



ENSP



FIOCRUZ

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: "NOVOS MANICÔMIOS"

Sob a fachada de acolhimento, CTs reproduzem
as faces da barbárie manicomial



CLAUDER MOUTINO

DIREITO À CIDADE: Os “caçadores de estádios de futebol” Cláudio e Karla Bazoli estiveram na sede da Fundação Oswaldo Cruz, em Manguinhos (RJ), onde receberam em mãos a edição impressa da revista de fevereiro deste ano (*Radis* 281), na qual o casal foi entrevistado. Cláudio é cadeirante há mais de 25 anos e desde 2018 desenvolve um projeto, junto com sua esposa, que visa conferir as condições de acessibilidade para pessoas com deficiência e dificuldade de locomoção em praças esportivas no Brasil e em outras partes do mundo. O casal já soma mais de 200 estádios visitados em 24 países e registra todas as experiências na página @caçadoresdeestadiosdefutebol, no Instagram.

RADIS

edição 284 ■ mai 2026

NOSSA CAPA: IMAGEM GERADA COM IA
E EDIÇÃO DE EDUARDO DE OLIVEIRA



EDITORIAL

3 Comunidades terapêuticas
e as sombras manicomiais

4 VOZ DO LEITOR

5 SÚMULA

CAPA | SAÚDE MENTAL

10 Nem comunidades
nem terapêuticas

20 25 anos da lei do cuidado
em liberdade

PARTICIPAÇÃO SOCIAL

22 40 anos da oitava:
a conferência popular

COMUNICAÇÃO E SAÚDE

28 Charlatões da internet

34 SERVIÇO

PÓS-TUDO

35 Os 25 anos da lei 10.216
e o legado da Reforma
Psiquiátrica Brasileira

Comunidades terapêuticas e as sombras manicomiais

O fim dos manicômios é um capítulo inconcluso da história da saúde mental no Brasil. A interdição dos horrores vividos nos hospitais e colônias psiquiátricas mobilizou esforços de militantes, trabalhadores e trabalhadoras da saúde, usuários e seus familiares, em um movimento que deu vida a experiências inovadoras de cuidado em liberdade. Ainda assim, as práticas manicomiais encontraram formas de sobreviver, como ervas daninhas, com outros nomes e subterfúgios.

Uma das novas configurações manicomiais — talvez a mais emblemática no presente — são as ditas “comunidades terapêuticas” (CT), nome que disfarça o propósito de contenção e controle de seres humanos. Na fachada, elas têm a proposta de acolher pessoas que fazem uso problemático de álcool e drogas. Na realidade, são instituições asilares que reproduzem práticas de encarceramento, violência física e religiosa e exploração do trabalho como solução “terapêutica”, como revelam os relatórios de inspeção do Estado brasileiro, consultados para a reportagem de capa desta edição.

A metáfora utilizada por um dos entrevistados, Pedro Antunes da Costa, professor da Universidade de Brasília (UnB) e integrante da Campanha Nacional contra as CTs, ajuda a dimensionar o que as comunidades terapêuticas representam: elas são uma síntese de quatro instituições formadoras da sociedade brasileira — os manicômios, as prisões, as igrejas e as senzalas.

No mês da luta antimanicomial, a reportagem assinada pelo editor de *Radis*, Luiz Felipe Stevanin, mostra como essas quatro faces se combinam para que, como sombras do passado, os horrores manicomiais se reinventem e se adaptem ao presente, afinados com a lógica neoliberal, medicalizadora, individualista, culpabilizante dos sujeitos e com viés religioso.

Depoimentos e falas que compõem a matéria retratam um cenário de violências e violações de direitos, confirmados pelos relatórios de inspeção. A história de Eduardo Real, um sobrevivente, nos permite adentrar os muros dessas instituições: foram 14 internações em 15 anos, nas quais ele foi submetido a situações de privação de liberdade, imposição religiosa, LGBTIfobia, castigos e espancamento, supostamente para “curá-lo” do “vício e da homossexualidade”. “O que me tirou das comunidades terapêuticas foi a militância e o cuidado em liberdade”, afirma o integrante do Movimento Nacional de Vítimas de Comunidades Terapêuticas (MNVCT).

Ouvir não apenas aqueles que se dedicam a estudar o tema, mas também as pessoas que vivenciaram a realidade, é

parte do compromisso de *Radis* em acolher as vozes cidadãs. O protagonismo dos usuários é também princípio da Reforma Psiquiátrica; em 2026, celebra-se os 25 anos da Lei 10.216/2001, que estabeleceu os direitos das pessoas com transtornos mentais. Como destaca o pesquisador sênior da Fiocruz, Paulo Amarante, no Pós-tudo, a reforma começou muito antes da lei, pois foi gerada pelas lutas e experiências concretas.

Ainda assim, essas conquistas estão sob ameaça, em razão da estagnação e da falta de investimentos na Rede de Atenção Psicossocial (Raps), como apontam dados trazidos pela matéria. “Não se faz a luta contra os manicômios se não se constrói a rede de atenção e cuidado em liberdade”, ressalta Rosangela Cecim, da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (Renila). Esse capítulo em direção à liberdade plena, sem o assombro dos fantasmas manicomiais, ainda está sendo escrito.

Lembrar para resistir e reinventar. As raízes do SUS remontam à histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, que completou 40 anos em 2026. A repórter Lícia Oliveira ouviu depoimentos de participantes da 8ª e mostra que a mobilização começou muito antes do encontro. Um país que saía de uma ditadura, com a informação controlada por poucos, teve diante de si o desafio de organizar um evento democrático para redefinir os rumos da saúde.

Testemunha e participe desse processo, *Radis* revisita a 8ª CNS em um ano em que muito se falou sobre ela, mas com um olhar próprio: queremos lembrar que, sem participação social, as mudanças necessárias para a saúde não teriam acontecido. Esse foi o grande diferencial e é o legado vivo da 8ª, que deve continuar inspirando a defesa do SUS.

Outra matéria, da repórter Paula Passos, analisa a oferta de tratamentos fantasiosos e sem comprovação científica na internet. É um fenômeno contemporâneo que reforça uma visão mercadológica em detrimento do direito à saúde, como afirma a pesquisadora do Ict/Fiocruz, Pâmela Pinto.

“Novos manicômios”. O legado da 8ª. Promessas de terapia infundadas. O que esses temas têm em comum é a pertinência de se pensar a saúde como um direito coletivo que garante a dignidade e a vida das pessoas, entendendo o SUS como o mais perto que a gente já chegou de outra forma de sociedade, como afirma Pedro Costa na reportagem de capa. Uma sociedade em que as pessoas possam viver em liberdade e as singularidades sejam respeitadas.

■ ROGÉRIO LANNES ROCHA, EDITOR-CHEFE E COORDENADOR 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



CANNABIS MEDICINAL

Parabéns por abordarem este assunto tabu para boa parte dos médicos. Sou médico e prescriptor há seis anos e, enquanto

estive na Atenção Primária e no CAPS AD [Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas], as gestões jamais se interessaram e o CFM [Conselho Federal de Medicina] continua sem prestar atenção aos mínimos movimentos legais já em curso no país.

Gervásio D'Araújo

Importante reflexão! E inclusive acho muito interessante pensar mais sobre a regulamentação pela Anvisa, com a criação do Sandbox: de fato vai facilitar o acesso? Porque melhora a saúde dos meus pacientes, disso eu não tenho dúvidas!

Juliana Paiva

Todo uso é terapêutico. Educação sobre sistema endocannabinoide e os efeitos da planta para todos! Maconha é questão de saúde pública!

Daniel Thomas



SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Não há como enfrentar o racismo quando não se enxerga o negro como ser humano. Em um país onde o exercício pleno da cidadania ainda é negado à maioria da população, eu questiono: quando nós, negros, nos tornamos cidadãos de fato e de direito? Sem reconhecermos as causas, as consequências continuarão a se perpetuar.

Ivanise Lobo

As gestões ignoram [a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra] porque não é meta, não há obrigatoriedade, não há financiamento para essa política. Eu lamento muito. É necessário mais investimento!

Patrícia Ana Muller

A saúde da população negra nunca foi alvo de políticas e práticas eficazes e intersetoriais. Letras da lei não bastam! Os índices de morbimortalidade de crianças e jovens negros são alarmantes!

Rita Santos

Os dados estão aí! Nossa obrigação é mudar essa realidade.

Bia Franchini

Seria muito bom ter mais médicos pretos para entender melhor e estudar as doenças que temos.

Ana Caetano

O Ministério da Saúde, com todas as secretarias com gestão branca no segundo país mais negro do planeta, acaba legitimando o extermínio negro através de suas políticas, portarias e práticas.

Renata Coutinho

CATÓLICAS PELO DIREITO AO ABORTO

Você pode ter religião e apoiar o direito de decidir. Uma coisa não exclui a outra. Eu sou umbandista e apoio o direito de decidir.

Jana Galli

Já passou da hora do Brasil permitir o aborto em todos os casos, assim como vários países ocidentais já fizeram.

Pedro Izzy

SANITARISTAS INDÍGENAS

Bom ver um projeto dando frutos. Parabênz as/os profissionais envolvidas/os. Em especial, Luiza Garnelo. Que a sociedade receba as/os novas/os profissionais, tenho certeza que farão a diferença.

Jane Felipe Beltrão

EXPEDIENTE

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

FIOCRUZ

Mario Moreira
Presidente

ENSP

Marco Menezes
Diretor

PROGRAMA RADIS

Rogério Lannes Rocha
Coordenador e editor-chefe

Justa Helena Franco
Subcoordenadora

REDAÇÃO

Luiz Felipe Stevanim
Editor
Glauber Tiburtino
Subeditor

Reportagem

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

Arte

Eduardo de Oliveira, Felipe Plauska e Fernanda Andrade

ADMINISTRAÇÃO

Fábio Lucas e Ingridi Maia da Silva

DOCUMENTAÇÃO

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

ASSINATURAS

Assinatura grátis (sujeita a ampliação)
Periodicidade mensal Impressão Gráfica RJ Offset
Tiragem 112.800 exemplares

USO DA INFORMAÇÃO

Textos podem ser reproduzidos, citada a fonte original.



SANITARISTA E DOULA AGORA SÃO PROFISSÕES REGULAMENTADAS

WALTERSON ROSA / MS

Cerca de 30 mil profissionais já podem obter o registro de sanitarista em todo o Brasil. O Decreto 12.921, assinado em 6 de abril, detalha os critérios para a obtenção de registro estabelecidos na Lei 14.725 de 2023 para regular a profissão. Com uma atuação em planejamento, gestão, vigilância e promoção da saúde pública e saúde coletiva, o sanitarista trabalha a partir de um olhar multidisciplinar e é fundamental para a consolidação e o desenvolvimento do SUS.

Os primeiros registros foram entregues em cerimônia na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) em 7 de abril, mesma data em que o decreto foi publicado no Diário Oficial da União e em que se comemora o Dia Mundial da Saúde. A primeira pessoa a receber o documento foi a professora e pesquisadora emérita da Fiocruz Cecília Minayo, que ao longo de sua história profissional formou diversos outros sanitaristas.

“ O reconhecimento da profissão de sanitarista representa uma trajetória construída por muitas mãos, por muitas gerações que lutaram pela saúde pública no Brasil ”

Cecília Minayo, professora e pesquisadora emérita da Fiocruz, primeira pessoa a receber o documento (foto acima)

Para obter o registro de sanitarista

Os profissionais deverão pedir o registro pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde. Os critérios são:

- Graduação em saúde coletiva ou saúde pública e mestres e doutores nessas áreas
- Ser profissional com residência médica ou multiprofissional em saúde coletiva e saúde pública
- Graduação em outras áreas, mas com especialização no campo
- Profissional com ensino superior e pelo menos cinco anos de experiência comprovada até a data da lei
- Diplomas obtidos no exterior precisarão ser revalidados no Brasil.

Regulamentação para as doulas

Na mesma semana (8/4), foi sancionada a Lei 15.381/2026, que regulamenta a profissão de doula, cuja atuação é especialmente ligada ao parto, mas que se estrutura também como apoio físico, emocional e informacional à gestante antes e depois dele. A legislação define as atribuições dessas profissionais, em cada etapa da gestação, e determina o que não podem fazer, como procedimentos médicos, de enfermagem ou fisioterapia.

A presença da doula passa a ser garantida nos serviços públicos e privados, durante e após o trabalho de parto, e é de livre escolha da gestante. Sua participação não substitui o direito ao acompanhante e a presença não pode ser cobrada por hospitais e maternidades. Para ser doula, são necessários os diplomas de ensino médio e de curso de qualificação com duração mínima de 120 horas. Para as profissionais que atuavam antes da lei, é preciso comprovação de mais de três anos da atividade.



Pacientes com direitos garantidos

O governo brasileiro sancionou (7/4) a Lei nº 15.378/2026, que cria o Estatuto dos Direitos do Paciente, reunindo em um único texto os direitos e deveres de pessoas atendidas em serviços de saúde públicos e privados. O estatuto representa um marco legal cuja principal finalidade é garantir mais autonomia, dignidade, segurança e informação aos pacientes. A lei também estabelece responsabilidades, como fornecer informações corretas sobre sua saúde, seguir orientações médicas e respeitar as regras dos serviços e as outras pessoas.

Entre os direitos assegurados estão:

- Receber informações claras sobre diagnóstico e tratamento
- Participar das decisões e aceitar ou recusar procedimentos
- Ter privacidade e confidencialidade dos dados
- Contar com acompanhante em consultas e internações
- Não sofrer discriminação
- Buscar segunda opinião médica
- Ter acesso ao prontuário e a cuidados de qualidade

FREPIK / EDIÇÃO RADIS



ANTONIO SCARPINETTI

Furto de vírus na Unicamp

O furto de amostras de vírus em um laboratório de nível máximo de biossegurança (NB-3) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) mobilizou o noticiário nacional entre o fim de março e o início de abril. A professora Soledad Palameta Miller chegou a ser presa em 23 de março, mas foi liberada provisoriamente e deverá responder por transporte irregular de organismo geneticamente modificado, fraude processual e por colocar em risco a saúde pública. Ela e o marido, o veterinário e doutorando da Unicamp Michael Edward Miller, são investigados pela Polícia Federal (PF).

