começar por mudanças na formação de médicos e outros profissionais de saúde, com o reconhecimento da necessidade de uma comunicação dialógica, com melhor escuta aos pacientes. Nessa nova formação tem que estar presente, sobretudo, a discussão acerca da relação que há entre preconceito, racismo e desigualdades existentes na sociedade e a ausência, no campo da saúde, do devido e igualitário respeito a que todas as pessoas têm direito.

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

SUA 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

ENVELHECIMENTO LGBT+

Com 50 já somos chamados de ‘cacura’, por essa geração que conseguiu essa liberdade toda, porque muitos de nós botamos a cara no sol, brigamos com familiares, saímos de casa, levamos ‘coió’ pra ter o direito de existir como se é de verdade.

Leonardo Diniz dos Passos

Sou psicólogo e psicanalista e no meu perfil (@samuelrocha.psi) tenho vários conteúdos sobre envelhecimento LGBT+, especialmente para homens gays. Combater o etarismo e os estigmas associados é dever de todos nós. Parabéns pelo lindo trabalho!

Samuel Rocha

Somos um país preconceituoso onde é difícil a aceitação aos cabelos brancos e também aos LGBT+s. Tema delicado que poderia ser mostrado nas redes, anúncios em cinema, em TV, teatro e em campanhas ativas a favor de 60+.

Roseli Serra

Atendi uma mulher transexual na APS [atenção primária à saúde], de 64 anos, pós-AVC. No documento de pedido de fraldas da SES/RS [Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul] não tinha espaço para nome social, o que causava muito constrangimento para ela. Fiz uma ouvidoria ao estado relatando isso e demoraram meses para me responder, dizendo que o município poderia mudar o documento. Lamentável.

Patrícia Ana Muller

É preciso falar muito disso, para que a questão não passe despercebida. Ainda é invisível para a maioria e só posso lhe dar parabéns, Milton Crenitte, por trazer esse debate insistentemente. Resistência ao descaso, à falta de consciência, ao preconceito.

Elani Ximenes

Aqui em Vitória, em outubro, realizaremos uma mostra voltada especificamente para pessoas LGBT+50/60.

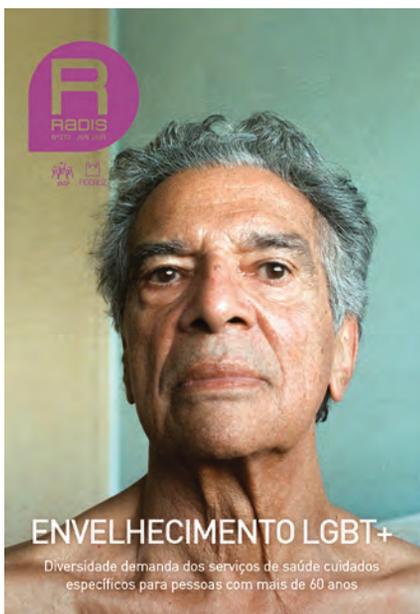
CineLGBT50+

Uma pena que a mídia só destaca aspectos negativos do envelhecimento LGBT+. Conheço vários que estão vivendo uma velhice bem.

Acioi Neto

Professor Alexandre Kalache, sempre a agregar muito conhecimento e inspiração em nossas vidas.

Silvia Triboni



Tema espinhoso e absolutamente necessário.

Luciano Paiva

Legal estarmos juntos de novo nesta. Aprendo muito lendo a *Radis*!

Alexandre Kalache

Precisamos pautar cada vez mais esse debate. EternamenteSou Velhices LGBT+

Parabéns, Adriano De Lavor, por mais esse trabalho incrível!

Cristiano Amorim

A reportagem está ótima mesmo. Parabéns e obrigado pelo privilégio de poder participar ilustrando uma matéria tão importante.

Rafael Medina

COP30 E PERIFERIAS

Vamos pautar nossas demandas em todos os lugares!

Thuane

ACERVO DA FITOTERAPIA

Muito interessante como o estudo mostra que o SUS acolheu a fitoterapia, mas ao mesmo tempo parece ter deixado de fora justamente quem construiu esse saber por gerações. Isso diz muito sobre como o Brasil lida com suas raízes.

Roberto

EXPEDIENTE

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

FIOCRUZ

Mario Moreira
Presidente

ENSP

Marco Menezes
Diretor

PROGRAMA RADIS

Rogério Lannes Rocha
Coordenador e editor-chefe

Justa Helena Franco
Subcoordenadora

REDAÇÃO

Luiz Felipe Stevanim
Editor

Glauber Tiburtino
Subeditor

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

Estágio Supervisionado
Izabelly Nunes

Arte
Eduardo de Oliveira, Felipe Plauska e Fernanda Andrade

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 113.350 exemplares

USO DA INFORMAÇÃO

Textos podem ser reproduzidos, citada a fonte original.



Hospitais privados poderão abater dívidas por atendimento ao SUS: anunciam ministros da Saúde, Alexandre Padilha, e da Fazenda, Fernando Haddad

AGORA TEM ESPECIALISTA: ENTRE ACERTOS E TEMORES

A nunciado no fim de maio (30/5) pelo ministro da Saúde, Alexandre Padilha, o programa Agora Tem Especialistas reafirma a prioridade do governo no fortalecimento da atenção especializada de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde (SUS). O foco da pasta é reduzir filas de consultas com especialistas e acelerar a realização de exames e cirurgias.

O programa prevê a expansão e o aprimoramento do serviço de telessaúde, a ampliação de horários de hospitais e consultórios especializados da rede pública — com a possibilidade de um terceiro turno —, mutirões de saúde aos fins de semana, uso de carretas equipadas com instrumentos hospitalares em regiões interioranas, oferta de formação de mais profissionais para a rede e parcerias com o setor privado, para que usuários do SUS possam ser atendidos na rede particular sem pagar pelo serviço.

Essa última proposta é a que tem gerado mais debates. A ideia é que ela ocorra de duas formas: em uma, o governo reembolsa clínicas e hospitais privados e filantrópicos por procedimentos nas modalidades de oftalmologia, cardiologia, otorrino, pediatria, ginecologia

e oncologia pelo valor determinado na tabela SUS; na outra, essas instituições e planos de saúde podem abater dívidas com o governo federal em forma de serviços à população. Nesse caso, há um teto anual de R\$ 2 bilhões. Estima-se que a dívida do setor privado e de planos de saúde com a União chegue a R\$ 70 bilhões.

A médica e sanitarista Ligia Bahia disse ao Portal Outra Saúde (16/6) que o país precisa recorrer ao setor privado nesse momento de urgência, mas ressalta a necessidade de investimento nos profissionais do setor público. A Rede Nacional de Médicas e Médicos Populares (RNMP) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) se pronunciaram oficialmente sobre o tema. Em nota, a RNMP entende a relevância do programa para a reestruturação da atenção especializada no SUS, mas frisa que “medidas de curto prazo precisam estar combinadas a ações estruturantes para o fortalecimento de um SUS público e estatal”. Já a carta emitida pela Abrasco chama atenção para que haja mecanismos de controle social no programa e lista algumas preocupações relacionadas à remuneração do SUS para o setor privado (Leia em <https://bit.ly/cartaabrascoagoratem>).

Necessidade de reforço na atenção primária

Após mais de uma década, o Censo das Unidades Básicas de Saúde (UBS) foi retomado e seus resultados foram apresentados no 38º Congresso do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), em Belo Horizonte (15 a 18/6). O jornal O Globo (30/6) destacou carências na atenção primária ao publicizar que 59,3% das UBS em funcionamento no país (26,6 mil de 44,9 mil) contam com apenas um médico. Ainda segundo o levantamento, 1.724 unidades estão sem médico — quase metade delas na Região

Nordeste. Por outro lado, as UBS com quatro ou mais médicos (15,1%) estão majoritariamente no Sudeste.

O governo, entretanto, enxerga o copo meio cheio e a Agência Gov (18/6) divulgou o mesmo censo com dados considerados positivos. Segundo a publicação, “a saúde digital ganha destaque: 94,6% das unidades têm acesso à internet e 97,6% utilizam prontuário eletrônico. Além disso, médicos estão presentes nas equipes de 96,1% das UBS”. O censo foi coletado com todas as unidades do país de junho a setembro de 2024.

Brasil próximo de eliminar transmissão vertical de HIV

“Com redução da transmissão vertical do HIV, Brasil avança rumo à certificação internacional”, divulgou o Ministério da Saúde (3/6). Você sabe o que significa isso?

Causados por vírus, bactérias ou outros microrganismos, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são transmitidas, principalmente, por meio do contato sexual (oral, vaginal, anal) sem o uso de camisinha masculina ou feminina, quando uma das pessoas está infectada. A transmissão vertical ocorre quando uma criança é infectada pela mãe por alguma IST durante a gestação, parto, e em alguns casos durante a amamentação.

É por isso que todas as gestantes e suas parcerias sexuais devem ser investigadas para IST durante o pré-natal e no momento do parto, especialmente para HIV, sífilis e hepatites B e C. Ao mesmo tempo, devem ser orientadas sobre as possibilidades de prevenção da

transmissão vertical, bem como sobre os riscos para a criança quando a gestante está infectada.

Em 2023, a taxa de transmissão vertical no país foi inferior a 2%, e a taxa de incidência de HIV em crianças foi inferior a 0,5 caso por mil nascidos vivos, informou o MS. Além disso, em 2023 e 2024, o Brasil registrou mais de 95% de cobertura de pelo menos uma consulta de pré-natal, de testagem de HIV em gestantes durante o pré-natal e de tratamento de gestantes vivendo com HIV e/ou aids.

São esses resultados que podem levar o país a obter, de forma inédita, a certificação internacional de eliminação da transmissão vertical do HIV, fornecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O pedido de certificação é uma das entregas do programa Brasil Saudável, que tem como objetivo a eliminação da transmissão vertical de HIV, sífilis, hepatite B, doença de Chagas e HTLV até 2030.

STIGMA INDEX 2024



Estigmas do HIV

Lançamento do Índice de Estigma em Relação às Pessoas Vivendo com HIV 2025 (8/6) revela dados sobre a persistência da discriminação e das violações de direitos humanos que ainda impactam diretamente a vida das pessoas vivendo com HIV no país. Os dados foram levantados por movimentos de pessoas vivendo com HIV/aids, com apoio do Programa das Nações Unidas sobre o tema (Un aids).

- 52,9% sofreram discriminação em função da sorologia ao longo da vida
- 34,8% relataram discriminação na família
- 13,1% foram tratadas de forma discriminatória em serviços de saúde nos últimos 12 meses
- 29,1% demonstraram sintomas de depressão e 41,2% relataram sintomas de ansiedade relacionados ao estigma



SUS amplia vacinação contra meningite bacteriana

A partir de 1º de julho, a vacina meningocócica ACWY passou a ser ofertada no Sistema Único de Saúde (SUS) para crianças com 12 meses de vida. Até então, o esquema vacinal incluía duas doses da vacina meningocócica C, aplicadas aos três e cinco meses do bebê, e um reforço ao completar um ano. Com a mudança anunciada pelo Ministério da Saúde, o reforço será feito com a ACWY, que protege contra os principais sorotipos da doença.

O Brasil registrou, em 2025, 4.406 casos confirmados de meningite, sendo 1.731 do tipo bacteriana, 1.584 viral e 1.091 por outras causas ou não identificadas. Vacinas disponíveis no SUS como BCG, Penta e Pneumocócicas (10, 13 e 23-valente) também ajudam a proteger contra formas de meningite.

O preço do tabagismo

Gastos com danos de saúde causados pelo tabagismo são cinco vezes maiores do que o lucro da indústria do tabaco. A constatação é baseada no estudo “A Conta que a Indústria do Tabaco Não Conta”, divulgado pelo Instituto Nacional de Câncer (Inca) e o Ministério da Saúde (28/5). Dados da pesquisa mostram que, para cada R\$ 1 de lucro da indústria do tabaco, há um gasto de R\$ 5 com doenças causadas pelo fumo.

Cada R\$ 156 mil de lucro de empresas de tabaco estabelecidas no Brasil com a venda de cigarros legais foi equivalente a um óbito por doenças cardíacas isquêmicas, acidente vascular cerebral (AVC), doença pulmonar obstrutiva crônica ou câncer de pulmão atribuível ao tabagismo. “Para cada R\$ 1 de lucro obtido pela indústria do tabaco, o Brasil gasta duas, três vezes esse valor com custo direto do tratamento de doenças relacionadas ao tabaco e 5,1 vezes esse valor com o custo total (direto e indireto) dessas doenças”, detalhou o Ministério da Saúde em matéria publicada na Agência Brasil (28/5). Leia o estudo e saiba mais em <https://bit.ly/artigocontatabagismo>.



PHOTOSANI / FOTOLIA

Justiça do RJ suspende lei sobre mensagens condenatórias ao aborto legal

Uma lei sancionada pelo prefeito do Rio de Janeiro, Eduardo Paes (PSD), que determinava a obrigatoriedade de colocação de placas ou cartazes com informações críticas ao aborto legal nas unidades de saúde foi suspensa por decisão liminar da Justiça. Após Ação Civil Pública movida pelo Ministério Público do estado, a juíza Mirela Erbisti afirmou que a medida era uma afronta aos direitos constitucionais e uma forma de violência obstétrica.