As amostras foram retiradas do Laboratório de Virologia do Instituto de Biologia e, posteriormente, localizadas em dois outros locais da própria Unicamp: na Faculdade de Engenharia de Alimentos — onde a investigada é lotada — e no Laboratório de Doenças Tropicais. Segundo apurações do G1 e do Fantástico, pelo menos 24 cepas diferentes de vírus circularam indevidamente, incluindo dengue, chikungunya, zika, herpes, coronavírus humano e influenza A, além de vírus que infectam animais.

A PF aponta que a motivação estaria ligada a pesquisas internas do casal, descartando terrorismo biológico. As autoridades informaram ainda que todas as amostras foram recuperadas e que não houve contaminação externa.



FERNANDO FRAZÃO / AGÊNCIA BRASIL

EM MEMÓRIA AOS 700 MIL MORTOS PELA COVID-19: No Dia Mundial da Saúde (7/4), o Rio de Janeiro inaugurou o Memorial da Pandemia. Instalado no Centro Cultural do Ministério da Saúde (CCMS), no Centro da cidade, o espaço é dedicado à memória dos mais de 700 mil mortos pela covid-19 no Brasil.

Escala 6x1 com os dias contados?

Enquanto a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 8/25, que discute o fim da escala de trabalho 6x1, tramita na Câmara dos Deputados, o Governo Federal decidiu enviar ao Congresso (14/4) um Projeto de Lei (PL) que trata sobre o mesmo assunto. A avaliação é de que seria mais fácil aprovar um PL, já que esse instrumento tem uma tramitação mais curta e demanda menos votos para ser ratificado. A proposta do presidente Lula prevê a redução da jornada semanal de 44 para 40 horas, com dois dias de descanso, sem corte de salário e sem período de transição.

Em 22 de abril, a Comissão de Constituição e Justiça (CCJ) aprovou parecer favorável à PEC 8/25, que agora segue para análise de uma comissão especial antes de ir para apreciação na Câmara. Se aprovada pelos deputados, a PEC ainda precisará ser apreciada no Senado. *Radis* 269 trouxe à tona a discussão em fevereiro de 2025: “Como a escala 6x1 afeta a vida e a saúde de trabalhadores e trabalhadoras”. Desde então, o tema ganhou força e o movimento contra a exploração do trabalho e por mais qualidade de vida aumentou a pressão sobre os patrões e os políticos brasileiros.



TOMAZ SILVA / AGÊNCIA BRASIL

Brasil tem novo Plano Nacional de Educação

Sancionado pelo Governo Federal (14/4), o novo Plano Nacional de Educação (PNE) se organiza em três pilares: acesso, qualidade e equidade. O conjunto de 19 objetivos, 73 metas e 372 estratégias para a educação nacional para os próximos 10 anos traz avanços importantes. O objetivo é garantir que todos tenham acesso à educação, melhorar a qualidade do ensino e promover igualdade de oportunidades para os estudantes brasileiros.

“A proposta vai além de um mero plano de metas e representa um avanço programático para o país. O texto amplia o horizonte de atuação dos entes quanto aos novos temas mencionados sem abandonar as lutas e obrigações históricas — como universalização do acesso, melhoria da qualidade, valorização docente e financiamento adequado”, afirma parecer da senadora Teresa Leitão (PT-PE).

Principais pontos do novo PNE

- Maior ênfase na qualidade educacional
- Fortalecimento da equidade como princípio
- Definição de metas mais claras ao longo da aprendizagem
- Melhoria do monitoramento de execução
- Aumento gradual do financiamento
- Expansão da oferta de ensino integral
- Combate à violência
- Investimento em infraestrutura e tecnologia nas escolas



MARCELO CAMARGO / AGÊNCIA BRASIL

Jovens e adultos de volta à sala de aula

O Ministério da Educação (MEC) lançou (30/3) o CadEJA, plataforma que permite a pessoas com 15 anos ou mais, interessadas em concluir os estudos, registrarem sua demanda por vagas na Educação de Jovens e Adultos (EJA) em todo o país. O sistema reúne informações sobre oferta de turmas na rede pública e facilita o encaminhamento dos candidatos às secretarias de educação locais, que entram em contato para efetivar a matrícula. O cadastro pode ser feito online ou pelo aplicativo do MEC.

- Para mais informações, ligue: 0800-616161 ou acesse gov.br/mec/pt-br/cadeja.

MEC lança ferramentas gratuitas de livros e idiomas

Dois aplicativos de estudos foram disponibilizados em abril pelo Ministério da Educação. De forma gratuita, o MEC Idiomas e o MEC Livros abrangem todo território nacional e são voltados, em especial, para estudantes da rede pública de todo o país e professores de idiomas não especializados.

MEC Livros: O aplicativo funciona como uma biblioteca digital do Brasil, que amplia o acesso público e gratuito a livros em formato digital. Com obras de domínio público e outras contemporâneas licenciadas, o acervo digital é organizado a partir de critérios que valorizam a diversidade literária, cultural e linguística. Já disponível para download nas principais lojas de app, via login no portal Gov.br.

MEC Idiomas: Em breve disponível para download, o aplicativo de aprendizagem bilíngue autoinstrucional tem o objetivo de ser o primeiro contato entre o estudante de línguas iniciante e o idioma de sua escolha (inglês ou espanhol). As aulas estão organizadas em seis níveis, do básico ao avançado.



JULIANA DUARTE

ATL 2026: Por demarcação dos territórios e defesa da vida indígena, o Acampamento Terra Livre (ATL) reuniu mais de 7 mil indígenas em sua 22ª edição, entre 5 e 11 de abril, com o tema “Nosso futuro não está à venda: a resposta somos nós”. Mobilização é organizada pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib).

Saneamento para os povos originários

Em encontro com lideranças indígenas, ocorrido em Brasília, no dia 9 de abril, o governo brasileiro anunciou diversas ações para ampliar a assistência e o cuidado em territórios indígenas. Dentre as medidas, está o lançamento do Programa Nacional de Saneamento Indígena (PNSI), que conta com investimento de R\$ 187 milhões. Desse montante, R\$ 132 milhões serão destinados para abastecimento de água, R\$ 36 milhões para esgotamento sanitário e R\$ 19 milhões para manejo de resíduos sólidos.



REPRODUÇÃO NASA

OUTRO GRANDE PASSO PARA A HUMANIDADE: A missão Artemis II realizou a primeira viagem tripulada até a Lua (1/4) deste século — a última tinha sido em 1972 — e teve o marco histórico da primeira mulher astronauta a sobrevoar a órbita lunar, Christina Koch, e a primeira pessoa negra, Victor J. Glover.

NEM COMUNIDADES

Instituições segregam pessoas que fazem uso de álcool e drogas, violam direitos e são uma ameaça às conquistas da Reforma Psiquiátrica

LUIZ FELIPE STEVANIM

Eduardo Real havia acabado de chegar do trabalho, em 2011, quando se viu sequestrado dentro de sua própria casa e levado por um pastor evangélico para um destino desconhecido. Semanas antes, ele decidiu pedir ajuda à família por conta de problemas com o uso de cocaína. Não imaginava que a “ajuda” viria em forma de ruptura violenta com sua rotina e seus laços afetivos. Arrastado contra a vontade, sem respostas sobre o local para onde era conduzido, ele se deparou pela primeira vez com uma comunidade terapêutica.

“Fui internado involuntariamente, mediante sequestro. Acordei dentro de uma instituição, na cidade de Cotia (SP), numa área bem rural. Meses depois que fui entender onde eu estava”, conta. Ao despertar,

o rapaz de 24 anos se descobriu em um galpão com outros 80 homens, de idades variadas. Os internos eram acomodados em beliches, separados por cerca de um metro. No local, havia apenas uma porta trancada e janelas com grades.

Naquele ambiente abafado, Eduardo passaria os próximos nove meses de sua vida. “Lá fedia muito. No fundo tinham três banheiros, sem porta, porque alguém já havia se suicidado lá dentro. A gente fazia ‘necessidade’ na frente de todo mundo”, relembra. Ao lado dos banheiros, ficava o local que ele mais temia: o quartinho de oração, onde eram aplicadas as punições. “Um dos castigos era espancamento, ou manter a pessoa isolada escrevendo versículos, ou sem poder comer e dormir. Outro

NEM TERAPÊUTICAS

era a privação de sono: ligavam uma caixa de som com música evangélica e a pessoa não podia dormir por um ou dois dias”.

Tortura psicológica, imposição religiosa, violência física e distanciamento da família fizeram parte das experiências pelas quais Eduardo passou em suas 14 internações em instituições como essa. Longe de “curar o vício”, os traumas sofridos desde a primeira reclusão o levaram ainda mais ao uso problemático das drogas. “Minha porta de entrada para o crack não foi a cocaína nem a maconha, foi a violência que eu passei numa comunidade terapêutica”, afirma à *Radis*. Hoje ele é membro do Movimento Nacional de Vítimas de Comunidades Terapêuticas (MNVCT) e denuncia que essas instituições atuam como “novos manicômios”.

Por definição, as chamadas comunidades terapêuticas (CTs) são instituições privadas, a maior parte delas religiosas, que acolhem pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas. Contudo, por trás da fachada de “acolhimento”, elas se utilizam da privação de liberdade, promovem castigos e tortura, impõem visões religiosas e exploram o trabalho, por vezes em regime análogo à escravidão. Essas são algumas constatações do Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, publicado pelo Ministério Público Federal (MPF) em 2025.

Na visão de Pedro Antunes da Costa, professor da Universidade de Brasília (UnB) e um dos coordenadores da Campanha Nacional contra as CTs, essas instituições são o “carro chefe” da contrarreforma psiquiátrica. “As comunidades terapêuticas sintetizam o que têm sido os retrocessos no campo da saúde mental”, ressalta. Mais do que isso: elas também são um espelho do Brasil, ao unir elementos de quatro instituições presentes na história brasileira. “Elas se apresentam como esse amálgama de manicômios, prisões, igrejas e senzalas, uma síntese do que o Brasil tem sido, de como ele trata determinados segmentos da própria população”.

No marco dos 25 anos da Lei 10.216 de 2001, *Radis* mostra como as comunidades terapêuticas ferem os princípios da chamada Lei da Reforma Psiquiátrica, que definiu os direitos das pessoas em sofrimento mental e ajudou a estruturar o cuidado em liberdade no SUS. Denúncias trazidas por diferentes relatórios de inspeção nessas instituições e histórias de pessoas que já passaram pela internação revelam que os manicômios continuam vivos no Brasil, com outros nomes, em lugares que atuam como depósito de gente e não são “terapêuticos” e muito menos “comunidades”.

PRIMEIRA FACE:

MANICÔMIOS RESSURGIDOS

Em outubro de 2024, uma inspeção do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), órgão autônomo vinculado ao Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, mostrou que práticas comuns no passado manicomial eram repetidas na Clínica de Reabilitação Os Filhos de Maria, em Campo Grande (MS). Marcas de violência física, relatos de tortura e espancamento, excesso de medicação e cárcere privado foram alguns dos indícios coletados na vistoria. Após as denúncias, cerca de 90 pessoas que manifestaram o desejo de sair da CT foram retiradas da instituição.

O episódio não é um caso isolado. É uma das muitas situações reunidas no relatório “As comunidades terapêuticas em evidência: o que dizem as avaliações e fiscalizações do Estado brasileiro?”. Publicado em março de 2025 pelo MNPCT e pelo Grupo de Pesquisa Psicologia e Ladinidades, da Universidade de Brasília (UnB), o documento vasculhou relatórios de órgãos federais e estaduais sobre as CTs,

como o MPF, o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e o Conselho Federal de Psicologia (CFP). A conclusão foi unânime: não foi encontrada nenhuma CT que não violasse direitos humanos. Trocado em números: nas 205 inspeções realizadas por órgãos do Estado brasileiro, 205 (100%) se depararam com violações de direitos.

Um dos autores do estudo é Pedro Costa, psicólogo formado pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e coordenador do Grupo de Pesquisa da UnB. Em 2025, diferentes atores da luta antimanicomial organizaram, pela primeira vez, o Dia Nacional de Luta contra as CTs, em 10 de outubro. “Não tem como a gente falar de saúde mental no Brasil sem fazer a crítica devida, consequente e radical às comunidades terapêuticas”, constata.

Segundo ele, as CTs são os “novos velhos” manicômios: novas no nome, mas velhas na estrutura. “As comunidades terapêuticas expressam a função social do manicômio no modo de produção capitalista, de controle da classe trabalhadora, sobretudo daqueles indivíduos em condições de pauperização, que fogem à normalidade instituída pelo próprio sistema como os ditos ‘anormais’”, explica.

Um dos aspectos mais marcantes é a reprodução da violência, seja por meio de agressões, maus tratos e tortura, seja pela própria privação de liberdade. “O manicômio é uma instituição de violência. Quando a gente segrega e manicomializa alguém, independentemente de como fazemos, estamos sendo violentos”, declara. De acordo com o pesquisador, a violência não se expressa apenas nas formas mais agudas. “Não existe CT sem ser violenta”.

Na visão de Pedro, as comunidades terapêuticas atualizam as práticas manicomiais ao uni-las com a imposição religiosa, o trabalho forçado e a privação de liberdade. “Elas são instituições manicomiais, sim, mas o Brasil é um país tão violento que não é suficiente que as CTs sejam ‘apenas manicômios’. Elas precisam lançar mão de elementos coercitivos, violentos, opressivos de outras instituições”, analisa. “É por isso que reafirmo que elas são uma síntese de instituições típicas de controle e opressão da formação social brasileira”.

MANICÔMIOS NÃO CUIDAM

Na fachada, elas se denominam comunidades terapêuticas acolhedoras, como consta na Lei 13.840 de 2019, conhecida como a nova Lei de Drogas. Mas não há possibilidade de cuidado quando não se respeita a

Pessoa internada com marca de automutilação com bituca de cigarro, em Campo Grande (MS): inspeção do MNPCT, em outubro de 2024

COMUNIDADE TERAPÊUTICA NÃO É SUS

individualidade do sujeito, ressalta Rosangela Cecim, integrante da Secretaria Executiva da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (Renila). “Elas são a representação mais legítima do manicômio. É o retorno da lógica manicomial e da segregação, que busca manter privilégios, a privação de liberdade, a censura, a não valorização do sujeito e do processo de cuidado”, pontua.

Assistente social e militante há cerca de 40 anos da luta antimanicomial, na cidade de Belém (PA), Rosangela afirma que essas instituições trazem consigo toda a carga de tortura e exclusão que os hospícios sempre produziram. “Os manicômios não aparecem do nada. Eles têm interesses próprios, buscam a manutenção dos privilégios de categoria e de classe”. Segundo ela, mesmo com os avanços conseguidos com a Reforma Psiquiátrica e a aprovação da Lei 10.216, em 2001, a figura do manicômio persistiu. “Nós avançamos muito com a criação da rede substitutiva, mas nunca lidamos sem o manicômio. Ele sempre estava ali”, reflete.

Para Rosangela, as CTs colocam em xeque o modelo do cuidado em liberdade. “São inimigos que querem exterminar a nossa política, o serviço substitutivo, a Rede de Atenção Psicossocial (Raps). É o retorno do cárcere e da barbárie no cuidado — que não posso nem chamar de cuidado, pois o manicômio não cuida”, aponta.

Outra importante figura da luta antimanicomial, Paulo Amarante, pesquisador do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS/Ensp/Fiocruz) e do Centro de Estudos Estratégicos (CEE) da Fiocruz, afirma que uma das ameaças atuais à Reforma Psiquiátrica é o investimento nas ditas “comunidades terapêuticas”. “É importante destacar que elas têm funcionado como uma espécie de incubadora de práticas repressivas, antidemocráticas e antiSUS — paradoxalmente, com recursos públicos”, escreve, em artigo sobre os 25 anos da Lei 10.216 [Leia na página 35].

Não basta fiscalizar. Diferentes atores da luta antimanicomial reivindicam o fechamento definitivo dessas instituições. “Não é possível tipificar as CTs como espaços de tratamento (...), pois elas não são formalmente equipamentos da saúde, e o trabalho desenvolvido por essas instituições se pauta em princípios manicomiais”, afirma o Manifesto contra as CTs, divulgado em outubro de 2025 (*Radis* 278). “A luta antimanicomial tem essa radicalidade: a questão de que o manicômio não deve existir de forma nenhuma”, completa Rosangela.

Afinal, as CTs fazem parte do SUS? Existe uma confusão normativa que dificulta essa resposta. Em 2011, elas foram inseridas na Rede de Atenção Psicossocial (Raps), segundo a Portaria 3.088 do MS — como “serviços de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”. Contudo, não há regulamentação específica sobre o seu funcionamento como serviços de saúde.

O Relatório de Inspeção Nacional do MPF confirma essa ideia: “As comunidades terapêuticas acolhedoras não são serviços de saúde e não fazem parte do SUS”. Elas também não recebem recursos diretamente do MS, e sim do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), por meio do Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas (Depad). Contudo, existe a possibilidade de serem financiadas também por prefeituras e estados.

A resolução nº 1, de 2015, do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (Conad), regulamenta as entidades que realizam acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso de substâncias como álcool e drogas. Também a Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, prevê a existência dessas instituições e acrescenta a elas o termo “acolhedoras”.

Na avaliação de Pedro Costa, essa confusão normativa dá “proteção para as comunidades terapêuticas”, ao permitir que elas transitem por diferentes políticas públicas. Com isso, a Campanha contra as CTs e outros atores da luta antimanicomial, como a Renila e o MNVCT, reivindicam que elas sejam excluídas da normativa que regulamenta a Raps.

Inspeção na CT Salve a Si, em Cidade Ocidental (GO), encontrou medicações de uso controlado sem receita: emprego de remédios sedativos é frequente



SEGUNDA FACE:

TEMPLOS DA INTOLERÂNCIA

As cenas do que passou nas comunidades terapêuticas ecoam na mente de Eduardo. “A lembrança é muito vívida e ainda tenho flashes desses lugares”, relata. Ele se recorda da coerção religiosa que sofreu desde a primeira internação, no galpão que funcionava em uma chácara, na Zona Rural de Cotia (SP).

Pela manhã, aconteciam os cultos e as pregações, feitas pelos próprios internos. Era quando Eduardo mais se sentia violentado. O pastor havia feito uma promessa à família de que iria “curá-lo do vício e da homossexualidade”. “Os internos eram colocados para orar em cima de mim e de outros caras que eram homossexuais”, relata. Ser homossexual era visto como um pecado e, como tal, merecia punição. “Há violência contra pessoas LGBTQIAPN+ e de religiões de matriz africana”, diz.

Outro sofrimento pelo qual passou foi a intolerância religiosa. Ao descobrirem que ele era candomblecista, “era outro inferno que eu vivia”. “Lembro de uma CT em que eu acordava às 2h da manhã com todos os

pacientes da casa, uns 40 outros caras, orando em volta da minha cama, apontando a Bíblia para mim, ou no café da manhã no refeitório”, recorda. Um dos internos, escolhido como “terapeuta” por supostamente ter um “bom comportamento”, bradava que iriam retirar o espírito da Pombagira dele, uma importante entidade cultuada nas religiões de matriz africana. “Na cabeça deles, eu ser do candomblé e homossexual era culpa da Pombagira”.

Para Eduardo, a coerção religiosa começa antes da internação, quando o uso de drogas é associado à “falta de Jesus” ou “coisa do diabo”, nas pregações à família. Por conta da vulnerabilidade, as pessoas acabam caindo na armadilha. “De um lado, é isso: a agonia da pessoa, das famílias, o drama todo; e de outro, não existe o que a gente sonha: uma rede acolhedora”, explica o integrante do MNVCT.

Ele denuncia que a relação das CTs com o poder público não é causal — e prejudica o fortalecimento de outras alternativas de cuidado no SUS. “Existe um pacto entre Estado e igrejas para concretizar o higienismo social e a manicomialização em massa”, aponta. “As comunidades terapêuticas são espaços de segregação, de higienismo, de violência, de extorsão. São lugares onde a gente recebe uma promessa de cura, mas o que na verdade eles praticam são violências e violações”.

Ao conseguir se livrar da primeira internação, há 15 anos, Eduardo mergulhou “numa roda muito problemática de uso de substâncias”. “Eu fui fazer uso longe de casa. Foi quando eu conheci as ‘malocas’, as cenas de uso do crack”, narra. Então vieram o estigma, a violência, a situação de rua e muitas internações: “Saía, usava, rua, internação novamente”. Até que recebeu, pelas mãos da irmã, o material do grupo Desentorpecendo a Razão, coletivo antimanicomial e antiproibicionista que trabalhava com redução de danos em São Paulo.

Foi a primeira vez que ouviu falar no assunto e começou a entender que aquilo pelo que havia passado não era uma história individual. “O meu problema não era a cocaína em si: era a violência familiar, a questão de ser homossexual e sofrer muito preconceito, de não ter uma rede de atenção no meu município, de ser pobre”, analisa Eduardo, que hoje tem 39 anos, é formado em Gestão Pública e mestrando em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP).

O contato com a luta antimanicomial “incendiou” o seu coração com a vontade de viver. Ele conheceu o Centro de Atenção Psicossocial (Caps), em Osasco, onde passou a fazer acompanhamento, e desde 2020

Registro de mensagem religiosa na CT Desafio Jovem Ebenezer (DJE), em Paracambi (RJ), em maio de 2025

“ Eu acordava às 2h da manhã com todos os pacientes da casa orando em volta da minha cama, apontando a Bíblia para mim. O cara que se dizia terapeuta falava assim: ‘Vamos tirar o espírito da Pombagira dele’. Na cabeça deles, eu ser do candomblé e homossexual era culpa da Pombagira ”

Eduardo Real, integrante do MNVCT



ARQUIVO PESSOAL

não fez mais uso de crack. O apoio recebido na rede do SUS também ajudou a transformar as relações familiares. “Meu pai bebia muito e era muito violento. Ele me acompanhava no Caps e entrou em abstinência. Nunca mais bebeu e virou outra pessoa, um amigão. Isso é uma coisa que me dá força”, relata. Eduardo voltou a viver com a família e a estudar; em 2022, ajudou a fundar o MNVCT. “O que me tirou das comunidades terapêuticas foi a participação social, a militância e o cuidado em liberdade”, constata.

PUNIÇÃO MORAL

O levantamento mais completo sobre o perfil das comunidades terapêuticas brasileiras foi realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), em 2017. O estudo analisou quase 2 mil instituições no país, com uma oferta de cerca de 83 mil vagas para tratamento, e concluiu que a maioria delas (82%) estão vinculadas a igrejas ou organizações religiosas, notadamente cristãs (católicas ou evangélicas) — apenas 18% disseram não possuir orientação religiosa específica. Contudo, mais de 95% declararam utilizar método terapêutico baseado em questões de espiritualidade.

O problema não está na religiosidade em si, concordam Pedro e Rosângela. “Se a espiritualidade é constitutiva da singularidade de alguém, isso carece

de ser abarcado por qualquer processo assistencial. A questão é que isso já está posto na Reforma Psiquiátrica brasileira”, constata o professor da UnB. Para ele, no caso das CTs, a “roupagem espiritual” se manifesta como violência religiosa. “Existem elementos de um moralismo psiquiátrico típico, do drogado como um desviante, como alguém com problema, que se junta com esse moralismo religioso”, diz Pedro.

Já a integrante da Renila lembra que o cuidado em saúde mental tem como princípio o respeito às individualidades e à manifestação do sujeito de diferentes formas. “Não é que a gente seja contra qualquer religião, muito pelo contrário. Nós somos pela diversidade”, defende Rosângela. Contudo, as CTs trazem uma abordagem de punição moral. “Elas trabalham numa lógica do pecado, que diverge totalmente da lógica da ciência e da conquista do cuidado: ‘se você é usuário de drogas, você é pecador; sendo pecador, você tem que se redimir’”.

O relatório do MPF de 2025 constatou que, das 43 CTs inspecionadas, 85% ofereciam assistência religiosa. “Tem a hora de rezar, de pedir perdão pelos pecados”, conta Rosângela. Não concordar ou aderir a uma crença religiosa específica leva à punição. “É uma condição de sobrevivência. Quem não faz, é punido ou perde pontos. Se você não reza ou não obedece, perde o direito ao banho de sol, de ligar para seus familiares ou não recebe a visita da família. É punitivo e moral”.



Alojamento de pessoas internadas: inspeção na Clínica de Reabilitação Os Filhos de Maria, em Campo Grande (MS), em outubro de 2024

TERCEIRA FACE: EXPLORAÇÃO DO TRABALHO

Trabalho voluntário, sete dias por semana. Pagamento de um maço de cigarro, dia sim, dia não. Apenas um dia de folga, sem receber. Essas foram algumas das denúncias encontradas pelo MPF e pelo Ministério Público do Trabalho (MPT) nas 43 CTs inspecionadas em 2025. Em todas, sem exceção, foram constatadas fraudes nas relações trabalhistas. Em todas, a maioria dos monitores — que fiscalizam e organizam as atividades — são “ex-acolhidos” que conquistaram a confiança dos gestores. “Por não possuírem alternativas, em razão da vulnerabilidade em que se encontram, alguns acolhidos permanecem desempenhando atividades no local em troca de moradia e alimentação”, diz o relatório.

Em 2024, seis pessoas foram resgatadas em situação análoga à escravidão na CT Tenda do Encontro, em Juiz de Fora (MG). A instituição passou a integrar a Lista Suja do Trabalho Escravo, mantida pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). Segundo dados do MNPCT e do Grupo de Pesquisa Psicologia e Ladinidades, quatro CTs faziam parte da lista em 2024 e 94 pessoas haviam sido resgatadas em situação análoga à escravidão nessas instituições.

Um dos pilares do serviço ofertado pelas CTs é a chamada laborterapia. “É a máxima de que o trabalho cuida, dignifica, da mesma forma que estava escrito na entrada dos campos de concentração nazistas. A laborterapia concretamente tem sido trabalho forçado, não remunerado, em condições degradantes e análogas à escravidão”, afirma Pedro. Os internos são levados a trabalhar na cozinha, em atividades de limpeza, em plantações e no cuidado com os animais. “A laborterapia serve para manutenção da própria CT. O propósito terapêutico não existe. Não precisa ter uma equipe ou contratar trabalhadores, porque tem pessoas trabalhando [de graça] e isso é chamado de cuidado, de tratamento”, explica.

Para ele, a exploração do trabalho faz com que essas instituições revivam as senzalas e atuem como verdadeiros “depósitos de gente”. “A população historicamente depositada nos manicômios e, por conseguinte, nas CTs, é negra e pobre”, afirma. De acordo com o professor da UnB, essas instituições reforçam o racismo brasileiro ao reproduzir a ideia de que ao negro compete somente isso: a prisão e o manicômio.

O mesmo acredita Eduardo, citando o exemplo das “fazendas” que recebem pessoas com uso problemático de álcool e drogas, como a Fazenda Esperança, uma das mais antigas CTs do país, ligada à Igreja Católica: “São lugares asilares no meio rural, que tiram as pessoas do convívio urbano — locais de isolamento, mas também de produção”, diz. “A gente tem uma instituição religiosa, produtora agrícola, utilizando-se da mão-de-obra de pessoas desvalidas, adoecidas e em extrema vulnerabilidade. Isso relembra as fazendas escravocratas, a senzala”.

ESTADO FINANCIA

Ainda que sejam instituições privadas, as CTs recebem dinheiro público. “O Estado sustenta, permite e legitima, em algum nível, a sua existência”, constata Pedro. Sob o argumento de que existe uma lacuna assistencial no cuidado a pessoas com necessidades decorrentes do uso problemático de álcool e drogas, essas instituições se apropriam de financiamento público, explica o pesquisador. “Só que a afirmação de que as comunidades terapêuticas sanam ou suprem essa lacuna é errada. Ela é mistificadora”.