A lei municipal nº 8.936, de 12 de junho de 2025, tornava obrigatória a afixação de cartazes ou placas informativas sobre o aborto em estabelecimentos de saúde no Rio de Janeiro. De acordo com a juíza, “a narrativa alarmista, parcial e potencialmente desinformativa da Lei nº 8936/25 omite

dados científicos e jurídicos em clara propaganda ideológica contrária aos direitos fundamentais da dignidade da pessoa humana, a liberdade de consciência e crença e o direito à informação livre, além de violar o princípio da separação entre Estado e religião (laicidade)”.

A Justiça fixou uma multa diária de R\$ 1 mil ao estabelecimento de saúde que exibir os cartazes. A lei foi considerada violência obstétrica porque “após serem vítimas de violência sexual, as mulheres seriam revitimizadas ao buscar o serviço de saúde”, destacou o Portal Catarinas (20/6).

O aborto é permitido por lei no Brasil em três casos: quando a gravidez é resultado de estupro, quando há risco de morte para a mulher e em casos de anencefalia fetal.



Leilão na Margem Equatorial e impactos ambientais

A Agência Nacional do Petróleo, Gás Natural e Biocombustíveis (ANP) realizou, no dia 17/6, um leilão com oferta de 172 blocos de exploração de petróleo, sendo 47 deles na região da foz do Rio Amazonas, na chamada Margem Equatorial — faixa costeira que se estende do Amapá ao Rio Grande do Norte. A área, considerada a “nova fronteira” energética no Brasil, é marcada por grande biodiversidade marinha e ecossistemas sensíveis, além de possuir cerca de 13 mil indígenas vivendo em comunidades próximas, que podem sofrer impactos de eventuais acidentes ambientais, como derramamentos de óleo.

Dos 47 blocos da região ofertados, 19 foram arrematados, pelo montante de R\$ 844 milhões. Os lances vencedores foram de dois consórcios: um formado pela Petrobras e pela estadunidense ExxonMobil, e outro pela também estadunidense Chevron e pelo grupo estatal

chinês CNPC. Diversos manifestantes se concentraram em frente ao local do leilão, realizado no Rio de Janeiro. Integrantes do coletivo Arayara, entre eles indígenas, exibiram um cartaz com a frase: “Pare o Leilão do Juízo Final” (Isto É, 17/6).

A exploração de petróleo na Margem Equatorial tem sido alvo de críticas e protestos de ambientalistas e organizações da sociedade civil junto ao governo federal, que enfrenta o paradoxo de se lançar como liderança global na mudança para matrizes energéticas renováveis, ao mesmo tempo em que opera esforços para abrir novas frentes de exploração de petróleo (*Radis* 270). Isso, justamente no ano em que o Brasil sedia a COP30 (*Radis* 272). O presidente Lula tenta justificar a contradição e alega que “o uso do petróleo da Margem Equatorial será responsável por financiar a transição energética do Brasil e do Mundo, abandonando o uso dos combustíveis fósseis” (UOL, 25/6).

JULIANA DUARTE

Pronara prevê menos agrotóxicos

Uma vitória na luta contra os agrotóxicos: o presidente Luiz Inácio Lula da Silva assinou o decreto (30/6) que institui o Programa Nacional de Redução de Agrotóxicos (Pronara). A medida busca reduzir de forma gradual e contínua o uso desses produtos, principalmente os mais perigosos ao meio ambiente e extremamente tóxicos para a saúde. O decreto é considerado um marco histórico pelas organizações e movimentos que compõem a Campanha Permanente contra os Agrotóxicos e pela Vida, que lembrou, em nota (1/7), que desde 2014 foram elaboradas centenas de ações a serem inseridas no âmbito do programa.

O Pronara pretende fomentar o controle, a fiscalização e o monitoramento de agrotóxicos de forma intersetorial, incentivando ferramentas de pesquisa, acesso à informação e vigilância em saúde, que permitam a diminuição do uso desses produtos. Também prevê ampliar a assistência técnica, a pesquisa e a produção de bioinsumos (produtos

de origem orgânica utilizados na agricultura e na pecuária) e promover a produção sustentável de alimentos saudáveis pela agricultura familiar.

Na avaliação das organizações que integram a Campanha, “o Pronara sempre foi visto como um caminho para que o Poder Executivo pudesse ter um plano e ações concretas para reduzir o uso de agrotóxicos no Brasil”. De 2000 até 2023, o uso de agrotóxicos no Brasil aumentou 365%, uma média de 6,9% ao ano, ressalta ainda a nota.

Apesar de ser uma reivindicação histórica de movimentos ambientais e da saúde, a criação do programa enfrentou forte oposição do agronegócio e da bancada ruralista. Em 2014, foi bloqueado pela então ministra da agricultura, Kátia Abreu. A Campanha ressalta ainda que é preciso acompanhar a instalação do Comitê Gestor do Pronara, para manter o diálogo com a sociedade, e o início da implementação concreta das ações.

BRICS condena ataques ao Irã

Os países integrantes do BRICS divulgaram nota conjunta (24/6) condenando os recentes ataques dos Estados Unidos e Israel ao Irã. O bloco, formado por Brasil, Rússia, Índia, China, África do Sul, Egito, Emirados Árabes Unidos, Arábia Saudita, Etiópia, Indonésia e o próprio Irã, afirma que as ações “constituem violação do direito internacional e da Carta das Nações Unidas”.

O BRICS teme a escalada da violência na região, historicamente marcada por conflitos. “Expressamos profunda preocupação em relação a quaisquer ataques contra instalações nucleares de natureza pacífica realizados em violação ao direito internacional e às resoluções pertinentes da Agência Internacional de Energia Atômica. As salvaguardas, a

segurança e a proteção nucleares devem ser sempre respeitadas, inclusive em situações de conflitos armados, a fim de resguardar as pessoas e o meio ambiente contra danos”, diz a nota.

Surpreendendo o mundo, os Estados Unidos lançaram ataque coordenado (21/6) a três centros nucleares iranianos. No dia seguinte, o governo brasileiro divulgou comunicado criticando a ação. “Uma grave ameaça à vida e à saúde de populações, pelo risco de contaminação radioativa e de desastres ambientais”.

A violência na região, e principalmente a proibição de ajuda humanitária à população que vive em Gaza, tem sido tema de diversas manifestações ao redor do mundo [Leia matéria na página 30].

Brasil lidera ranking mundial da desigualdade

Relatório Global da Riqueza 2025, divulgado pelo banco suíço UBS, concluiu que o Brasil é o país com o maior número de milionários da América Latina, mas também o mais desigual do mundo. O estudo, publicado em junho, analisou 56 países.

No ranking mundial da desigualdade, o Brasil aparece em primeiro lugar, junto com a Rússia. África do Sul e Emirados Árabes Unidos ocupam o terceiro e quarto lugar, respectivamente.

Dentre os que têm mais pessoas ricas, o Brasil aparece em 19º lugar, com 433 mil milionários. Os Estados Unidos lideram com folga, somando 23,8 milhões de pessoas consideradas milionárias.



Maiores paradas pela diversidade do mundo, a 29ª Parada do Orgulho LGBTQ+ de São Paulo levou o tema do envelhecimento da população como manifesto para colorir as ruas da cidade

RESIDÊNCIAS DA



Centro de Convivência e residências terapêuticas no Carmo (RJ) promovem saúde e dignidade a egressos do manicômio

LUIZ FELIPE STEVANIM

Estar em casa é se sentir livre para ser quem você é. Sem amarras ou camisas de força, sem julgamentos ou pressões. Casa é lugar de aconchego, do cheiro bom de comida, de andar descalço, de se sentar no

sofá despreocupado com a vida. É onde se está à vontade. Esse sentimento é ainda mais verdadeiro para quem passou uma parte da vida entre os muros de um manicômio, privado de liberdade e classificado como louco.

A LIBERDADE



Paulo Francisco, Denir, Paulo Pinheiro, Benedito, Claudemiro, Fabiana, Luiz Carlos e o cachorro Floquinho são moradores de uma residência terapêutica; ao lado dos cuidadores e da coordenadora de saúde mental do Carmo (RJ), Érica Victório, mostram que o cuidado em liberdade é transformador

Luiz Carlos da Silva, 70 anos, está em casa à vontade. No celular, ele escuta uma canção de Maurício Mattar e repete baixinho. O cachorro Floquinho brinca a seus pés. A seu lado, sentada no mesmo banco, está Fabiana das Graças, sua companheira. Luiz foi interno do Hospital Estadual Teixeira Brandão (HETB), na cidade do Carmo, no interior do estado do Rio de Janeiro, na divisa com Minas Gerais, a cerca de 190 quilômetros da capital. Hoje é morador de um serviço de residência terapêutica (SRT), uma das 17 moradias que existem na cidade, onde os egressos do antigo hospital psiquiátrico, fechado em 2005, vivem em liberdade.

Numa manhã fria de junho, em que o sol custava a sair, Luiz Carlos nos recebe em sua casa para uma conversa e um almoço, junto com os outros seis moradores: Denir, Paulo Francisco (mais conhecido como Peixe), Benedito, Claudemiro, Paulo Pinheiro e Fabiana. Fã do cantor Roberto Carlos, ele

logo nos convida a desbravar seu maior tesouro: a coleção de vinis do Rei.

Sua identidade se mistura com a do cantor e, por vezes, ele é chamado de “Roberto Carlos” nas oficinas do Centro de Convivência Paula Cerqueira ou no Centro de Atenção Psicossocial (Caps). Luiz Carlos espalha os discos pela cama e vai nos mostrando um a um, com orgulho, enquanto sussurra uma canção — “*Você é meu amigo de fé, meu irmão camarada*”. E confessa: “Sou fã do Roberto Carlos desde novo”.

Na conversa, ele diz que viver na residência terapêutica é “muito bom” — muito melhor do que antes, no hospício. “Lá no hospital eles batiam na gente, enchiam de remédio. Enfermeiro batia nos outros lá, não deixavam a gente dormir na cama, tínhamos que dormir às vezes no chão”, relata. Pergunto quanto tempo ele ficou no hospital. “Muitos anos”, responde, sem muita precisão.

FIM DO MANICÔMIO

Ao ser fechado em 2005, o Hospital Estadual Teixeira Brandão (HETB) — antiga “Colônia de Psicopatas do Carmo”, fundada em 1947 — contava com cerca de 260 internos. Muitos pacientes não tinham documentação, alguns sequer lembravam de seus nomes, eram chamados por apelidos. Enclausurados no hospício, estavam literalmente sem identidade. Quando ocorreu a desinstitucionalização, foi preciso um longo esforço dos serviços de assistência social, da saúde e da Justiça para garantir os direitos básicos a essas pessoas, como tirar a documentação e promover o cuidado em saúde no Caps, conta a atual diretora de saúde mental do Carmo, Érica Victório da Rocha.

A experiência do município, que conta com cerca de 17 mil habitantes, segundo dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) de 2022, é uma mostra do que representou a Reforma Psiquiátrica brasileira. Em 2001, foi promulgada a Lei nº 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que redefiniu o modelo assistencial em saúde mental, visando a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Foi o marco legal de um amplo movimento de luta antimanicomial, que reuniu trabalhadores e usuários da saúde desde os anos 1970 [Leia Pós-tudo na página 35].

No mesmo ano da lei, Carmo começou a viver um processo longo e difícil que iria culminar no fechamento do manicômio. Denúncias de condições desumanas, cárcere privado e uso da mão de obra dos pacientes levaram o Ministério Público a abrir um Inquérito Civil e a formular um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) a ser cumprido por estado e município [Leia mais na página 19]. Ao mesmo tempo, surgia um novo modelo assistencial no SUS, baseado no cuidado em liberdade, na promoção de saúde e no respeito aos direitos humanos e à dignidade, articulado pela Rede de Atenção Psicossocial (Raps).

“Nós, trabalhadores do SUS, fizemos uma aposta na Reforma Psiquiátrica brasileira. O grande pilar dessa reforma são os próprios trabalhadores e trabalhadoras”, afirma Érica, que é psicóloga formada pela Universidade Federal Fluminense (UFF), com residência em saúde mental na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) em 2001, ano em que começou a trabalhar como servidora municipal no Caps do Carmo, que havia acabado de ser criado. Em 2024, ela concluiu

mestrado em Atenção Psicossocial no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), sobre a experiência da Reforma Psiquiátrica na cidade.

Érica relembra que o processo de desinstitucionalização não foi simples nem imediato. Não se tratava apenas de fechar o hospício, mas era preciso definir como cuidar dos pacientes que lá estavam internados — a maioria deles há mais de 10 anos e sem nenhum vínculo social ou familiar.

Foi assim que surgiram, em 2004, as quatro primeiras residências terapêuticas (RT) — atualmente, existem 17 delas na cidade. São moradias inseridas na comunidade e previstas pela legislação, em que vivem os egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuem suporte social e laços familiares. “A experiência de Carmo traz a confirmação de como é possível transformar a vida das pessoas: pessoas que estavam enclausuradas por 20 ou 30 anos no hospício e [combater] práticas de violência e exclusão que foram naturalizadas”, ressalta Érica.