“Uma lacuna assistencial só pode ser sanada por alternativas que de fato sejam assistenciais. Se a gente

está falando de uma instituição de violência, isso não é assistência”, explica. Segundo ele, além de não resolverem, as CTs ampliam o vazio assistencial — “porque têm drenado cada vez mais fatias do fundo público destinado às instituições verdadeiramente assistenciais, tanto do SUS, no âmbito da Raps, quanto do SUAS [Sistema Único de Assistência Social]”.

De acordo com Pedro, as CTs se beneficiam de um “vazio normativo proposital”: previstas na portaria que criou a Raps (3.088, de 2011), elas não são tipificadas como da saúde e não recebem recursos diretamente do Ministério da Saúde (MS). No âmbito federal, o financiamento vem via Ministério do Desenvolvimento Social (MDS); mas elas também podem receber recursos de prefeituras, por meio de contratos com as secretarias de saúde [Entenda melhor no BOX na página 13]. “No fim das contas, elas parasitam. É nesse contexto que elas vão se inserindo nas políticas, como também vão cada vez mais captando fatias do fundo público que deveriam ser destinadas para os serviços públicos substitutivos ao manicômio”, explica.

De acordo com o professor da UnB, a saúde mental no SUS tem lidado com uma política de austeridade, que inclui cortes e restrição orçamentária: “Um lento processo beirando a estagnação”, define. Já as CTs recebem cada vez mais investimento — “tanto federal, estadual, distrital e

municipal”. “Não é um acaso que existe essa contraposição na qual os serviços públicos estão sendo desfinanciados e os serviços privados e manicomiais estão sendo financiados”, completa. Em outras palavras: menos dinheiro para o SUS, mais recursos para as CTs.

Essa realidade é confirmada por uma nota de 26/2/2026 da Renila, que denuncia o subfinanciamento das políticas de saúde mental. Segundo os dados divulgados, desde que a Raps foi oficializada, em 2011, há um déficit de cerca de 91% no custeio dos Caps. “Em contrapartida, assistimos a um crescimento significativo de comunidades terapêuticas, instituições que remontam aos manicômios e suas práticas violentas e usurpadoras de direitos humanos”, diz o texto. No último edital, de 2025, o MDS habilitou 196 CTs; no mesmo ano, apenas 39 novos Caps foram credenciados.

“O avanço das comunidades terapêuticas é um projeto político”, afirma Rosangela Cecim. “Não se faz a luta contra os manicômios se não se constrói a rede de atenção e cuidado em liberdade, se essa rede está sucateada. Não é uma coisa pontual, vem de algum tempo”. Segundo ela, o reflexo é sentido na ponta, com serviços precários e trabalhadores adoecidos. “Isso é muito ruim para a continuidade e a qualidade do atendimento, que determina que o cuidado em liberdade seja integral, progressivo e continuado”, diz.

QUARTA FACE:

CÁRCERE NÃO É CUIDADO

A Lei da Reforma Psiquiátrica proíbe a internação de pacientes com transtornos mentais em instituições asilares. Contudo, em mais da metade das CTs vistoriadas (57,9%), os períodos de internação ultrapassam um ano, contrariando as diretrizes estabelecidas, como destaca o relatório do MPF de 2025. “A gente compreende que toda e qualquer internação é uma violação de direito, partindo do pressuposto de que temos conquistado o direito ao cuidado em liberdade”, afirma Eduardo Real, do MNVCT.

A realidade, contudo, mostra que as CTs funcionam também como “prisões”: “Entrou de forma violenta contra a vontade”, “Quando chegou deram um comprimido que apagou e ficou dois dias desorientado”, “Os remédios são batidos e a pessoa fica 3 dias igual a um zumbi”, afirmam relatos colhidos pelo Ministério Público. Há registros de violência física e psicológica — como ocorrido na CT Jesus no Lar, em Campina Grande (PB), em que se denunciou o emprego de “mata-leão”, enforcamento e xingamentos. O MPF também constatou a internação de adolescentes em seis das 43

instituições vistoriadas, o que é expressamente proibido por resolução do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda).

Em março de 2024, o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) realizou uma inspeção na CT Salve a Si, no Distrito Federal. Além da utilização de mão de obra dos internos para a construção da casa do presidente da instituição, a vistoria identificou condições insalubres, imposição religiosa, castigos e até mesmo a apropriação do Bolsa Família dos internos. Apesar de absurdo, não é um caso isolado. “As inspeções do MNPCT têm revelado que as comunidades terapêuticas são espaços manicomiais asilares, por não se adequarem aos parâmetros da Reforma Psiquiátrica e por desrespeitarem os direitos das pessoas com sofrimento psíquico previstos na Lei 10.216/2001”, declara à *Radis* a perita do órgão, Carolina Barreto.

“Em algumas, encontramos práticas clássicas de tortura: espancamentos, contenção física e química, sequestros (denominados ‘resgate’), ameaças com arma de fogo e cárcere privado”, relata. As vistorias

RETRATO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL

85% oferecem assistência religiosa

57,9% ultrapassam o período de internação de 1 ano

32% declaram utilizar contenção química (remédios sedativos)

20,8% fazem uso de contenção física

Vistoria em **43** instituições em **25** estados e no Distrito Federal

Fonte: Ministério Público Federal (Relatório de Inspeção Nacional 2025)

Marca de castigo corporal em adolescente internado: Inspeção na CT Desafio Jovem Maanaim, em Itamonte (MG)

PERFIL

74,3% estão em áreas rurais

82% são vinculadas a igrejas e organizações religiosas (cristãs)

1.950 CTs e **83.600** mil vagas
(último levantamento geral, há 9 anos)

Fonte: Ipea (2017)

VIOLAÇÃO DE DIREITOS

100% das **205** CTs inspecionadas por órgãos do Estado brasileiro violavam direitos humanos

Todas eram violadoras de direitos em **37** inspeções do MNPCT (entre 2015 e 2024)

Fonte: MNPCT e Grupo de Pesquisa Psicologia e Ladinidades (UnB)

COMUNIDADE TERAPÊUTICA X REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS (CTS)

590 financiadas pelo MDS (contratos ativos)

Quem financia: MDS

UNIDADES DE ACOLHIMENTO (UAS) DO SUS

86

Quem financia: MS

também revelaram um cenário de insegurança alimentar, com comida estragada, deficiência de nutrientes e pouca higiene. “Constata-se um modelo que é em si mesmo violador, pois parte do princípio da cura pela religiosidade, isolamento social e imposição de trabalho não remunerado e de regras disciplinares coercitivas às pessoas acolhidas”.

ALTERNATIVAS EXISTEM

A Rede de Atenção Psicossocial (Raps) dispõe de serviços, no SUS, para o cuidado de pessoas com necessidades decorrentes do uso problemático de álcool e drogas — ainda que muito aquém do necessário. As Unidades de Acolhimento (UA), por exemplo, são residências temporárias para pessoas que estão em situação de vulnerabilidade social, acompanhadas nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (Caps AD). “As UAs permitem aquele momento transitório, em que a pessoa está na rua, vivendo um momento difícil da relação com as drogas e precisa de um lugar de acolhimento e de cuidado. Pode entrar e sair, come, dorme, toma banho”, explica Rosângela.

Contudo, só para se ter uma ideia: o Brasil possui apenas 86 UAs, como o MS informou à *Radis*. São 502 Caps AD no país, sendo 165 na modalidade 3 (que funciona 24 horas). Em contrapartida, 590 CTs possuem contrato ativo com o Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas (Depad), vinculado ao MDS. Elas têm a previsão de receber R\$ 200 milhões em 2026.

Para Rosângela, é preciso fortalecer a rede de serviços de saúde mental no SUS, para garantir o cuidado em liberdade, integral e territorializado, na comunidade em que as pessoas vivem. “As unidades de saúde deveriam ter profissionais preparados para fazer o acolhimento com a primeira escuta e a identificação do processo do sofrimento e, em seguida, fazer o encaminhamento adequado na rede. Não é só o Caps”, pontua. Segundo ela, o Caps é um dispositivo fundamental para o cuidado mais intensivo, mas ele precisa de toda uma rede, além de funcionamento ininterrupto. “A ampliação dos serviços 24h é fundamental, a crise é a crise, não tem hora, não tem dia”.

LUTA CONTRA AS CTs

Ouvir as pessoas que passaram pelas comunidades terapêuticas é uma forma de valorizar o protagonismo dos usuários, um dos princípios da luta antimanicomial, destaca Eduardo. “O MNVCT é um movimento de pessoas que reconhecem que vivenciaram violências e violações em CTs”, explica. Ele menciona as dificuldades em despertar nos ex-internos a consciência das agressões,

pois é comum que muitos sejam gratos pelos horrores a que foram submetidos.

“É um movimento de vítimas que acolhe outras vítimas, no sentido de ouvi-las, de dizer que elas não estão sós. A gente transforma nossa dor em luta”, descreve. Segundo o ativista, não é fácil se expor e contar o que viveram, por conta até mesmo de ameaças. Contudo, ele destaca que é preciso fazer o enfrentamento às “novas formas de manicômio”. “A grande terapia para nós não é a medicalização, nem a internação. A nossa grande terapia é a luta”.

Ele chama atenção para o fato de que a 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), ocorrida em dezembro de 2024 (Radis 257), a maior da história, ainda não teve suas diretrizes concretizadas. “Ela foi unânime sobre a retirada das comunidades terapêuticas da Raps”, aponta. Eduardo diz que uma das reivindicações do MNVCT é que as pessoas que vivenciaram violações de direitos nas CTs sejam reconhecidas como vítimas de violência do Estado. “Fomos presos políticos e passamos por tortura por uma decisão do Estado, independente das instituições que praticaram serem terceirizadas”, afirma.

Nas palavras de Pedro, as comunidades terapêuticas afrontam a lei 10.216, por reproduzirem práticas asilares e manicomiais, mas vão além: também ameaçam o próprio Sistema Único de Saúde. “O SUS é o mais próximo do que a gente conseguiu chegar de outro projeto de sociedade”, defende. Segundo ele, a Campanha Nacional contra as CTs — que ganhou força em 2025 — não pretende ser uma “fração” da luta antimanicomial, e sim reforçar a defesa da saúde pública e do cuidado em liberdade. “Mais do que nunca, a gente precisa defender o SUS e lutar para que ele seja potencializado e fortalecido, porque ele é a ‘barreira de contenção’ que nos possibilita vislumbrar outra sociedade, em que um de seus elementos fundamentais é que não existam mais manicômios”.

Episódios macabros como o ocorrido em 31 de agosto de 2025, quando cinco pessoas morreram carbonizadas em um incêndio na CT Liberte-se, no DF, mostram que só há um caminho possível: o fim dessas instituições. “O custo das comunidades terapêuticas é econômico, financeiro, político, ético, mas ele é sobretudo humano. As CTs custam vidas. Elas matam, mortificam simbolicamente, mas também fisicamente”, diz.

Por isso, a Campanha se opõe a saídas que busquem simplesmente cobrar mais qualidade nesses lugares. “Não tem possibilidade alguma da gente legitimar ou ter algum tipo de aceitação com essa barbárie. O manicômio é a barbárie e as CTs são as expressões mais pronunciadas da barbárie manicomial no presente”. Para quem defende a saúde mental no SUS, liberdade não pode ser uma falsa promessa, e sim uma experiência real de cuidado.



Manifestação no Dia Nacional de Luta Antimanicomial (18 de maio), com desfile da escola de samba Liberdade Ainda Que Tan Tan, em Belo Horizonte (MG)

25 ANOS DA LEI DO CUIDADO EM LIBERDADE

Há 25 anos, o Brasil deu um passo significativo para a transformação do cuidado às pessoas em sofrimento mental, ao promulgar a Lei 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. A aprovação foi resultado de uma ampla mobilização social, que começou nos anos 1980, contra o modelo dos manicômios e pela garantia da liberdade como direito e condição terapêutica.

“Foi um processo de 12 anos de tramitação para que a gente pudesse ter o nosso arcabouço jurídico”, ressalta Rosângela Cecim, integrante da Secretaria Executiva da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (Renila). Desde a década de 80, trabalhadores da saúde, usuários e familiares lutavam por um novo modelo de cuidado em saúde mental — o que se denominou Reforma Psiquiátrica Brasileira. Era preciso construir alternativas reais, mesmo antes do surgimento de uma legislação. “Uma característica da Reforma Psiquiátrica muito importante é que não esperamos, fomos ousados e muito radicais no nosso processo”, recorda.

Em artigo especial para *Radis*, o pesquisador sênior da Fiocruz, Paulo Amarante, narra um pouco da história da luta antimanicomial no Brasil [Leia o Pós-tudo na página 35 e o

texto completo no site]. Ele destaca o papel da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em junho de 1987, como um desdobramento da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde [Leia matéria na página 22]. Do encontro nasceu a proposta do Congresso de Bauru (SP), ocorrido em dezembro do mesmo ano, em que trabalhadores da saúde mental fundaram o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial.

“A escolha de Bauru deveu-se ao fato de que o secretário de saúde era David Capistrano [1948-2000], referência política do movimento sanitário, fundador do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), e que inovava o campo da saúde mental na cidade”, escreve Paulo, que também é fundador da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme). Uma das experiências inéditas no município era um dispositivo de cuidado em liberdade chamado Núcleo de Atenção Psicossocial (Naps).

Na mesma época, surgiram outras alternativas de cuidado (ainda que esparsas), conta Paulo. Em Santos (SP), começa o fechamento de um hospital psiquiátrico após graves denúncias de violações de direitos. “Em seu lugar teve início a implantação de uma rede substitutiva, com o propósito

de ser uma possibilidade concreta de atenção e cuidado às pessoas em situação de crise e sofrimento mental”, conta o pesquisador. Quem levou o modelo de Bauru para Santos foi o próprio David Capistrano, inspirado pela experiência de Franco Basaglia na Itália.

Esse acúmulo de iniciativas levou à proposição do Projeto de Lei 3.657, em 1989, do deputado Paulo Delgado (PT), visando a extinção progressiva dos manicômios e a garantia dos direitos das pessoas em sofrimento mental. Com forte oposição da chamada “indústria da loucura”, a lei só seria aprovada mais de uma década depois. “A tramitação fez crescer o movimento social favorável ao SUS e à Reforma Psiquiátrica”, escreve Paulo Amarante. “Fortaleceu a nossa militância, os nossos princípios, a nossa capacidade de produção científica e técnica e de montar os serviços”, concorda Rosângela.

SUS É SAÚDE MENTAL

Trabalhadora aposentada da saúde mental, Rosângela atuou no antigo Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, em Belém do Pará, e conheceu de perto o “horror do manicômio”. “Quando sinto o cheiro que sentia lá dentro, tenho uma memória olfativa muito forte, me machuca muito”, narra. Essa experiência a transformou em militante da Reforma Psiquiátrica. “Por ter vivido mais de 10 anos trabalhando dentro de um manicômio, sou uma pessoa completamente antimanicomial”.

A construção da rede substitutiva, com assistência humanizada e cuidado em liberdade, começou antes da aprovação da lei em 2001. Uma das estratégias do movimento, conta a integrante da Renila, foi “disseminar leis pelo país”, em municípios e estados, para fortalecer a tramitação do PL no Congresso. Ela ressalta que as pessoas em sofrimento mental, usuários dos serviços, tiveram papel fundamental. “Eles acompanharam tudo, muito de perto, estavam juntos em todos os momentos”, relembra.

Para Pedro Costa, professor da UnB, o SUS formou uma “barreira de contenção” à barbárie, ao assegurar que a saúde é direito e não mercadoria. “Numa dinâmica de vida cada vez mais individualizada, o SUS demonstra todo dia que a solidariedade é a substância do tecido social”, defende. Contudo, ele alerta que as conquistas estão sob ameaça com a chamada “contrarreforma psiquiátrica”, que possuem três dimensões: o retorno da lógica manicomial, os desmontes das políticas sociais e a ofensiva conservadora e fundamentalista. “Qual instituição manifesta esses três pontos de forma exemplar? Para mim, as comunidades terapêuticas”, resume.

Nos 25 anos de aprovação da Lei 10.216, Rosângela também acredita que as conquistas foram muitas, mas que a luta ainda é árdua. Um dos pontos que ela destaca foi a oportunidade de dialogar com a sociedade e de construir um novo olhar sobre a loucura e o sofrimento mental. “A gente conseguiu muita coisa, mas infelizmente não conseguimos abolir 100% a figura nefasta do manicômio. Não só do manicômio formal, mas do manicômio na cabeça das pessoas e em suas múltiplas formas, como as comunidades terapêuticas”. (L.F.S)

ENTENDA A LEI 10.216: MARCO LEGAL DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

O QUE É?

Sancionada em 6 de abril de 2001, a Lei 10.216 — conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica — redirecionou o modelo de assistência em saúde mental no Brasil, garantindo a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento mental.

PONTOS PRINCIPAIS

DIREITOS HUMANOS: A lei assegura o direito das pessoas em sofrimento mental serem tratadas com respeito e humanidade, em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis e preferencialmente em serviços inseridos na comunidade.

FIM DO MODELO ASILAR: É vedada a internação em instituição asilar. A internação é exceção, quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. O tratamento sempre buscará a reinserção social.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: A lei prevê que os pacientes que estiveram por longo tempo hospitalizados e encontram dificuldades para reinserção social devem receber atenção de política específica. É o que fundamenta as experiências dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), que acolhem pessoas que viveram em manicômios [Leia reportagem da *Radis* 274].

TIPOS DE INTERNAÇÃO:

VOLUNTÁRIA: com consentimento do paciente

INVOLUNTÁRIA: sem o consentimento e a pedido de terceiros

COMPULSÓRIA: determinada pela Justiça.

RESPONSABILIDADE DO ESTADO:

A lei possibilitou a estruturação da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), no SUS, formada pelos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência, Unidades de Acolhimento (UA) e outros dispositivos. A Portaria 3.088 de 2011 do Ministério da Saúde determina o desenho atual da Raps. 

40 ANOS DA OITAVA: A CONFERÊNCIA POPULAR

8ª Conferência Nacional de Saúde mobilizou a sociedade civil para realizar mudanças efetivas na saúde do Brasil e fez história

LÍCIA OLIVEIRA

O ano era 1986. Mês de março. Milhares de pessoas partem para Brasília, muitas sem ter a perspectiva real de como seriam os dias por lá, mas com a certeza de que precisavam ir porque era a oportunidade rara de estabelecer mudanças depois de tantas provações e lutas. No entanto, o que aconteceu entre 17 e 21 de março não começou nem terminou apenas naqueles dias. Foi o resultado de um processo que se iniciou muito antes e que mostrou que não há democracia sem saúde.

Esses cinco dias não foram apenas um evento. Foram um marco. O Brasil vivia o processo de redemocratização após o regime militar e as pessoas que não tinham emprego com carteira assinada eram consideradas “indigentes” para

a Previdência, que na época também geria a saúde por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). *Radis* já contou um pouco dessa história em A saúde antes do SUS (*Radis* 236).

O Movimento Sanitário, que lutava por mudanças desde a década de 1970, cobrava uma posição do governo. Dez anos antes, em 1976, foi criado o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) como uma voz que se levantava na sociedade brasileira para defender a urgência do direito à saúde. Três anos depois também nasceu a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). As associações de moradores, movimentos sindicais e de favela e outras organizações passaram a se mobilizar em torno do tema da saúde.



Sergio Arouca, na época presidente da Fiocruz, conduz debate e votação na 8ª CNS, com Ary Miranda a seu lado direito

E por que é importante lembrar? Em 2026, celebra-se os 40 anos da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Debates, reportagens e outros materiais publicados (ou que ainda serão lançados ao longo do ano) discutem a importância do encontro. Postagens nas redes sociais explicam para novas gerações o que o evento significou.

Radis revisita os marcos da Oitava para lembrar que, sem participação social, as mudanças necessárias para a saúde não teriam acontecido. E não foi um processo sem tensões e disputas, assim como não tem sido durante todos esses anos, mesmo após a criação do Sistema Único de Saúde. Mas se o SUS existe e ainda resiste é porque foi necessário se mobilizar. Todos os depoimentos para esta reportagem apontam para um consenso: é preciso se posicionar e continuar lutando.

UM PARTICIPANTE ESSENCIAL: A SOCIEDADE CIVIL

O grande diferencial da 8ª Conferência Nacional de Saúde foi a novidade de que metade de seus delegados seria composta por representantes da sociedade civil, e a outra metade por integrantes do governo, autoridades e especialistas. Karla Travaglia, na época com 22 anos, foi eleita delegada para participar da conferência. Ela fazia parte da Federação das Associações de Moradores do Rio de Janeiro (Famerj) e era conselheira de saúde — como ela mesma diz, “em um tempo em que não havia conselhos”. O Conselho Nacional de Saúde já existia e funcionava de forma consultiva, sem participação popular. A estruturação dos conselhos de saúde ocorreu após a Lei 8.142/1990, que dispõe sobre o papel da comunidade na gestão do SUS, visto que o então presidente, Fernando Collor, fez vetos a essa parte na Lei 8.080/1990, a Lei Orgânica da Saúde.

“Nós fazíamos parte da Famerj e o movimento era muito fortalecido. A mobilização para participar da Oitava fez com que a gente tivesse um momento de organização muito substancial, pois a precariedade das questões de saúde

pública era urgente. Tínhamos a clareza de que precisaria de uma união social para que as mudanças pudessem acontecer de fato e fizessem a diferença”, afirma.

Sua trajetória de mobilização começou muito antes, com apenas 12 anos, quando sua mãe, Iraci Travaglia, que era presidente de uma associação de moradores, foi presa pela ditadura. Na época ela foi morar onde hoje é seu local de trabalho, a Fundação Oswaldo Cruz. “Antônio Ivo e Arouca me levaram para a Fiocruz e fiquei morando um tempo na Casa Amarela, escondida. Meu querido amigo e compadre, Rivaldo Venâncio, também fazia parte do grupo, e assim comecei a militância, o que me levou a ser conselheira de saúde. Arouca e Antônio Ivo tornaram-se meus tutores e essa relação de proximidade com as pessoas que faziam parte da liderança do movimento influenciou as minhas escolhas”, relembra.

A participação na Oitava foi, nas palavras de Karla, “um divisor de águas” em sua vida. Ela se tornou sanitarista e trabalha na Fiocruz há 26 anos, hoje exercendo atividades voltadas para educação em saúde na Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz). Recentemente, terminou o mestrado em Educação Profissional em Saúde pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz).

Ela lembra que, apesar das questões políticas e da consciência do que precisavam, a “energia da Oitava” ia muito além disso. “Era um fascínio a gente fazer uma mobilização do jeito que nós conseguimos. Daqui do Rio de Janeiro nós saímos com 19 ônibus de pessoas eleitas nas associações de moradores para fazer parte desse momento”, narra.

Mesmo não tendo sido fácil, ela recorda, o mais importante é que estavam ali. “Tivemos que dormir em arquibancadas, não tinha o que comer na parte da manhã. Só os delegados tinham hospedagem. As outras pessoas tiveram que ficar em ginásios, sem poder tomar banho, sem comida e mesmo assim as pessoas foram. Teve participação maciça da sociedade civil”, comenta.

O QUE FOI A 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

- Realizada entre 17 e 21 de março de 1986, a conferência contou com a participação de mais de 4 mil pessoas em Brasília para debater a situação da saúde no Brasil. Durante cinco dias, os participantes foram organizados em 135 grupos de trabalho, com contribuições para formular um novo sistema de saúde e estimular as discussões da Assembleia Constituinte.
- Foi a primeira vez que houve participação popular, em que 50% dos delegados eram membros da sociedade civil. Essa foi uma diferença marcante em relação às conferências anteriores (que aconteciam desde 1941), em que apenas representantes do governo e especialistas se reuniam. Além disso, foi realizada no período de redemocratização do país, em um momento de força do Movimento Sanitário, que desde a década anterior apontava que a saúde do país precisava de reformas urgentes.
- Com projetos de grandes mudanças, como a perspectiva do direito à saúde, a Oitava debateu o financiamento público e a saúde como dever do Estado. Parte do setor privado se afastou por discordar das propostas em debate. A conferência, liderada pelo sanitarista Sergio Arouca, na época presidente da Fiocruz, lançou as bases do SUS. As decisões da 8ª CNS moldaram os rumos da saúde nas décadas seguintes.

INFORMAÇÃO PARA AGREGAR

Mas como a sociedade civil chegou à Oitava? Ary Carvalho de Miranda, médico sanitarista, pesquisador do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh), da Ensp/Fiocruz, era chefe de gabinete de Sergio Arouca, presidente da Fiocruz, na época da conferência. À *Radis*, ele explica que os movimentos sociais no Brasil estavam fortalecidos e que o grande desafio era a preparação do encontro em um país de tamanho continental.

“As associações de moradores eram muito fortes, porque o tráfico não tinha, na época, o poder que tem hoje sobre esses territórios. O Brasil tinha alta taxa de sindicalização. Mas como a gente ia chegar e mobilizar toda a sociedade civil que tivesse, de alguma maneira, como pauta a preocupação com a questão da saúde?”, analisa. Segundo ele, esse foi um desafio significativo: “Fomos fazendo contatos em todos os estados”.

A preparação exigiu grande circulação pelo país, de informação e pessoas, para que as ideias pudessem se concretizar. “Fui em Guarapuava (PR) e fiquei pensando o que iria encontrar numa quarta-feira à noite. Quando cheguei lá, tinham 500 pessoas no auditório para discutir o que seria a Oitava. Houve um processo de divulgação que o pessoal de Curitiba, que estava mobilizado junto com a gente, fez para o interior do estado”, relembra.

“Lá no Maranhão, estive durante quatro dias com 19 sindicatos rurais, para discutir o que eles pensavam sobre saúde e como deveria ser organizado o sistema. Explicava as características do que estava em vigor na época, em que a cidadania não tinha valor e o próprio Estado discriminava”, recorda Ary.

Durante as convocações, o ator Milton Gonçalves (1933-2022) apareceu em um anúncio na TV ao lado de crianças,

em um cenário de extrema pobreza, convocando as pessoas para participarem da 8ª CNS. Na novela *Roque Santeiro* (1985-1986), atração do horário das oito na TV Globo, o personagem progressista Padre Albano, vivido pelo ator Claudio Cavalcanti (1940-2013), explicava a importância de se debater o acesso à saúde no país, diante de um cartaz convidando para o mesmo evento.

A chamada na novela é um dos exemplos que Ary comenta para mostrar a importância da informação e da comunicação naquele contexto. “Imagina uma novela da Globo em horário nobre em que isso é colocado como um ‘chamamento’ comunicacional da participação das pessoas em regiões mais longínquas, dos movimentos que não estavam tão ligados nesse processo e que poderiam passar a estar mais sintonizados”, reflete.

Segundo o pesquisador, anos antes, a criação da revista *Saúde em Debate*, do Cebes, também reforçou a importância da comunicação para a circulação dos debates que aconteciam nas universidades e no movimento que se constituiu como Reforma Sanitária: “A revista foi um palco importante de formulação de artigos que discutiam a crítica ao modelo anterior de saúde e para pensar qual seria o novo modelo”. Ao mesmo tempo, as definições vieram em conjunto com a sociedade civil, ressalta o sanitarista.

Para Ary, a informação e a comunicação são componentes centrais para a relação com o conjunto da sociedade e para promover a participação. “Na Oitava, tiveram um papel crucial, porque se não conseguíssemos propagar que havia a proposta de realização de uma conferência de saúde com participação popular, a gente não teria obtido sucesso. Tínhamos passado pela ditadura, com o Congresso fechado e repressão aos movimentos sociais. Não era fácil alcançar uma conferência com uma representatividade efetiva dos movimentos sociais”, afirma.