Mas a residência terapêutica não existe sozinha. Ela está inserida numa ampla rede de cuidados no SUS, em que o coração é o Centro de Convivência Paula Cerqueira, o primeiro a ser criado no estado do Rio de Janeiro, que funciona no Centro Cultural Jair Nunes Macuco. No espaço, ocorrem oficinas de capoeira, dança, música, teatro e artesanato, e os pacientes de saúde mental — a maioria idosos que passaram anos no hospital psiquiátrico — participam de atividades artísticas e culturais.

“Hoje eles vivem em liberdade. Têm o direito a passeio, ao lazer, ao comércio, e a gente vê como a cidade se transformou, ao acolher e incorporar essas pessoas no dia a dia da comunidade”, descreve Érica. A experiência do Centro de Convivência e das residências terapêuticas do Carmo foi premiada na 4ª Mostra do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (Cosems RJ) e está inserida na Plataforma IdeiaSUS da Fiocruz, que reúne iniciativas desenvolvidas por trabalhadores e unidades do SUS, em todo o país.

Radis visitou o Carmo, conheceu as residências terapêuticas, almoçou e conversou com os egressos do hospital psiquiátrico, participou das oficinas do Centro de Convivência e testemunhou como a cidade se transformou ao abraçar a Reforma Psiquiátrica e fazer da liberdade e da arte um caminho para a promoção de saúde.

“Eu tenho tanto para lhe falar”: fã de Roberto Carlos, Luiz mostra os discos de sua coleção, ao lado de Fabiana





CONVIVER É TERAPÊUTICO

O toque do berimbau de Mestre Costelinha convida para formar a roda. Ao som das palmas, o corpo é convocado ao movimento e a imaginação voa, sem barreiras. A oficina de capoeira é a primeira atividade no Centro de Convivência na manhã de terça-feira. Os alunos, moradores de residências terapêuticas, chegam cedo, animados; entre eles, Luiz Carlos e Fabiana.

“A roda de capoeira integra. Às vezes as pessoas olham e pensam: ‘Como pode trazer um maluco para a roda?’ A gente ouve essas grosserias. Mas a capoeira convida a deixar os preconceitos de lado”, afirma Marcos José Ferreira, conhecido como Mestre Costelinha, do Grupo Sementes da Boa Terra, responsável pela oficina. Ele conta que já levou os alunos em encontros regionais de capoeira que ocorrem em cidades vizinhas: poder participar dessas atividades é sempre um motivo de alegria para os moradores das RT e inspira outros grupos a desenvolverem projetos na área de saúde mental.

Um dos alunos mais empenhados é Paulo César — no passado, um paciente psicótico grave; hoje, um gentil senhor que entra na roda e faz uma bananeira, sob os aplausos dos colegas. “Cada um contribui do seu jeito: um bate palma, o outro quer jogar, todos querem doar o seu melhor”, comenta Costelinha.

Além da capoeira, os moradores das residências fazem outras atividades artísticas e culturais. “A arte tem um papel fundamental no cuidado em saúde mental, especialmente para pessoas que viveram por anos institucionalizadas em hospitais psiquiátricos”, afirma Catarina Guiza, terapeuta ocupacional e coordenadora do Centro de Convivência. “É uma linguagem potente, que permite expressar sentimentos e memórias que muitas vezes não conseguem ser ditas em palavras”.

Catarina trabalha no Carmo, com saúde mental, desde antes do fechamento do hospital psiquiátrico. Ela afirma que



Capoeira e saúde mental: Mestre Costelinha (primeiro à esquerda, em pé, na primeira foto) coordena oficina com moradores das residências terapêuticas

viver a transição para outro modelo de cuidado foi profundamente transformador, como pessoa e como profissional. “Testemunhar antigos internos, muitos deles considerados ‘crônicos’, caminhando em direção a uma vida mais livre e cheia de possibilidades, foi algo que me marcou para sempre”, conta à *Radis*.

Para Érica Victório, que também acompanhou o processo de transição desde o início dos anos 2000, o Centro de Convivência é um grande diferencial no cuidado em saúde. “É olhar o sujeito não somente em relação à doença, mas como alguém que precisa de lazer, de arte, de cultura”, aponta. “Isso é promover saúde, não apenas cuidar dos sintomas e sinais, mas cuidar da vida”.

COTIDIANO DE UMA RESIDÊNCIA

É hora do almoço na casa de Luiz Carlos e Fabiana. O cheiro convidativo da comida se espalha no ar. Cada um dos sete moradores prepara seu prato, alguns com o auxílio das cuidadoras — elas são responsáveis por apoiá-los, durante o dia e a noite, em algumas tarefas cotidianas, principalmente no caso dos mais idosos ou daqueles com alguma seqüela mais grave, sempre buscando promover autonomia.

Érica relembra que a chegada das primeiras residências terapêuticas na cidade, em 2004, foi acompanhada do medo da população de conviver com os egressos do hospício, que ficava em uma fazenda, a cerca de 8 quilômetros do município — o que reforçava a ideia de segregação e isolamento. A sensação era de que “a loucura iria invadir a cidade”. “No início dos anos 2000, enquanto o hospital inicia o processo de reorientação da assistência, o Carmo começa a se preparar para receber essas pessoas”, recorda.

Não havia muitas experiências para se basear na época, observa. “Tudo começou do que a gente entendia que seria inclusão social e construção de autonomia e de empoderamento do usuário”, explica. A psicóloga, na época uma jovem profissional do Caps, conta que precisaram lidar com muita resistência por parte da população e principalmente da classe política, que se beneficiava com a existência do manicômio.

Mais do que simplesmente fechar o HETB, era preciso transformar os olhares e as práticas dos serviços de saúde. Érica relata que uma cena marcante que testemunhou, ainda no início do processo, ocorreu quando os internos do hospital começaram a vir à cidade para frequentar o Caps. “Na hora do almoço, eu me deparo com a cozinheira fazendo barulho com a tampa da panela. Ela disse que aquele era o sinal sonoro para que eles soubessem que era hora do almoço”, conta. “Isso mostrava o quanto havia de naturalização do hospício e o quanto a gente tinha que quebrar essa cristalização das práticas manicomialis”.

A convivência inicial com a vizinhança gerava medo e inquietação: será que eles vão ficar nus? Será que vão defecar nas ruas? Eram perguntas que a população fazia, diante do



Seu Paulo Pinheiro, 88 anos, passou a maior parte da vida recluso no hospital psiquiátrico

imaginário em torno da loucura e dos relatos que chegavam do manicômio, como relembra Érica. “Trazer essas pessoas para o convívio social foi um processo longo”, resume. Ela considera que os cuidadores tiveram um papel fundamental nessa adaptação. “O cuidador era alguém da cidade, era um vizinho também dessas pessoas, e ajudou por meio do afeto a desconstruir esse olhar de medo, de pavor em relação àquelas pessoas que ficaram 20, 30 anos internadas”, pontua.



Hora do almoço: Moradores da residência que visitamos se reúnem para a refeição

RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA NÃO É NOVO MANICÔMIO

Que não reste dúvida: os serviços de residência terapêutica (SRT) não são um lugar para onde devem ser encaminhadas pessoas com grande sofrimento psíquico. Não são um espaço para internação. E muito menos, não podem ser confundidos com as chamadas comunidades terapêuticas, instituições que revivem a ideia de isolamento e segregação social dos manicômios e são voltadas para pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, geridas comumente por igrejas ou associações religiosas.

Os SRT são destinados a pessoas que viveram longas internações em hospitais psiquiátricos e têm dificuldades de retomar suas vidas pela falta de apoio familiar e social. “Hoje o grande desafio é as pessoas entenderem que a residência terapêutica não é um substituto do manicômio”, reforça Érica. “É uma estratégia para que a gente tenha o fim dos manicômios. Ela é utilizada pontualmente, para que a gente possa fechar todos os leitos de longa permanência no Brasil”.

A gestora de saúde mental do Carmo conta que é procurada, com frequência, por pessoas que querem internar um idoso ou um familiar com transtornos mentais em um SRT, por não terem condições de cuidar. Essa não é a solução, explica, pois o poder público e a sociedade precisam discutir e criar uma política do cuidado para esses casos. “Está mais do que na hora de isso acontecer. A gente entende que muitas famílias não têm condições de cuidar dos seus entes, sejam idosos ou pessoas com deficiência”, analisa. Contudo, essa não é a função de uma residência terapêutica.

“O hospício um dia tomou esse lugar perverso. As famílias que não conseguiam cuidar dos seus entes depositavam no manicômio”, resume Érica. Para Paulo Amarante, pesquisador sênior do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS/Fiocruz) e do Centro de Estudos Estratégicos (CEE/Fiocruz), as iniciativas de residencialidade são dispositivos que fazem parte da Reforma Psiquiátrica e oferecem a possibilidade de viver na cidade e usufruir a cidadania [Leia Pós-tudo na página 35].



“Que as práticas manicomialis não se repitam”, afirma Érica Victório, coordenadora de Saúde Mental do Carmo (RJ)

Atualmente, são 101 moradores nas RT da cidade. A maioria é habitada por homens, já que o hospital psiquiátrico era exclusivamente masculino. Porém, algumas mulheres passaram a fazer parte desse serviço, como egressas da desinstitucionalização de outras unidades da região. É o caso de Fabiana. Ela vive com Luiz Carlos e é a única mulher entre os sete moradores da casa que visitamos. Conta que sente saudades dos parentes, com quem tem pouco contato.

NÃO TEM NADA A VER: RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS NÃO SÃO COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS

- Moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas egressas de internações psiquiátricas de longa duração, sem vínculos sociais e familiares
- Integradas ao SUS

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

- Instituições que revivem a ideia de isolamento e segregação social para o tratamento do uso de álcool e outras drogas
- Geralmente mantidas por igrejas e associações religiosas

Na conversa com *Radis*, Luiz Carlos e Fabiana narram um pouco de sua rotina na casa. “Acordo de manhã, tomo café e vou para o Centro Cultural, fazer capoeira e oficina de arte”, diz Fabiana. Já Luiz relata que gosta de jogar dominó, assistir a novelas antigas e escutar músicas de Roberto Carlos. “*Eu tenho tanto para lhe falar, mas com palavras não sei dizer...*”, canta, quando perguntado sobre as músicas de sua preferência. Eles citam que também cuidam da limpeza da casa, varrem o chão e arrumam o banheiro. Coisas simples do cotidiano, que somente quem sabe o valor da liberdade consegue dimensionar a importância que têm.

CASA É LUGAR DE ACONCHEGO

Quando criança, Rosélia Martins morava em uma fazenda nas proximidades do HETB. Morria de medo de cruzar com algum interno pelas estradas, fugindo com seus uniformes azuis. Jamais poderia imaginar que, anos depois, por necessidade financeira, iria se ver trabalhando como cuidadora em uma residência terapêutica com aqueles mesmos egressos do manicômio.

Hoje, não se acanha em dizer: “Fiquei apaixonada”. Há mais de 10 anos como cuidadora, ela ressalta que aprendeu com os moradores das RT a ter um novo olhar sobre a vida e a saúde mental. “A gente pensa que está aqui ensinando alguma coisa, mas acaba aprendendo muito também”, reflete.

No dia a dia, passou a partilhar um pouco de sua memória e convivência familiar com aquelas pessoas de quem ajuda a cuidar: seus filhos e netos também frequentam



a casa e construíram laços afetivos com os moradores. “Costumo dizer que eles são a nossa segunda família, porque passo mais tempo aqui do que na minha casa”, relata. “O que mudou? Sempre faço essa pergunta. Eles tomam medicamento ainda? Tomam. O que mudou foi o jeito de tratá-los, o carinho, o amor”, pondera.

Seu Paulo Pinheiro, 88 anos, é o morador de mais idade da residência. É um senhor de voz tranquila, bem-humorado, com quem também conversamos durante o almoço. Ele conta que nasceu no distrito de Aparecida, em Sapucaia, no interior do estado do Rio de Janeiro, e viveu parte da adolescência em São José do Vale do Rio Preto. Desse período, tem poucas lembranças: “Não conheci nem pai nem mãe”.

Paulo era trabalhador rural nas lavouras da região. Pobre, sem família, passou a viver em situação de rua e fazer uso de álcool, até que bebeu além da conta e foi levado preso pelo delegado da região. Da cadeia, foi direto para o hospício, de onde não mais saiu. No HETB, passou mais de três décadas de vida.

Trabalhava para a família de um funcionário sem receber salário, em condições análogas à escravidão. “Existiam relações perversas no hospício, de exploração econômica e da força de trabalho dos antigos internos”, explica Érica. Hoje, ele vive uma vida pacata na residência terapêutica, é querido por todos por seu jeito amável. Depois de almoçar todo o prato preparado pelas cuidadoras, Rosélia pergunta: “Tem espaço para a sobremesa, Seu Paulo?” Ele responde: “Claro que tem”.