Aos 22 anos, Karla Travaglia (com a mão no queixo) participou da 8ª como representante da sociedade civil

“O FUTURO NÃO ESTÁ DADO”

Essa foi uma das frases ditas por Carlos Fidelis, historiador e atual presidente do Cebes, em aula inaugural sobre os 40 anos da Oitava para os estudantes dos cursos de Pós-Graduação do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). Ele destacou a perda de capital simbólico em relação às conquistas da saúde no país por causa do cenário político, econômico e geopolítico, do negacionismo e dos discursos de ódio nas redes sociais.

Na mesma aula, estava Ligia Bahia, médica sanitária, professora e pesquisadora da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Os dois contextualizaram o passado e o legado da conferência, à luz dos desafios presentes. Ligia também foi enfática ao falar sobre o negacionismo atual e a falta de confiança em pessoas que trabalham com a ciência e a saúde.

Ela citou como exemplo o contexto da pandemia de covid-19, em que houve uma resposta rápida da ciência;

porém, uma parte da população ficou extremamente desconfiada dos cientistas, pesquisadores e profissionais de saúde. “Inclusive daqueles que foram aplaudidos durante a pandemia”, afirma. Ao mesmo tempo, ela fez um contraponto à época da conferência: “Arouca era um popstar. Era citado nas novelas. Houve um convencimento da sociedade brasileira. Os pesquisadores se tornaram muito queridos, confiáveis e populares”.

Segundo ela, o posicionamento diante dos problemas sociais também pode ter contribuído para a grande confiabilidade naquele período de redemocratização: “Pessoas que tinham cargo político como Arouca e outros denunciavam os problemas que aconteciam, diferente de hoje em que todos morrem de medo. Se acontecer um problema, fingem que não aconteceu. Hoje é difícil um ministro da Saúde, que só dá notícia boa, se apresentar dessa maneira, por exemplo”.

Ligia mencionou os desafios atuais enfrentados pela saúde pública, o embate histórico com o setor privado, as conquistas e os revezes do SUS e a mercantilização da saúde, e ressaltou a necessidade de posicionamento. Ela destacou

O QUE A OITAVA DECIDIU

Três grandes temas compõem as resoluções finais da conferência:

1. “A saúde deve ser um direito de todos e um dever do Estado”

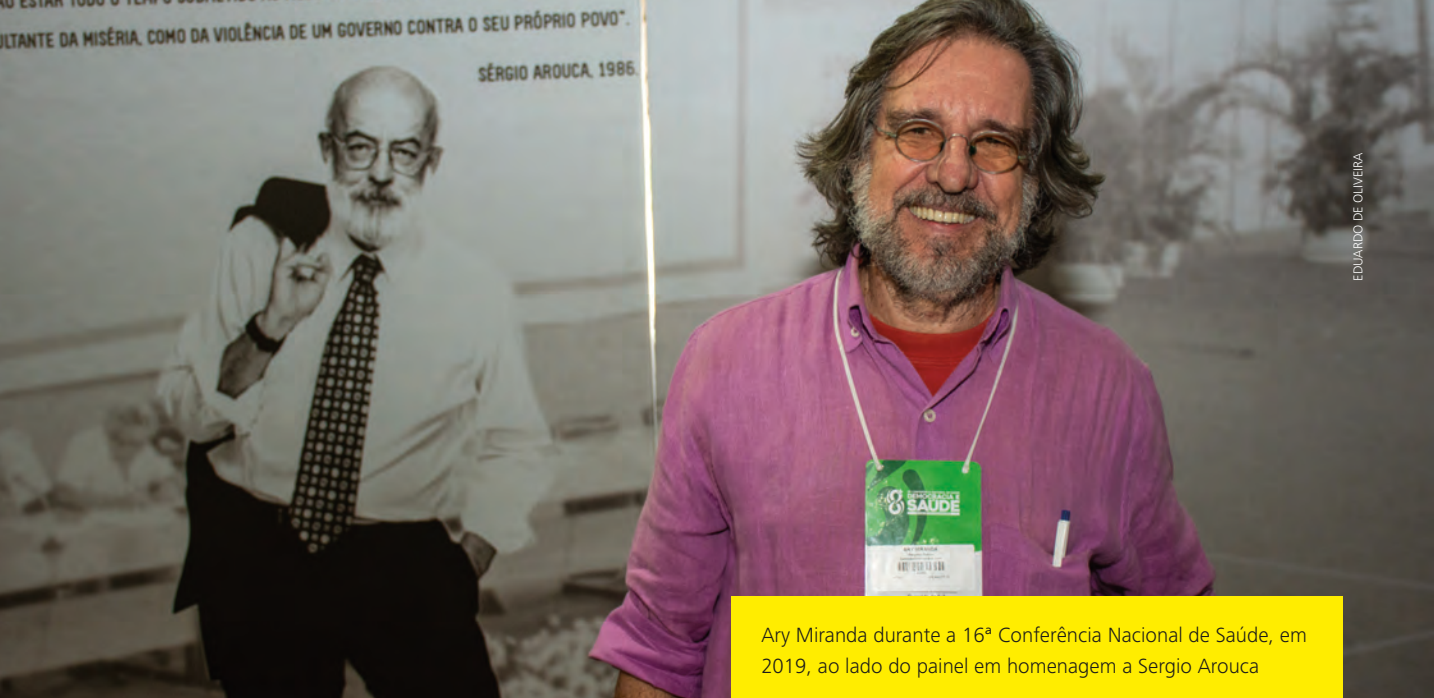
Essa resolução se transformou no artigo 196 da Constituição de 1988: “A saúde é direito de todos e dever do Estado”, que levou à criação do SUS em 1990.

2. “Deverá ser criado um sistema único de saúde descentralizado e hierarquizado de forma a garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis”

Essa resolução previu a criação do SUS: universal, gratuito, integral e equânime.

3. Financiamento da saúde

No relatório final, foi recomendada a elaboração do orçamento social. Segundo a proposta, o financiamento da saúde pública seria proveniente de fundos próprios nas esferas da União, estados e municípios e com a gestão em forma de colegiado. A distribuição dos recursos financeiros deveria levar em conta também as condições de vida e de saúde da região, não apenas a arrecadação e o tamanho da população.



Ary Miranda durante a 16ª Conferência Nacional de Saúde, em 2019, ao lado do painel em homenagem a Sérgio Arouca

como a tentativa do setor privado de ocupar o lugar do Estado influencia a visão sobre quem trabalha com ciência: “Houve financiamento para gerar essa desconfiança. O Arouca, que era um querido naquela época, possivelmente hoje não seria.”

Ligia e Fidelis concordam que o Brasil precisa investir na geração de conhecimento. “Temos evidências de que

precisamos produzir conhecimento. O Brasil é um país ultra complexo; nada está muito dado para nós”, endossou Ligia. Para Fidelis, a saúde não pode deixar de ser vista como um empreendimento coletivo e um bem comum; diante de avanços tecnológicos que crescem na mesma proporção da desigualdade de acesso, ele afirma que as políticas de saúde precisam estar articuladas com outras áreas, inclusive a produção industrial.

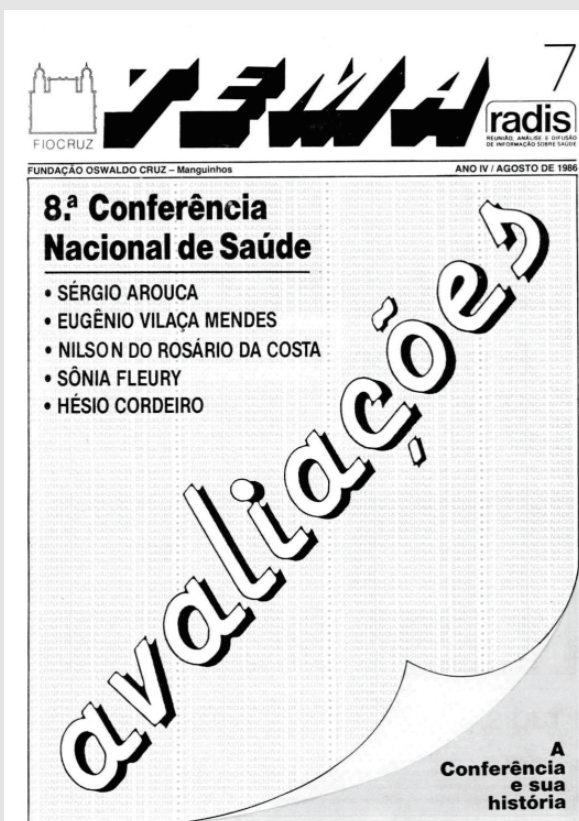
“No caso da covid, o IFA foi rapidamente providenciado. Mas alguns países não puderam receber esse insumo porque não tinham estrutura industrial e tecnológica. Biomanguinhos tinha essa estrutura, o Butantã também, isso permitiu que a gente se beneficiasse com um avanço rápido”, destacou o presidente do Cebes.

Segundo Ligia, o SUS vivenciou marchas e contramarchas ao longo da história. “Precisamos estar preparados para o debate porque, neste momento, no Brasil, eu diria que pende mais para o lado do privado do que do público. A medicina privada não está comprometida com os problemas de saúde da população. A gente não pode fingir que não tem nada a ver com isso”, avalia.

LEGADO DA PARTICIPAÇÃO

No início de seu discurso na Oitava, Sérgio Arouca afirmou que aquela conferência contava com “um participante que conquistou seu lugar com muito sacrifício, que é a sociedade civil brasileira organizada”. Cada uma das pessoas ouvidas por *Radis* mostrou que não é possível ficar alheio às questões sociais e políticas e à participação social nos tempos atuais. Ligia destacou que a conferência foi vitoriosa, mas que, logo em seguida, começaram as disputas com o neoliberalismo e a mercantilização da saúde. As conquistas ao longo dos anos vieram por meio de embates.

“Foi um momento em que a sociedade civil se encontrou com o então governo, que oscilava entre posições mais e menos progressistas, em um período muito tenso de redemocratização do país. Havia forças puxando para lados distintos dentro da própria conferência. Ela não era



Revista Tema nº 7 (agosto de 1986): a publicação do Programa *Radis* trouxe avaliações sobre os resultados da 8ª

uma bolha. Não era um encontro de 20 mil pessoas fazendo ‘sopa de letrinhas’ e dizendo ‘Eu amo o SUS’. Era, de fato, um fórum de debate”, apontou a pesquisadora.

Fidelis lembrou que a geração que lutou para que a conferência se tornasse real teve a utopia e a ousadia como passo inicial para a construção daquela que foi considerada a maior política de inclusão do mundo na área da saúde, o SUS. “É um exemplo para todos nós de onde se pode chegar. Claro que tivemos que enfrentar outras coisas, como a onda neoliberal, mas foi um momento importante da nossa caminhada. É uma geração que sonhava com o coletivo e o bem comum. E essas são ideias que a gente precisa recuperar”, disse.

Karla afirma que não se pode romantizar a atenção à saúde no país, onde ainda há muitas carências, mas ressalta que é preciso reconhecer essa como uma das maiores conquistas já alcançadas: “Apesar de sabermos que ainda há um longo caminho pela frente, não tenho dúvida da importância do Sistema Único de Saúde, que ajudamos a construir. A 8ª Conferência foi um marco. O SUS foi, de fato, a maior vitória, e não podemos esquecer disso, de todas as lutas e de todo o sacrifício para chegar à Oitava. Foi uma luta muito árdua, não só política, mas estrutural. Precisamos continuar defendendo e lutando pelo SUS que a gente quer”.

Para Ligia, o maior legado foi a possibilidade de muitos terem se organizado para construir um projeto de saúde para o país. “O que a gente está comemorando nesses 40 anos? Estamos comemorando que já fizemos isso, que fomos capazes, e isso não é pouco. É muitíssimo: é ter um projeto para a saúde e esse projeto adquirir uma importância enorme para o país”, reflete.

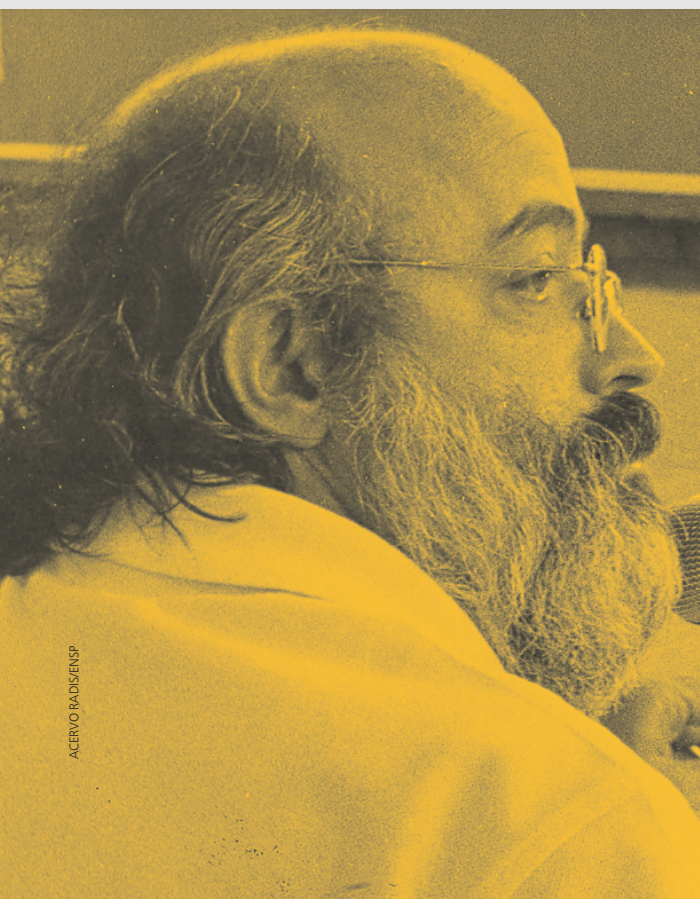
“Quem conquistou o SUS foi a sociedade brasileira organizada e agora estamos perdendo porque a sociedade está totalmente desorganizada pela nova forma de acumulação de capital”, afirma Ary. Apesar dos sanitaristas terem tido um papel importante nas discussões, ele lembra que a conquista foi social. Mesmo com um cenário desafiador, ele afirma que não pretende desistir. “Estamos vivendo um momento muito crítico, mas continuo na luta. Trabalho com movimentos sociais. Não vou viver para ver a sociedade transformada. Mas eu luto pela minha ética de vida. Enquanto eu puder, vou lutar”, conclui. 