“Segunda família”, descreve Rosélia (ao lado de Luiz e Fabiana): ela trabalha há mais de uma década como cuidadora em uma residência



RESGATAR A VIDA

Dançar, para Carla Aparecida da Silva, é caminhar nas nuvens. Ela é frequentadora assídua das oficinas de dança, capoeira e teatro no Centro de Convivência. “A dança me leva a muitos lugares”, conta a jovem, que é paciente do Caps do Carmo.

A proposta da oficina de dança, segundo a professora Arianna Santos, é permitir que os participantes revivam experiências musicais perdidas em sua memória, ao mesmo tempo em que são levados pelo prazer. “A dança precisa ser prazerosa, um momento para se curtir. Muitos dos moradores [de SRT] passam mais tempo dentro de casa, por isso a dança ajuda no desenvolvimento motor e na comunicação”, avalia.

Um dos maiores orgulhos da equipe do Centro de Convivência é o bloco carnavalesco Enlouquece Carmo, com a participação dos usuários da saúde mental, que abre a festividade na cidade. A responsável por organizar o desfile e confeccionar as fantasias é Ângela Câmara, educadora de arte e uma dasicineiras mais antigas do projeto. Segundo ela, as oficinas permitem que os participantes explorem a criatividade e desenvolvam habilidades manuais, além de trabalhar a autoestima. “Muitos chegavam tímidos, não se comunicavam, e hoje são muito falantes. Eles expressam suas emoções e se sentem acolhidos por nós”, relata.

Ela também organiza o Clube do Lazer, que promove viagens com os moradores das RT a pontos turísticos do estado, como o Cristo Redentor e o Pão de Açúcar, e passeios nas praias. Além do Benefício de Prestação Continuada (BPC),

os antigos internos do manicômio recebem um auxílio do Ministério da Saúde, por meio do Programa de Volta para Casa (PVC), destinado a egressos de longa permanência em hospitais psiquiátricos. Eles usam uma pequena parte desses recursos para contribuir, de forma solidária, com um fundo que financia os passeios e permite a eles aproveitar o melhor da vida.

Um dos momentos mais emocionantes para Ângela foi quando muitos deles conheceram o mar pela primeira vez, já bem idosos. Brincavam na areia e experimentavam a água salgada. “Essas experiências ajudam a fortalecer e a construir laços sociais”, constata. A manutenção do Centro de Convivência é feita de modo partilhado: a prefeitura do Carmo oferece a infraestrutura e a Associação de Usuários, Familiares e Amigos dos Serviços de Saúde Mental do Carmo (AUFASSAMC) custeia os oficinas.

Para a coordenadora do Centro de Convivência, Catarina Guiza, práticas que estimulam a sensibilidade por meio da arte potencializam a autonomia, o afeto e a dignidade. “Para essas pessoas, que historicamente tiveram suas vozes silenciadas, a arte se torna um canal de escuta, de reconstrução de identidade e de pertencimento. Em contextos como as residências terapêuticas, ela também ajuda a tecer laços com a comunidade e a reinventar o cotidiano, trazendo leveza, criatividade e sentido para a vida”, pondera.

Segundo ela, a saída dos muros do manicômio exigiu de toda a rede de cuidado e dos profissionais de saúde uma escuta mais sensível e um comprometimento com os desejos e o tempo de cada um. “Ver essas pessoas retomando projetos de vida, participando da cidade e descobrindo novas formas de existir é a prova viva de que o cuidado em liberdade é possível, necessário e profundamente humano”, destaca.



Apresentação teatral no Centro de Convivência Paula Cerqueira

PELO FIM DAS PRÁTICAS MANICOMIAIS

É hora de Roberto Carlos subir ao palco. Luz, maquiagem e som preparados. A plateia, lotada, em expectativa. Mas o Rei não vem só: ele é acompanhado por Alcione, Rita Lee, Erasmo, Reginaldo Rossi e um trio de instrumentistas com guitarras cintilantes. “Está entrando no ar a sua, a minha, a nossa Rádio Liberdade”, anuncia o locutor.

Assim começa a apresentação teatral que lota o auditório do Centro Cultural do Carmo, na manhã de quarta-feira. “*Eu sou terrível*”, canta o Rei. “*Você não sabe de onde eu venho/ O que eu sou, e o que tenho*”, dubla Luiz Carlos, encarnando Roberto. Fabiana é Alcione; Bira, Reginaldo Rossi; Paulo “Peixe”, Alexandre Pires; Carla, com uma peruca, se transforma em Rita Lee; Domingos reclama que não lhe deram a guitarra de papelão, com pisca-pisca. Todos, moradores de residências terapêuticas e pacientes da rede de atenção psicossocial. “Quem tem imaginação, é só deixá-la solta”, diz a oficinaira Ângela, enquanto fotografa os artistas.

Experiências como essa, que envolvem arte e cultura, são formas de “cuidar da vida, despatologizar as vivências sofridas e transformar a convivência em acolhimento e afeto”, nas palavras de Érica Victório. Ela afirma que o Caps também deveria ser espaço de interação, mas acaba se tornando o lugar do tratamento em saúde mental. “É lá que se busca a consulta médica, o atendimento do psicólogo e dos especialistas. Lá tem o prontuário e o diagnóstico”, reflete.

Para a psicóloga, o Centro de Convivência se afirma como um lugar para promoção de vida e saúde. “Lá a gente não fala de diagnóstico, doença e medicamento. Não tem prontuário. As pessoas vão para conviver”, ressalta. “Saúde é arte, cultura e convivência”.

Segundo ela, ao longo dos mais de 20 anos da experiência de Reforma Psiquiátrica no município, a comunidade carmense percebeu que era possível conviver com o diferente e com a loucura. Ela cita o exemplo de comerciantes e taxistas que contam que os moradores das RT são excelentes pagadores e movimentam o comércio local. “No início da reforma, ninguém queria alugar imóvel ‘para maluco’. Hoje, as pessoas vêm oferecer suas casas. O acolhimento mudou a economia da cidade: são vários empregados direta e indiretamente pelo projeto”.

“Quando a gente começa a desconstruir o medo e a construir uma nova convivência, o que percebo são relações de afeto”, destaca. Érica ressalta que os impactos positivos que a Reforma Psiquiátrica teve em um município de pequeno porte, como Carmo, podem inspirar outras realidades do SUS, no país. “Carmo construiu uma rede tão potente que a gente consegue ser referência para alguns lugares, mas tenho certeza de que cada município constrói a sua própria rede, com as suas relações no território e as próprias vivências culturais”, pontua.

Ela reforça que a desinstitucionalização é um processo contínuo, que não para enquanto existirem pessoas egressas de hospitais psiquiátricos. “É preciso garantir que a autonomia prevaleça. A gente não pode deixar que a

residência vire um ‘mini manicômio’. O manicômio não está na estrutura física, está nas práticas manicomiais”, adverte.

Essa é a missão que Érica e sua equipe têm diante de si, para que o passado sirva de lição para o presente. “Que as práticas manicomiais não se repitam na cidade e que a gente possa realmente sustentar que eles são livres. É legítimo que eles possam ter a oportunidade de reconstruir a sua história, que foi sequestrada pelo hospício”, considera.

A apresentação teatral se encerra, sob aplausos. “O pessoal do Centro de Convivência está de parabéns”, diz Carla, ao microfone. Os versos da canção “Eu sou terrível”, de Roberto Carlos, entre guitarras e delírios, parecem fazer ainda mais sentido: “*Não é preciso nem avião, Eu voo mesmo aqui no chão*”. Quando se constrói relações de cuidado baseadas no respeito e na dignidade, é possível voar, no chão, com liberdade.

ENTENDA A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

- **Raps:** A Rede de Atenção Psicossocial é formada por um conjunto integrado e articulado de diferentes pontos que buscam garantir a integralidade do cuidado a pessoas com sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.
- **Centro de Atenção Psicossocial (Caps):** São serviços estratégicos, abertos à comunidade, constituídos por equipes multidisciplinares que realizam atendimento às necessidades de saúde mental das pessoas, com base em projetos terapêuticos singulares.
- **Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT):** São moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher e cuidar das pessoas em sofrimento psíquico egressas de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares.
- **Programa de Volta para Casa (PVC):** é uma estratégia de desinstitucionalização e inclusão social, criada pela Lei 10.708 de 2003, destinada às pessoas com sofrimento psíquico, egressas de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos e de custódia.

Fonte: Ministério da Saúde



Sede do Hospital Estadual Teixeira Brandão (HETB), manicômio fundado na cidade do Carmo (RJ) em 1947 e desativado em 2005

RUÍNAS DA LOUCURA

Seu Cideir Pereira, 74 anos, mostra as esculturas de madeira que esculpiu com canivete. Cestos feitos com papel de jornal, tapetes trançados no tear, passarinhos entalhados à mão. Da cabeça do artista, brota a vida. “A arte é melhor que um remédio para a mente da pessoa”, diz.

Chapéu panamá, camisa vermelha, ele é um senhor negro, de voz mansa, que lembra um griot, contador de histórias africanas. A princípio tímido, vai abrindo aos poucos o baú de lembranças, revelando fragmentos de memórias dos 30 anos que passou no Hospital Estadual Teixeira Brandão (HETB), manicômio fundado na cidade do Carmo (RJ), em 1947, e fechado com a reforma psiquiátrica em 2005.

“Eles falavam que eu era doido”, conta. Das tentativas de fuga, ficaram as lembranças do famigerado cubículo, espécie de solitária em que eram isolados os pacientes tidos como perigosos ou rebeldes. “Quando fugia, eles prendiam a gente no cubículo. Um espaço apertado, de 2 por 2 m. Rato roía até o pé da gente”, recorda.

Nascido na cidade de Cambuci (RJ), Seu Cideir conta que trabalhou na juventude com touradas. “Esse negócio de tourada dá muita bebida. Bebi muito e me internaram na Colônia”, relata. Foram 30 anos como interno do hospício, trabalhando na cozinha, sem perspectiva de futuro. “Davam remédio forte pra gente. A pessoa que chegava muito agitada levava eletrochoque”, afirma.

A história de Seu Cideir mostra outro caminho após a internação de longa permanência em um hospital psiquiátrico: o de quem conseguiu resgatar os laços familiares e não precisou ser acolhido em uma residência terapêutica. O que o motivou foi o amor pelo filho que ele havia tido há pouco tempo. “Quando saí de lá, aluguei uma casa e tirei meu filho do abrigo. Ele tinha 6 aninhos. Botei ele na escola e fui trabalhar. Tive mais filhos por aí, mas desse eu consegui cuidar”, orgulha-se.

Cleiton, o filho, agora tem 30 anos e trabalha na cidade, com instalação de placa solar. Após deixar o manicômio, Seu Cideir foi trabalhar com marcenaria. “Sou artesão. Sei fazer artesanato, escultura em madeira”, cita. “Ele ensina todo mundo aqui”, alguém diz, enquanto conversamos com o artista durante uma atividade com artesanato no Centro de Atenção Psicossocial (Caps) do Carmo.

A trajetória de Seu Cideir não é a da maioria dos egressos do HETB. Quando a unidade foi fechada, em 2005, pouco mais de 90 pacientes foram reintegrados às famílias. Mais de 150 tiveram que ser inseridos nos serviços de residência terapêutica (SRT), mostrados na matéria da página 10. Sem vínculos familiares ou sociais, encontraram nessas moradias em liberdade uma alternativa para recomeçar a vida além do manicômio.



“Ainda quero fazer muita coisa bonita”, declara Seu Cideir Pereira, artesão, que viveu 30 anos no HETB e retomou a vida em liberdade após o fechamento do manicômio

MANICÔMIO EM RUÍNAS

A Reforma Psiquiátrica brasileira foi resultado de uma longa luta antimanicomial, protagonizada por profissionais e usuários da saúde mental, que buscou o fechamento gradual de manicômios e hospícios que proliferavam pelo país. A criação da Lei nº 10.216 de 2001 foi o marco legal que permitiu uma mudança paradigmática no tratamento de transtornos mentais: do modelo manicomial para as redes de atenção psicossocial integradas ao SUS.

Contudo, é preciso resgatar as memórias para que a história não se repita. Em nossa viagem ao Carmo, *Radis* visitou as ruínas do antigo Hospital Estadual Teixeira Brandão (HETB), onde hoje se encontra o Acervo do Livramento, com objetos e documentos que narram a história do hospital psiquiátrico do Carmo.

Nos prontuários antigos, o diagnóstico era como uma sentença: esquizofrenia. Os boletins médicos descreviam pacientes que ouviam vozes, relatavam experiências místicas, alucinavam. Outros foram internados pelo uso de bebida alcoólica. “Era necessário limpar a cidade de toda sorte de insanos, vagabundos, viciados”, escreve Érica Victório da Rocha, psicóloga e atual diretora de saúde mental do Carmo, em sua dissertação de mestrado no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). Era preciso livrar as cidades da presença indesejada dos loucos.