SAÚDE É DEMOCRACIA

“Talvez seja interessante a gente pensar um pouquinho o que significa esse conceito de saúde, colocado quase como algo a ser atingido. Não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até, a informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas, que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo o tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência de um governo contra o seu próprio povo”

**Discurso de Sergio Arouca
na abertura da 8ª CNS**

Sergio Arouca durante plenária da 8ª CNS



CHARLATÕES DA INTERNET

Falsas promessas e terapias sem evidência científica proliferam nas redes e põem a saúde em risco



IMAGEM GERADA POR IA / RADIS

As imagens dessa matéria foram geradas por IA e simulam “tratamentos mágicos” sem comprovação científica vendidos na internet, como a soroterapia

FAKE



IMAGEM GERADA POR IA / RADIS

PAULA PASSOS

Soluções simples para questões complexas. Esse é o lema de muitos influenciadores digitais e profissionais de saúde que oferecem produtos milagrosos para queixas como fadiga e baixa libido nas redes sociais. O que a ciência revela há décadas é que o básico bem feito quase sempre supera qualquer “superpoder” que essas soluções podem oferecer. Dormir bem, ter uma dieta balanceada, fazer atividade física com regularidade e cultivar boas relações podem ser a solução de grande parte dos problemas de saúde.

Mas a realidade digital é sedutora e propõe alternativas, muitas vezes, perigosas: soroterapia com compostos desconhecidos, “chip da beleza” [implante subcutâneo com hormônios], uso de testosterona e suplementações que contemplam quase toda a tabela periódica. Entre 2020 e 2022, a pesquisa “A Economia Global do Bem-Estar”, do Global Wellness Institute (GWI), mostrou que, no Brasil, 96 bilhões de dólares foram movimentados por esse mercado, o equivalente a quase 500 bilhões de reais.

Estratégias de venda são utilizadas para fazer com que o paciente ao invés de ser acolhido na consulta saia do atendimento com mais angústia, baixa autoestima e seja coagido a pagar valores que podem chegar a R\$ 80 mil. Histórias desse tipo são contadas no canal do YouTube de Carlos Eduardo Seraphim, médico endocrinologista que, em agosto de 2024, criou um perfil na plataforma, motivado pelo excesso de condutas danosas e até perversas que escutava em seu consultório.

“Começou a me incomodar receber paciente que passou por diversos outros colegas e tinha gastado não só tempo, mas saúde, disposição, esperança e, obviamente, dinheiro”, conta à *Radis*. No seu canal “Endócrino e Talks”, o doutor em Medicina pela Universidade de São Paulo (USP), além de desmistificar informações perigosas, faz denúncias com imagens borradas e vozes alteradas de profissionais que disseminam conteúdos danosos à saúde.

Nesta reportagem, você vai entender como a venda de terapias sem comprovação científica na internet, como o uso indiscriminado de hormônios, gera riscos para a saúde.

COMUNICAÇÃO E SAÚDE

Pâmela Pinto é pesquisadora do Laboratório de Comunicação e Saúde (Laces), do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz) e investiga a desinformação em saúde, com ênfase no SUS. Para ela, “a visão mercadológica das mídias sociais acaba por ampliar o estímulo à responsabilização do indivíduo pela sua saúde, centrada em um corpo ideal e saudável, em detrimento da busca coletiva por esse direito”.

Em um levantamento feito por seu grupo de pesquisa, foram identificadas 15 figuras públicas premiadas pelo prêmio iBest, entre 2020 e 2024, como influenciadores de referência na área da saúde e bem-estar. Dessas, apenas oito eram profissionais de saúde. Figuras do universo fitness como a

empresária Maira Cardi e a cantora Kelly Key somavam 22 milhões de seguidores no Instagram, enquanto o Ministério da Saúde possuía, à época, 3,3 milhões.

Em março de 2026, a edição do prêmio reconheceu o atleta Bitelo e o empresário Cariani como vencedores da categoria Fitness e Wellness. Na categoria Saúde, os médicos vencedores foram Fernando Lemos e Drauzio Varella.

A pesquisadora lembra a Lei nº 15.325, de janeiro de 2026, que reconheceu e regulamentou no Brasil a atuação do profissional multimídia, podendo trabalhar na criação, edição, produção, gestão e publicação de conteúdos digitais. Ao mesmo tempo, a lei não estabelece piso salarial, jornada de trabalho nem cria vínculo empregatício automático, tendo como principal objetivo o reconhecimento formal, além de proporcionar maior segurança jurídica a um setor que já existia, mas que ainda não era regulamentado.

De acordo com Pâmela, “esse novo passo vai auxiliar na busca por um ambiente mais seguro para os produtores de conteúdos inseridos na lógica comercial das plataformas e das marcas que representam; e para nós, que acompanhamos esse trabalho”.

Para a pesquisadora, a adaptação do algoritmo [conjunto de inteligências artificiais e processos que analisam comportamentos nas redes digitais] aos interesses dos usuários permite otimizar os conteúdos recebidos. Segundo essa lógica, quanto mais vejo um serviço ou produto, mais me torno suscetível a comprá-lo, porque a personalização reconhece meus hábitos.

Além disso, Pâmela elenca outras estratégias que potencializam o alcance de informações sobre saúde: vídeos explicativos; utilização de profissionais da área para validar determinado produto; testemunho de usuários com vídeos amadores; e utilização da própria ciência de forma distorcida para validar a venda, através de artigos científicos genéricos e menções à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

CIÊNCIA DISTORCIDA

No canal “Endócrino e Talks”, Carlos Eduardo Seraphim desvenda, para seus 143 mil inscritos, vários dos artigos que são utilizados pelos charlatões da internet para justificarem suas vendas. Uma meia-verdade adaptada para simplificar, muitas vezes, temas complexos, como o funcionamento de hormônios e o processo de emagrecimento.

“Em algum grau as pessoas sabem que o picareta é picareta. Só que às vezes é um engano conveniente”, reflete. Mas na hora das complicações, é comum que recorram a profissionais sérios e não aos prescritores de substâncias da moda. Um episódio que marcou o médico foi quando recebeu uma ligação de uma colega psiquiatra pedindo que ele fosse de madrugada avaliar uma paciente de 40 anos que estava internada em um hospital em São Paulo.

Ela havia feito soroterapia sem saber o que tinha dentro do soro. O ideal é que seja feita uma dupla-checagem antes da administração, ou seja, que a pessoa que vai aplicar a medicação confirme o nome do paciente e o remédio, explica o médico.

Tempos depois, após pagar milhares de reais nas sessões, foi parar no pronto-socorro com arritmia. O exame de sangue mostrou que estava intoxicada por hormônio tireoidiano,



Famosos são adeptos desses protocolos de soroterapia padronizados em clínicas caras

sendo que ela nunca fez uso desse tipo de medicação. Depois a mulher descobriu que eles colocavam T3 [hormônio produzido pela tireoide] no soro da clínica.

“A gente teve que anticoagular, chocar para reverter o ritmo, sob sedação. E mesmo depois ela me perguntou se poderia continuar fazendo as sessões apenas com aminoácidos para não perder o valor pago. O que me impressionou foi o grau de atratividade daquele tipo de estratégia. Eu disse que não seria conivente com aquela conduta”, lembra.

Nessa situação, usar remédios anticoagulantes foi importante, porque a arritmia pode favorecer a formação de coágulos no coração, aumentando o risco de derrame. E fazer a cardioversão elétrica (um choque controlado no peito) ajudou a restaurar o ritmo saudável do órgão. “Eu já tive de tudo no consultório, depois do uso inadequado de hormônios: AVC, infarto, insuficiência renal”, recorda.

O médico disse que é comum nesse tipo de soroterapia a infusão de altas doses de vitamina D, substâncias diuréticas e estimulantes. “Ontem mesmo atendi dois pacientes com



intoxicação. Um deles viu na internet e achou que seria legal ficar com a vitamina D acima de 100 ng/mL”, contou durante entrevista online em março. Geralmente, para uma população saudável, sem sintomas, não é necessário dosar vitamina D. Para quem tem osteopenia ou osteoporose, por exemplo, a vitamina D pode ficar entre 30 e 60 ng/mL.

SOROTERAPIA

Bastante difundida na internet e utilizada por celebridades no Brasil e no mundo, vende-se a soroterapia como um tratamento capaz de aumentar a energia, “desintoxicar” e “desinflamar” o organismo. “Toda tabela periódica está sendo consumida na forma de suplementação. Na medicina a gente precisa suplementar aquilo que está faltando”, explica Mylena Medeiros, endocrinologista pelo Hospital das Clínicas da USP.

Em entrevista à *Radis*, a médica contou que há pacientes que gastam valores altíssimos suplementando vitaminas e nutrientes sem indicação precisa, quando, na verdade,

poderiam investir em aspectos que sabidamente têm impacto na qualidade e expectativa de vida, como prática regular de atividade física e uma alimentação balanceada. “Os pacientes poderiam direcionar esses gastos para o acompanhamento por profissionais da educação física e da nutrição”, afirma.

Ela lembra da inteligência do nosso corpo: “O nosso trato gastrointestinal é muito inteligente, então, ele só vai absorver aquilo que o corpo está precisando. Isso evita excesso. E quem desintoxica é o fígado. Fora que essas infusões acontecem em diversos locais que não estão sendo vigiados”, lembra.

A médica, também preceptora da Afya Faculdade de Ciências Médicas de Jaboatão dos Guararapes, em Pernambuco, explica que a suplementação via endovenosa deve ser feita em casos específicos: “um paciente pós-cirurgia bariátrica que não respondeu à suplementação oral; paciente que tem alguma doença disabsortiva intestinal ou deficiência nutricional mais grave e sintomática; e com impossibilidade de suplementar via oral”, exemplifica.

Ela alerta que é antiético aplicar um soro em um estabelecimento onde o próprio médico realiza a comercialização, porque gera um “viés de prescrição”. Também comenta sobre o grande mercado que envolve profissionais da saúde e farmácias de manipulação, em que os médicos chegam a receber cerca de 30% do valor de toda suplementação prescrita.

TESTOSTERONA

Outra tendência é a suplementação de testosterona, muitas vezes vendida para melhorar o rendimento na academia, deixar os músculos mais visíveis, a pessoa mais disposta e impulsionar a performance sexual. “O Brasil está diante de um problema crescente e subestimado. As vendas legais de anabolizantes cresceram 670% entre 2018 e 2023, e isso não conta o mercado clandestino, que inclui tráfico via Paraguai, produção caseira e farmácias de manipulação que operam à margem da legalidade”, avalia Carlos.

Apesar de fazer uso, Marco Loja, 39 anos, assistente administrativo, não recomenda, especialmente, por causa das alterações de humor. “A pessoa vai de 0 a 100 muito rápido. Uma pessoa que não é controlada mentalmente, faz besteira”.

Besteira, segundo ele, seria brigar com alguém de sua convivência, criar situações de ciúme e, dependendo, até partir para agressão física. “Conheço gente que estragou relacionamento de dez anos, porque começou a tomar trembolona [esteroide anabolizante potente, desenvolvido para uso veterinário em gado] e achava que a mulher o traía”, lembra.

Também comentou o caso do fisiculturista Pedro Camilo que espancou a ex-namorada no dia do aniversário dela por ciúmes. Ele aposta que se fizessem um exame de sangue iriam constatar os altos níveis de testosterona no atleta. Inclusive, essa é uma estratégia da defesa do agressor, conforme publicou o G1 Santos em 15/1/26. A vítima precisou passar por várias cirurgias na face e hoje tenta retornar à rotina de médica.

Atualmente, Marco faz uso de três substâncias injetáveis (testosterona enantato, drostanolona e trembolona), em dias alternados na semana. Uma prática recorrente há três anos. Aos 20 também já havia feito uso, mas sem tanta

FAKE

O uso de testosterona para fins estéticos não é recomendado, pois inclui risco aumentado para insuficiência cardíaca, AVC, arritmias e até morte

IMAGEM GERADA POR IA / RADIS

regularidade. O estímulo extra veio após ganhar peso durante a covid-19, quando chegou a pesar 138 kg, medindo 1,85 m.

Hoje, pesa 110 kg e faz exercício duas vezes ao dia, de segunda a sábado. Pela manhã faz aeróbico em jejum e à noite faz musculação. A dieta e o treino são seguidos com base em conteúdos da internet. Ele disse que treina muito durante a semana para poder comer o que tem vontade no sábado e no domingo.

Ele mesmo aplica as substâncias injetáveis e consegue os produtos com um atleta que adquire em uma farmácia de manipulação. Marcos não sabe exatamente o caminho das drogas injetáveis, mas conta que é comum esse tipo de assunto e mercado na academia.

RISCOS À SAÚDE

O Conselho Federal de Medicina (CFM) determinou, por meio da Resolução nº 2.333/2023, que a prescrição de testosterona e de outros esteroides anabolizantes deve se restringir a casos com indicação clínica comprovada, como deficiência hormonal diagnosticada (hipogonadismo), proibindo seu uso para fins estéticos.

A norma também veda a utilização sem respaldo científico, incluindo práticas como “modulação hormonal”, hormônios bioidênticos sem evidência e substâncias como SARMS (Moduladores Seletivos dos Receptores de Andrógenos), além de coibir a promoção desses usos por médicos.

Segundo o CFM, a medida se baseia na falta de benefícios comprovados nessas aplicações e nos potenciais riscos à saúde, reforçando que o uso de hormônios deve ser exclusivamente terapêutico e pautado por critérios técnicos e éticos.