Assim nasceram as colônias agrícolas, instaladas em territórios rurais, com a finalidade de integrar o tratamento psiquiátrico ao trabalho — ideário que dominou o meio científico brasileiro na primeira metade do século 20 e levou à criação de diversas colônias pelo país. A Colônia de Psicopatas do Carmo foi uma delas. Por trás desse projeto, estava a aspiração de segregação social e isolamento.

O hospício do Carmo surge na Fazenda do Livramento, às margens do Rio Paquequer, a cerca de 8 quilômetros do município. A enfermaria nasce de um antigo estábulo de cavalaria. Durante a ditadura militar, o hospital recebe investimento, é ampliado e chega a alcançar a marca de 400 internos.

Com seus uniformes azuis e cabeças raspadas, os internos — todos do sexo masculino — trabalhavam nas lavouras, na pecuária, na olaria e na carpintaria. O tratamento envolvia injeções de “sossega leão”, eletrochoque e os cubículos, como castigo à rebeldia ou agitação. Entre os pacientes, encontravam-se casos de psicose, esquizofrenia e transtornos mentais decorrentes do uso de álcool — “grande parte internada devido à situação de vulnerabilidade social, perda dos vínculos sociais e familiares”, descreve Érica na dissertação.

MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL

“Não havia a menor condição de habitabilidade, todo o local estava infestado de sujeira, baratas, não havia nenhum arejamento e os pacientes se amontoavam, dormindo no cimento”, narra o Inquérito Civil do Ministério Público (MP), aberto após a promulgação da Lei 10.216 e da primeira visita técnica da Secretaria Estadual de Saúde ao HETB, em 2001, para iniciar a implementação da Reforma Psiquiátrica.

Denúncias colhidas pelo MP descreviam pacientes encontrados em cárcere privado, desaparecimentos, uso da mão de obra dos internos para servir aos funcionários, ausência de projetos terapêuticos individuais e transferências como forma de punição. O MP constatou que 64,3% dos pacientes (180) estavam internados há mais de 10 anos. “A quase totalidade permaneceu no Teixeira Brandão não por questões clínicas, mas por carência familiar, social e econômica, de tal sorte que a instituição hoje é mais uma área de asilamento social que hospitalar”, diz outro trecho.

Após o Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) assinado por estado e município, começa o processo de fechamento do HETB e surge a questão: para onde iria a maioria dos internos que não tinham nenhum vínculo familiar e social nem condições de subsistência?

A recomendação do MP era o encaminhamento desses pacientes para serviços de residência terapêutica (SRT). No início da transição, surge a ideia de construir

na própria fazenda — ou em áreas desocupadas da região — um “condomínio de malucos”, que repetiria a lógica de segregação e isolamento. A luta antimanicomial persiste, para que fosse garantida aos internos o retorno à cidadania. “Naquele momento, o importante era tirar a documentação dessas pessoas, tentar buscar referências familiares, construir a nossa rede para poder acolhê-las”, conta Érica à *Radis*.

Outro projeto que surge nessa época é a ideia de construir uma comunidade terapêutica, por iniciativa de um pastor evangélico, para abrigar pessoas em recuperação de dependência química. O argumento era utilizar a área do manicômio para “internação de criminosos e adolescentes infratores” para tratamento do uso de álcool e drogas. O MP recusa e o TAC estabelece que a área física do HETB jamais poderia ser utilizada para implantação de qualquer dispositivo de internação ou asilamento. Manicômio, nunca mais.

MEMÓRIAS E FUTURO

Toda essa história é narrada por Érica em sua dissertação de mestrado e ecoa na memória dos egressos do hospital psiquiátrico, a maioria deles moradores dos SRT da cidade. Graças à luta dos técnicos e trabalhadores do SUS, a Reforma Psiquiátrica no Carmo teve êxito: o Caps foi criado em 2001 e o modelo de residências, inseridas na comunidade, com autonomia e liberdade, prevaleceu.

“A gente do campo da atenção psicossocial traz um lema: resistir. É o SUS que nos dá a liberdade e a possibilidade de construir o cuidado, a partir de nossas vivências e experiências. É uma construção diária”, relata Érica. “O maior desafio do processo de desinstitucionalização é resgatar o sujeito de sua morte em vida, porque não há expressão singular, não há história de vida para contar, não há prato preferido, projeto de viagem, vontade de rever amigos e família”, relatou ela na dissertação.

São histórias de pessoas que tiveram uma parte significativa de suas vidas apagadas pelo hospício. É o caso de



Acervo do Bloco Enlouquece Carmo: loucura na folia

Patrício Petrônio, que encontramos no Caps. Nascido no Rio de Janeiro, ele se viu recluso, ainda criança, na antiga Funabem [Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor]. Ali teve a adolescência perdida, silenciada. “Com 18 anos fui para a Colônia, com 30 anos fui para a residência”.

É um dos egressos mais jovens do hospital psiquiátrico. Atualmente morador de uma residência terapêutica, conta que as cuidadoras são para ele como “mães”. Porém, ele se orgulha de poder circular, com autonomia, pela cidade e viver sua própria vida. “Sou autônomo, eu mesmo sei fazer as coisas”, conta.

No Centro de Convivência e nas atividades terapêuticas do Caps, essas pessoas reencontram sua maneira de viver, resgatam habilidades e sonhos. Seu Cideir, ao mostrar algumas de suas esculturas, diz que deseja fazer uma “porção de coisas”. “Antes de morrer, ainda vou fazer bastante coisa bonita”, afirma. Quando perguntado por que escolheu a arte como ofício, ele não tem dúvidas em dizer: “Para espairer a mente”. (L.F.S) 📷



Oficina de arteterapia no Centro de Atenção Psicossocial (Caps)

GAS M

ISSO

LIGHTING ÉDICO

NÃO É COISA DA SUA CABEÇA

GLAUBER TIBURTINO

Imagine-se em plena adolescência convivendo até a idade adulta com dores crônicas intensas, seguidas de desmaios frequentes e outros sintomas muitas vezes incapacitantes, alguns presentes desde o nascimento. Adicione a isso passar por dezenas de médicos e, ao invés de receber ajuda, ter seus relatos, sofrimentos e experiências diminuídas ou invalidadas em várias ocasiões.

Foi o que aconteceu — e por vezes ainda ocorre — com Prícila Vieira, servidora pública, 31 anos, natural de Vila Velha (ES), que vive com três condições raras de saúde. À *Radis*, ela disse que pior do que a demora de mais de 15 anos para conseguir os diagnósticos corretos, que só vieram aos 30, foram as diversas situações negativas vivenciadas em consultórios médicos, espaços que deveriam ser de escuta, cuidado e acolhimento. Isso tem nome e não acontece só com ela: é o que tem sido definido como *gaslighting* médico — termo que se refere à invalidação e ao descrédito em relação aos relatos dos pacientes.

Mas por que essa desqualificação de quem busca um diagnóstico ou um cuidado adequado acontece com uma frequência que chega a ser preocupante? Em maio de 2023, trouxemos o tema do *gaslighting* médico como pano de fundo de uma matéria sobre disautonomia — disfunção no sistema nervoso autônomo (SNA) que ocasiona descompassos no organismo (*Radis* 238). Dessa vez o assunto retorna como elemento central da reportagem: um problema na relação médico-paciente que ainda precisa ser encarado e tratado.

“O *gaslighting* médico está associado à postura do médico, quando invalida o sofrimento e as queixas do paciente, quando não tem uma escuta qualificada ou sugere que os sintomas são exageros ou invenções. E isso pode

acontecer por abuso de poder da autoridade médica”, explica à *Radis* a médica de família e comunidade Maitê Dahdal, de 30 anos, natural de Campinas (SP), que além dos atendimentos em seu consultório também trabalha com educação médica.

Para ela, essa má conduta se configura como uma forma de violência e ocorre quando existe uma negação sistemática da experiência do outro. No caso, o paciente. “O *gaslighting* médico acontece quando o médico sai desse papel de estar ao lado e simplesmente se coloca numa situação de estar acima, como a relação médico-paciente mais paternalista, em que o profissional manda e decide sozinho o que é melhor para a pessoa, sem trazer a perspectiva dela”, completa.

NEGLIGÊNCIA E INVALIDAÇÃO

Nascida em São Paulo e hoje morando em Londrina (PR), Beatriz Madaleno, de 26 anos, é psicanalista, educadora parental e ativista da cultura do cuidado centrado na pessoa. Ela contou seu percurso de sofrimento e angústia até o diagnóstico de disautonomia, sofrendo diversas invalidações médicas ao longo dos anos (*Radis* 238).

“*Gaslighting* médico é quando um profissional de saúde minimiza, desacredita ou ignora os sintomas relatados por um paciente, fazendo com que ele duvide da própria percepção ou experiência”, define. “Isso pode acontecer quando queixas persistentes são atribuídas apenas à ansiedade, sem investigação adequada”.

Em concordância com a afirmação de Maitê, Beatriz afirma que o *gaslighting* médico é caracterizado pelo poder que muitos profissionais de saúde exercem devido

à posição de autoridade e à confiança depositada neles pelos próprios pacientes, que se veem em uma posição vulnerável.

Radis ouviu Pricila, Maitê e Beatriz. Não por acaso, três mulheres. Afinal, ainda que também possa ocorrer com homens, são elas que mais sofrem com esse tipo de violência. E não é de hoje: “Não é à toa que o termo histeria se deriva da palavra grega útero. No passado ela era atribuída à presença de útero, ou seja, relacionada à mulher. Se a gente olhar para a história, há muitos relatos disso no passado”, analisa Maitê.

Para Pricila, as sequelas de um gaslighting médico são invisíveis, porém profundas e danosas. “Acho que muitos pacientes com doenças raras começam a sentir medo de ir a consultas, porque a gente sabe o que vai ouvir e pelo que vai passar. Depois de um tempo, cheguei a desistir de procurar o que tinha e fui lidando como podia com meus sintomas”, desabafa.

O relato de Beatriz é semelhante: “Passei por várias consultas em que fui negligenciada e invalidada, uma violência que por vezes parecia sutil, mas era profundamente marcante. Isso tudo me fez duvidar da minha própria percepção da realidade e atrasou o meu diagnóstico e tratamento”, relembra. “Profissionais de saúde devem se questionar: ‘Eu estou realmente ouvindo e validando as experiências dos pacientes?’”, aconselha.

QUEM MAIS SOFRE O GASLIGHTING MÉDICO?

Embora casos que envolvam doenças de difícil diagnóstico não sejam os únicos que gerem gaslighting médico, pessoas nessas condições são mais propensas a sofrerem situações dessa natureza, justamente pelo desconforto que o desconhecimento pode causar em determinados profissionais de saúde. “Existe uma lacuna na formação médica em que se valoriza muito pouco a incerteza e a escuta. Além disso, do ponto de vista cultural, as pessoas imaginam que é errado o médico não saber o que a pessoa tem, que precisa estudar mais ou conversar com outro especialista”, aponta Maitê.

Para a médica, o que pode ser erroneamente interpretado como fraqueza é na verdade um gesto de respeito e responsabilidade com os pacientes, em especial aqueles com diagnósticos mais difíceis. Beatriz concorda: “A medicina, marcada por uma tradição de autoridade e pela expectativa de respostas, ainda não acolhe bem o reconhecimento de limites ou incertezas. Muitos médicos foram formados para oferecer soluções, não para sustentar dúvidas ou caminhar junto com o paciente em um processo investigativo mais longo e complexo”, avalia.

Estudos revelam ainda que essa invalidação de sintomas é mais direcionada a grupos específicos. Minorias e populações socialmente vulnerabilizadas, como mulheres, pessoas LGBTQ+ e negros, sofrem mais com esse tipo de violência. É o que demonstra a advogada e mestra em Direitos Humanos, Victória Fernandes Carneiro, em

seu livro intitulado “Gaslighting Médico: Entre a vida e a morte”, recém-publicado pela editora Appris (2025).

Beatriz acrescenta à lista pessoas neurodivergentes e aquelas com síndromes raras. Para ela, isso ocorre porque “há uma reprodução dos mesmos padrões estruturais de desigualdade, racismo, machismo, LGBTQfobia e capacitismo presentes em outros contextos”. A psicanalista acredita que esse comportamento reflete uma formação biomédica historicamente elitista, que ainda carece de uma abordagem interseccional e crítica. “Combater essa violência passa por reconhecer esses marcadores sociais e incluir debates sobre equidade, diversidade e justiça social na formação e prática em saúde”, sustenta.

Maitê observa que a marginalização e a desconfiança institucional que essas pessoas sofrem também se reflete nos atendimentos médicos. Para ela, as influências psicológicas, sociais e culturais e os preconceitos estruturais contribuem para que esse público seja mais vítima de gaslighting médico do que outros: “Mulheres frequentemente são tratadas como histéricas ou ansiosas. Pessoas negras relatam suas queixas sendo minimizadas ou associadas ao mito da resistência à dor e pessoas LGBTQ+ enfrentam barreiras adicionais e muitas suposições indevidas sobre a sua saúde”.

A médica acrescenta à análise duas revelações impactantes: uma é que “já existem pesquisas comprovando que mulheres negras recebem menos analgesias de parto do que mulheres brancas” e outra, que “a Academia Americana de Emergência descobriu que mulheres esperam cerca de 33% a mais do que homens para receberem remédios contra dores abdominais quando elas procuram um pronto atendimento”. São situações que não podem ser normalizadas, diz Maitê.

NÃO ERA FALTA DE UM NAMORADO

Na saga para encontrar respostas sobre seu problema de saúde, Pricila conta à *Radis* que passou por muitos especialistas, alguns até renomados, e ouviu os mais absurdos comentários. Um deles, em especial, ficou marcado em sua memória, quando o médico sugeriu que os problemas relatados pela então adolescente, acompanhada de sua mãe na consulta, seriam decorrentes da “falta de um namorado”. “Eu era muito nova e não soube reagir, mas acho que foi o primeiro gaslighting dos mais chocantes que passei. E não me pediu nenhum exame. Disse que era isso e me mandou embora”, relata.

Em outra ocasião, foi aconselhada a “descontar o estresse no irmão mais novo”, dentre outros desrespeitos. Anos mais tarde, ao ser tratada com dignidade e ter seus relatos validados, ela enfim pôde nomear o que o profissional tido como referência no trato gastrointestinal reduziu, de forma leviana, a uma carência amorosa juvenil e que tantos outros não atentaram devidamente. Pricila convivia com a síndrome de Ehler-Danlos (SED), síndrome de ativação mastocitária (SAM) e disautonomia. Três condições pouco divulgadas que podem ser bastante debilitantes quando desencadeadas (*Radis* 248).



GASLIGHTING MÉDICO

ocorre quando há uma negação sistemática da experiência da outra pessoa, por meio de invalidação, descrédito ou minimização dos relatos e das vivências do paciente por parte de profissionais médicos.

A man in a dark coat and hat is walking away from the viewer on a bright yellow path. The path is set against a background of a textured, dark blue and black wall. The overall scene is surreal and evocative.

Muito de seu sofrimento poderia ter sido amenizado e até evitado se Pricila tivesse sido ouvida antes. Na ausência de um diagnóstico assertivo, os médicos por ela consultados optaram por deduções mais óbvias e pelo atalho da invalidação em vez de investigações sérias. “Eles [os médicos] olhavam para mim e diziam que aquilo era ansiedade da adolescência. Acho que apenas no quinto ou sexto gastroenterologista que procurei foi pedida uma colonoscopia, onde foi verificada a inflamação no meu intestino”.

Pricila conta que inicialmente o tratamento adotado a partir dos exames aliviou um pouco os sintomas, mas logo deixou de surtir efeito, já que a inflamação encontrada era mais um sintoma de suas outras síndromes do que a causa do que enfrentava.

“Depois de um tempo, chegaram à síndrome do intestino irritável, que é um diagnóstico de exclusão. E passei os últimos 15 anos com esse diagnóstico, só que sem nenhuma melhora, indo para o hospital, vomitando mais de 20 vezes seguidas, com dores abdominais absurdas e voltando aos médicos”. Era quando ouvia as mais variadas desculpas e encaminhamentos a psiquiatras ou psicólogos, mas ninguém olhava para ela e a escutava de fato.

“Eu já estava até começando a acreditar que era algo psicológico mesmo. Se tantos médicos te falam isso, você começa a duvidar da sua sanidade. Então fui deixando pra lá”, conta. Contudo, em 2022, a situação se agravou e Pricila passou a ter também sintomas cardíacos, como arritmia e taquicardia, mesmo em repouso. Foi quando um cardiologista que tinha uma colega com disautonomia e conhecia a condição realizou os testes adequados e abriu caminho para os diagnósticos.

“Eu estava feliz, porque a gente sente um alívio: ‘eu não sou doida!’ As coisas começam a fazer sentido”, confia ela, que com o tratamento adequado pôde enfim obter uma melhora em sua qualidade de vida. Mas, isso não resolveu todos os seus problemas.

A CULPA NÃO É SÓ DOS MÉDICOS

A médica de família e comunidade e educadora médica Maitê Dahdal foi crítica em relação ao comportamento de alguns profissionais que invalidam relatos e queixas de seus pacientes. Mas ela também ressalta que outros fatores podem influenciar nesse tipo de atitude: “O gaslighting médico é também uma das faces de um sistema que opera com muitas desigualdades. A gente trouxe muita culpa para o médico, mas também é uma culpa estrutural dos serviços de saúde, que por vezes nos violentam”, aponta.

Ela destaca que, nessa perspectiva, o médico não é só um vilão. “Ele também pode ser vítima. E quando é vilão, não é necessariamente porque está querendo ser uma pessoa má, muitas vezes isso vem de forma inconsciente e só vamos conseguir trazer para a consciência se falarmos sobre isso”, reafirma.

O DIAGNÓSTICO NÃO BASTA PARA EVITAR O GASLIGHTING MÉDICO

Para surpresa de Pricila, no entanto, o que ela até desconfiava se confirmou: nem o diagnóstico de SED, SAM e disautonomia impediu que ela continuasse enfrentando dificuldades e constrangimentos em eventuais emergências médicas, uma vez que as síndromes podem ser controladas ou amenizadas, mas não têm cura. Por isso, ela ainda resiste o quanto consegue até buscar assistência médica, sabendo que além dos sintomas precisará se desgastar durante o atendimento: “Eu só vou ao hospital em último caso. Tento de tudo em casa primeiro, porque eu sei o que vou passar lá”, confessa.

Pricila tenta explicar seu caso aos profissionais e argumentar que precisa de um atendimento mais específico, pois protocolos generalistas não funcionam para o seu problema, mas é constantemente ignorada. “Conheço meu organismo e os médicos já me explicaram como ele funciona. Mesmo assim, no pronto socorro, me tratam como se fosse uma virose ou uma gastroenterite”. Com os procedimentos inadequados para sua condição, os sintomas não melhoram, ao contrário do que espera a equipe de cuidado, apesar dos avisos da paciente. “Não me escutam, nem mesmo eu levando o laudo que tenho”, protesta.

Ela compreende que, para os profissionais que atendem no serviço de urgência e emergência, não é simples atuar fora do protocolo, mas reivindica que ao menos o laudo que apresenta nessas situações seja validado. “Continuo ainda passando por essas situações e quando recebo indicação de ir a algum outro especialista continuo escutando: ‘Esses diagnósticos são difíceis, raros, mas você também deve ser muito ansiosa, né? Isso deve contribuir para os seus sintomas’”, relata.

A médica de família e comunidade Maitê Dahdal afirma que muitos pacientes chegam a seu consultório com os mesmos receios enfrentados por Pricila: “O paciente muitas vezes já vem machucado, já vem armado em uma nova consulta, por conta dessas experiências prévias bem ruins”. E diz se basear em uma premissa empática que deveria ser basililar para qualquer profissional de saúde, que lida com a vida das pessoas: “O paciente é o especialista em si. Ele é quem sabe o que acontece com ele. Eu sou apenas especialista em saúde e preciso unir o meu conhecimento com a vivência e a experiência dele para chegar em alguma conclusão”, afirma.

O QUE LEVA AO GASLIGHTING MÉDICO?

Na visão de Beatriz, alguns fatores combinados ajudam a explicar esse fenômeno: “Primeiro, existe uma tendência na prática médica de, quando o paciente não se encaixa em diagnósticos estatisticamente mais comuns, deve-se recorrer ao diagnóstico psicológico ou psiquiátrico como último recurso — muitas vezes, sem a devida investigação ou encaminhamento cuidadoso”, expõe.

Pricila diz entender que doenças raras ou pouco conhecidas, como no seu caso, são difíceis de serem descobertas, mas que na sua percepção muitos médicos lidam com elas como se não existissem. E confirma que a empatia pode ser muito mais importante até mesmo do que um diagnóstico: “Para mim, o problema não é a pessoa desconhecer a síndrome, até por ser uma condição rara. Mas em vez de afirmar ‘Não tenho conhecimento suficiente sobre essa síndrome, vamos procurar um especialista’, eles não acreditavam naquilo que eu estava falando, diminuam os meus sintomas e sempre diziam que poderia ser algo emocional”.

Um comportamento observado por ela em diferentes especialidades: “Quaisquer médicos que eu fosse, seja nutrólogo, angiologista, gastro, endocrinologista, não sabiam e nem conseguiam entender o que eu tinha e automaticamente já taxavam como ansiedade, estresse, ou então eles mesmos me receitavam algo”. Ela questiona essa conduta: “Não sei nem se poderiam ter feito isso, porque não era a especialidade deles”, adverte. Para sua sorte, diz nunca ter feito uso desses medicamentos por ter clareza de que aquilo que sentia era algo físico e não emocional.

Beatriz Madaleno desvela a psicofobia expressa nessas atitudes e afirma que quando o paciente é rotulado com um diagnóstico psiquiátrico de forma apressada ou sem critérios há um esvaziamento da legitimidade de seu sofrimento, seja ele físico ou mental. “Como se um sintoma psicológico fosse menos real, menos urgente ou menos digno de atenção”, critica. “Acho que falta o olhar para o todo e escutar realmente o paciente, validar tudo o que ele está dizendo”, emenda Pricila.

Maitê explica que, mais uma vez, as maiores vítimas dessas circunstâncias são as mulheres, geralmente sob pretexto de sua condição biológica: “É muito comum que os médicos digam ser coisa da nossa cabeça. Ou então que reduzam e atribuam as queixas de mulheres a questões hormonais, relacionadas ao ciclo menstrual, sem que haja uma investigação”. E prossegue: “E ainda que sim, pode haver relação das queixas com ciclo menstrual, pode ser coisa da nossa cabeça, mas o médico precisa escutar, precisa dar segurança a esse paciente, precisa estar do lado dele”, pontua.

COMO CORRIGIR ESSE PROBLEMA?

Para as entrevistadas ouvidas por *Radis*, é preciso quebrar o tabu e falar abertamente sobre o tema. E isso envolve incluir a discussão ainda na graduação. “Na minha formação médica, que não é tão antiga assim [Maitê se formou em 2017], eu não tive nenhum tema relacionado a isso. Na minha residência, sim, já comecei a ter contato com algumas violências que podem ser praticadas pelos profissionais de saúde contra os pacientes”.

Maitê entende que a escuta ativa deve ser valorizada como ferramenta terapêutica. A seu ver, a primeira orientação que deveria ser fornecida aos médicos é que



NEM TODO MAU ATENDIMENTO É UM GASLIGHTING MÉDICO

É importante também ressaltar que nem todo mau atendimento é necessariamente um gaslighting médico. Por isso é preciso atentar para características relatadas na reportagem, como a contínua desqualificação do paciente. “Gaslighting médico não é sinônimo de erro médico ou de imperícia. Inclusive, o dano pode acontecer mesmo com atendimento muito cuidadoso e acerto no diagnóstico; e tratamento correto também pode acontecer diante de uma consulta em que o paciente se sentiu invalidado, em que houve esse gaslighting. Não são sinônimos, são coisas bem diferentes”, observa Maitê.

entendam o que o paciente está vivenciando com os sintomas reclamados: “O médico bom não é aquele que tem todas as respostas, mas o que sabe caminhar junto com o paciente na busca pelas respostas”, constata. No seu entendimento, é frustrante para um médico, responsável por tratar o sofrimento de um paciente, reconhecer que causa esse sofrimento.

“É preciso ensinar o que é gaslighting e ensinar a cuidar melhor. Tem que fazer parte do currículo. À medida que a gente entender que o gaslighting médico pode ser uma forma de violência e causar danos, a gente não vai querer provocar isso”, reflete. Ainda segundo Maitê, é preciso romper a resistência com o tema por parte da classe médica e tratá-lo com naturalidade.

“Quando a gente traz esse conceito, parece que é uma acusação de que você está fazendo coisas erradas, beirando as situações criminais”, diz. “Mas a gente tem que entender que isso não é uma acusação. Quando falamos desse tema, é uma abertura para o diálogo, para reconhecemos as dinâmicas de poder que podem ser corrigidas, para otimizar a prática clínica”, conclui a médica.

Beatriz também compreende a importância de incluir o tema na grade curricular dos cursos de medicina, em treinamentos de atualização, formação contínua e workshops, “abordando o impacto emocional e psicológico dessa prática nas vítimas”. “A escuta ativa, a empatia e a comunicação não-violenta são ferramentas importantes para evitar o gaslighting médico. É preciso desenvolver uma cultura institucional que valorize o cuidado centrado na pessoa e incentive a troca de experiências entre equipes de saúde”, complementa.

A psicoterapeuta e psicanalista inclui outros aspectos além da formação profissional na medicina: “Estamos diante de uma questão de formação, cultura médica e estrutura de cuidado. Avançar nesse debate exige transformar não só o modo como se ensina medicina, mas também o modo como se escuta e se acolhe o paciente em sua complexidade”.

Para ela, é preciso também conscientizar os pacientes, para que possam identificar e reagir aos sinais de que estão sendo vítimas de uma conduta inadequada. “É essencial promover campanhas de conscientização e diálogo, grupos de apoio e palestras, para que esses pacientes possam reconhecer os sinais de gaslighting médico e buscar ajuda”. Beatriz defende ainda que a criação de redes de apoio e conscientização também é fundamental para que as pessoas possam compartilhar suas experiências e percebam que não estão sozinhas.