DEPENDÊNCIA PSICOLÓGICA

Carlos Eduardo, assim como Marco, enxergam que é criada uma dependência psicológica, após o início do uso de hormônios, que dificulta a interrupção. “Só que a partir do momento que você vive o sobre-humano, que tem uma percepção de confiança e uma disposição excessivas, você não quer ficar sem”, explica o médico. É quando as pessoas buscam o mercado paralelo.

O endocrinologista também vê outra questão complexa: “não só uma padronização de corpos da mulher e do homem, mas até para os jovens”. Ele recorda uma pesquisa que revela que 6% dos adolescentes do ensino médio nos Estados Unidos já usaram anabolizantes.

“Imagina 6% dos jovens que aumentaram três vezes o risco cardiovascular [morte, infarto] em 11 anos. E a conta a gente não paga hoje, assim como o cigarro. A gente só paga daqui a uns anos. Os custos recaem sobre o SUS na forma de infartos, AVCs, arritmias e insuficiências cardíacas em adultos com menos de 45 anos”, diz.

TESTOSTERONA PARA MULHERES

Já o “chip da beleza”, utilizado por celebridades como Jojo Todynho e Virginia Fonseca, podem conter geralmente testosterona e gestrinona. Em nota, à *Radis*, a Anvisa informa que “a gestrinona esteve presente em medicamentos registrados e comercializados para tratamento de endometriose até a década passada, na forma de cápsulas gelatinosas duras, mas atualmente não existe registro de medicamento contendo essa substância no Brasil”.

“Por se tratar de substância hormonal com possibilidade de causar eventos adversos graves, foi banida de diversos mercados”, diz o texto.

A nota alerta que a propaganda à população em geral é proibida pela Agência, que reforça que “não existem evidências técnicas e científicas que dariam suporte ao uso da gestrinona implantável para fins de emagrecimento, ganho de massa muscular, reposição hormonal, tratamento de sintomas de tensão pré-menstrual, regulação de períodos menstruais, aumento da libido e para fins estéticos”.

Sobre o “chip da beleza”, o médico comenta: “um implante comprado por R\$ 500 pode ser vendido por R\$ 10 mil”. Nos comentários do “Endócrino e Talks”, é comum mulheres relatarem que chegam às consultas com outras demandas de saúde e os profissionais empurram tratamentos caríssimos como esse.

Mylene explica que “para mulheres em idade fértil (pré-menopausa), não existe indicação de reposição de testosterona”. A médica lembra que nem se deve dosar testosterona para diagnosticar uma suposta “deficiência hormonal”, uma vez que esse diagnóstico em mulheres não existe e o exame apresenta baixa acurácia e limitada utilidade clínica para a tomada de decisão.

No entanto, sua dosagem acaba sendo uma justificativa para se realizar a venda. “Eu doso testosterona em mulheres quando eu suspeito do excesso, porque aí sim é patológico”, explica.

Já nas mulheres pós-menopausa, a endocrinologista diz que, em casos pontuais, é possível suplementar testosterona em doses baixas, em gel ou creme (via transdérmica), para melhora de libido, mas só depois de a paciente estar realizando a terapia de reposição hormonal com estrogênio e após exclusão de outras causas que podem impactar na libido feminina: sono de má qualidade, questões emocionais, qualidade das relações românticas, dor no ato sexual, rotina doméstica etc.

Quando já se excluíram esses aspectos, é possível realizar a prescrição da testosterona em doses fisiológicas, devendo descontinuí-la, se não houver benefício clínico em até seis meses.

Esse tratamento, ainda assim, não depende da dosagem do hormônio baixo no sangue, sendo prescrito com base nos sinais e sintomas apresentados pela paciente. Durante o acompanhamento das mulheres em uso, a dosagem de testosterona, por sua vez, deve ser realizada para evitar excesso hormonal, que pode aumentar o risco cardiovascular (infarto, AVC, insuficiência cardíaca), trombose, deixar a voz grossa e aumentar o clitóris.

CRESCIMENTO DOS CHARLATÕES

Cerca de 23 mil novos médicos se formam por ano no Brasil, de acordo com a Demografia Médica 2025. “Apenas nos últimos cinco anos, desde 2020, o país passou a contar com 116.546 novos médicos”, declara o estudo.

Com o fácil acesso às redes sociais e a profissionais de marketing, novos médicos enxergam esse mercado como uma oportunidade de ganhar dinheiro. “Eu acho que hoje há uma disseminação irrestrita de faculdades de medicina; tem que ter critério, porque tem faculdade que não está vinculada a hospitais, por exemplo. E não há robô que vá simular uma interação humana. É diferente treinar num robô e entubar uma pessoa”, avalia Carlos Eduardo.

Outro fator que favorece a manutenção desse tipo de profissional é que, segundo o pesquisador da USP, muitos pacientes acabam tendo vergonha de denunciar, justamente, por se sentirem culpados de terem embarcado em uma oferta de cuidado que desde o início já suspeitava ser danosa.

Além disso, no site do CFM, não é possível realizar denúncia anônima. E a primeira frase na página já repele: “Toda denúncia médica é grave e precisa ser averiguada”. “Depois de ter a saúde afetada, a pessoa só quer resolver o problema e virar a página, então, é muito raro que o paciente procure de fato uma autoridade para denunciar”, diz o endocrinologista. 

COMO DENUNCIAR

Para quem quiser denunciar, é essencial reunir provas, como prints de publicações com a data, anúncios, link do site, notas fiscais, prescrições médicas, comprovantes de pagamento, e-mails, conversas, protocolos de tratamento e exames antes da intervenção para servir como comprovação do dano.

A advogada Lara Reis, pós-graduada em Direito Civil, explica que é preciso avaliar cada caso, mas que é possível procurar uma pessoa advogada ou ir à Defensoria Pública. As denúncias podem ser feitas simultaneamente em mais de um canal e as principais vias são: usar as próprias plataformas em que os conteúdos foram veiculados; denunciar ao órgão de classe do profissional; reportar à Anvisa; reclamar junto ao Procon por publicidade enganosa e/ou prática abusiva ao consumidor.

De acordo com a situação, é possível acionar o Ministério Público Estadual ou fazer registro de ocorrência em uma delegacia, podendo ser configurados crimes de charlatanismo, estelionato e, se houver dano efetivo à saúde, lesão corporal.

DIVULGAÇÃO



CIÊNCIA E TERRITÓRIO

Uma edificação histórica da Fiocruz, no bairro de Manguinhos (RJ), foi restaurada e abre novamente as portas, dessa vez, transformada em espaço cultural. Integrado ao circuito de visitação do Museu da Vida, o Pombal da Fiocruz foi inaugurado com a exposição de longa duração “Pombal: do mangue ao mundo”, dedicada a explorar as conexões entre ciência, território e meio ambiente. A estrutura, projetada em 1904, abrigava pequenos animais usados na produção inicial de soros e vacinas no Brasil, além de pombos-correios que realizavam a comunicação dos cientistas com o Centro do Rio de Janeiro. A visitação ao Museu da Vida é gratuita, de terça a sexta, das 9h às 16h30, e aos sábados, das 10h às 16h.

DIVULGAÇÃO



ASSASSINOS DE FARDA

O documentário “Cheiro de Diesel” retrata os traumas coletivos vivenciados pela população de favelas do Rio de Janeiro durante a militarização para os grandes eventos esportivos — Copa do Mundo de 2014 e Jogos Olímpicos de 2016. As diretoras Gizele Martins e Natasha Neri trazem vozes das favelas para denunciar a repressão, a violação de direitos, a impunidade e a luta por justiça e reparação para as vítimas. O filme foi lançado em 2 de abril e está em cartaz nos cinemas. Assista ao trailer: <https://bit.ly/trailercheirodediesel>.

DIVULGAÇÃO



SAÚDE NA AMÉRICA LATINA

A série “Sistemas de saúde na América Latina e os desafios do SUS” reúne seis vídeos voltados à divulgação científica de resultados de estudos desenvolvidos pelo grupo “Estado, proteção social e políticas de saúde”, coordenado pelas pesquisadoras Luciana Dias e Cristiani Machado, na área de análise de políticas e sistemas de saúde em múltiplas escalas. As pesquisas incluem estudos comparativos entre o Brasil e outros países da América Latina, como Argentina, Chile, Colômbia e México. O conteúdo tem linguagem acessível, com o objetivo de alcançar um público mais amplo, para além dos profissionais e estudantes da área. A série foi lançada pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), com apoio da VideoSaúde e do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz). Assista aqui: <https://bit.ly/seriesaudenaamericalatina>.

CAOS, DESESPERO E LAMA TÓXICA

Um relato em quadrinhos do maior desastre ambiental do Brasil. “Doce Amargo” conta a história de Governador Valadares, cidade mineira de quase 280 mil habitantes, que estava no caminho da lama quando a barragem de rejeitos de minério de ferro de Fundão, em Mariana (MG), se rompeu, em 2015. A estrutura armazenava 55 milhões de metros cúbicos de resíduos e a lama percorreu 660 quilômetros pelo Rio Doce, atingindo 38 municípios. Morador da maior cidade do Leste mineiro, o educador e roteirista João Marcos Mendonça viveu essa realidade e transformou o relato pessoal em desenho.



DIVULGAÇÃO

Os 25 anos da Lei 10.216 e o legado da Reforma Psiquiátrica Brasileira

PAULO AMARANTE

No dia 6 de abril de 2026, a Lei 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira, completou 25 anos. É a história de uma luta com muitas transformações e desafios que não se reduzem a este quarto de século. A mobilização pela transformação da assistência psiquiátrica ganhou corpo a partir da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em junho de 1987, desdobramento da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde.

As ideias da comissão criada na 1ª CNSM serviriam como uma das bases para a proposição do Projeto de Lei (PL) 3.657, do deputado Paulo Delgado, em setembro de 1989. O PL, que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, inspirava-se na experiência italiana, que ficou conhecida como Lei Basaglia.

Devido ao clima e à receptividade pública favoráveis na conjuntura política da redemocratização, especialmente após o surgimento das iniciativas inovadoras em Santos e São Paulo, o PL foi imediatamente aprovado na Câmara dos Deputados e seguiu para o Senado. Então os setores conservadores e ligados à “indústria da loucura”, isto é, os proprietários dos hospitais psiquiátricos privados conveniados/financiados por recursos públicos e o establishment psiquiátrico, perceberam o risco que a nova lei representava para seus interesses e passaram a lutar contra sua aprovação.

A tramitação por quase 12 anos fez crescer o movimento social favorável ao SUS e à Reforma Psiquiátrica, na medida em que a sociedade percebeu que estava em jogo não apenas a violência nos manicômios, mas toda uma concepção de direitos humanos, de direito à saúde, de participação e controle social.

Embora o texto original tenha sido rejeitado, foi aprovado um substitutivo que originou a Lei 10.216/01, bem mais moderada que o PL, mas que dispôs sobre “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais” e “redirecionou o modelo assistencial em saúde mental”. A lei 10.216 foi o arcabouço legal que reforçou de forma inquestionável a Reforma Psiquiátrica assim como ampliou o cenário dos movimentos antimanicomiais e afins no campo dos direitos humanos em suas mais variadas dimensões.

O processo de substituição do modelo manicomial em direção ao cuidado em liberdade, com serviços e dispositivos territoriais, de portas abertas, com políticas intersetoriais, é

muito visível no país. Enquanto em 2014 existiam 167 hospitais psiquiátricos, em 2024 o número cairia para 93, mas a extinção efetiva destes ainda é um dos maiores desafios ao processo da Reforma Psiquiátrica. Simultaneamente a esse fechamento, outras formas de cuidado em liberdade foram sendo criadas: mais de 3 mil Caps, muito embora menos de 200 sejam Caps 3, isto é, com funcionamento 24h e oferta de leitos para atenção à crise.

A comemoração dos 25 anos da Lei 10.216 é extremamente importante para demarcar não apenas o seu impacto na transformação do modelo assistencial em saúde mental, mas também para destacar o singular processo de participação e construção social da Reforma Psiquiátrica brasileira, de novas formas de lidar com a loucura, a diferença, a diversidade, o sofrimento ou transtorno mental.

Neste sentido, alguns novos desafios se apresentam na atual conjuntura e devem ser devidamente equacionados e enfrentados. Um deles é o processo assombroso de patologização e medicalização da vida, liderado e patrocinado pela indústria farmacêutica e operado pelos seus adeptos e beneficiários. Outro desafio é relacionado à política sobre uso problemático de substâncias num contexto geopolítico internacional em que a guerra às drogas assume um caráter estratégico de violência e colonização.

Em carta aberta ao Ministério da Saúde, a Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme) reconhece os avanços na Política Nacional de Saúde Mental, embora reivindique um investimento mais decidido nos serviços e dispositivos coerentes com os princípios da lei da Reforma Psiquiátrica. Ao mesmo tempo, denuncia o preocupante investimento nas ditas “comunidades terapêuticas”, que absorvem mais recursos que toda a Rede de Atenção Psicossocial (Raps).

Tais “CTs” têm sido objeto de denúncias de violências, abusos morais, trabalho escravo e inclusive mortes. É importante destacar que elas têm funcionado como uma espécie de incubadora de práticas repressivas, antidemocráticas e antiSUS — paradoxalmente, com recursos públicos.

Em contraponto, os movimentos sociais reivindicam maior investimento em serviços de atenção psicossocial, seja em Caps, unidades psiquiátricas em hospitais gerais, Unidades de Acolhimento e Centros de Convivência, seja em iniciativas de arte-cultura e economia solidária, na ampliação da atenção primária e em consultórios na rua.

■ [Leia a versão completa deste artigo no site de Radis.](#)

■ 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 Psiquiátrica.

**CUIDADO
EM
LIBERDADE**

**25 ANOS DA LEI DA
REFORMA PSIQUIÁTRICA**

**NOSSA BANDEIRA
É O CUIDADO EM
LIBERDADE NO SUS.**

PRADIS



FIOCRUZ

SUS