Na condição de paciente muitas vezes invalidada em suas queixas, Pricila Vieira também apela em favor

do aprimoramento dos profissionais de saúde. “Faz toda diferença validar o que a pessoa está dizendo e não achar que ela está simplesmente exagerando. Ninguém quer estar doente, ninguém quer sentir dor. Qual é o benefício de estar inventando aquilo? Não faz sentido”, argumenta.

COMO SE PREVENIR DO GASLIGHTING MÉDICO?

E quando um paciente pode desconfiar que está sendo vítima de gaslighting médico em uma consulta? Maitê ajuda a responder: “Isso ocorre quando o médico não te escuta ou fica te interrompendo, quando ele diminui seus sintomas ou os atribui a sua orientação sexual, seus hábitos de vida, peso, gênero ou idade sem uma escuta qualificada. Ou quando diz que os seus problemas são por conta de ansiedade, de depressão, de estresse, mas também sem essa escuta atenta”.

Ainda segundo ela, o paciente também pode suspeitar que está sendo vítima de gaslighting médico quando sai da consulta se sentindo culpado ou descredibilizado. “Às vezes o paciente chega a sentir vergonha de ter procurado ajuda médica, pela forma como foi atendido, já que era ‘algo tão simples’, falando ironicamente”, relata.

Beatriz também orienta os pacientes nesse sentido. A educadora parental e consultora em patient experience design lista três medidas que podem ajudar: anotar com detalhes todos os sintomas, ir às consultas com alguém de sua confiança e sentir-se no direito de buscar outra opinião médica. E indica canais de suporte ou denúncia para casos em que o paciente se sinta descredibilizado e prejudicado por essa má conduta médica.

“É possível procurar apoio em ouvidorias das instituições de saúde, conselhos profissionais (como o CRM) e defensores públicos. Algumas ONGs, coletivos de pacientes e redes de apoio em doenças crônicas também oferecem suporte jurídico e emocional”, aconselha. Para ela, é imprescindível que o paciente saiba que tem direito a um cuidado digno, escuta qualificada e respeito nas consultas médicas. “O cuidado em saúde deve ser uma via de diálogo e nunca de silenciamento”, ressalta. 

SAIBA MAIS

Leia também em outras edições de *Radis*:

- **A dificuldade das pessoas que vivem com síndromes e doenças raras para obtenção de diagnósticos:** *Radis* 149 (fevereiro de 2015)
- **Disautonomia ainda é tabu e pouco conhecida pela medicina:** *Radis* 248 (maio de 2023)

MANIFESTAÇÕES PRÓ GAZA PELO MUNDO

Atos pedem fim dos ataques de Israel e abertura de corredor humanitário

DA REDAÇÃO

Manifestantes em diferentes partes do mundo foram às ruas protestar contra os constantes ataques de Israel ao povo palestino e pela abertura imediata de corredores humanitários na Faixa de Gaza. Os atos ocorreram no final de semana dos dias 14 e 15 de junho em cidades como Londres, Istambul, Barcelona, Bruxelas e Santiago. No Brasil, as maiores manifestações aconteceram em São Paulo e Rio de Janeiro.

Em junho, o número de vítimas fatais pela ofensiva israelense, desde outubro de 2023, alcançou a marca de 55 mil pessoas, segundo o Ministério da Saúde de Gaza. Destas, 70% são mulheres e/ou crianças, de acordo com dados da Organização das Nações Unidas (ONU).

No Rio (14/6), ativistas do grupo Coletivo Alvorada subiram o Cristo Redentor, um dos principais pontos turísticos da cidade, para protestar. Nas escadarias do monumento, os manifestantes abriram uma faixa com os seguintes dizeres: "Stop the genocide in Gaza (Pare o genocídio em Gaza)".

Na capital paulista, milhares se reuniram no centro da cidade, seguindo para a Praça Cinquentenário de Israel, no bairro de Higienópolis. "É o maior ato já feito no Brasil em apoio à Palestina nos últimos 50 anos", disse Soraya Misleh, jornalista palestino-brasileira e coordenadora da Frente Palestina de São Paulo, em entrevista ao Brasil de Fato (15/6).

Presente à manifestação, o ativista brasileiro Thiago Ávila contou, também ao Brasil de Fato, sobre sua deportação de Israel. Ele estava a bordo do barco Madleen, que tentou chegar a Gaza com ajuda humanitária, mas acabou sendo interceptado pela marinha israelense (9/6). "É uma frustração imensa que a nossa missão não conseguiu abrir o corredor humanitário dos povos, não conseguiu entregar alimentos, medicamentos, muletas, próteses para crianças amputadas e filtros de água em Gaza", lamentou.

O brasileiro e outros 11 ativistas, entre eles a ambientalista sueca Greta Thunberg, foram detidos em uma embarcação do movimento Flotilha pela Liberdade quando navegavam no mar Mediterrâneo, a 180 km do território palestino. Thiago ficou cinco dias preso em Israel antes de ser deportado para o Brasil (13/6). "A batalha continua. Enquanto não tivermos o imperialismo e o sionismo, enquanto tivermos crianças morrendo de fome... nossa missão não estará completa".

ESCALADA DA VIOLÊNCIA NA REGIÃO

Na madrugada do sábado (21/6), os Estados Unidos atacaram instalações nucleares do Irã, destruindo por completo a principal delas, a de Fordow, que ficava dentro de uma montanha, a 80 metros de profundidade.

Poucos dias antes, Israel também havia lançado ataques aéreos ao Irã, atingindo dezenas de alvos militares e nucleares, incluindo a usina de enriquecimento de urânio em Natanz. A resposta do Irã foi imediata, mas considerada pouco efetiva. Atacou bases militares americanas no Catar, além de enviar mísseis a Israel. Quase todos foram interceptados por baterias antiaéreas.

Dias depois, o presidente Donald Trump anunciou um acordo de cessar fogo. Até o fechamento desta edição, o mundo acompanhava com atenção e temor o aumento da escalada da violência na região, historicamente marcada por conflitos.

EGITO IMPEDE MARCHA PARA GAZA

Forças policiais egípcias impediram a realização da "Marcha Global para Gaza", mobilização internacional organizada por movimentos sociais e representantes dos direitos humanos, de diversos países, que também ocorreria no final de semana dos dias 14 e 15 de junho.

Na semana anterior ao evento, as autoridades do Egito reforçaram as buscas e apreensões das pessoas que chegavam



São Paulo reuniu o maior número de manifestantes pró Palestina

ao Cairo para organizar a caminhada. O objetivo do movimento era percorrer os quase 50 km que separam a capital egípcia da cidade fronteiriça de Rafah. Lá, os manifestantes ficariam acampados até que houvesse a abertura de um corredor humanitário para o envio de alimentos e remédios aos palestinos.

De acordo com a Federação Árabe Palestina do Brasil (Fepal), um grupo de brasileiros viajou para participar da marcha. No entanto, ao chegarem ao Cairo, não puderam fazer nenhuma publicação nas redes sociais ou mesmo enviar informações para fora do Egito. Os desistiram do movimento e que continuarão lutando pela liberdade dos palestinos. organizadores da marcha global divulgaram uma carta oficial, na qual afirmam que não

“Após mais de 20 meses de bombardeios quase contínuos, a crise humanitária em Gaza atingiu níveis catastróficos. Desde 2 de março de 2025, apenas uma quantidade mínima de ajuda humanitária ou bens comerciais tem sido permitida em Gaza, exacerbando a fome e o sofrimento”, afirma a carta. Ainda segundo os organizadores, a tentativa da marcha

representava uma coalizão pacífica “de mais de 4 mil indivíduos, de 80 países, unidos no apelo pelo fim do genocídio em Gaza e pela abertura de um corredor humanitário”. “Não queremos olhar para trás daqui a décadas e nos perguntar se realmente fizemos tudo o que podíamos pelo povo palestino.”

COLETIVO DA FIOCROZ DIVULGA MANIFESTO PELA PALESTINA

Trabalhadores e estudantes da Fiocruz divulgaram manifesto (26/6) criticando veementemente as ações militares de Israel. No documento, assinado por centenas de pessoas e apoiado por dezenas de entidades e outros movimentos da sociedade civil do Brasil, o governo israelense é acusado de terrorizar o Oriente Médio e executar dois crimes simultâneos contra a humanidade: “limpeza étnica para a usurpação de territórios e genocídio contra o povo palestino”. Os profissionais ligados à área da saúde cobram ainda a ruptura das relações econômicas e diplomáticas com o Estado de Israel. Leia o manifesto: <https://bit.ly/manifestovozesdafiocruzpelapalestina> 

ATROCIDADE EM NÚMEROS (11/6/2025)

- 55.104 palestinos mortos*
- 124.394 feridos*
- 2 milhões de palestinos desalojados*
- 1.400 israelenses mortos
- 53 reféns israelenses seguem detidos (dos 251 inicialmente)

* Fonte: Ministério da Saúde de Gaza

“AS DOENÇAS REPLICAM DESIGUALDADES NA SOCIEDADE”

ADRIANO DE LAVOR

No livro “Aids e envelhecimento homossexual — representações gerontológicas e a linguagem da patologia”, o sociólogo João Paulo Gugliotti avalia a representação da homossexualidade nos últimos 40 anos pelas áreas da ciência que estudam o processo de envelhecimento humano (biogerontologia).

Fruto de pesquisa de doutorado do autor, a obra revela, por exemplo, como a epidemia de HIV/aids mudou a representação de homossexuais (e das demais pessoas da comunidade LGBTQIA+) no mundo científico. “A mudança do paradigma de doença mental para um perigo epidemiológico não foi apenas uma mudança qualitativa de termos”, adverte João Paulo à *Radis*.

Ele se refere à passagem de um entendimento psiquiátrico da homossexualidade, que foi retirada da Classificação Internacional de Doenças [CID] em 1974, para uma vertente epidemiológica centrada no risco de contrair uma infecção sexualmente transmissível (IST).

Coordenador do Núcleo de Pesquisa Aplicada em Gerontologia e Envelhecimento (Nupage) e pesquisador de pós-doutorado na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), ele avalia os impactos desta mudança de visão nos protocolos, políticas públicas e até no relacionamento entre as pessoas.

Em que área se situa a sua pesquisa?

No meu estudo de doutorado, que resultou na publicação do livro “Aids e envelhecimento homossexual”, publicado pela Editora da Universidade Federal de São Carlos (EdUFSCar) em 2024, analisei a literatura biogerontológica, que dialoga mais diretamente com o segmento biomédico, a área mais ampliada da medicina, do que com o serviço social ou com a gerontologia social. O estudo mostra como a biogerontologia não incorpora um debate importante que aconteceu nos anos 1970. Em 1974, acontece a despsiquiatrização da homossexualidade pela Associação Americana de Psiquiatria. Naquele momento, movimento social e profissionais de saúde

engajados com direitos humanos acreditavam que os estudos iriam avaliar os impactos à saúde causados, por exemplo, pelas formas de preconceito e pelo estigma, e abordar aspectos negligenciados historicamente pela medicina, fazendo contraposição às tentativas de “reversão” ou de “tratamento” da homossexualidade. Mas, nos anos 1980, temos como contraponto a epidemia de aids.

O que muda a partir daí?

A partir da epidemia de aids, a biogerontologia passa a se ocupar de segmentos então marginalizados da população (ou seja, grupos como homens homossexuais, mulheres lésbicas e a população trans e intersex). Porém, ao incluir essas pessoas em análises biomédicas, a partir dos modelos de saúde-doença, passa a associar, quase que inequivocamente, essas pessoas à epidemia de aids e aos discursos de risco de infecções sexualmente transmissíveis. A biogerontologia, portanto, repatologiza esses grupos, porque não reconhece outras dimensões da vida social e as situa apenas dentro de uma gramática de adoecimento, em um contexto de uma problemática viral que afetava toda a sociedade. Isso confinou essas pessoas a determinados “grupos de risco”, o que acabou por patologizá-las ao invés de cumprir a promessa de inclusão. O ponto chave do meu trabalho tem sido apontar que políticas de inclusão nem sempre são benéficas, ao menos, quando reforçam estigmas vigentes e modelos explicativos unidimensionais que reduzem aspectos sociológicos e de saúde a meras questões biológicas centradas na patologia.

De que modo essa mudança na representação da homossexualidade como doença mental para a categoria de grupo de risco impacta a saúde das pessoas LGBTQIA+?

São aspectos que impactam diretamente a vida das pessoas, a forma como as pessoas enxergam políticas públicas e como buscam informação, entre tantas outras coisas. A mudança de paradigma de doença mental para um perigo epidemiológico não foi apenas uma mudança qualitativa de termos, foi uma



ACERVO PESSOAL

“ A aids passou a ser mais vista como um problema de minorias sociais, raciais e sexuais, e muito menos como um problema coletivo ”

João Paulo Gugliotti

mudança nociva, já que se acreditava, naquele momento, que a aids tinha pulado de um reservatório humano, com origens em comportamentos sexuais “inadequados”, compreendendo populações não-heterossexuais e não-brancas, para a sociedade. A noção de “reservatórios de doenças venéreas” aplacou naquele momento o desejo da medicina e da epidemiologia em apontar, descrever e incluir segmentos vistos como desviantes na sociedade dentro de uma nova categoria médica.

Foi uma mudança de linguagem?

Uma mudança para o que eu chamo de uma linguagem da patologia. Ela retrata o contexto da década de 1980, nos Estados Unidos, e do governo ultraconservador de Ronald Reagan (1981-1989). Uma linguagem que é gestada no período mais letal da aids e que também reflete a forma como o CDC [sigla do Centers for Disease Control and Prevention, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos] enxergava as doenças, até porque os quadros do CDC em grande medida são quadros políticos. A forma como um quadro político que está à frente de um país enxerga determinados processos de adoecimento se reflete em alguma medida na forma como instituições e cientistas eventualmente tratam as pessoas em protocolos clínicos e pesquisas. Eles incluíram as pessoas LGBTQIA+ utilizando uma linguagem pejorativa, que criava uma espécie de cordão sanitário ao redor delas. A aids passou a ser mais vista como um problema de minorias sociais, raciais e sexuais, e muito menos como um problema coletivo, que deveria ser enfrentado com respostas coletivas.

A partir de sua pesquisa, qual é o impacto real da epidemia de HIV e aids no envelhecimento de pessoas LGBTQIA+?

Quando se cria uma representação, e essa representação se torna hegemônica — ou quando se cria uma identidade sobre o aspecto cultural de disseminação de uma doença na sociedade, afirmando que ela está relacionada a um determinado grupo — a sociedade se desabona da preocupação com outras pessoas, ou de olhar para a doença dentro de

um espectro maior. As doenças replicam desigualdades na sociedade. Hoje, o debate sobre HIV e aids entre pessoas mais velhas no Brasil ainda é muito incipiente; em 2015, a epidemia passou a ter uma preponderância de novos casos notificados entre pretos e pardos. Estes exemplos têm a ver com processos de desigualdade, já que se referem a pessoas que não conseguem acessar os serviços por inúmeras razões.

E como isso afeta diretamente a população LGBTQIA+?

Dentro do movimento LGBTQIA+, de forma geral, existem representações muito particulares. Entre os homens gays, por exemplo, são preponderantes as representações que enaltecem a juventude e a liberdade. Embora sejam representações positivas, importantes, em grande medida também reforçadas pela indústria cultural, há um vácuo sobre o envelhecimento, até porque os modelos hegemônicos de masculinidade, de relacionamentos e as próprias corporalidades, são muito mais intensos e arraigados entre grupos historicamente subalternizados. Esses grupos disputam aceitabilidade social. E aceitabilidade está diretamente relacionada à adequação social e à normalidade.

Em que sentido?

A gente diz muito, dentro dos estudos de HIV e aids, que a epidemia ensinou aos homossexuais que a eles não bastava ter uma saúde boa; eles precisavam performar uma saúde excelente. Nos anos 1980, surgiu a ideia do corpo sarado, do corpo curado, que é alçado a ícone cultural hegemônico no meio gay, com uma relação muito forte com a juventude. Isso não é apenas um modelo de saúde, mas também é uma forma de pânico moral subjetivada pelas pessoas. Eu já fiz pesquisas em aplicativos de encontros, onde as pessoas buscam exatamente esse modelo do pânico sexual: homens discretos, másculos, jovens e “fora do meio”. Isso, por um lado, mostra como homens gays aprenderam a negociar seus desejos e sua identidade, subjetivando questões de saúde; por outro, aponta para os limites desses modelos hegemônicos vigentes que invisibilizam segmentos mais velhos, tanto em termos de políticas de saúde de uma forma mais abrangente, como de questões mais básicas, a partir de experiências afetivas e dos relacionamentos amorosos/sexuais. 

■ Leia a entrevista completa no site de *Radis*



DIVULGAÇÃO / PARIS FILMES / ROLLING STONE BRASIL

NEY COM H MAIÚSCULO

A cinebiografia *Homem com H* explora a trajetória de vida do artista brasileiro Ney Matogrosso — cantor, intérprete, dançarino, ator e diretor — desde sua infância, em Bela Vista (MS), marcada por uma difícil relação com o pai, que era militar, e pela violência homofóbica que sofreu. O filme toca em diversos temas correlatos à saúde, como o respeito às diferenças e construção de estigmas em relação à aids, e descreve um período difícil de enfrentamento a preconceitos no contexto da ditadura militar brasileira. No longa, Ney, interpretado pelo ator Jesuíta Barbosa, liberta-se de opressões e figuras de autoridade, quebra preconceitos e se consagra como um dos artistas mais influentes de sua geração. A obra levou mais de 600 mil espectadores ao cinema e já está disponível na plataforma de streaming Netflix desde 17 de junho.

ADOLESCENTES EM PERIGO

Um alerta a pais e familiares de adolescentes. Esse é o intuito de Paulo Zsa Zsa ao publicar o livro *“Aconteceu com minha filha”* (Geração Editorial). O autor — que utiliza pseudônimos — relata o sofrimento de sua filha Júlia, uma adolescente de 13 anos, que após acessar comunidades tóxicas no submundo digital, por meio do aplicativo de comunicação Discord, torna-se uma pessoa agressiva, isolada e emocionalmente instável. Seguindo comandos destrutivos, Júlia passa por sessões filmadas de humilhação e automutilação e simula um enforcamento, até gritar por socorro e recorrer a tratamento psiquiátrico com a ajuda do pai. Mais do que uma narrativa impactante, o livro revela os perigos invisíveis das telas e o poder silencioso das redes sociais sobre a saúde mental dos adolescentes. Ao mesmo tempo, mostra que é possível reconstruir laços, resgatar afetos e recomeçar.



DIVULGAÇÃO

UM JOGO SOBRE DIGNIDADE MENSTRUAL

Produzido por pesquisadoras da Fiocruz, o jogo de tabuleiro *“O Ciclo do Poder”* visa promover conversas abertas e reflexivas sobre o ciclo menstrual e seus atravessamentos sociais, culturais e políticos, incluindo o tema da dignidade menstrual. A narrativa do jogo é baseada na personagem Cris, que está prestes a menstruar pela primeira vez. Os jogadores devem ajudá-la a atravessar o ciclo da forma mais acolhedora e informada possível, propondo soluções para os dilemas apresentados por meio de cartas de alternativas. O Ciclo do Poder é um jogo cooperativo para até dez pessoas, com duração aproximada de 30 minutos, voltado para crianças e adolescentes de 10 a 15 anos. O jogo busca parcerias para financiamento e futura produção em larga escala. Acompanhe o projeto em: www.instagram.com/jogociclodopoder.



DIVULGAÇÃO



DIVULGAÇÃO

O SUS QUE INSPIRA

A editora Rede Unida e a plataforma colaborativa IdeiaSUS lançaram (17/6) o e-book *“Fiocruz é SUS: cuidados, humanização e inovações pelo Brasil”*. A obra, fruto da parceria entre a Fiocruz e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), debruça-se sobre cinco experiências premiadas — uma em cada região do país — na edição de 2024 da Mostra Brasil Aqui tem SUS. A publicação destaca o papel fundamental do sistema público de saúde e dos municípios no cotidiano das pessoas. O lançamento ocorreu durante o 38º Congresso do Conasems, realizado em Belo Horizonte, de 15 a 18 de junho. Acesse o e-book em <https://bit.ly/ebookideiasus2025>.

Fim dos manicômios é produção de vida

PAULO AMARANTE*

Dentre as muitas revelações sobre a história da loucura, da clínica e da medicina, Foucault nos fez saber que não foi a psiquiatria que criou o hospício; ao contrário, o hospício é que fundou a psiquiatria. O hospício é o “a priori” da psiquiatria!

No contexto da idade clássica, existiam instituições conhecidas como “grande enclausuramento”, um misto de albergue e detenção, na qual eram recolhidos mendigos, “delinquentes”, desabrigados, doentes, loucos, bêbados, enfim, pessoas vulnerabilizadas, de várias ordens. Uma espécie de instituição filantrópica com funções também de ordem social, oficialmente denominada de “hospital geral”.

Após a intervenção de Philippe Pinel (1745-1826), considerado o fundador da psiquiatria, o hospital seria destinado apenas a acolher e tratar enfermos. Atualmente não se fala de hospital como lugar de hospedagem e reclusão social, mas apenas como instituição médica. Toda uma fundamentação “científica” será construída para justificar que as pessoas que lá permanecem o estão por razões terapêuticas e não políticas, econômicas ou sociais. Mas a realidade não foi bem assim.

Na virada da década de 1970 para 1980, ocasião na qual teve início o movimento da Reforma Psiquiátrica, existiam mais de 80 mil pessoas internadas em hospitais psiquiátricos no país. Uma pesquisa realizada na Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro, revelou que o tempo médio de internação era de 21 anos. A expressão “colônia” de alienados, abusivamente adotada no Brasil desde o advento da República, revela esta modalidade de institucionalização inspirada na detenção de pessoas a serem reabilitadas para a sociedade. Mais uma vez, a realidade não foi bem assim. A Colônia de Juquery, no estado de São Paulo, tinha mais de 20 mil internos em situação de miséria e penúria.

Franco Basaglia, o psiquiatra italiano que liderou a reforma em seu país, e que serviu de base para o processo brasileiro e de muitos outros países, visitou a Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, e comparou-a aos campos de concentração nazistas.

Quando foi iniciada a desmanicomialização no Brasil, pôde-se perceber que as internações eram justificadas por muitas razões. Mais do que um trabalho de desospitalização, seria necessário um amplo e consistente processo de

desinstitucionalização. Isto é, não se tratava apenas de uma simples mudança de modelo assistencial: fechar manicômios e abrir serviços de cuidado em liberdade.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o acompanhamento e o cuidado em saúde mental nas equipes de Saúde da Família, as outras modalidades de cuidado, seriam insuficientes para o tamanho do problema. As pessoas internadas eram herdeiras da tradição do Grande Enclausuramento: em geral, pessoas para as quais o Estado não ofereceu políticas de proteção, promoção e defesa da vida. Pessoas que não tiveram condições dignas de nascimento, alimentação, moradia, educação, formação profissional, direitos.

Enfim, mais do que a criação de serviços que pudessem oferecer cuidado real, e em liberdade, mostrou-se necessária a invenção de vários dispositivos de produção de vida, sociabilidade, ocupação dos espaços e possibilidades urbanas. Foi preciso instaurar várias iniciativas de trabalho e economia solidária, de centros de convivência e cultura e de pertencimentos coletivos.

Tomou corpo um potente projeto de arte e cultura, assim como de esportes e participação social que, transcendendo os objetivos terapêuticos e de mero entretenimento, passou a significar a produção de novos sentidos e estratégias de diálogo com a sociedade, de transformação das identidades centradas na ideia de patologias.

Também foi necessário criar projetos de residencialidade e, muito mais que criar “serviços residenciais terapêuticos”, oferecer a possibilidade de viver na cidade: de habitar e ocupar os espaços urbanos. Cada vez mais, as residências se afastam do significado de “serviços” e de “terapêuticos”, para almejarem ser dispositivos de ocupação do espaço social, do território, da pólis, da cidade, da cidadania.

Lima Barreto começou o romance inacabado com o instigante e provocativo título “Cemitério dos Vivos”, que se refere às suas internações no Hospício Nacional de Alienados na Praia Vermelha: um cemitério onde estão enterradas pessoas vivas, porém mortas socialmente. O potente trabalho da Reforma Psiquiátrica brasileira, com o fechamento de mais de 60 mil vagas em hospícios, a criação de um vigoroso trabalho de atenção ao sofrimento na atenção primária e nos Centros de Atenção Psicossocial, os centros de convivência, as iniciativas de arte e cultura, de geração de renda e de economia solidária, os projetos de residencialidade, nos aventa à analogia: vidas ressuscitadas! 

■ PAULO AMARANTE É PESQUISADOR SÊNIOR DO LABORATÓRIO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (LAPS) DA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA (ENSP/FIOCRUZ) E DO CENTRO DE ESTUDOS ESTRATÉGICOS (CEE) DA FIOCRUZ. É FUNDADOR DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL (ABRASME) E UM DOS PIONEIROS DO MOVIMENTO BRASILEIRO DE REFORMA PSQUIÁTRICA..



Valorizar o **SUS** é construir o futuro da **saúde**

A **Plataforma Colaborativa IdeiaSUS** é o espaço onde experiências, projetos e práticas transformadoras do SUS são compartilhados, discutidos e valorizados.

Aqui, trabalhadores da saúde, gestores, pesquisadores e cidadãos podem:

- Trocar conhecimento, aprendendo com iniciativas que deram certo.
- Acessar um acervo vivo com mais de 3.500 práticas e soluções de todo o país.
- Contribuir para o aperfeiçoamento contínuo do SUS e da saúde pública.



PLATAFORMA COLABORATIVA

IdeiaSUS

Acesse, participe, valorize.
O SUS cresce quando você compartilha.



 **FIOCRUZ**

SUS 

MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO