Série Saúde Mental Coletiva

CUIDADOS CULTURAIS, SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Magda Dimenstein e Ana Carolina Rios Simoni (Orgs.)

editora
redeunida

A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 300 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.
Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
https://editora.redeunida.org.br/

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br

ORGANIZADORAS

Magda Dimenstein
Ana Carolina Rios Simoni

Série Saúde Mental Coletiva

CUIDADOS CULTURAIS, SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

1ª Edição
Porto Alegre
2026

editora
redeunida

Copyright © 2026 by Magda Dimenstein; Ana Carolina Rios Simoni e Associação Rede Unida

Este trabalho está licenciado sob a licença Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA
Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial
Editores-Chefes: Alcindo Antônio Ferla e Hêider Aurélio Pinto
Editores Associados: Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Denise Bueno, Diéssica Roggia Piexak, Fabiana Mânica Martins, Fernanda Cornelius Lange, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Michelle Kuntz Durand, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Ceccon, Sheila Rubia Lindner, Stela Nazareth Meneghel, Stephany Yolanda Ril, Suliane Motta do Nascimento, Virgínia de Menezes Portes

Conselho Editorial
Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Àngel Martínez-Hernáez (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);
Berta Paz Lorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha);
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);
Êrica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);
Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense);
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);
Priscilla Viégas Barreto de Oliveira (Universidade Federal de Pernambuco);
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial
Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Camila Fontana Roman
Carolina Araújo Londero

Diagramação
Lucia Pouchain

Arte da capa
Maria Luiza de Sousa Lopes
Maria Vitória Nunes Souza
Maria Rita Suassuna Holanda

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

C966

Cuidados Culturais, Saúde Mental e Atenção Psicossocial / Magda Dimenstein; Ana Carolina Rios Simoni (Organizadores) – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2026.

660 p. (Série Saúde Mental Coletiva, v.14).

E-book: 6.20 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-297-4

DOI: 10.18310/9786554622974

1. Cuidados Culturais. 2. Determinação Social da Saúde Mental. 3. Interseccionalidade. 4. Formação em Saúde. 5. Equidade. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WM 420,5

CDU 364.62

Catalogação elaborada pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br

editora
redeunida

Apresentação

O livro *Cuidados Culturais, Saúde Ment al e Atenção Psicossocial* reúne pesquisas, experiências de intervenção e perspectivas teórico-metodológicas que incorporam os marcadores sociais da diferença — como raça, classe social, identidade de gênero, orientação sexual, geração e território — e suas dimensões simbólicas, históricas e sociopolíticas, às discussões sobre cultura, cuidado e saúde mental. Ao colocar em diálogo estes diversos trabalhos, evidencia a importância dos cuidados culturais na atenção psicossocial, destacando sua centralidade para a construção de práticas equitativas, sensíveis e responsivas às especificidades dos sujeitos, coletividades e territórios.

Cuidados Culturais, Saúde Mental e Atenção Psicossocial é uma formulação original que nomeia um conjunto de experiências e estudos emergentes no sul global - notadamente no Brasil e em outros contextos latino-americanos e caribenhos - que articulam saberes populares e comunitários a conhecimentos técnicos, de modo a enfrentar os processos de determinação social da saúde mental. Essas abordagens carregam as marcas das sociedades em que se constituem, com suas histórias coloniais e multiculturais, desigualdades sociais e iniquidades em saúde. Ao mesmo tempo, se forjam desde movimentos políticos de luta por direitos e da construção de políticas públicas em conexão com diferentes atores e movimentos sociais, que mobilizam a produção e o reconhecimento de formas de cuidado situadas e compartilhadas nos cenários de vida dos povos.

A alegria de publicar este livro pela Rede Unida nos acompanha desde as primeiras linhas desta apresentação, em razão de sua longa trajetória de contribuições à Saúde Coletiva, que se confunde com a própria construção do agir-

pensar crítico, sensível e comprometido com a democracia, a equidade e a defesa da vida que constitui este campo. Também por topar acolher uma publicação que reúne trabalhos escritos nas línguas maternas de autores e autoras latino-americanos, ecoando vozes que fortalecem as trocas sul-sul e afirmando a potência de produzir conhecimento a partir de nossos territórios e modos de cuidar.

O resultado é um livro que relança a aposta ético-política na Saúde como produção coletiva e oferece a trabalhadores, pesquisadores, estudantes e formuladores de políticas públicas um conjunto de conhecimentos e perspectivas inovadoras - oriundas de diferentes países latino-americanos como Uruguai, Argentina, Chile, Colômbia, México, Panamá, Nicarágua e, notadamente, de diversas regiões do Brasil - que emergem com força na literatura recente da área. Trata-se de uma produção que aporta contribuições críticas e culturalmente sensíveis para o campo da saúde mental e atenção psicossocial, promovendo diálogos interprofissionais e intersetoriais e colaborando para a transformação das políticas e práticas de cuidado.

A publicação está organizada em dois eixos temáticos. O primeiro, intitulado *Políticas públicas, modelos de atenção e formação para o trabalho em saúde mental: pesquisas e problematizações*, discute modelos de atenção e de formação que agenciam cuidados na perspectiva da diversidade, aportando subsídios para que as políticas públicas incorporem a interculturalidade e a interseccionalidade ao enfrentamento das iniquidades em saúde mental. Para tal, são apresentados textos que abordam a gestão de políticas, a formação de trabalhadores da saúde e a organização de serviços.

No segundo eixo, nomeado *Saberes, tecnologias e práticas de cuidado em saúde mental: atualizações da clínica da Atenção Psicossocial*, compartilham-se experiências com dispositivos e tecnologias de cuidado que buscam responder às barreiras de acesso à saúde mental entre populações minorizadas e/ou culturalmente diversas, rompendo com os reducionismos da clínica. Dessa forma, os textos apresentam intervenções que atualizam a clínica da Atenção Psicossocial na Saúde Coletiva, ao trazer os cuidados culturais e interseccionais

para o centro dos debates e processos abertos de reforma da atenção em saúde mental em nossos países.

Como primeiro capítulo, trazemos o texto *Cuidados Culturais, Saúde Mental e Atenção Psicossocial*, de nossa autoria, que dá título à obra e apresenta uma introdução ao campo dos Cuidados Culturais em Saúde Mental, discutindo aspectos que os diferenciam de outras abordagens voltadas à multi e interculturalidade em saúde. Trata-se de um convite a dialogar com as proposições técnicas, éticas e políticas presentes na diversidade de produções que compõem o livro na direção da equidade e da justiça social.

No capítulo 2, escrito por Silvio Yasui, pesquisador e militante da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) desde seus primórdios, o leitor encontrará um panorama da Política de Saúde Mental no Brasil. Intitulado *A Política de Saúde Mental no Brasil: Avanços, Impasses e Desafios em Contexto de Retrocessos Democráticos*, o texto apresenta o campo da Atenção Psicossocial e analisa o cenário político conservador brasileiro que impôs na última década retrocessos e ameaças a avanços historicamente conquistados. Ao mesmo tempo, realiza um trabalho de memória e de coletivização de saberes locais da RPB, convocando-nos ao "desafio atual da reconstrução da utopia antimanicomial", pelo estabelecimento de alianças com outros movimentos sociais - antirracista, feminista e anticapacitista - para a produção de cuidados em saúde mental culturalmente sensíveis e socialmente comprometidos.

Na esteira desta convocação fundamental, o capítulo 3, de autoria da pesquisadora Sandra Caponi, intitulado *Determinantes sociais e saúde mental: por um modelo baseado em direitos*, analisa criticamente a atual hegemonia do modelo biomédico na saúde mental, evidenciando como ele ignora os determinantes sociais do sofrimento psíquico. Discute iniciativas recentes em países como Espanha e Brasil centradas em direitos humanos, propondo uma transformação estrutural, intersetorial e ética na forma como se compreende e aborda a saúde mental, através do reconhecimento do impacto de fatores como pobreza, violência, racismo, machismo e exclusão social. Nesta mesma direção,

Aldo Tomassini, no capítulo 4, *Cuidado ético y desigualdades culturales en los modelos de atención psicosocial: desafíos interseccionales en las políticas públicas de salud mental y sustancias psicoactivas en América Latina*, a partir de sua experiência como pesquisador e ator político no Uruguai, considerado o país mais progressista das Américas em termos de política de drogas, dialoga com pesquisas que levam em conta as desigualdades estruturais de raça, classe, gênero, sexualidade e etnia. Seu texto evidencia as tensões éticas, epistemológicas e políticas que emergem no cuidado destinado a pessoas que usam drogas e propõe o enfrentamento de lógicas normalizadoras por meio de políticas públicas que redistribuam poder, reconheçam múltiplos saberes e inovem em estratégias de financiamento para modelos de Gestão de Riscos e Redução de Danos.

No capítulo 5, *Brechas en la atención y calidad de los servicios de salud mental en Argentina*, um grupo de pesquisadores do Programa de Mestrado em Saúde Mental da Universidade Nacional de Córdoba também destaca a necessidade de urgentes redirecionamentos estruturais nas políticas de saúde mental latino-americanas. Para isso, apresenta pesquisas multicêntricas - recentes e em andamento - acerca da qualidade do cuidado nos serviços do sistema público da Argentina, a partir da aplicação do *Quality Right*, cuja metodologia de avaliação tem enfoque em direitos humanos, bem como sobre a prevalência do sofrimento psíquico no país. Os resultados são discutidos de forma a contribuir com o debate dos Cuidados Culturais em Saúde Mental, numa perspectiva de garantia de direitos e participação, abrindo caminho para a problematização realizada no capítulo seguinte. Em *Equidade e interseccionalidade na gestão do SUS: a construção do Censo Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro*, capítulo 6, Raquel Gouveia e grupo de pesquisa apresentam a experiência do Censo Psicossocial dos usuários atendidos nos serviços de saúde mental do estado do Rio de Janeiro, Brasil, enfocando o desafio de incorporar o princípio da equidade na gestão da política e da clínica no cotidiano dos serviços de saúde. A interseccionalidade, como ferramenta teórico-prática, comparece nas análises realizadas, demonstrando a urgência

da oferta de educação permanente antirracista e o reconhecimento da produção cultural afrodiaspórica como potência para a clínica da atenção psicossocial.

Assumindo o desafio do cuidado antiracista, um grupo de pesquisadores de várias universidades públicas do estado da Bahia, Brasil, abordam no capítulo 7 as relações entre saúde mental e racismo, ao examinarem o extermínio sistemático de jovens negros pela violência armada de Estado e as condições de saúde de mães e familiares das vítimas. Intitulado *Atenção psicossocial antirracista: refletindo a possibilidade de ampliação do cuidado intersetorial a mães e familiares de vítimas de violência armada do Estado*, o capítulo discute as possibilidades de ampliação da oferta de cuidado a estas mães e familiares a partir da incorporação de um equipamento governamental de Promoção da Igualdade Racial. Somando-se ao combate às violências estruturais e institucionais que visam a determinados corpos, Flávia Bonsucesso Teixeira e colaboradores nos convidam, no capítulo 8, a refletir sobre a tradução do conceito de "cuidado centrado na pessoa" quando "a pessoa usuária é atravessada por marcadores sociais da diferença que forjam uma subjetividade marginal". Com base na experiência brasileira, o texto *A política de saúde para a população trans e o SUS: o direito de existir* aborda como a elaboração de uma política pública pode contribuir para o reconhecimento, entre os trabalhadores e gestores da saúde, da aliança com a pessoa atendida enquanto força crucial para superar a principal barreira de acesso enfrentada pela população Trans: a transfobia.

Os capítulos que seguem enfocam o campo da formação em saúde, compreendida como estratégica para o desenvolvimento e fortalecimento de práticas de cuidado sensíveis à diversidade, configurando-se como fundamental para mobilizar e sustentar as transformações técnico-políticas delineadas nos trabalhos anteriores. O capítulo 9, *Educação e pesquisa-formação-intervenção em saúde mental: diversidade, inclusão e resistência contra as iniquidades e violências*, escrito por Ricardo Burg Ceccim, Alcindo Ferla e colaboradores, traz a interseção das noções de vivência e experimentação (na formação) e de pesquisa-colaborativa e pesquisar-com (na investigação), como fecundas ao

pensamento que se dirige à interculturalidade e à educação para a alteridade. Desde esta perspectiva, aborda três dispositivos das políticas públicas brasileiras: formação especializada em serviço (caráter interprofissional), formação cotidiana integrada (ensino-serviço-comunidade-gestão) e vivências em territórios de experimentação, "todos transversalizados pela pesquisa ou em grau de afetar a pesquisa", de modo a transformar conhecimentos e práticas em saúde mental.

Nesta direção, no capítulo 10, *Processos formativos em Saúde Mental e Atenção Psicossocial: interrogando sujeitos, práticas, conceitos e saberes***,** Marco José de Oliveira e Sabrina Pereira Paiva compartilham reflexões emergentes em suas experiências formativas no Sistema Único de Saúde, discutindo os processos de formação no sentido teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo. Destacam a importância de reconhecermos as disputas que operam nos contextos institucionais e campos disciplinares, envolvendo gênero, raça, classe, sexualidade, etc., as quais implicam em dissidências e desigualdades, mas também na busca da construção de possíveis consensos em torno de projetos comuns. Já no capítulo 11, intitulado *Potências da práxis de uma Residência Multiprofissional para enfrentar os marcadores sociais de opressão no cuidado à saúde mental no território*, Mônica Nunes e colaboradores compartilham sua experiência em uma Residência Multiprofissional em Saúde Mental (formação especializada em serviço) em Salvador, Bahia. Trazem para o debate uma perspectiva clínica biossociocultural e uma política de formação que aborda os problemas de saúde mental a partir da situação de saúde dos territórios e das vivências interseccionais de sofrimentos. Em seu texto, colocam em análise as intervenções intersetoriais que desenvolvem para enfrentar as situações de racismo, humilhação social, falta de reconhecimento e desprivilégio em decorrência do estigma associado ao diagnóstico psiquiátrico e ao uso problemático de álcool e outras drogas.

A formação profissional segue em pauta a partir da discussão proposta por um grupo de pesquisadores de universidades do Chile, México e Panamá, no capítulo 12. No texto *Factores que intervienen en el desarrollo de la competencia*

cultural en proveedores de salud: desafíos y oportunidades para la formación profesional, os autores analisam experiências provenientes de diferentes países da América Latina, refletindo sobre como fatores pessoais e institucionais podem ser considerados nos processos formativos, com o objetivo de fortalecer a competência cultural dos profissionais de saúde e orientar intervenções mais eficazes. Em diálogo com esta perspectiva, no capítulo 13, *Competência Cultural na Atenção Primária à Saúde: desafios para o trabalho na perspectiva intercultural*, Magda Dimenstein e pesquisadores de várias universidades brasileiras apresentam os resultados de uma pesquisa nacional realizada com apoio financeiro do Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Científico e Tecnológico/CNPq e desenvolvida na Atenção Primária à Saúde. O estudo investigou as relações entre a competência cultural dos trabalhadores, a formação profissional e os processos de organização e gestão do trabalho em saúde. Os resultados sugerem que a interação entre formação acadêmica, práticas de cuidado colaborativas e reflexividade profissional podem propiciar um espaço de aprimoramento de competências culturais, entendidas como articuladoras das dimensões técnica, ética e política do cuidado atento e congruente à diversidade das demandas dos grupos e populações.

Michelle Mateus Yepes e Omar Alejandro Bravo, ambos docentes pesquisadores de universidades da Colômbia, contribuem com as reflexões propostas neste livro através do texto *Pensar la salud mental en contextos de violencia y opresión: los ejemplos de Mozambique y Palestina*, capítulo 14. Neste texto, discutem produções acadêmicas que abordam a "recursividade teórica e prática" de Boia Efraime Jr. (Moçambique) e Samah Jabr (Palestina), pela qual, a partir de um paradigma de saúde mental comunitária, torna-se possível intervir em "contextos marcados pela violência, pelo colonialismo e pela escassez de recursos materiais de toda ordem", bem como propor formas de transpor os desafios para a formação neste campo.

Encerrando a primeira parte do livro, os capítulo 15 e 16 aportam subsídios para a problematização e fortalecimento da Educação Permanente em Saúde. Intitulado *Rede de sistemas e serviços de saúde mental como escola:*

formação situada em rede-escola como forma de cuidado de si e para o cuidado do outro, o capítulo 15 discute a proposta de uma educação permanente em saúde capaz de corresponder aos desafios das reformas sanitária e psiquiátrica, assim como superar o modelo educacional centrado no hospital-escola para produzir uma rede-escola. Construído na interlocução entre profissionais e pesquisadores de diversos países (Chile, Guatemala, Nicarágua e Brasil), destaca os processos cognitivos e afetivos aos quais os trabalhadores estão constantemente expostos, situando a Educação Permanente em Saúde como dimensão constitutiva de redes de acolhimento a usuários da atenção psicossocial capazes de produzir um cuidado aberto à diversidade, à liberdade e à desestigmatização.

O capítulo 16, *Oficinando Cuidados Culturais em Saúde Mental: produção coletiva de um dispositivo de Educação Permanente em Saúde*, compartilha a experiência de uma oficina promovida pelo grupo de pesquisa Modos de Subjetivação, Políticas Públicas e Contextos de Vulnerabilidade da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, com apoio financeiro do CNPq - Edital Pro-Humanidades. Através de uma escrita coletiva, o texto narra os processos ético-metodológicos que envolveram a proposição de um dispositivo de aprendizagens do cuidado em saúde mental atento aos marcadores sociais da diferença como raça, gênero, orientação sexual, classe social, território, geração, capacidade, dentre outros. Contando com a participação de representantes de movimentos sociais, de populações específicas e de trabalhadores, a experiência leva à construção coletiva de um material formativo sobre cuidados culturais em saúde mental voltado a profissionais que atuam na linha de frente das políticas públicas.

A segunda parte do livro, intitulada *Saberes, Tecnologias e Práticas de Cuidado em Saúde Mental: atualizações da clínica da Atenção Psicossocial*, inicia-se com três capítulos em que são discutidos dispositivos de cuidado nos quais os saberes da experiência dos usuários e os aspectos interseccionais dos processos saúde-doença-cuidado comparecem de modo a contribuir para a indissociabilidade entre clínica e política no campo da atenção psicossocial. No

capítulo 17, *Gestão Autônoma da Medicação e Redução de Danos em contextos de vulnerabilidade no sul do Brasil: afirmar a multiplicidade da vida para avançar a reforma psiquiátrica*, Analice de Lima Palombini e colaboradores apresentam uma cartografia de experiências com a Gestão Autônoma da Medicação (GAM) articuladas à Redução de Danos (RD) no Rio Grande do Sul, Brasil, propondo uma composição entre estas estratégias como possibilidade de produzir, "para além de uma gestão autônoma das substâncias prescritas e proscritas", uma "gestão autônoma de múltiplas formas de viver". No capítulo 18, *Gestão Autônoma da Medicação na RAPS: autonomia, direitos e cuidado em contextos de desigualdade*, Bruno Ferrari Emerich, pesquisador da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), também discute a utilização da estratégia GAM, abordando diferentes cenários da Rede de Atenção Psicossocial do Brasil e seu contexto cultural e político enquanto país capitalista periférico, com imensas desigualdades e intensa "interferência dos marcadores sociais na existência-sofrimento dos usuários". Já no capítulo 19, *Implementação de grupos de ouvidores de vozes em serviços de saúde mental: lições da experiência brasileira*, Clarissa Mendonça Corradi-Webster e um grupo de pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP) abordam uma prática originada na Europa e difundida nos Estados Unidos que vem se expandindo em serviços públicos brasileiros: os grupos de ouvidores de vozes. O texto analisa os desafios e as estratégias construídas na implementação desta prática, bem como seus impactos na reorganização das relações de poder, no fortalecimento do protagonismo da experiência vivida e na construção de cuidados culturalmente sensíveis.

Os capítulos 20 e 21 nos convidam a refletir sobre os diferentes obstáculos cotidianos que se apresentam para a produção do acesso à Atenção Psicossocial Estratégica ou Especializada no Brasil. No capítulo 20, intitulado *"Não conheço e nem quero conhecer": compreensão da vizinhança de um CAPSad sobre o tratamento de pessoas que fazem uso de substâncias,* um grupo de pesquisadores da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Minas Gerais, Brasil, apresenta uma pesquisa cujos resultados alertam para

os fracos laços que alguns Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) brasileiros possuem com os territórios nos quais atuam, denunciando as relações entre a estigmatização de usuários e serviços e as dificuldades de se articular o cuidado em saúde mental em contextos comunitários. Noutra direção, o capítulo 21, intitulado *A experiência do Centro de Atenção Psicossocial Fluvial de Abaetetuba-PA: construindo a itinerância do cuidado no caminho das águas*, traz a experiência de um grupo de pesquisadoras da Universidade Federal do Pará (UFPA), Brasil, com a implementação de um CAPS Fluvial em um município da Amazônia composto por 72 ilhas fluviais, onde vivem comunidades tradicionais quilombolas, ribeirinhos e povos da floresta. O projeto é inovador e aposta na produção do acesso ao cuidado através do trabalho de base comunitária, com rodas de conversa e escutas nos contextos de vida das populações acompanhadas em território.

Enquanto estes trabalhos evidenciam a relação entre os processos saúde-doença-cuidado e o território, o capítulo seguinte aprofunda esta problematização ao abordar a experiência da fome como dimensão estruturante do sofrimento psíquico em infâncias vulnerabilizadas. No texto *Os cuidados clínicos e culturais frente à prevalência da experiência da fome e dos maus tratos na infância*, capítulo 22, Karla Patrícia Holanda Martins, da Universidade Federal do Ceará (UFC), Brasil, nos convoca a enfrentar a dolorosa realidade da determinação social da saúde mental no contexto da infância. Em seu texto, compartilha conhecimentos produzidos a partir de duas décadas de escuta de mães e crianças em estado de desnutrição pela privação do alimento, denunciando que "o tabu em torno da experiência da fome consolida uma cripta histórica produtora de silenciamentos" e sofrimentos psíquicos graves e avançando na proposição de uma clínica sensível aos contextos de vulnerabilidade e aos efeitos mortificantes da desnutrição na infância.

O capítulo 23, por sua vez, apresenta um relato de experiência que fornece elementos para aprofundarmos os debates em torno de como as violências de gênero assumem variadas formas e atravessam fronteiras,

costurando expressões da misoginia entre inúmeras culturas e espaços institucionais. Com o texto *"Com Você Ando Melhor": Grupalidade e Sororidade como antídotos à violência política de gênero*, Simone Paulon e um grupo de pesquisadoras da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil, abordam o tema da "violência e assédio contra mulheres que ousam adentrar a política", bem como "as estratégias feministas de cuidar da vida e da democracia", aportando contribuições cruciais para a transformação de sociedades que, assim como a brasileira, tem seu tecido social "tão violentado quanto os corpos das mulheres que o compõem".

Na continuidade do livro, os textos mantêm a saúde mental das mulheres como eixo central das discussões, articulando-a às questões relacionadas à migração e ao refúgio. No capítulo 24, *Saúde, migrações e interculturalidade no SUS*, pesquisadoras da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil, compartilham a experiência do Projeto *Anfòm*, que buscou ampliar o acesso da comunidade haitiana em Porto Alegre/RS ao Sistema Único de Saúde durante a pandemia de Covid-19, através de uma metodologia embasada na radical escuta de usuárias por meio de "cartas denúncias", tendo as mulheres migrantes haitianas como as principais protagonistas na construção do conhecimento e na formulação de estratégias de intervenção. Já no capítulo 25, *Mulheres em Deslocamento Internacional, Violências e Atenção Psicossocial*, Maria Helena Zamora, da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ), Brasil, e pesquisadoras da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), abordam o sofrimento de mulheres em deslocamento, migrantes ou refugiadas, as quais vivenciam várias formas de violências ao longo de seus trajetos migratórios. As autoras compartilham saberes provenientes do atendimento às mulheres, propondo que se considerem as múltiplas vulnerabilidades e interseccionalidades envolvidas, o que exige olhar atento e a formulação de práticas clínicas inventivas e flexíveis.

No capítulo 26, *Saúde mental e bem viver: desatando nós e entrelaçando culturas com mulheres migrantes de três regiões do Brasil*, pesquisadores da

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) apresentam um estudo sobre os efeitos dos deslocamentos forçados na saúde mental de mulheres imigrantes em três capitais brasileiras. O texto contrapõe-se às abordagens patologizantes que enfocam diagnósticos psiquiátricos prevalentes entre essas mulheres, enfatizando estratégias que promovem saúde a partir da perspectiva do *Bem Viver*, tal como compreendida pelos povos originários latino-americanos.

Os capítulos 27 e 28 aprofundam as discussões sobre os processos de cuidado em saúde mental em contextos de migração, deslocamento populacional e refúgio. No capítulo 27, *Migración irregular y salud mental: la importancia de la atención psicosocial ante escenarios de desigualdad, exclusión y violencia cultural*, Alejandro Zarur Osorio e Frida Nadiezda Güiza Valverde, pesquisadores mexicanos, discutem experiências de trabalho com mulheres migrantes de origem mexicana e hondurenha residentes em Chicago, Illinois (EUA). O capítulo destaca as barreiras de acesso ao cuidado da saúde mental e a consolidação de um sistema culturalmente naturalizado de discriminação, exclusão e desigualdades, que revitimiza as pessoas migrantes e amplia seu sofrimento psíquico. Os processos de cuidado em saúde mental em contextos de migração, deslocamento de populações e refúgio seguem em pauta no capítulo 28, *Competencia cultural, salud mental y acceso a servicios: desafíos en la atención a personas migrantes y desplazadas*, de autoria de pesquisadores de diversas universidades do Chile. A competência cultural é proposta como alternativa para melhorar a qualidade do cuidado, não enquanto característica individual, mas orientação transversal que deve se integrar em políticas públicas, estruturas organizativas e práticas clínicas na atenção a pessoas migrantes e em deslocamento.

Os capítulos finais do livro (29 a 32) concentram suas discussões em povos tradicionais e comunidades rurais. No capítulo 29, *Saúde mental como prática do cuidado à vida e ao território: experiências com os povos tradicionais na América Latina*, pesquisadores de universidades federais dos estados brasileiros de Alagoas, Bahia e Acre, compartilham práticas de cuidado à

saúde mental nas quais o território figura como espaço de rearticulação "das vidas e das memórias despedaçadas" ao longo das histórias de violência vividas pelos povos tradicionais na América Latina. A saúde mental é proposta pelos autores como prática de cuidado coletiva, que tece o território como espaço vivo, em experiências não antropocêntricas, enlaçadas à natureza e seus entes. Continuando a ousar a delicada tessitura dos saberes ancestrais dos povos aos conhecimentos técnico-científicos, o capítulo 30 aborda um modelo de atenção primária e psiquiatria à distância com jovens de comunidades rurais e indígenas de San Luis Potosí (México). Lina Díaz-Castro e colaboradores do Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz/INPRFM, México, no texto *Telepsiquiatría intercultural: prácticas y desafíos para la atención de la salud mental en comunidades rurales e indígenas*, apresentam um projeto que busca responder às barreiras de acesso à saúde mental por meio da telemedicina, possibilitando a identificação e o atendimento oportuno da depressão entre a juventude que vive em comunidades indígenas e rurais, de forma integrada às cosmovisões e práticas culturais, tanto no processo diagnóstico quanto terapêutico.

Os dois textos finais apresentam saberes em saúde por meio de escritas narrativo-poéticas de composições do cuidado com saberes ancestrais. No capítulo 31, *Mulheres ribeirinhas amazônidas: narrativas, ancestralidade e bem viver no território das águas*, Márcio Mariath Belloc e Károl Veiga Cabral, pesquisadores da Universidade Federal do Pará (UFPA), Brasil, analisam experiências de promoção e proteção do bem viver de mulheres ribeirinhas de uma das ilhas fluviais da capital paraense. A experiência se propõe a incorporar ao campo da Saúde Mental e Atenção Psicossocial saberes e práticas culturalmente sensíveis, provenientes de um "território vivo que luta para preservar saberes ancestrais apesar da crescente influência do turismo predatório e da colonialidade neoliberal". No capítulo 32, *Direito à opacidade e confluência de saberes: um percurso pelo pesquisar em territórios tradicionais*, Míriam Cristiane Alves, Ademiel de Sant'Anna Junior e Ezequiel

de Cândido Amaral, pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil, afirmam "o direito à opacidade" e apostam "na escuta e na confluência de conhecimentos tradicionais e localizados" para tensionar noções hegemônicas de ciência e fazer "insurgir tecnologias de cuidados culturais em saúde mental" e "saberes teórico-clínicos contracoloniais", ao narrar vivências de cuidado em terreiro. É assim que este livro finaliza nos convocando a experienciar o tempo espiralar dos futuros ancestrais, para relançar a cada vez nossos começos.

Convidamos os leitores e leitoras a imergir nas experiências, saberes e práticas aqui compartilhadas, dialogando com a diversidade das contribuições dos autores e autoras e engajando-se na construção de cuidados culturalmente sensíveis e comprometidos com a equidade em saúde mental. Desejamos que encontrem nas páginas que seguem não apenas novos conhecimentos, mas, sobretudo, possibilidades de trocas e colaborações. Que a leitura inspire novos movimentos e composições nas teias vivas que compõem o campo dos Cuidados Culturais, Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Boa leitura!

Magda Dimenstein e Ana Carolina Simoni

Sumário

PARTE I

POLÍTICAS PÚBLICAS, MODELOS DE ATENÇÃO E FORMAÇÃO PARA O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: PESQUISAS E PROBLEMATIZAÇÕES 27

CAPÍTULO 1

CUIDADOS CULTURAIS, SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL 28

Magda Dimenstein e Ana Carolina Rios Simoni

CAPÍTULO 2

A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: AVANÇOS, IMPASSES E DESAFIOS EM CONTEXTO DE RETROCESSOS DEMOCRÁTICOS ... 48

Silvio Yasui

CAPÍTULO 3

DETERMINANTES SOCIALES Y SALUD MENTAL: POR UN MODELO BASADO EN DERECHOS 66

Sandra Caponi

CAPÍTULO 4

CUIDADO ÉTICO Y DESIGUALDADES CULTURALES EN LOS MODELOS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL: DESAFÍOS INTERSECCIONALES EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD MENTAL Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN AMÉRICA LATINA 91

Aldo Tomassini

CAPÍTULO 5

BRECHAS EN LA ATENCIÓN Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN ARGENTINA 111

Ruth Fernandez, Patricia Gómez e Miguel Angel Escalante

CAPÍTULO 6

EQUIDADE E INTERSECCIONALIDADE NA GESTÃO DO SUS: A CONSTRUÇÃO DO CENSO PSICOSSOCIAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO 123

Rachel Gouveia Passos, Bruno Lopes Lima, Estéffanie Machado da Silva Alves, Lucas Moura Santos Silva; Marcelo da Silva Guimarães e Suelen da Silva Cordeiro

CAPÍTULO 7

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ANTIRRACISTA: REFLETINDO A POSSIBILIDADE DE AMPLIAÇÃO DO CUIDADO INTERSETORIAL A MÃES E FAMILIARES DE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA ARMADA DO ESTADO..... 142

Amanda Magalhães Souza, Vladimir Andrei Rodrigues Arce, Magali da Silva Almeida, Marluce da Silva Santana e Marcos Vinícius Ribeiro Araújo

CAPÍTULO 8

A POLÍTICA DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO TRANS E O SUS: O DIREITO DE EXISTIR..... 164

Flavia do Bonsucesso Teixeira, Helena Moraes Cortes, Helvécio Miranda Magalhães Júnior e Marco Aurélio Máximo Prado

CAPÍTULO 9

EDUCAÇÃO E PESQUISA-FORMAÇÃO-INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: DIVERSIDADE, INCLUSÃO E RESISTÊNCIA CONTRA AS INIQUIDADES E VIOLÊNCIAS 184

Ricardo Burg Ceccim, Alcindo Antônio Ferla, Lenilma Bento de Araújo Meneses, Ísis Aríscia de Araújo Martins, Ariele Moura Figueredo e Ângelo de Pádua Alves Linhares

CAPÍTULO 10

PROCESSOS FORMATIVOS EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: INTERROGANDO SUJEITOS, PRÁTICAS, CONCEITOS E SABERES..... 204

Marco José de Oliveira Duarte e Sabrina Pereira Paiva

CAPÍTULO 11

POTÊNCIAS DA PRÁXIS DE UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL PARA ENFRENTAR OS MARCADORES SOCIAIS DE OPRESSÃO NO CUIDADO À SAÚDE MENTAL NO TERRITÓRIO..... 220

Mônica Nunes, Maurice de Torrenté e Renan Rocha

CAPÍTULO 12

FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL DESARROLLO DE LA COMPETENCIA CULTURAL EN PROVEEDORES DE SALUD: DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL 242

Victor Pedrero, Wendolyne Molina Sánchez, Margarita Bernales e Janeth Agrazal García

CAPÍTULO 13

COMPETÊNCIA CULTURAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DESAFIOS PARA O TRABALHO NA PERSPECTIVA INTERCULTURAL 259

Magda Dimenstein, Ana Carolina Rios Simoni, Leonardo Fernandes Martins, Telmo Mota Ronzani, Jader Ferreira Leite, João Paulo Macedo, Victor Belarmino, Brisana Índio do Brasil Silva e Ryanne Wenecha da Silva Gomes

CAPÍTULO 14

PENSAR LA SALUD MENTAL EN CONTEXTOS DE VIOLENCIA Y OPRESIÓN: LOS EJEMPLOS DE MOZAMBIQUE Y PALESTINA 283

Omar Alejandro Bravo e Michelle Mateus Yepes

CAPÍTULO 15

REDE DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL COMO ESCOLA: FORMAÇÃO SITUADA EM REDE-ESCOLA COMO FORMA DE CUIDADO DE SI E PARA O CUIDADO DO OUTRO 297

Ricardo Burg Ceccim, Alcindo Antônio Ferla, Lenilma Bento de Araújo Meneses, Zenilda Rafaela Costa Nóbrega, Paula Rolim Pinto de Souza e Lucas Vinícius de Macedo Costa

CAPÍTULO 16

OFICINANDO CUIDADOS CULTURAIS EM SAÚDE MENTAL: PRODUÇÃO COLETIVA DE UM DISPOSITIVO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE 318

Ana Carolina Rios Simoni, Magda Dimenstein, Jader Ferreira Leite, Monique Pfeifer Rodrigues da Silva, Jucieli Polyanna Querino da Silva, Franciele Alves dos Santos, Maria Clara Fernandes Araújo de Paiva, Giovanni Sampaio Queiroz, Lorena Silva Marques, Andrea Paula da Costa Munção, Maria Luiza de Sousa Lopes, Emmanoel Holanda Melo Ferreira, Maria Luiza de Sousa Belém, Maria Vitória Nunes Souza, Matheus Rios Silva Santos e Iasmin Sharmayne Gomes Bezerra

PARTE II

SABERES, TECNOLOGIAS E PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: ATUALIZAÇÕES DA CLÍNICA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL 344

CAPÍTULO 17

GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO E REDUÇÃO DE DANOS EM CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE NO SUL DO BRASIL: AFIRMAR A MULTIPLICIDADE DA VIDA PARA AVANÇAR A REFORMA PSIQUIÁTRICA 345

Analice de Lima Palombini, Douglas Casarotto de Oliveira, Lígia Castegnaro Trevisan, Lívia Zanchet, Paula Emília Adamy, Rafael Wolski de Oliveira e Thales Lindenmeyer

CAPÍTULO 18

GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO NA RAPS: AUTONOMIA, DIREITOS E CUIDADO EM CONTEXTOS DE DESIGUALDADE 365

Bruno Ferrari Emerich

CAPÍTULO 19

IMPLEMENTAÇÃO DE GRUPOS DE OUVIDORES DE VOZES EM SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: LIÇÕES DA EXPERIÊNCIA BRASILEIRA 377

Clarissa Mendonça Corradi-Webster, Pedro Junior Rodrigues Coutinho, Nicole Stef Vieira Candeloro e Lívia Sicaroni Rufato

CAPÍTULO 20

"NÃO CONHEÇO E NEM QUERO CONHECER": COMPREENSÃO DA VIZINHANÇA DE UM CAPSAD SOBRE O TRATAMENTO DE PESSOAS QUE FAZEM USO DE SUBSTÂNCIAS 396

Renata Fabiana Pegoraro, Sophia Luiza Jager Silva e Dayanna Lorrainy Rodrigues Barbosa

CAPÍTULO 21

CONSTRUINDO A ITINERÂNCIA DO CUIDADO NO CAMINHO DAS ÁGUAS: A EXPERIÊNCIA DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL FLUVIAL DE ABAETETUBA 415

Francineti Maria Rodrigues Carvalho, Károl Veiga Cabral, Flávia Cristina Silveira Lemos, Rachel de Siqueira Dias e Allana Beatriz Costa Maia

CAPÍTULO 22

OS CUIDADOS CLÍNICOS E CULTURAIS FRENTE À PREVALÊNCIA DA EXPERIÊNCIA DA FOME E DOS MAUS TRATOS NA INFÂNCIA 436

Karla Patrícia Holanda Martins e Jessica Freire Sales Ponte

CAPÍTULO 23

"COM VOCÊ ANDO MELHOR": GRUPALIDADE E SORORIDADE COMO ANTÍDOTOS À VIOLÊNCIA POLÍTICA DE GÊNERO 455

Simone Mainieri Paulon, Bruna de Almada Ghiorzi, Tayara Maronesi e Manuela D'ávila

CAPÍTULO 24

SAÚDE, MIGRAÇÕES E INTERCULTURALIDADE NO SUS..... 474

Inea Giovana da Silva-Arioli e Neuza Maria de Fátima Guareschi

CAPÍTULO 25

MULHERES EM DESLOCAMENTO INTERNACIONAL, VIOLÊNCIAS E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL 493

Maria Helena Zamora, Gabriela Mendes Cardim, Monique Sidney Moreira e Patrícia Constantino

CAPÍTULO 26

SAÚDE MENTAL E BEM VIVER: DESATANDO NÓS E ENTRELAÇANDO CULTURAS COM MULHERES MIGRANTES DE TRÊS REGIÕES DO BRASIL..... 509

Simone Mainieri Paulon, Élida Azevedo Hennington, Lisiane Aguiar, Dário Frederico Pasche, Rodrigo Lages e Silva, Suellen Ferreira Luz, Corina Evelin Demarchi Villalón e Juliane Chaves

CAPÍTULO 27

MIGRACIÓN IRREGULAR Y SALUD MENTAL: LA IMPORTÂNCIA DE LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL ANTE ESCENARIOS DE DESIGUALDAD, EXCLUSIÓN Y VIOLENCIA CULTURAL 531

Alejandro Zarur Osorio e Frida Nadiezda Güiza Valverde

CAPÍTULO 28

COMPETENCIA CULTURAL, SALUD MENTAL Y ACCESO A SERVICIOS: DESAFÍOS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS MIGRANTES Y DESPLAZADAS 549

Macarena Chepo, María José Marín, Víctor Pedrero e Margarita Bernales

CAPÍTULO 29

SAÚDE MENTAL E COMUNIDADES TRADICIONAIS: POSSIBILIDADES DO CUIDAR JUNTO AO TERRITÓRIO 566

Saulo Luders Fernandes, Maria da Graça Silveira Gomes da Costa e Leandro Amorim Rosa

CAPÍTULO 30

TELEPSIQUIATRÍA INTERCULTURAL: PRÁCTICAS Y DESAFÍOS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN COMUNIDADES RURALES E INDÍGENAS 586

Lina Díaz-Castro, Eduardo Ángel Madrigal-De León, Natalia Bautista-Aguilar e Blanca Estela Pelcastre-Villafuerte

CAPÍTULO 31

MULHERES RIBEIRINHAS AMAZÔNIDAS: NARRATIVAS, ANCESTRALIDADE E BEM VIVER NO TERRITÓRIO DAS ÁGUAS 609

Márcio Mariath Belloc e Károl Veiga Cabral

CAPÍTULO 32

DIREITO À OPACIDADE E CONFLUÊNCIA DE SABERES: UM PERCURSO PELO PESQUISAR EM TERRITÓRIOS TRADICIONAIS 624

Míriam Cristiane Alves; Ademiel de Sant'Anna Junior e Ezequiel de Candido Amaral

AUTORES E AUTORAS 648

PARTE I

Políticas Públicas, Modelos de Atenção e Formação para o Trabalho em Saúde Mental:

pesquisas e problematizações

CAPÍTULO 1

CUIDADOS CULTURAIS, SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Magda Dimenstein e Ana Carolina Rios Simoni

Este capítulo, que dá título ao livro *Cuidados Culturais, Saúde Mental e Atenção Psicossocial*, tem como propósito explicitar os princípios que fundamentam a perspectiva dos Cuidados Culturais em Saúde Mental, destacando seus elementos estruturantes, os referenciais teórico-conceituais que a sustentam e os aspectos que a distinguem de outras abordagens voltadas à multiculturalidade e à interculturalidade no campo da saúde.

A partir da revisão de literatura realizada no âmbito da pesquisa *Competência Cultural e Qualidade do Cuidado em Saúde Mental: Desenvolvimento e Avaliação de Indicadores na Atenção Primária à Saúde*[1], feita com trabalhadores de saúde brasileiros, busca-se delinear um campo analítico e prático orientado pela equidade, pela escuta culturalmente sensível e pelo reconhecimento das singularidades socioculturais que atravessam tanto as experiências de sofrimento psíquico quanto os modos de cuidado em saúde.

Observa-se atualmente a intensificação dos processos de trocas entre grupos e pessoas culturalmente diversas em nível global, concomitantemente à organização de sociedades complexas e multiculturais. Esta realidade, que em si já representa um enorme desafio para os sistemas de saúde, se soma à

1 Pesquisa financiada com recursos da Chamada MCTI/CNPq/FNDCT Nº 40/2022 PRÓ-HUMANIDADES - Linha 3B - Projetos em Rede - Políticas Públicas para o Desenvolvimento Humano e Social.

acentuação das históricas desigualdades sociais e à vulnerabilização de grupos e territórios específicos na produção de desigualdades em saúde.

As disparidades em saúde impactam de forma desproporcional grupos populacionais como minorias étnico-raciais, migrantes, mulheres, pessoas idosas, indivíduos com deficiência, pessoas LGBTQIAPN+, populações indígenas e pessoas em situação de rua. Tais desigualdades se explicitam nos índices de morbimortalidade, na expectativa de vida e em diferentes chances de exposição a fatores de risco associados à saúde e à doença (DAMASCENO;GOUVEIA et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2010;SILVA, 2018;SANTOS et al.., 2020; SILVA et al., 2021). Essas iniquidades se reproduzem, sobretudo, nas barreiras de acesso aos serviços, na qualidade diferenciada do cuidado ofertado, na distribuição assimétrica das equipes e recursos nas regiões e territórios e na persistência de práticas discriminatórias, violentas e racistas nos distintos níveis de atenção à saúde mental.

Em razão disso, nas últimas décadas, organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde/OMS e a Organização Pan-Americana da Saúde/OPAS têm buscado implementar ações em nível mundial no sentido de fomentar encontros e diálogos interculturais para garantir o acesso à saúde de qualidade e promover a equidade em saúde. Para que essas diretrizes se concretizem nos sistemas de saúde nacionais, torna-se necessário reestruturar os processos formativos, desenvolver estratégias de cuidado culturalmente sensíveis, reorganizar os serviços com base nas especificidades socioculturais e nas desigualdades estruturais e investir na consolidação da competência cultural como dimensão essencial da qualificação das práticas em saúde.

A perspectiva dos Cuidados Culturais em Saúde Mental surge, então, como o horizonte técnico, ético e político da busca por qualidade, equidade e justiça social no campo da Atenção Psicossocial e das práticas em saúde mental, particularmente em territórios forjados na multiculturalidade e marcados por iniquidades. Exige o reconhecimento dos limites das políticas, saberes e práticas em saúde centrados na concepção de sujeito universal,

tomando a diferença cultural como constitutiva dos processos saúde-doença-cuidado. Convoca a adensar as análises acerca das disparidades e assimetrias com uma lente interseccional, ou seja, nas suas relações aos marcadores sociais da diferença e às intersecções entre eles, como eixos de subordinação inter-relacionados que comparecem nas experiências subjetivas de profissionais e usuários e nos processos de trabalho em saúde.

Para contextualizar a abordagem dos Cuidados Culturais em Saúde Mental, este primeiro capítulo dialogou com produções científicas nas quais a diferença cultural ocupa posição central nas discussões sobre o cuidado em saúde, com ênfase nas interfaces com o campo da Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Buscou fundamentos em estudos que abordam a atenção à saúde em contextos marcados pela diversidade sociocultural; em trabalhos que articulam a determinação social da saúde aos desafios da construção de práticas culturalmente sensíveis; nas investigações que incorporam a perspectiva interseccional na análise dos processos de cuidado; em experiências que vinculam a superação do modelo manicomial à emergência de formas de cuidado sustentadas em práticas culturais e de cidadania; além de pesquisas cujo objeto é a competência cultural de profissionais e equipes nos cenários de práticas em saúde.

Com este propósito, o capítulo se divide em três sessões nas quais se trabalham distintos eixos de interlocuções teórico-epistemológicas e ético-políticas que constituem o campo de saberes e práticas dos Cuidados Culturais em Saúde Mental. O primeiro eixo contempla estudos que permitem discutir a competência cultural a partir da determinação social do processo saúde-doença e de uma abordagem interseccional, evidenciando como marcadores sociais da diferença - tais como classe, raça, gênero, sexualidade, geração e território - se articulam nas experiências de sofrimento psíquico e nas respostas institucionais em saúde mental.

O segundo eixo atualiza o debate sobre a desinstitucionalização e o ideário antimanicomial à luz da perspectiva da equidade e dos estudos

decoloniais, problematizando os limites da mera inclusão do "louco-cidadão" na cultura como estratégia de cuidado emancipatório. Questiona, assim, os efeitos universalizantes de determinadas práticas e os processos de apagamento das diferenças socioculturais nos modos de atenção.

Por fim, o terceiro eixo discute os desafios relativos à formação e aos processos de trabalho dos profissionais e equipes de saúde, dialogando com produções que situam o cuidado culturalmente sensível como um processo intersubjetivo, coletivo e institucional. Este eixo propõe o deslocamento da ideia de competência cultural como atributo individual para compreendê-la enquanto categoria analítica das práticas em saúde mental, indissociável das condições estruturais, organizacionais e políticas que conformam o campo do cuidado em saúde.

Competência Cultural, Determinação Social da Saúde e Interseccionalidade

A Competência Cultural em Saúde, segundo Müller, Lima e Ortega (2023), refere-se à capacidade de trabalhadores e sistemas de saúde reconhecerem a diversidade cultural e atuarem com sensibilidade e eficácia em contextos interculturais, ofertando cuidado atento à singularidade e à inserção sociocultural dos sujeitos. Essa competência é decisiva para a integralidade e equidade no cuidado, ultrapassando a mera aquisição de habilidades linguísticas ou comunicacionais. Práticas culturalmente sensíveis reconhecem que a cultura molda experiências de sofrimento, modos de busca por assistência e estratégias de cuidado, o que implica adaptações nos processos de comunicação, diagnósticos, avaliação das condições de saúde e configuração das redes de apoio.

A incorporação da interseccionalidade ainda é incipiente nos estudos, embora seja fundamental para compreender a articulação entre desigualdades

sociais, disparidades em saúde e diferenças culturais. Para Venkatachalam et al. (2020), tal perspectiva permite revelar como as iniquidades são estruturadas, enquanto a OPAS (2020) destaca a necessidade dessa lente para diagnósticos situacionais mais precisos e monitoramento da equidade. Contudo, persistem fragilidades dos sistemas de informação, escassez de dados desagregados e baixa produção estatística que articule marcadores sociais da diferença.

A maior parte da literatura sobre competência cultural é produzida nos Estados Unidos, onde as desigualdades em saúde são marcantes. Estudos apontam que minorias raciais/étnicas apresentam menor acesso, barreiras linguísticas e piores indicadores de saúde, incluindo expectativa de vida e mortalidade infantil (BRACH; FRASERIRECTOR, 2000; CUEVAS et al., 2017; DREVDAHL et al., 2008; JACKSON; GRACIA, 2014; KERSEY-MATUSIAK, 2012). Jackson e Gracia (2014) evidenciam a importância de ações baseadas nos Determinantes Sociais da Saúde, enquanto Kersey-Matusiak (2012) associa as desigualdades a barreiras culturais, linguísticas e socioeconômicas. Cuevas et al. (2017) mostram que pacientes afro-americanos, latinos e europeus valorizam médicos sensíveis às diferenças raciais/étnicas, sem práticas discriminatórias. Schilder et al. (2001) e Ida (2007) reforçam que o reconhecimento da diversidade sexual, cultural e linguística favorece a adesão ao cuidado em populações minoritárias e em sofrimento mental.

A competência cultural tem sido priorizada como estratégia para qualificação da força de trabalho e redução de disparidades, mas a literatura também evidencia limitações conceituais e metodológicas. Autores como Kersey-Matusiak (2012) e Drevdahl et al. (2008) apontam ausência de definição universal, variedade de modelos e risco de generalizações que reforcem estereótipos e desconsiderem contextos históricos. Brach e Fraserirector (2000) alertam para a restrição do debate à comunicação médico-paciente e à ênfase em técnicas como intérpretes, agentes comunitários e políticas de recrutamento, sem evidências consistentes sobre sua eficácia. Freshman (2016) propõe que a valorização da diversidade seja institucionalizada em políticas e

práticas, enquanto Plaza (2014) ressalta que tais iniciativas, isoladamente, não transformam as condições estruturais de desigualdade. Drevdahl et al. (2008) reforçam que a competência cultural frequentemente ignora os mecanismos de poder que sustentam disparidades, demandando novas teorias e métodos que analisem a cultura dominante.

Nesse sentido, autores como Muntinga et al. (2016), Nguyen (2020) e Onyeabor (2016) destacam os desafios da formação e qualificação dos profissionais de saúde frente aos marcadores sociais da diferença, enquanto Kivlighan et al. (2019) e Case (2015) chamam atenção para o impacto das identidades raciais, étnicas e de gênero dos próprios profissionais, bem como para o papel de estereótipos inconscientes, racismo estrutural e privilégio branco nas práticas de cuidado. Al'Uqdah et al. (2019) exemplificam esse debate ao orientar psicólogos e psiquiatras a desenvolverem maior competência cultural no atendimento a muçulmanos afro-americanos, considerando os efeitos do racismo e da islamofobia em sua saúde mental.

No Brasil, Freitas Júnior et al. (2018) destacam, em pesquisa com mulheres quilombolas, o papel do vínculo afetivo e do diálogo intercultural no cuidado materno. Já Lima et al. (2016) evidenciam, entre enfermeiros, o predomínio do modelo biomédico e o desconhecimento de práticas de matriz africana e indígena, apontando a necessidade de incorporar diversidade cultural, espiritualidade e políticas de saúde específicas (população negra e povos indígenas) na formação e atuação profissional.

Em outras palavras, persiste uma importante lacuna na articulação entre competência cultural, interseccionalidade e iniquidades em saúde mental. Enquanto grande parte da literatura associa a competência cultural a conhecimentos, atitudes e habilidades individuais para reduzir barreiras e promover adesão (BRACH; FRASERIRECTOR, 2000; JACKSON; GRACIA, 2014), abordagens críticas a reconhecem como dispositivo analítico capaz de problematizar a determinação social das desigualdades e tensionar as estruturas de poder que as mantêm (DREVDAHL et al., 2008; PLAZA, 2014).

Saúde Mental, Desinstitucionalização e Descolonização

O debate sobre Cuidados Culturais em Saúde Mental, nas interfaces entre os processos de Determinação Social da Saúde e os marcadores sociais da diferença na produção do sofrimento psíquico, ainda apresenta lacunas significativas na literatura. Os esforços desta investigação concentraram-se em identificar produções que articulassem aspectos culturais, sofrimento psíquico e práticas de cuidado na Atenção Psicossocial, a partir de um enfoque sensível à diversidade cultural e subjetiva de diferentes grupos e populações, capaz de promover o desenvolvimento de competências interculturais e intersubjetivas e a consolidação de práticas de saúde mental culturalmente competentes e sensíveis. Nesta direção, grande parte do arsenal teórico e prático sobre o tema identificado em nossas pesquisas tem suas raízes nos avanços e experiências derivados da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que impulsionaram novas concepções de cuidado, atenção psicossocial e inclusão de perspectivas culturais na saúde mental.

A reestruturação do modelo assistencial em saúde mental asilar e manicomial na direção da atenção de base comunitária e territorial é uma realidade em diversos países da América Latina e do mundo, envolvendo concepções ampliadas de sofrimento psíquico, cuidado e cura. Esta ampliação se sustenta na produção de conhecimentos e formas de intervenção orientadas para a garantia de direitos e cidadania. Neste contexto, uma importante linha de análise tem se destacado, ao abordar a organização dos serviços e o cotidiano de trabalho em saúde mental, com especial atenção para a atualização da lógica manicomial/asilar dentro e fora das instituições de saúde como mecanismo de gestão da vida (PASSOS, 2023) e alertando para um "circuito manicomial do cuidado" (NUNES et al., 2022, p.1), que se produz pela retroalimentação contínua e silenciosa de mecanismos de controle, patologização, estigmatização e psicofarmaceuticalização. Em contraposição a estes processos, são propostos

redirecionamentos macro e micropolíticos para uma atenção em saúde mental antirracista, anticolonial, com justiça social e equidade (DAVID et al., 2024).

Tais vertentes críticas vêm ganhando importância no cenário latino-americano diante do esgotamento das abordagens teórico-práticas de saúde mental desencarnadas do mundo social, que redundam na falta de equidade das respostas do setor à diversidade das demandas, as quais são condicionadas às tramas da vida social. Assim, considerando-se "a forma como a desigualdade se visibiliza nos marcadores sociais da diferença (gênero, raça, sexualidade, origem, geração, diversidade corporal, deficiência, entre outros)" (NARDI et al., 2018, p. 6), a insuficiência e ineficácia das políticas públicas de saúde mental leva inevitavelmente à reflexão sobre os cuidados culturalmente sensíveis no campo das políticas de saúde mental.

A perspectiva dos Cuidados Culturais em Saúde Mental alinha-se à atenção às vulnerabilidades psicossociais presentes nos territórios e à presença, qualidade e acessibilidade aos serviços de saúde (DANTAS et al., 2020). Essa compreensão tem pautado o enfrentamento às epistemologias e tecnologias que reproduzem os "cativeiros epistemológicos do eurocentrismo cultural" (ARAÚJO, 2023, p.43), denunciando seus efeitos nos processos de saúde-doença-cuidado. Configura-se, portanto, como uma vertente crítica de interlocução imprescindível ao remodelamento da assistência e da gestão em saúde mental e à produção de cuidados culturais na Atenção Psicossocial.

A proposição dos Cuidados Culturais em Saúde Mental reforça e complexifica o campo da Saúde Mental e da Atenção Psicossocial ao articular, de forma ética, política e conceitualmente situada, os fundamentos teórico-práticos da desinstitucionalização com as críticas formuladas pelas perspectivas decoloniais e antirracistas. Essa articulação desafia a noção de uma universalidade da experiência de sofrimento psíquico — frequentemente descolada dos contextos culturais, históricos e sociais — e afirma a necessidade de reconhecer as singularidades dos sujeitos e dos coletivos nos modos de experienciar, expressar e demandar cuidado (SEVALHO; DIAS, 2022).

O ideário da desinstitucionalização "envolve a desconstrução e a superação de modos de conhecimento, de formas de relações e práticas violentas e de instituições e aparatos de asilamento e objetificação dos sujeitos nos termos de um diagnóstico psiquiátrico" (BRAGA, 2019, p.199). A crítica decolonial, por sua vez, defende o deslocamento do nosso ponto de referência universalista e abstrato sobre os sujeitos, sobre o sofrimento psíquico, sobre as práticas de atenção e gestão em saúde mental, o qual faz com que as alteridades, desigualdades e assimetrias sejam reduzidas a meras abstrações. Estas perspectivas críticas associadas dizem respeito ao enfrentamento dos reducionismos epistemológicos manicomiais, coloniais, racistas, sexistas, universalistas, que impedem uma leitura socialmente situada e culturalmente sensível sobre a produção do sofrimento psíquico na agenda pública da saúde mental no mundo, por mais que a perspectiva da atenção de base comunitária seja há décadas preconizada.

Soma-se a esta perspectiva a concepção de interculturalidade como "um horizonte ético-político em construção, que enfatiza relações horizontais entre pessoas, grupos, povos, culturas, sociedades e o Estado, fundamentando-se, entre outros aspectos, no diálogo a partir da alteridade" (SANTOS et al., 2024, p.5). Para Schnorr (2019), a perspectiva da interculturalidade lembra que o mundo é plural e se impõe como uma ferramenta de combate à uniformidade, à homogeneização, às monoculturas mentais e sociais, como um saber intempestivo provocador de deslocamentos.

Catherine Walsh (2019), no entanto, ressalta que o discurso da interculturalidade tem sido intencionalmente apropriado como uma estratégia do Estado e das políticas neoliberais de mercado. Essas instâncias tentam promover, por exemplo, a ideia de igualdade entre as culturas indígenas, africanas e europeias no contexto latino-americano, esvaziando o projeto mais amplo da interculturalidade como prática político-epistêmica que passa por uma transformação mais ampla da sociedade. Segundo a autora, a perspectiva crítica da interculturalidade vai muito além do respeito, da tolerância e do

reconhecimento da diversidade. Faz parte do campo das lutas simbólicas. Busca justamente se contrapor à geopolítica hegemônica do pensamento, por meio da construção de outros modos de saber, de poder, de ser e de relação com a natureza que não reproduzam práticas excludentes.

Contudo, a revisão bibliográfica voltada à relação entre cultura, sofrimento psíquico e práticas de cuidado em saúde, assim como à problematização da interculturalidade e da multiculturalidade na atenção em saúde mental, revela que os estudos disponíveis ainda são escassos. As produções existentes dialogam com a perspectiva dos Cuidados Culturais a partir de três eixos: cultura como dispositivo de desinstitucionalização da loucura; adaptação transcultural e validação de instrumentos de aferição em saúde mental; integralidade da atenção à saúde mental, saberes tradicionais, cultura popular e o racismo em saúde.

Os estudos mapeados contribuem para reforçar a necessidade do reconhecimento da diversidade cultural e subjetiva de grupos e populações, bem como no investimento de habilidades interculturais e intersubjetivas que abram possibilidades de construção de práticas de saúde mental culturalmente competentes, para operar avanços no processo de reforma psiquiátrica e de desinstitucionalização da saúde mental com justiça social e equidade, e mitigar os efeitos da oferta de políticas genéricas e descontextualizadas, que reproduzem processos epistêmicos e de trabalho em saúde de colonização.

Assim, a produção de Cuidados Culturais, na perspectiva proposta neste livro, está associada à compreensão dos processos de determinação social e dos efeitos dos marcadores sociais da diferença na produção do sofrimento psíquico. Neste sentido, a transformação no modelo de atenção em saúde mental depende, conforme colocado anteriormente, do deslocamento do ponto de referência universalista e abstrato sobre os sujeitos, sobre o sofrimento psíquico, sobre as práticas de atenção e gestão em saúde mental, o qual faz com que as alteridades, desigualdades e assimetrias sejam reduzidas a meras abstrações.

Atenção Psicossocial, Processos de Trabalho e Formação Profissional

A formação e qualificação em saúde constituem um ponto central no debate sobre Cuidados Culturais, dado que as políticas e sistemas de saúde permanecem atravessados pela lógica biomédica hegemônica, pouco articulada aos saberes tradicionais (PEDRANA et al., 2018). Tal orientação, baseada na racionalidade médica ocidental, gera insuficiência de conhecimentos e limitações para reconhecer a cultura como estruturante da subjetividade e dos sistemas terapêuticos (CASTRO; MENEZES, 2020).

Embora os treinamentos em competência cultural sejam considerados estratégicos para reduzir disparidades, muitos acabam reforçando estereótipos e práticas discriminatórias (LEKAS et al., 2020). Powell Sears (2012) mostra que a abordagem dominante nas escolas médicas estadunidenses, centrada em prescrições culturais simplistas, tem pouco impacto nos resultados em saúde. Defende-se, assim, uma formação que vá além do essencialismo cultural e estimule a análise crítica das próprias crenças, valores e posições sociais dos profissionais.

Nesse sentido, Namer e Wandschneider (2021) destacam a necessidade de incorporar a interseccionalidade nos currículos de saúde pública, fomentando metodologias de ensino transformadoras e espaços de autorreflexão crítica. Experiências inovadoras, como a de Bi et al. (2020), mostram que módulos formativos que abordam as intersecções entre raça, gênero e sexualidade podem levar estudantes a reconhecer barreiras no cuidado e seus próprios preconceitos. Outros autores defendem ampliar a noção de cultura para toda a população (PÉREZ et al., 2018), investir na comunicação transcultural, liderança intercultural e alfabetização em saúde (POLSTER, 2018), além de capacitar profissionais para elaborar protocolos adequados a grupos vulneráveis (ESTEVAN; RUÍZ, 2017). Nesse conjunto, a

formação em saúde deve ser compreendida como espaço estratégico para a construção de práticas culturalmente competentes, críticas e comprometidas com a equidade.

Wesp et al. (2018), por sua vez, consideram que as abordagens atuais sobre competência cultural não instrumentalizam adequadamente os profissionais de saúde a lidar com as desigualdades que persistem entre as comunidades marginalizadas e grupos minoritários, sobretudo, por não colocarem em análise a dinâmica de poder das ideologias dominantes, aumentando o risco dos profissionais de saúde (re)produzirem estereótipos e discriminação. Defendem uma abordagem emancipatória da competência cultural orientada pelas teorias críticas de raça, feminismos pós-coloniais e pela interseccionalidade pautada em três pilares: 1) reconhecimento da diversidade de valores, práticas e tradições de cada pessoa/grupo; 2) educação e treinamento em cuidados culturalmente competentes a partir da interseccionalidade, reconhecendo os marcadores relacionados à raça, etnia, religião, sexualidade, identidade de gênero, país de origem, assim como as ideologias dominantes e as dinâmicas de poder postas na sociedade e, inclusive, no ambiente de trabalho; 3) reflexão crítica sobre sua própria cultura e crenças para entender as relações de poder, o preconceito e as ideologias dominantes - racismo, branquitude, patriarcado, heteronormatividade, etc. - presentes tanto na sociedade quanto nas práticas profissionais.

Assim sendo, considerando os diversos estudos que têm problematizado as lacunas existentes em relação ao preparo dos profissionais que atuam no setor saúde, destaca-se a crítica a modelos de formação pouco alinhados aos princípios necessários ao fortalecimento de uma perspectiva intercultural de cuidado, com pouca capacidade de formação de perfis profissionais adequados às necessidades de saúde de diversos grupos populacionais e preparados para o exercício nos diferentes níveis de atenção (FREIRE et al., 2019).

Os referidos estudos apontam que processos formativos envolvem mais do que "tratar de capacidades intelectuais, metodologias inovadoras,

transmissão de informações ou de novos conhecimentos. É também necessário que se discuta sobre as forças que atravessam os espaços da educação e da saúde" (POZZER, 2020, p.1172). Dentre elas, destacam-se as iniquidades sociais, as assimetrias de gênero, o racismo estrutural, o etnocentrismo e outros efeitos do colonialismo como a lógica de desumanização e opressão que opera sobre certos corpos, elementos considerados constituintes dos modos de subjetivação, dos processos educativos, de trabalho e de produção do cuidado em saúde (FIGUEIREDO et al., 2022).

Deste modo, estes estudos adensam os debates acerca da formação para o trabalho em Saúde Mental e Atenção Psicossocial desde perspectivas epistemológicas que se afastam da razão instrumental técnico-científica que orienta os processos formativos tradicionais na educação superior em saúde. Tal perspectiva indica que a qualidade das práticas em saúde, a capacidade de resposta dos serviços e a possibilidade de produzir um cuidado culturalmente sensível e competente dependem do acesso a conhecimentos técnicos, mas, especialmente, de uma formação profissional diferenciada que foque fortemente na dimensão da sensibilidade e afetividade, ou seja, nas habilidades de reconhecimento intersubjetivo e na não imposição de uma única hermenêutica e ontologia, favorecendo o encontro com a diversidade e a alteridade, bem como a criação de ambientes institucionais inclusivos (VELIZ-ROJAS et al., 2019).

Seixas et al. (2019) ressaltam que o reconhecimento mútuo e as relações simétricas no cuidado à saúde são condições indispensáveis para a construção de vínculos e projetos terapêuticos compartilhados, centrais a um cuidado culturalmente competente. Nesse sentido, Alizadeh e Chavan (2016) destacam que a consolidação de sistemas de saúde universais, equitativos e sensíveis à diversidade cultural exige que os trabalhadores desenvolvam competências como refletir sobre a própria cultura, compreender o contexto sociocultural dos usuários, negociar diferenças e adotar mecanismos adaptativos. Para tanto, a formação deve ter caráter interdisciplinar e interprofissional, capacitando-

os a superar barreiras linguísticas, reconhecer universos existenciais distintos e compreender o processo saúde-doença-cuidado como experiência sociocultural complexa e multideterminada.

Ao dialogar com os estudos atuais sobre competência cultural como um elemento decisivo para oferta de cuidado qualificado na Atenção Primária à Saúde, Dimenstein et al. (2025, p.12) também ressaltam o papel da educação para mudanças no mundo do trabalho em saúde, para provocar alterações no "modelo biomédico de cuidado, em que prevalece o cuidado individualizado, descolado do território vivido, favorável à hipermedicalização e ao epistemicídio dos saberes não hegemônicos". Porém, destacam dificuldades tais como a informalidade, a falta de sistematicidade e insuficientes oportunidades oferecidas aos trabalhadores no cotidiano dos serviços, as quais não favorecem a problematização dos modelos de atenção e a incorporação da interculturalidade como parte dos processos de trabalho.

Neste contexto em que se inclui na discussão da formação a dimensão do processo de trabalho como cenário formativo, cabe atentar ao avanço da lógica neoliberal, que gera um ambiente de trabalho muito pouco propício e receptivo à uma escuta diferenciada, qualificada, sensível, "pautado pelo diálogo de saberes e práticas, pela participação ativa, crítica e propositiva das pessoas, na construção compartilhada de possibilidades de suplantação dos problemas sociais vividos no cotidiano" (CRUZ et al., 2024, p.3). Observa-se ainda a insuficiência de profissionais para responder a alta demanda, precarização das condições de trabalho e sobrecarga do trabalhador. No dia-a-dia, isto se reflete em formas mais burocratizadas de assistência, na rigidez de protocolos e em rotinas instituídas, em detrimento do acolhimento e do cuidado no território, o que impossibilita moldar a atenção ofertada às especificidades socioculturais dos usuários (BACIN; SARRETA, 2024; TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018).

O reconhecimento desta realidade demanda uma compreensão ampliada sobre os processos formativos em que haja lugar para a problematização do cotidiano e das necessidades sociais, a abertura a um pensamento crítico em

saúde em contraposição à abordagem positivista da história natural da doença e desarticulada dos processos sociais, o reconhecimento de que os processos saúde-doença estão determinados socialmente e que as desigualdades sociais se expressam e incidem sobre a saúde e os modos de adoecimento (DIMENSTEIN et al., 2017; MELO; SCORSOLINI-COMIN, 2023). Com foco na complexidade do tema da Formação em Saúde, Ceccim (2012) aponta que o "trabalho em saúde, envolve a transmissão de informação, a construção do conhecimento, a aquisição do saber em cenários de prática, a aprendizagem em situações reais de trabalho e a capacidade de ser afetado pelos signos que informam o cotidiano e as necessidades sociais em saúde" (p. 256).

As lacunas na formação em saúde, tanto em nível técnico quanto superior, acadêmico ou em serviço, revelam a necessidade de valorizar não apenas a formação acadêmica, mas também os processos de aprendizagem que emergem nos cenários reais de trabalho. Essa perspectiva, apoiada no pluralismo epistemológico e no reconhecimento das desigualdades relacionadas a marcadores sociais como raça, cor, gênero, sexualidade e classe, vem sendo destacada por pesquisadores e gestores nas últimas décadas (COSTA et al., 2017). Pedrana et al. (2018) ressaltam, contudo, a dificuldade de efetivar uma abordagem integral e equitativa na saúde, uma vez que poucos serviços organizam suas práticas a partir da sensibilidade cultural e do reconhecimento da diversidade, persistindo a escassa abertura para trocas entre equipes e usuários em bases de respeito e simetria. Para enfrentar esse quadro, Dimenstein et al. (2020) defendem a Educação Permanente em Saúde e o Apoio Institucional como estratégias para instaurar práticas culturalmente sensíveis no cotidiano. De forma convergente, Guizardi et al. (2022) apontam a importância de ampliar espaços de gestão compartilhada entre serviços e usuários, favorecendo dinâmicas comunicacionais, interculturais e relacionais.

No Brasil, Carvalho et al. (2019) destacam os avanços proporcionados pela Política e pelos Polos de Educação Permanente para o Sistema Único de Saúde desde 2004, embora permaneçam os desafios de sustentar uma

política de educação interprofissional no cotidiano dos serviços. Figueiredo et al. (2022) sublinham que tais processos exigem transformações macro e micropolíticas, enquanto Farinha et al. (2023) e Rodrigues et al. (2024) reforçam a necessidade de investir em uma formação interdisciplinar e humanística, com integração ensino-serviço-comunidade, espaços permanentes de educação interprofissional, competências colaborativas e práticas que valorizem a diversidade, a comunicação e a construção de vínculos. Nesse horizonte, Macedo e Medeiros (2025) defendem a construção de uma agenda contínua de formação que contemple estratégias pedagógicas capazes de evidenciar a incidência dos marcadores sociais nas experiências de vida de usuários e profissionais, situando-as historicamente, culturalmente e geopoliticamente a partir de uma leitura interseccional dos processos macro e micropolíticos.

Considerações finais

A proposição feita neste livro possibilita situar os Cuidados Culturais em Saúde Mental não como mera resposta instrumental à diversidade cultural, mas como marco de um paradigma ético-político que desafia o universalismo abstrato das práticas de saúde. A competência cultural neste solo, para além de uma habilidade individual, é concebida como analisador coletivo e institucional para tensionar barreiras e disparidades de acesso e de oferta de cuidados, visibilizar marcadores sociais da diferença e abrir espaço para práticas mais equitativas e sensíveis.

Consolidar práticas culturalmente sensíveis e competentes implica, neste sentido, reconhecer que o cuidado em saúde mental se dá em territórios atravessados por desigualdades históricas, raciais, de gênero e de classe, em suas interseccionalidades, e que somente ao assumir tais tensões como constitutivas do trabalho em saúde será possível avançar em direção à equidade. Articular a desinstitucionalização à perspectiva dos Cuidados Culturais amplia e radicaliza

o ideário dos processos abertos e inconclusos de Reforma Psiquiátrica, deslocando-os para um campo de composição de lutas por direitos de grupos minoritários no qual, de forma interseccional, se acolhem as diferenças e se criam modos de existir e de cuidar.

Essa virada convoca a enfrentar não somente as barreiras organizacionais e estruturais dos serviços, mas também os "cativeiros epistemológicos" que continuam sustentando as iniquidades no cotidiano da Atenção Psicossocial. Permanece, portanto, a tarefa de se investir em processos formativos interdisciplinares e interprofissionais, em estratégias de educação permanente e em dispositivos institucionais que promovam vínculos, diálogo e escuta das singularidades em contextos interculturais, valorizando os processos intersubjetivos, de encontro e cuidado.

Assim, os Cuidados Culturais em Saúde Mental se apresentam como um campo emergente de saberes e práticas para a construção de sistemas de saúde mais justos, capazes de responder às complexas demandas de saúde mental dos sujeitos em sua diversidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALIZADEH, S.; CHAVAN, M. Cultural competence dimensions and outcomes: a systematic review of the literature. **Health & Social Care in the Community**, v. 24, n. 6, p. 117-130, 2016. DOI: 10.1111/hsc.12293.

AL'UQDAH, S. N.; HAMIT, S.; SCOTT, S. African American Muslims: intersectionality and cultural competence. **Counseling and Values**, v. 64, n. 2, p. 130-147, 2019. DOI: 10.1002/cvj.12111.

BACIN, G. C. B. B.; SARRETA, F. O. Impactos da contrarreforma do Estado no Sistema Único de Saúde e na política da atenção primária à saúde no Brasil. **Observatorio de la Economía Latinoamericana**, v. 22, n. 10, e7525, 2024. DOI: 10.55905/oelv22n10-275.

BRACH, C.; FRASERIRECTOR, I. Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. **Medical Care Research and Review**, v. 57, supl. 1, p. 181-217, 2000. DOI: 10.1177/1077558700057001S09.

CARVALHO, M. S. de; MERHY, E. E.; SOUSA, M. F. Repensando as políticas de saúde no Brasil:

educação permanente em saúde centrada no encontro e no saber da experiência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, e190211, 2019. DOI: 10.1590/interface.190211.

CASTRO, L. R.; MENEZES, J. A. A economia "psíquica" importa? Descolonização e elementos subjetivos de re-inscrição social. **Polis e Psique**, v. 10, n. 1, p. 107-122, 2020. DOI: 10.22456/2238-152X.91087.

CECCIM, R. B. Desenvolvimento de competências no trabalho em saúde: educação, áreas do conhecimento e profissões no caso da saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 253-277, 2012. DOI: 10.18569/tempus.v6i2.1128.

COSTA, L. D. da *et al*. Competência cultural e atenção à saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT). **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 105-119, 2017.

CRUZ, P. J. S. C. *et al*. Educação popular no SUS: desafios atuais no olhar do Observatório de Educação Popular em Saúde e Realidade Brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 6, e17132023, 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024296.1713202.

CUEVAS, A. G.; O'BRIEN, K.; SAHA, S. What is the key to culturally competent care: reducing bias or cultural tailoring? **Psychology & Health**, v. 32, n. 4, p. 493-507, 2017. DOI: 10.1080/08870446.2017.1284221.

DAVID, E. C.; VICENTIN, M. C. G.; SCHUCMAN, L. V. Desnortear, aquilombar e o antimanicolonial: três ideias-força para radicalizar a Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 3, e04432023, 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024293.04432023.

DIMENSTEIN, M. *et al*. Competência cultural na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 19, n. 1, p. 1-16, 2025. DOI: 10.29397/reciis.v19iAhead-of-Print.4242.

DIMENSTEIN, M. *et al*. Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 69, n. 2, p. 72-87, 2017.

DIMENSTEIN, M.; SIMONI, A. C. R.; LONDERO, M. F. P. Encruzilhadas da democracia e da saúde mental em tempos de pandemia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 40, e242817, 2020. DOI: 10.1590/1982-370300242817.

DREVDHAL, D. J.; CANALES, M. K.; DORCY, K. S. Of goldfish tanks and moonlight tricks: can cultural competency ameliorate health disparities? **Advances in Nursing Science**, v. 31, n. 1, p. 13-27, 2008.

ESTEVAN, M. D.; RUÍZ, M. C. S. La aplicación del modelo de competencia cultural en la experiencia do cuidado em profissionais de Enfermería de Atención Primaria. **Atención Primaria**, v. 49, n. 9, p. 549-556, 2017.

FARINHA, A. L. *et al*. Educação interprofissional nas práticas de integração ensino-serviço-comunidade: perspectivas de docentes da área de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 27, e20220212, 2023. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2022-0212.

FIGUEIREDO, E. B. L. *et al*. Educação Permanente em Saúde: uma política interprofissional e afetiva. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 135, p. 1164-1173, 2022. DOI: 10.1590/0103-1104202213515.

FREIRE, J. R. *et al*. Educação interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 86-96, 2019. DOI: 10.1590/0103-11042019S107.

FREITAS JÚNIOR, R. A. O. *et al*. Incorporando a competência cultural para atenção à saúde materna em população quilombola na educação das profissões da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 2, p. 100-109, 2018. DOI: 10.1590/1981-52712015v42n2RB20170086.

FRESHMAN, B. Cultural competency: best intentions are not good enough. **Diversity and Equality in Health and Care**, v. 13, n. 3, p. 240-244, 2016.

GUIZARDI, F. L.; MACHADO, F. R. S.; LEMOS, A. S. P. Comunidade de práticas da Atenção Básica à Saúde: memória do horizonte de uma gestão coletiva da saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, e00216, 2022. DOI: 10.1590/1981-7746-ojs00216.

IDA, D. J. Cultural competency and recovery within diverse populations. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, v. 31, n. 1, p. 49-53, 2007.

JACKSON, C. S.; GRACIA, J. N. Addressing health and health-care disparities: the role of a diverse workforce and the social determinants of health. **Public Health Reports**, v. 129, supl. 2, p. 57-61, 2014.

KERSEY-MATUSIAK, G. Culturally competent care: are we there yet? **Nursing**, v. 42, n. 2, p. 49-52, 2012.

KIVLIGHAN, D. M. *et al*. Examining therapist effects in relation to clients' race-ethnicity and gender: an intersectionality approach. **Journal of Counseling Psychology**, v. 66, n. 1, p. 122-129, 2019.

LEKAS, H. M.; PAHL, K.; LEWIS, C. F. RethiMELO, Paula Balduino de *et al*. (org.). **Descolonizar o feminismo**: VII Sernegra. Brasília: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Brasília, 2019. E-book. (Semana de Reflexões sobre Negritude, Gênero e Raça, 7.).nking cultural competence: shifting to cultural humility. **Health Services Insights**, v. 13, p. 1-4, 2020.

LIMA, M. R. A. *et al*. Atuação de enfermeiros sobre práticas de cuidados afrodescendentes e indígenas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 5, p. 840-846, 2016.

MACEDO, R. M.; MEDEIROS, T. M. Marcadores sociais da diferença, interseccionalidade e saúde coletiva: diálogos necessários para o ensino em saúde. **Saúde em Debate**, v. 49, n. 144, e9507, 2025.

MELO, L. P.; SCORSOLINI-COMIN, F. A diversidade dos sistemas de cura e suas implicações para o cuidado de enfermagem. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 44, n. 2, p. 141-152, 2023.

MÜLLER, M. R.; LIMA, R. C.; ORTEGA, F. Repensando a competência cultural nas práticas de saúde no Brasil: por um cuidado culturalmente sensível. **Saúde e Sociedade**, v. 32, n. 3, e210731pt, 2023.

MUNTINGA, M. E. *et al*. Toward diversity-responsive medical education: taking an intersectionality-based approach to a curriculum evaluation. **Advances in Health Sciences**

Education, v. 21, p. 541–559, 2016.

NAMER, Y.; WANDSCHNEIDER, L. Skills building seminar: how to integrate social identities in public health education - an intersectional approach. **European Journal of Public Health**, v. 31, supl. 3, p. 144, 2021.

NGUYEN, T. V. Update on medical education, insurance coverage, and health care policy for LGBTQIA+ patients. **Dermatologic Clinics**, v. 38, n. 2, p. 201-207, 2020.

PASSOS, R. F. D. **Transinstitucionalização e saúde mental em tempos de bio-necropolítica**: atualizações do desejo de manicômio. 2023. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2023.

PEDRANA, L.; TRAD, L. A. B.; PEREIRA, M. L. G.; TORRENTÉ, M. O. N.; MOTA, S. E. C. Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, e178, p. 1-5, 2018. DOI: https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.178.

CAPÍTULO 2

A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: AVANÇOS, IMPASSES E DESAFIOS EM CONTEXTO DE RETROCESSOS DEMOCRÁTICOS

Silvio Yasui

Introdução: reflexões de quem caminha pelos sertões e veredas da Saúde Mental

Em minha tese de doutorado, citei os versos iniciais do poema de João Cabral de Melo, "Morte e vida Severina", além de outras citações de Guimarães Rosa em "Grande Sertão Veredas" (YASUI, 2010). Como aqueles Severinos do poema, somos muitos os que trilhamos as veredas dos sertões da história, cada qual com sua sina, mas unidos pela teimosa persistência de quem acredita na possibilidade de transformação. E de outra parte, o poema de João Cabral, também nos fala da busca por identidade e reconhecimento do migrante nordestino, que ecoa de forma particular quando refletimos sobre a trajetória das pessoas nomeadas como "loucos" ou daqueles que não se "encaixam" em certos padrões de modos de levar a vida. Como os Severinos do poeta, essas pessoas foram historicamente invisibilizadas, homogeneizadas e destituídas de sua singularidade pelos aparatos manicomiais que dominaram o cenário da assistência psiquiátrica brasileira durante mais de um século.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, iniciada no final da década de 1970, representa, de um lado, um movimento de resistência a essa lógica de exclusão e invisibilização e, de outro, um movimento que propõe a utopia ousada de uma sociedade sem manicômios, bem como uma profunda transformação na oferta de serviços e na produção do cuidado. Mais do que uma simples reorganização de serviços de saúde, constitui um processo civilizatório que busca restituir às pessoas com sofrimento mental seu lugar de sujeitos de direitos e cidadãos plenos. Como trabalhador, pesquisador, ativista e testemunha deste processo, posso afirmar que a reforma psiquiátrica brasileira representa uma das mais significativas transformações no campo das políticas sociais do país.

Este texto nasce dessa caminhada, dessa experiência vivida e da observação participante de quem acompanhou momentos decisivos da construção da política de saúde mental no país. A partir dessa vivência, propõe-se analisar a trajetória dessa política no Brasil, examinando seus principais avanços, os impasses persistentes e os desafios atuais. A análise será conduzida com uma perspectiva que articula experiência vivida e reflexão teórica, engajamento político e rigor acadêmico, buscando contribuir para a compreensão dos complexos processos que marcam a construção de uma política pública transformadora em um contexto de profundas desigualdades sociais e de instabilidade democrática.

Os avanços da Reforma Psiquiátrica Brasileira: construindo um novo paradigma de cuidado

A consolidação do marco legal e normativo

Quando olhamos para a trajetória da reforma psiquiátrica brasileira, não podemos deixar de constatar os avanços alcançados na construção de

um arcabouço legal e normativo que dão sustentação jurídica à política de saúde mental. A Lei 10.216/2001 representa um importante marco de um longo processo de mobilização social e política que teve início no final da década de 1970, com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e posteriormente com o Movimento da Luta Antimanicomial (AMARANTE, 2007). Esta legislação introduziu mudanças fundamentais ao estabelecer que o tratamento em saúde mental deve priorizar o oferecimento de serviços comunitários de saúde mental[2]. Mais do que uma mudança procedimental, a lei expressa uma nova concepção sobre a pessoa com sofrimento mental, reconhecendo-a como sujeito de direitos e cidadão pleno, capaz de participar ativamente de seu processo de cuidado e de sua vida social.

O marco normativo foi ampliado e detalhado através de portarias ministeriais que regulamentaram a criação e o funcionamento dos diversos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A Portaria GM/MS nº 3.088/2011, que institui a RAPS, representa outro marco importante neste processo, ao estabelecer uma concepção sistêmica e integrada dos serviços de saúde mental. Esta portaria não apenas define os componentes da rede, mas também estabelece diretrizes para sua articulação territorial e para a garantia do cuidado integral (BRASIL, 2011).

A expansão e diversificação dos serviços comunitários

A criação e a expansão de uma rede de serviços comunitários de saúde mental representa um dos avanços mais expressivos da reforma psiquiátrica brasileira. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), criados como serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, experimentaram um crescimento exponencial nas duas primeiras décadas do século XXI. De poucos serviços pioneiros na década de 1980, o país alcançou em 2024 a marca de 3.019 CAPS

2 Embora tenha como fragilidade a possibilidade da internação psiquiátrica para situações excepcionais e por tempo limitado, não indicando em que tipo de serviço isso deve ser realizado.

habilitados, distribuídos em 2.007 municípios, demonstrando a capilaridade desta rede (BRASIL, 2004).

Esta expansão não se limitou apenas ao aspecto quantitativo, mas envolveu também uma importante diversificação tipológica dos serviços. A criação de CAPS específicos para diferentes públicos e necessidades - CAPS I (1.522 serviços), CAPS II (528), CAPS III (146), CAPSi para crianças e adolescentes (324), CAPSad (338) e CAPSad III (158) - demonstra a capacidade do sistema de responder de forma diferenciada às especificidades dos diferentes grupos populacionais (BRASIL, 2004). Particularmente significativo é o crescimento dos CAPS III e CAPS ad III, que oferecem atenção 24 horas, fundamentais para o cuidado territorial nas situações de crise. Os CAPS ad III mais que dobraram em uma década, enquanto os CAPS III tiveram crescimento de aproximadamente 60%. Os CAPSi também apresentaram expansão expressiva de 61% nos últimos dez anos, embora ainda seja necessária maior ampliação para o cuidado de crianças, adolescentes e jovens (BRASIL, 2004)[3].

Além dos CAPS, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) incorporou outros dispositivos inovadores, como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), destinados a pessoas egressas de longas internações psiquiátricas, e os Centros de Convivência e Cultura, voltados para a promoção da inclusão social e da participação comunitária. Somam-se a esses os Consultórios na Rua, que levam cuidado e atenção integral às populações em situação de rua; as Unidades de Acolhimento, que oferecem acolhimento temporário para pessoas em crise ou em uso problemático de álcool e outras drogas; as enfermarias especializadas em hospitais gerais, que garantem atenção hospitalar em articulação com a rede; além da Atenção Básica em Saúde, por meio das equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária, que exercem papel fundamental no cuidado territorializado e de proximidade. Essa diversificação expressa uma compreensão ampliada das necessidades das

3 De outra parte, sinto que esta diversificação dos CAPS, passados mais de 24 anos da publicação da portaria 336, necessita de uma revisão e adequação para as demandas que se apresentam nestes tempos atuais. A criação da RAPS coloca uma questão vital que é a descentralização das ações ainda muito restritas aos serviços CAPS. Mais a frente retomo essa questão.

pessoas em sofrimento mental, que transcendem o âmbito estritamente clínico para abranger dimensões sociais, culturais e existenciais.

Um indicador objetivo dos avanços da reforma psiquiátrica brasileira pode ser observado na inversão do modelo de financiamento da saúde mental. Historicamente concentrado no financiamento de leitos psiquiátricos em hospitais especializados, o gasto público em saúde mental passou por uma transformação radical a partir da implementação da política de desinstitucionalização. Dados do Ministério da Saúde demonstram que, desde 2006, os recursos destinados aos serviços comunitários de saúde mental superam aqueles direcionados aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004). Esta inversão não representa apenas uma mudança contábil, mas expressa uma reorientação fundamental das prioridades da política pública, privilegiando investimentos em serviços que promovem a autonomia e a inclusão social em detrimento daqueles que perpetuam a segregação e a cronificação.

O desenvolvimento de tecnologias de cuidado da Atenção Psicossocial

A Reforma Psiquiátrica brasileira impulsionou o desenvolvimento de tecnologias de cuidado que rompem com o modelo biomédico tradicional ao incorporar dimensões psicossociais, culturais e territoriais. Essas contribuições originais, descritas como "jabuticabas" da saúde mental brasileira (DELGADO, 2015) por representarem invenções genuinamente nacionais, não apenas transformaram a atenção psicossocial, mas também se disseminaram como ferramentas fundamentais para todo o Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo a humanização e a integralidade do cuidado.

Entre as principais inovações desenvolvidas, destaca-se a Clínica Ampliada, que expande o objeto de trabalho da doença para o sujeito em seu contexto, mobilizando diversos saberes e práticas para promover

saúde e autonomia. Essa abordagem, hoje uma diretriz da Política Nacional de Humanização, orienta as práticas em toda a rede de atenção à saúde (CUNHA, 2010; BRASIL, 2009a). Complementarmente, o Acolhimento (BRASIL, 2009b) transcende a simples triagem para se tornar uma postura ética de escuta qualificada e responsabilização, reconhecendo o usuário como protagonista de seu cuidado. Nessa mesma linha, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) individualiza as intervenções, articulando diferentes conhecimentos e práticas em torno das necessidades e projetos de vida de cada pessoa, considerando sua história e contexto social (OLIVEIRA, 2010; BRASIL, 2009a).

A atenção psicossocial se distingue também por sua capacidade de extrapolar os muros dos serviços de saúde. As oficinas terapêuticas exemplificam essa característica, privilegiando a expressão criativa, a produção de subjetividade e a construção de projetos de vida por meio de atividades artísticas e culturais (RAUTER, 2000). Similarmente, o acompanhamento terapêutico leva o cuidado para os espaços da cidade, promovendo a circulação social e a apropriação do território urbano, com o terapeuta atuando como mediador de relações e facilitador de encontros (PALOMBINI, 2006).

No campo da gestão do cuidado, o apoio matricial se destaca pela sua capacidade de articulação por conectar a saúde mental com a atenção primária, qualificando as equipes para o manejo do sofrimento psíquico e promovendo a integralidade do cuidado (ONOCKO-CAMPOS et al., 2019).

O protagonismo do usuário encontra expressão particular na Gestão Autônoma da Medicação (GAM), uma tecnologia que promove a participação ativa nas decisões sobre o tratamento medicamentoso, fortalecendo a autonomia e reduzindo efeitos adversos (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013). Para as situações de crise, a Reforma Psiquiátrica desenvolveu alternativas à internação, como o acolhimento noturno nos CAPS III e os leitos de atenção integral em hospitais gerais. Essas estratégias, reconhecem a crise como uma oportunidade terapêutica e privilegiam intervenções que fortalecem

os recursos pessoais e sociais dos usuários, buscando manter seus vínculos territoriais e familiares (DIAS; FERIGATO; FERNANDEZ, 2020).

A participação social e o protagonismo dos usuários

A reforma psiquiátrica brasileira também se destaca pelo fortalecimento da participação de usuários e familiares nos processos de formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde mental. O Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) e a Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA) tiveram papel central ao articular atores sociais diversos e defender princípios de cuidado inclusivo e democrático.

Associações, cooperativas e iniciativas de economia solidária espalhadas pelo país, evidenciam a capacidade organizativa dos usuários e oferecem alternativas de inclusão social e geração de renda. Além disso, a presença de usuários e familiares em conselhos e conferências de saúde mental asseguram influência direta desses sujeitos sobre as políticas públicas. As Conferências Nacionais, realizadas desde 1987, constituem espaços privilegiados de construção coletiva de diretrizes (BRASIL, 2005)

Nesse mesmo horizonte, ganharam força experiências inovadoras como os grupos de ajuda mútua e o suporte de pares, que reconhecem a experiência vivida como forma legítima de conhecimento, valorizando o papel dos usuários no cuidado, na recuperação e na defesa de direitos. Essa abordagem, em expansão no Brasil, conecta-se aos princípios da reforma psiquiátrica (VASCONCELOS, 2013). Já o movimento de ouvidores de vozes (Hearing Voices Movement), em crescimento no país, reforça essa perspectiva ao oferecer espaços seguros para compartilhar experiências, desenvolver estratégias de manejo e construir narrativas alternativas (RUFATO et al., 2021).

As tecnologias de cuidado desenvolvidas no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira demonstram a capacidade de inovação e criatividade

de trabalhadores e usuários. A expansão dessas práticas para outros campos da saúde evidencia sua potência transformadora e sua contribuição para a humanização e democratização do cuidado no SUS, representando um legado valioso que continua a inspirar novas formas de produzir saúde e autonomia.

A transformação cultural e a desconstrução do estigma

Essas diferentes dimensões da Reforma Psiquiátrica que apresentamos, buscam promover uma transformação cultural profunda, que vai além da organização dos serviços e alcança as representações sociais sobre a loucura, o sofrimento mental e a diferença. Trata-se de um processo civilizatório que busca construir novas formas de sociabilidade e valores sociais, no qual a desconstrução do estigma ocupa lugar central. Ao romper com séculos de associações entre loucura, periculosidade e exclusão, a reforma afirma a pessoa com sofrimento mental como sujeito de direitos, capaz de participar da vida social e de contribuir para a construção coletiva da sociedade. Essa mudança se expressa na linguagem, que se torna mais respeitosa, nas práticas sociais inclusivas e nas políticas públicas que reconhecem direitos.

Esse movimento cultural encontra marcos simbólicos, como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, que celebra anualmente a resistência contra os manicômios e a construção de uma sociedade mais inclusiva. Também se manifesta em iniciativas artísticas e culturais protagonizadas por usuários dos serviços de saúde mental, que desafiam estereótipos e ampliam a cidadania. Paralelamente, a formação de novas gerações de profissionais comprometidos com os princípios da Atenção Psicossocial fortalece essa mudança cultural, difundindo práticas baseadas nos direitos humanos, na autonomia dos usuários e no cuidado humanizado e territorializado.

Atenção Psicossocial: entre conquistas e a reinvenção contínua da Reforma Psiquiátrica

Os avanços aqui apresentados - desde a consolidação do marco legal e normativo até a transformação cultural e a desconstrução do estigma - não constituem conquistas isoladas ou meramente técnicas, mas expressam a construção coletiva e histórica marcada pela mobilização de trabalhadores, usuários e familiares, que produziu importantes avanços na institucionalização de serviços substitutivos, na consolidação da RAPS e na formulação de um novo paradigma de cuidado: o paradigma da Atenção Psicossocial. Este paradigma se contrapõe radicalmente ao modelo biomédico tradicional, que reduz o sofrimento mental a disfunções neurobiológicas, privilegia intervenções farmacológicas e hospitalares, e concebe a pessoa como objeto passivo de tratamento. Em contraposição, o paradigma da Atenção Psicossocial compreende o sofrimento mental como fenômeno complexo, multideterminado por fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais, exigindo respostas igualmente complexas e territorializadas. Neste novo paradigma, a pessoa deixa de ser "doente mental" para se tornar protagonista de seu processo de cuidado e cidadão pleno de direitos. O cuidado transcende os muros institucionais para se realizar nos espaços da vida cotidiana, mobilizando não apenas saberes técnicos, mas também saberes populares, artísticos e experienciais. As tecnologias de cuidado desenvolvidas - da clínica ampliada ao acompanhamento terapêutico, das oficinas às assembleias de usuários - materializam esta perspectiva e compreensão, demonstrando que é possível cuidar sem excluir, tratar sem segregar, e promover saúde mental fortalecendo a cidadania e a participação social. Passados mais de trinta anos do início da Reforma Psiquiátrica, podemos afirmar que este paradigma constitui uma contribuição original do Brasil para a construção de uma rede de cuidado em saúde mais equânime e participativa, orientada por um horizonte

ético e político de luta por uma sociedade mais justa e inclusiva (YASUI, 2010).

Contudo, esse processo nunca se deu de forma linear: convive com contradições estruturais, disputas de projeto e permanentes tentativas de retrocesso, expressando a tensão entre a inovação paradigmática que sustenta a reforma e as forças de conservação que insistem em manter práticas excludentes e medicalizantes. É o que trataremos a seguir.

Retrocessos democráticos e o desmonte da Política de Saúde Mental (2016-2022)

O período compreendido entre 2016 e 2022 caracterizou-se por uma ofensiva sistemática contra os princípios e conquistas da reforma psiquiátrica brasileira, inserida em um contexto mais amplo de retrocessos democráticos e desmonte das políticas sociais. A chegada ao poder de forças políticas conservadoras, comprometidas com uma agenda neoliberal e autoritária, trouxe consigo uma visão retrógrada sobre a saúde mental que privilegiava abordagens asilares e medicalizantes em detrimento dos princípios da Atenção Psicossocial. Este contexto político favoreceu a emergência de discursos que questionavam a eficácia dos serviços comunitários e defendiam o retorno a práticas institucionais superadas, representando uma ameaça significativa à continuidade do modelo comunitário de atenção psicossocial construído ao longo de décadas.

As mudanças normativas implementadas neste período materializaram os retrocessos através de alterações significativas na política nacional. Em dezembro de 2017, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 3.588, que reintroduziu o hospital psiquiátrico como componente da rede, representando uma ruptura com os princípios fundamentais da reforma psiquiátrica ao legitimar novamente a internação psiquiátrica como modalidade preferencial

de tratamento[4]. Paralelamente, observou-se um redirecionamento da política de drogas com o fortalecimento de abordagens proibicionistas e incentivo a internações compulsórias, especialmente em instituições assistenciais de caráter religioso, chamadas inadequadamente de Comunidades Terapêuticas. Um exemplo desse retrocesso é a Resolução CONAD nº 1/2018, que estabeleceu diretrizes privilegiando a abstinência como objetivo do tratamento e desconsiderando os princípios da redução de danos.

O período caracterizou-se também pela estagnação no financiamento que comprometeu a capacidade de resposta do sistema às crescentes demandas por cuidados em saúde mental, especialmente em um contexto de crise econômica e social. O subfinanciamento dos serviços existentes agravou ainda mais esta situação, comprometendo a qualidade do cuidado oferecido e contribuindo para a precarização das condições de trabalho dos profissionais.

Apesar da gravidade dos retrocessos, este período caracterizou-se também pela mobilização de importantes movimentos de resistência, de entidades profissionais, acadêmicas e da sociedade civil, organizando uma ampla campanha de defesa da reforma psiquiátrica e de denúncia dos retrocessos em curso. Este período de retrocessos também revelou a importância da dimensão política da Reforma Psiquiátrica e a necessidade de fortalecer os movimentos sociais como estratégia de resistência às investidas conservadoras. A experiência deste período demonstrou que os avanços conquistados não são irreversíveis e que sua manutenção exige vigilância constante e mobilização permanente.

Impasses persistentes: os limites da implementação da reforma psiquiátrica

Apesar da diversidade de ofertas e ferramentas de cuidado da Atenção Psicossocial, muitos serviços e profissionais, embora formalmente inseridos

4 Importante destacar que a Portaria 3.588/2017 foi posteriormente revogada em junho de 2023 pela Portaria GM/MS nº 757, que restabeleceu as diretrizes da reforma psiquiátrica e reafirmou o compromisso com o modelo comunitário de atenção.

na RAPS, seguem práticas centradas no modelo biomédico, priorizando abordagens farmacológicas e deixando em segundo plano ou não considerando as dimensões psicossociais do cuidado. Essa permanência não se explica apenas por limitações na formação profissional, mas também por resistências corporativas e ideológicas à mudança do modelo assistencial, intensificadas pela crescente medicalização da vida cotidiana, que reduz problemas sociais, políticos e existenciais a questões estritamente médicas, comprometendo a compreensão ampliada do sofrimento mental.

A fragmentação da rede constitui outro impasse fundamental que compromete a integralidade do cuidado e dificulta a construção de projetos terapêuticos articulados entre diferentes serviços e setores. Observa-se frequentemente dificuldades de comunicação e articulação entre os pontos de atenção, ausência de protocolos claros de articulação e sistemas de informação integrados deficientes. A articulação intersetorial representa um desafio particular, considerando que o cuidado em saúde mental envolve não apenas o setor saúde, mas também assistência social, educação, cultura, trabalho e habitação, exigindo mudanças estruturais em toda a arquitetura de políticas públicas para sua efetivação.

Alguns segmentos da Atenção Psicossocial apresentam desafios específicos que amplificam os impasses gerais da política. A atenção a usuários de álcool e outras drogas constitui um campo particularmente complexo, marcado por tensões entre diferentes abordagens terapêuticas e pressões sociais por respostas repressivas. A saúde mental infantojuvenil enfrenta a escassez de serviços especializados e dificuldades de articulação intersetorial, especialmente com educação e assistência social. As populações específicas - povos indígenas, população negra, população LGBTQIAP+ e pessoas em situação de rua - apresentam necessidades particulares que exigem abordagens diferenciadas e culturalmente sensíveis, evidenciando a necessidade de estratégias de cuidado que considerem suas especificidades históricas e sociais.

Um dos impasses contemporâneos mais desafiadores diz respeito à incorporação consistente da perspectiva da interseccionalidade nas práticas de cuidado da RAPS. Reconhecer que diferentes sistemas de opressão - racismo, sexismo, classismo, capacitismo - se entrelaçam na produção do sofrimento mental implica adotar estratégias que ultrapassem respostas pontuais, exigindo abordagens culturalmente sensíveis, socialmente comprometidas e politicamente engajadas. Apesar de a Portaria GM/MS nº 2.198/2023 ter instituído a Estratégia Antirracista para a Saúde, representando um marco relevante, sua efetivação encontra barreiras como a insuficiente formação das equipes, a fragilidade dos mecanismos de monitoramento e a dificuldade de articular políticas intersetoriais que deem sustentação às mudanças necessárias no cotidiano da rede.

Neste sentido, destacamos a valiosa contribuição de David et al. (2023) evidenciando que a luta antimanicomial não pode ser dissociada das lutas antirracistas, feministas e anticoloniais. Radicalizar a Reforma Psiquiátrica significa deslocar o foco da mera desinstitucionalização de serviços para enfrentar as estruturas históricas de exclusão que associaram loucura e negritude à marginalidade. Para tanto, apresentam as ideias de **desnortear**, **antimanicolonial** e **aquilombar** como movimentos de ruptura epistemológica e política: elas desconstroem a centralidade eurocêntrica, afirmam a diáspora como fonte de criação e resistência e reconhecem no quilombo uma metáfora e prática viva de liberdade e coletividade. Ao recolocar a loucura e a negritude como experiências de invenção, e não como patologias ou desvios, o texto evidencia que a Reforma Psiquiátrica só se tornará efetivamente transformadora se se articular a um projeto mais amplo de justiça social e cultural. Nesse horizonte, a antimanicomialidade deixa de ser apenas uma pauta da saúde mental e passa a se constituir como parte de uma luta civilizatória, voltada à construção de novas formas de cuidado, solidariedade e produção de vida.

A construção de uma política de saúde mental verdadeiramente equitativa exige, portanto, muito mais do que a expansão da rede ou a formulação de novas diretrizes. Requer enfrentar desigualdades históricas e reconhecer que

diferentes grupos sociais vivenciam o sofrimento mental de formas atravessadas por marcadores de raça, gênero, classe, geração, território e condição social. Isso implica desenvolver estratégias de cuidado que não apenas considerem tais especificidades, mas que as coloquem no centro da organização das práticas, promovendo efetivamente justiça social. Somente assim será possível fortalecer a RAPS como política pública de Estado, capaz de articular cuidado, cidadania e democracia, resistindo às tendências de retrocesso e avançando na construção de um modelo de atenção que, de fato, afirme a dignidade e a diversidade da vida.

Reconstruindo utopias: por uma política emancipatória de saúde mental

O período pós-2023 abre uma etapa decisiva para a política de saúde mental no Brasil: não se trata apenas de reverter retrocessos recentes, mas de consolidar e ampliar os princípios fundadores da Reforma Psiquiátrica. A revogação de normativas que desfiguravam a política e a retomada de iniciativas de formação e educação permanente, como o Nós na Rede e o PET-Saúde Equidade, sinalizam avanços relevantes (BRASIL, 2024a; BRASIL, 2024b). Ainda assim, a reconstrução da RAPS exige mais que ajustes normativos: requer compromisso político, inovação e efetividade no cotidiano do cuidado.

A reconstrução da RAPS exige uma reengenharia de seu financiamento, que vá além da simples recomposição orçamentária. É preciso transitar de um modelo de financiamento por procedimento para um financiamento por desempenho, vinculado a indicadores de saúde e qualidade de vida. É necessário a criação de indicadores que avaliem métricas como a redução de internações de longa permanência, o aumento da taxa de inclusão social (trabalho e moradia) e a satisfação dos usuários, entre outros. Os repasses federais poderiam ser modulados por estes indicadores, incentivando e induzindo os municípios a investirem em práticas que efetivamente transformem a vida das pessoas.

Nesse horizonte, a expansão qualificada dos CAPS nas regiões ainda desassistidas deve ser prioridade, assegurando que novos serviços fortaleçam práticas psicossociais e não apenas reproduzam o modelo biomédico. Contudo, essa expansão deve vir acompanhada de uma transformação profunda na formação de profissionais, que segue como um desafio estratégico. A renovação da formação não pode se limitar a mudanças curriculares pontuais. É fundamental a inclusão curricular obrigatória de disciplinas que abordem os fundamentos do Sistema Único de Saúde, a Reforma Psiquiátrica e a Atenção Psicossocial nos cursos de graduação da área da saúde, com carga horária teórica e prática. A ampliação e interiorização dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, com ênfase na prática em serviços comunitários e na articulação intersetorial é também uma potente estratégia de formação de profissionais comprometidos e qualificados para este campo.

Para os profissionais que já estão na rede, além da educação permanente como caminho a ser trilhado, é de extrema importância a implementação de supervisão clínico-institucional sistemática e obrigatória nos serviços, conduzida por profissionais com saber e experiência no campo. É muito importante contar com a participação de usuários e familiares como formadores por sua expertise vivencial e garantindo que seu saber ocupe um lugar central na construção do conhecimento, transformando a lógica de poder tradicionalmente estabelecida na academia e nos serviços. Por fim, cuidar da saúde mental dos próprios cuidadores é passo indispensável para a sustentabilidade das práticas de cuidado.

No campo da pesquisa, a reconstrução da utopia passa pelo incentivo e fomento para pesquisas participativas em saúde mental, que contemplem o envolvimento de usuários e familiares em todas as etapas do processo, desde a concepção do projeto até a disseminação dos resultados. A valorização dos saberes da experiência vivida deve se traduzir em critérios de avaliação que reconheçam o impacto social e a relevância para os serviços, e não apenas a produção de artigos em periódicos de alto impacto. Trata-se de construir uma

ciência implicada com a transformação da realidade, que sirva à emancipação dos sujeitos e à qualificação do cuidado.

A superação das desigualdades regionais, da precarização do trabalho e da fragmentação da rede demanda esforços permanentes e coordenados, bem como coragem política para enfrentar resistências históricas. O momento atual de reconstrução oferece a chance de reafirmar a centralidade da equidade e da interseccionalidade como eixos estruturantes das práticas de cuidado. Afirmar a centralidade da interseccionalidade exige que saiamos do discurso para a prática concreta. Para isso, é fundamental a implementação de protocolos de atendimento que incorporem o quesito raça/cor e o nome social de forma obrigatória e respeitosa em todos os serviços da RAPS.

Também é necessário incorporar no cotidiano dos serviços territoriais da RAPS, espaços/grupos para refletir sobre as questões de gênero e raça dentro dos CAPS, acolher demandas específicas e articular a rede de proteção a mulheres e à população negra e LGBTQIAP+. Além disso, a política de saúde mental em seus diferentes níveis, deve estabelecer parcerias formais com organizações do movimento negro, feminista e de direitos LGBTQIAP+, construindo fluxos e estratégias de cuidado conjuntas. A reconstrução da utopia antimanicomial será antirracista, feminista e anticapacitista, ou não será. Isso significa reconhecer que as opressões estruturais produzem sofrimento e que o cuidado em saúde mental deve ser, antes de tudo, uma ferramenta de luta por justiça social e equidade.

O momento atual oferece uma oportunidade histórica para que a política de saúde mental brasileira não apenas recupere o terreno perdido, mas avance para um patamar inédito de qualidade, equidade e democracia. Construir uma sociedade sem manicômios é mais do que uma utopia: é um projeto civilizatório ao alcance de nossas mãos, que exige de cada um de nós a disposição de transformar indignação em ação, crítica em proposta, e esperança em realidade concreta. Manter viva essa utopia exige o compromisso de trabalhadores, usuários, familiares, gestores e pesquisadores com os valores

do cuidado em liberdade, da solidariedade e da justiça social. Defender, aprimorar e transmitir esse legado às futuras gerações é responsabilidade coletiva e expressão do desejo de uma sociedade verdadeiramente democrática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. v. 1.

BRASIL. **Nós na Rede**: educação permanente para a RAPS no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2024a. Disponível em: https://brasilia.fiocruz.br/nosnarede/. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. **PET-Saúde Equidade**: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/pet-saude/pet-saude-equidade. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. [Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011]. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: Brasília, 2011.

BRASIL. **Saúde mental e economia solidária**: inclusão social pelo trabalho. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série D. Reuniões e Conferências).

BRASIL. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. (Coleção Saúde em Debate; v. 162).

DAVID, E. C.; VICENTIN, M. C. G.; SCHUCMAN, L. V. Desnortear, aquilombar e o antimanicolonial: três ideias-força para radicalizar a Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 3, 2023.

DELGADO, P. G. G. Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 13-18, 2015.

DIAS, M. K.; FERIGATO, S. H.; FERNANDEZ, A. D. S. A. Atenção à crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 595-602, 2020.

OLIVEIRA, G. N. O Projeto Terapêutico Singular. In: **Cadernos HumanizaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 93-104.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al*. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2889-2898, 2013.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al*. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, e180617, 2019.

PALOMBINI, A. L. Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político. **Psychê**, São Paulo, v. 10, n. 18, p. 115-127, 2006.

RAUTER, C. Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 267-277.

RUFATO, L. S. *et al*. Suporte de pares em saúde mental: grupo de ouvidores de vozes. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 13, n. 36, p. 156-174, 2021.

VASCONCELOS, E. M. (coord.). **Ajuda e suporte mútuos em saúde mental**: manual para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental. Rio de Janeiro: Escola de Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

CAPÍTULO 3

DETERMINANTES SOCIALES Y SALUD MENTAL: POR UN MODELO BASADO EN DERECHOS

Sandra Caponi

En el mes de octubre de 2023, la OMS y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, publicaron conjuntamente un extenso documento denominado: Mental Health, Human Rights and Legislation- Guidance and Practice (OMS; ONU, 2023), de aquí en adelante denominada Guía. Este documento fue construido a partir de la interpretación autorizada de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD, 2006), redactada por Naciones Unidas en colaboración directa con representantes de grupos de personas expertas por experiencia y sobrevivientes de la psiquiatría. La CDPD (ONU, 2006) es un marco en la conquista de los derechos humanos de las personas con discapacidad, incluidas aquellas que la Convención denomina, personas con "discapacidad mental", y que, más tarde serán denominadas "personas con diversidad o discapacidad psicosocial". Estos cambios de denominación han suscitado importantes debates en los que han intervenido, tanto los y las sobrevivientes o supervivientes de la psiquiatría, como el discurso académico. Debates que se concentran, fundamentalmente, en los llamados dissability studies (BERGER, 2013). Con relación a los y las sobrevivientes o supervivientes de la psiquiatría, es preciso decir que se trata de una categoría construida desde los movimientos sociales en primera persona, que, posteriormente

fue integrándose a los debates académicos, posibilitando una reparación epistemológica de los discursos centrados en el modelo biomédico.

La Guía para Salud mental y Derechos Humanos publicada en 2023, parte de la Convención e integra discusiones y debates posteriores a su publicación, como los informes que cada uno de 189 países signatarios de la CDPD enviaron para el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, un comité creado por la CDPD. También integra los informes realizados por el Relator Especial de la ONU para Salud Mental, Danius Puras. Allí, se proponen cambios significativos en la organización, financiación y prestación de servicios de atención de salud mental, que garantice un desplazamiento desde un modelo médico-psiquiátrico, hacia un modelo centrado en los determinantes sociales y en los derechos humanos de las personas con padecimientos psíquicos (MENÉNDEZ, 1979).

Un paradigma centrado en derechos

El documento Mental Health, Human Rights and Legislation - Guidance and Practice (OMS; ONU, 2023), que aquí será analizado, parece haber conseguido plasmar las esperanzas y las expectativas de todos aquellos que, desde hace muchos años, adoptamos una posición crítica frente al alcance y límites del poder psiquiátrico; para todos los que argumentamos que es necesario y urgente cambiar radicalmente el modelo de salud mental hoy existente, centrado en diagnósticos ambiguos y terapéuticas iatrogénicas.

Esta Guía es un fuerte alegato en favor de la libertad y de la defensa de derechos de las personas con discapacidad psicosocial. Está estructurada en tres Capítulos y una "Lista de verificación", que es un auxilio para evaluar si las legislaciones de Salud Mental y las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos, vinculadas a la CDPD, están siendo cumplidas. Inicia con un Glosario donde queda claramente definida la posición crítica adoptada en relación al Modelo biomédico, hegemónico en el campo de la salud mental:

> El modelo biomédico de salud mental se basa en la idea de que las condiciones de salud mental son causadas por factores neurobiológicos (1, 2). Como resultado, la atención a menudo se centra en el diagnóstico, la medicación y la reducción de síntomas, en lugar de considerar toda la gama de factores sociales y ambientales que pueden afectar la salud mental. Esto puede llevar a un enfoque estrecho de atención y apoyo que puede no abordar las causas fundamentales de la angustia y el trauma (OMS; ONU, 2023, p.XIII).

La Guía (OMS; ONU, 2023) analiza los desafíos asociados con la legislación actual sobre salud mental; describe los principios y temas que deberían ser incorporados por las legislaciones sobre salud mental en los diferentes países, para adecuarse al mandato de derechos establecido por la CDPD, que es un tratado de derechos vinculante. Explicita cómo proceder para desarrollar, implementar y evaluar la legislación relacionada con la salud mental, siguiendo un proceso basado en derechos.

La Guía adopta, como punto de partida, una perspectiva histórica. Pues, si desconocemos que, por casi 200 años, la salud mental ha estado atravesada por una legislación que acepta y normaliza el ejercicio de la violencia y el poder médico, nunca podremos entender la persistencia de las medidas coercitivas legalmente aceptadas, el silenciamiento de las voces de los y las pacientes, y su correlato, la autoridad absoluta de la palabra y de los dictámenes de la psiquiatría. Una impecable historia del abuso del poder psiquiátrico desde su inicio, puede ser encontrada en la Tesis de Beatriz Pérez-Pérez, titulada "Una genealogía de la matriz de poder moderna: Lo humano, el derecho y la locura" (PÉREZ- PÉREZ, 2023). Parte de esa historia está presente en la Guía:

> La ley francesa de salud mental de 1838 y la Ley de Locura inglesa y galesa de 1890 representan dos de los primeros y más influyentes esfuerzos para regular la admisión y el tratamiento de la salud mental en la era moderna. Estas leyes consolidaron el paternalismo y las nociones de "peligrosidad" en el campo de la salud mental al introducir nuevos procedimientos que autorizaban el internamiento obligatorio en una institución de salud mental basado en la "necesidad

> de tratamiento" o un supuesto "comportamiento peligroso", que siguen justificando el ingreso involuntario y tratamiento hasta el día de hoy (OMS; ONU, 2023, p.11).

La historia de la psiquiatría está atravesada por esa idea de intervención coercitiva, arrogándose el poder de poner en suspenso el ejercicio de los derechos, de aquellos que el poder psiquiátrico considera peligrosas para los otros o para sí mismas. Esa idea se mantiene hasta hoy, legitimando violaciones de derecho a las personas usuarias de los sistemas de salud mental, consolidando intervenciones paternalistas y basadas en un "modelo biomédico reduccionista".

> Se reconoce, cada vez con mayor claridad, que la salud mental y el bienestar están íntimamente relacionados con el entorno social, económico y físico de una persona, incluida la exposición a la pobreza, la violencia y la discriminación. Sin embargo, (…) el modelo biomédico, que se centra predominantemente en el diagnóstico, la medicación y la reducción de los síntomas, prevalece en todos los sistemas de salud mental existentes. Como resultado, los determinantes sociales que impactan la salud mental de las personas a menudo no se tienen en cuenta, lo que resulta en ciclos repetidos de trauma, exclusión y violencia (OMS; ONU, 2023, p.10).

En este sentido, la Guía, refuerza los derechos definidos por la CDPD. En relación al artículo 12ª sobre el derecho a decidir, afirma que "la capacidad jurídica es una condición previa para el ejercicio de los derechos y para la toma de decisiones autónomas en materia de atención de salud (…) En consecuencia, la "capacidad mental" de una persona no puede ser base para denegarle la capacidad jurídica" (OMS; ONU, 2023, p.19). También refuerza el art. 14º de la CDPD, que garantiza que la atención sea realizada en libertad y sin coerción, cuestionando cualquier tipo de internamiento involuntario en centros de salud mental, incluso por motivos de "peligrosidad" o "necesidad de atención".

> A pesar del creciente consenso entre los expertos y mecanismos de derechos humanos sobre estos estándares, se sigue manteniendo que el internamiento involuntario puede ser necesario en circunstancias excepcionales para proteger a las personas de daños graves o para proteger a otros. Esta diferencia de criterios refleja (…) las tensiones entre las normas de la CDPD y los enfoques anteriores (OMS; ONU, 2023, p.20).

Existe una contradicción clara entre aquellos procedimientos coercitivos que han marcado la historia de la psiquiatría, como el internamiento involuntario y la pérdida de derechos, y una nueva perspectiva de atención centrada en la persona y basada en derechos inaugurada por la CDPD. La Guía garantiza el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad (art.19 de la CDPD). Es decir, afirma que las personas con discapacidad deben tener la oportunidad de elegir su lugar de residencia en igualdad de condiciones con las demás, no deben ser obligadas a vivir en instituciones de encierro y deben recibir atención comunitaria.

Destaco como particularmente relevante, el reconocimiento de la obligatoriedad del consentimiento libre e informado para cada intervención, para garantizar los derechos a no coerción, autonomía y libertad:

> Actualmente, la mayoría de las leyes de salud mental continúan restringiendo el derecho al consentimiento libre e informado para el tratamiento de personas con condiciones de salud mental y discapacidad psicosocial, y favorecen la toma de decisiones sustitutas (…). Se necesita un cambio fundamental para crear un marco legal propicio para el desarrollo de servicios de salud mental que basen todas las decisiones de tratamiento en el consentimiento libre e informado del individuo (OMS; ONU, 2023, p.27).

El tratamiento sin consentimiento, esto es, involuntario, debe interpretarse como una violación al derecho a la salud, a la capacidad jurídica y, también, como un modo de infringir tortura y malos tratos a los pacientes (PURAS et al., 2019). Hasta aquí la Guía (OMS; ONU, 2023) retoma las normas establecidas por la

CDPD (ONU, 2006), proponiendo una legislación que garantice los derechos de las personas con discapacidad psicosocial que fueron violados a lo largo de la historia, por la propia lógica del poder psiquiátrico. Un saber centrado en la figura del enfermo mental como sujeto peligroso e incapaz de ejercer su autonomía jurídica y económica. Reconoce que históricamente estas violaciones de derechos afectaron de manera agravada a mujeres, disidencias, transexuales y niños e identifica la persistencia de abusos de poder en el campo de la salud mental, como contenciones mecánicas y químicas, uso de electrochoques, internación involuntaria y aislamiento, en diversos países del mundo.

Para las personas con sufrimiento psíquico que no han sido institucionalizadas, la Guía contribuye también para garantizar los derechos, en la medida en que rechaza cualquier forma de reduccionismo psiquiátrico centrado en diagnósticos y terapéuticas psicofarmacológicas, que desconozca los contextos sociales adversos que provocaron los padecimientos psíquicos, como pobreza, estigma y exclusión social. De ese modo, son integradas las exigencias realizadas en los Informes de Danius Puras, ex Relator Especial del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas entre los años 2014 - 2020.

Ambos consideran que la legislación sobre salud mental debe adoptar una nueva dirección que ya no esté centrada en lo que definen como el "paradigma biomédico". Afirmando que este paradigma ha impuesto vínculos coercitivos y limitantes para las personas usuarias de los sistemas de salud mental.

> La Guía propone nuevos enfoques, como establecer un mandato claro para que los sistemas de salud mental adopten enfoques basados en derechos; permitir servicios centrados en la persona y basados en la comunidad; aumentar la conciencia y desafiar el estigma; erradicar la discriminación y la coerción; promover la inclusión y participación comunitaria; y desarrollar medidas de rendición de cuentas (OMS; ONU, 2023, p.xvii).

Para entender qué es lo que realmente ocurre con las vidas de estas personas que han sido tratadas en el marco del paradigma biomédico tradicional,

debemos escuchar atentamente lo que ellas tienen para decir, integrando sus experiencias para la construcción de un paradigma de salud mental basado en derechos. Debemos estar atentos a que es lo que ellas consideran como situaciones de abuso, dentro y fuera de las instituciones psiquiátricas, solicitar el envío de informes de situación en cada país, a fin de identificar violaciones de derechos o legislaciones que no contemplen los derechos humanos en los Estados Parte.

> Cualquier nueva dirección requiere la participación y colaboración de aquellos con experiencia vivida, incluida la experiencia de trauma intergeneracional, en la formulación de leyes que reflejen y respondan a sus perspectivas en la búsqueda de recuperación, reparación y curación. Este enfoque colaborativo es esencial para crear un sistema de salud mental que respete los derechos humanos, priorice la atención y el apoyo sobre el control y apoye a las personas para alcanzar su máximo potencial (OMS; ONU, 2023, p. xvii).

Por otra parte, la Guía aborda, sin ambigüedades, el sesgo de género que atraviesa a la psiquiatría, exigiendo normativas que garanticen una atención de salud mental con perspectiva de género. Sostiene que:

> La legislación puede ayudar a promover servicios con perspectiva de género al exigir que las personas que trabajan en la atención de salud mental estén informadas sobre cuestiones tales como, de qué modo las normas y estereotipos de género y sexualidad configuran las experiencias de vida (por ejemplo, violencia y abuso); las realidades sociales, culturales y familiares del día a día (OMS; ONU, 2023, p.80).

De ese modo, los países signatarios de la CDPD, deberán crear legislaciones que penalicen prácticas discriminatorias de género, orientación sexual o identidad, particularmente en lo que se refiere a la práctica, aún bastante común en algunos países, de esterilización forzada y aborto forzado. Indicando también la necesaria prohibición de cualquier tipo de "Terapias de conversión", destinada a modificar la orientación sexual de una persona.

Sabemos que fueron muchas las luchas de feministas (CHESLER, 1983; USSHER, 2011) y de activistas por los derechos humanos, que posibilitaron estas conquistas de derechos de las mujeres. Y es en esa línea que se inscribe el informe presentado ante la Asamblea de Naciones Unidas en 2017 por Danius Puras, donde se reconoce claramente el impacto del sesgo de género en la salud mental:

> 37. Los estereotipos perjudiciales (incluidos los estereotipos de género) y la estigmatización en el marco de la comunidad, la familia, la escuela y el lugar de trabajo socavan las relaciones saludables y desmantelan los entornos de apoyo e inclusión que se requieren para la buena salud mental y el bienestar de todos.
>
> 67. Los programas de prevención de la violencia juvenil, deben incluir iniciativas sensibles a las cuestiones de género y que transformen las normas de género. (…) reducir los efectos tóxicos de los estereotipos de género perjudiciales en etapas posteriores de la vida (PURAS, 2017, p.15).

Algo semejante ocurre en lo que se refiere a salvaguardar los derechos en el campo de la salud mental de niños y jóvenes. La Guía indica la necesidad de crear legislaciones adecuadas a la edad, que permitan distinguir las necesidades específicas de cada grupo, garantizando, por ejemplo, el acceso a actividades recreativas adecuadas para niños y adolescentes, así como también el acceso a servicios que protejan a los niños cuando están sometidos a situaciones adversas como bullying, asedio moral, violencia familiar, etc. Para eso es necesario que las opiniones de niños y adolescentes, sean "escuchadas y se les tenga debidamente en cuenta" (OMS; ONU, 2023, p.83).

Otra preocupación de la Mental Health, Human Rights and Legislation- Guidance and Practice (OMS; ONU, 2023) son las personas que sufren prejuicio racial, racismo institucional u otro tipo de discriminación, situaciones que tienen un impacto directo en su salud mental. Para eso es necesario crear normas y leyes específicas que integren y discutan el sesgo racial presente en el campo de la salud mental, aunque ese problema deberá

ser abordado y reconocido en otros espacios, como en la formación médica, la justicia y la educación. Afirma que:

> Se deben crear legislaciones que exijan la formación de profesionales, médicos, juristas, asistentes sociales, en una perspectiva centrada en derechos humanos que penalice cualquier forma de racismo. La legislación puede desempeñar un papel a la hora de abordar el racismo sistémico en los sistemas de salud mental estableciendo normas para la prestación de servicios de salud mental y responsabilizar a los proveedores por cualquier práctica discriminatoria (OMS; ONU, 2023, p.86).

En este sentido, es necesario que los proveedores de salud estén atentos al modo como se articulan racismo y trauma. Debemos reconocer que las experiencias vividas de discriminación o racismo, impactan de manera directa en la salud mental de las personas, tal como supo mostrarlo Franz Fanon en 1952, en su libro Piel negra, máscaras blancas (FANON, 1952).

Así, todas estas cuestiones vinculadas al derecho a decidir, a la autonomía jurídica, al fin de los manicomios, al sesgo de género, raza y edad, deben estar presentes en las legislaciones para salud mental. Para eso, se debe garantizar la capacitación en salud mental, a partir de una perspectiva centrada en derechos, a los funcionarios de justicia, policía, funcionarios judiciales, abogados, profesionales de la salud, trabajadores sociales y educadores. De esa capacitación, deberán participar los expertos y expertas por experiencia y los y las sobrevivientes de la psiquiatría, a través de sus organizaciones y representantes, contribuyendo para la adecuación de las legislaciones, de la capacitación profesional y de las estrategias de implementación.

La medicalización de la vida cotidiana

Entre el año 2006 y el año 2023, muchas conquistas fueron realizadas en lo que se refiere a la protección de derechos y a la creación de marcos

regulativos internacionales. Tanto los Informes de Puras como la Guía de 2023, han adoptado una posición crítica frente al impacto que la enunciación de un diagnóstico tiene en la vida de las personas, independientemente de las terapéuticas adoptadas. En el ítem 2.1.4, denominado, Desafiando el estigma y la discriminación en las comunidades. Se reconoce que, en los servicios de salud mental, los sesgos de género, raza o clase, motivados por prejuicios y actitudes discriminatorias, pueden conducir tanto a diagnósticos errados, como a sobre o sub diagnóstico.

Un caso concreto presente en el Informe de la RedEsfera (2023) de América Latina, es relatado por una usuaria de servicios de salud mental de México. Ella cuenta que llegó al servicio de salud con síntomas evidentes de una infección, que requería la administración de un antibiótico, sin embargo, su médico le recetó un tranquilizante. El hecho de que ella ya tenía un diagnóstico psiquiátrico, llevó a que su médico evaluara todos sus síntomas, fiebre y malestar estomacal, como efecto de su discapacidad psicosocial. Así, desconsiderando el diagnóstico médico, prefirió prescribir un psicofármaco, en lugar de un antibiótico.

Son innumerables las situaciones en las cuales problemas derivados de malestares de género, comportamientos indeseados en la infancia o prejuicios raciales han llevado a definir un diagnóstico de algún trastorno mental, médicamente definido, ahí donde solo había sufrimiento psíquico subjetivo. Sin duda, los criterios diagnósticos hegemónicos establecidos por Manuales como el CIE-11(Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS) o el DSM-5 (2013) (Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales), mucho han contribuido a multiplicar diagnósticos ambiguos para problemas de la vida cotidiana. La Guía, muestra claramente la ineficacia de estos diagnósticos cuando afirma:

> Las herramientas y criterios de diagnóstico existentes han sido criticados por ser demasiado amplios y abarcadores para ser clínicamente útiles, lo que podría dar lugar a intervenciones

> ineficaces, estigmatizantes y perjudiciales. Como señaló el Relator Especial (…), los diagnósticos de salud mental se han utilizado incorrectamente para patologizar identidades y otras diversidades. (…) Las personas deben tener el derecho a una segunda opinión o a rechazar un diagnóstico si creen que no caracteriza su experiencia de manera útil. Cada persona debe poder definir su propia experiencia vivida. Un diagnóstico nunca debe usarse para negar o limitar derechos (OMS; ONU, 2023, p.37).

La enunciación de un diagnóstico produce un impacto en la trayectoria de vida de las personas, aún más cuando se trata de niños o poblaciones vulnerables. Un diagnóstico incorrecto puede iniciar una carrera psiquiátrica que podría haber sido evitada, si se hubiera optado por abordajes interdisciplinares, centrados en la persona y en el reconocimiento de su historia de vida (MARTÍNEZ HERNÁEZ, 2023). Por ese motivo, es esencial que las personas diagnosticadas puedan tener acceso a la mayor cantidad de información posible sobre su diagnóstico y sobre los tratamientos propuestos, pudiendo acceder a sus expedientes médicos, con una asesoría de apoyo.

A pesar de lo dicho hasta aquí, la problemática creciente sobre medicalización de la vida cotidiana, cuyo impacto es posible observar en el ámbito escolar y familiar, incidiendo profundamente en el dominio de la infancia y en la vida de muchas mujeres y disidencias, es mencionada con cierta ambigüedad: "Aunque combatir la medicalización de la vida cotidiana está fuera del alcance de la ley, la legislación puede establecer ciertos marcos para evitar su mal uso" (OMS; ONU, 2023, p.38).

No puedo dejar de preguntar porque razón los procesos de medicalización estarían fuera de una legislación a ser adoptada por los Estados Parte, cuando, en la propia Guía, existen inúmeros elementos que pueden contribuir de manera muy clara para desmontar los abusos de poder existentes, allí donde el poder psiquiátrico invade la vida cotidiana de miles de personas, negándoles una atención centrada en la persona y atenta a los derechos humanos.

Aunque la función de la Guía es crear marcos legales que garanticen el pleno ejercicio de los derechos humanos para las personas con discapacidad psicosocial, y aunque esté centrada en el derecho a decidir en libertad y sin coacción sobre el apoyo terapéutico, entiendo que también puede posibilitar la creación de un marco jurídico contra las diversas formas de abuso del poder psiquiátrico que se ejercen en la vida cotidiana y fuera de las instituciones de encierro.

Considero que la Guía contribuye a una crítica a los procesos de medicalización de la vida cotidiana cuando destaca la fragilidad de los diagnósticos y la necesidad de realizar un abordaje amplio y no reduccionista a los problemas de salud mental. También, cuando nos obliga a promover un análisis del impacto negativo que el abordaje, hoy hegemónico, centrado en el modelo biomédico de la salud mental puede tener en la vida de mujeres y disidencias, en las infancias y en la vida de personas racializadas, muchas veces presas a lógicas medicalizantes, que cercenan el pleno ejercicio de sus derechos.

Por fin, la Guía puede contribuir para repensar ese proceso creciente de personas que llegan a los servicios de salud demandando un diagnóstico, para sí mismo o para sus hijos, con el cual se identifican y a partir del cual construyen su identidad (CAPONI, 2023). Atenta a los efectos que esas identidades medicalizadas puedan tener para la salud mental, la Guía advierte:

> Aunque los individuos pueden autoidentificarse con ciertas expresiones o conceptos (…) un diagnóstico de salud mental o la atribución de un estado de discapacidad nunca deberían definir a una persona: cada individuo tiene un contexto social único, personalidad, autonomía, sueños, metas, aspiraciones y relaciones (OMS; ONU, 2023, p.7).

Del mismo modo que se cuestiona la ineficacia, amplitud y ambigüedad de los criterios diagnósticos más utilizados, y que destaca la necesidad de incluir al Consentimiento libre e informado como un derecho básico y fundamental de todo paciente, la Guía también define claramente los problemas vinculados a la prescripción de psicofármacos.

Tal como lo explicitó el Relator Especial de Naciones Unidas por el Derecho a la Salud, cuando consideramos que la CDPD protege el derecho a la vida (art. 10), deberemos cuestionar la excesiva importancia que se da a la medicación para abordar los "problemas de salud mental", o, simplemente, para resolver problemas y conflictos sociales. La prescripción innecesaria y abusiva de psicofármacos que adormecen y son altamente iatrogénicos, implica, en muchos casos, una verdadera violación de los derechos de los pacientes. Ya sea porque se imponen diagnósticos que estigmatizan y dan inicio a carreras psiquiátricas evitables o por los efectos que el uso prolongado de psicofármacos provoca, disminuyendo años de vida, afectando directamente la libido, provocando abstinencia en la retirada, entre otros muchos problemas.

Es particularmente relevante la exigencia de aplicar instrumentos de consentimiento libre e informado, cada vez que se prescriben drogas psicotrópicas, explicando claramente los riesgos posibles, brindando todas las informaciones necesarias, respondiendo a las dudas existentes, y comunicando los impactos y efectos de estas drogas a corto y largo plazo.

> Los países deben adoptar el más alto estándar de consentimiento informado. Pueden exigir un consentimiento informado escrito o documentado (por ejemplo, expresado mediante una grabación en formato de video o audio) después de proporcionar información detallada sobre los posibles efectos negativos y positivos, y la disponibilidad de tratamientos alternativos y opciones no médicas (OMS; ONU, 2023, p.56).

Al mismo tiempo deben crearse leyes que garanticen la formación de los profesionales, dirigidas no solo a médicos prescriptores, sino también a otros profesionales, para que puedan brindar el apoyo necesario a las personas que deseen disminuir o retirar los psicofármacos que les fueron prescriptos. Como hemos podido reconstruir a través de los relatos de las personas expertas por experiencia, la tarea de retirada de los psicofármacos es muy difícil de ser realizada sin un acompañamiento médico especializado.

Aún son pocos los profesionales del área de salud capacitados para informar a los pacientes que la ley los asiste a interrumpir el tratamiento, si así lo desean, y que puedan acompañar la retirada de manera segura y evitando sufrimientos innecesarios, derivados de los efectos de abstinencia. Tal como afirma Martinez Hernaez et al. (2020): "el derecho del paciente a recibir información médicamente precisa está reconocido en muchos países, pero siguen prevaleciendo algunas prácticas de atención que limitan la participación y los derechos de los pacientes" (MARTINEZZ HERNÁEZ et al., 2020, p.2). Por otra parte, el impacto que estas drogas dejan en los organismos, afectando desde la libido hasta la dentadura, exige que sea realizada una evaluación de la salud física de las personas usuarias. En resumen, y siguiendo esa línea argumentativa, la Guía propone que los Estados Parte adopten legislaciones que dejen explícitamente claro que:

> La prescripción de psicofármacos se llevará a cabo dentro del marco de enfoques interdisciplinarios. Los profesionales de la salud mental tienen la obligación de informar a las personas que utilizan servicios de salud mental sobre los posibles riesgos, daños y efectos secundarios a corto, mediano y largo plazo asociados con el uso de los psicofármacos propuestos, y sobre el derecho a iniciar un proceso de interrupción y recibir apoyo para hacerlo de manera segura (OMS; ONU, 2023, p.58).

Al mismo tiempo, la Guía advierte que, en muchos casos, las drogas psiquiátricas son utilizadas con el objetivo de calmar o sedar a las personas. Esto puede ocurrir tanto en situaciones de crisis, con potentes antipsicóticos, como en situaciones de la vida cotidiana, por ejemplo, en el ámbito escolar, con drogas como Ritalina o Risperidona. Por ese motivo, la legislación debe contemplar la siguiente precaución:

> Los psicofármacos deben recetarse solo como respuesta a las necesidades fundamentales de la persona; deben administrarse exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, para

> conveniencia de terceros o para satisfacer la necesidad de apoyo terapéutico o cuidado especial (OMS; ONU, 2023, p.58).

La Guía se refiere también a la necesidad de evitar el uso de terapéuticas comprobadamente nocivas, como las terapias electroconvulsivas (TEC) o las psicocirugías. Afirmando que la aplicación de TEC sin el debido consentimiento y sin el debido esclarecimiento sobre sus potenciales efectos adversos, constituye una grave violación a los derechos humanos.

Avances y retrocesos

Resulta reconfortante observar un claro y sostenido avance en las propuestas legislativas realizadas desde el año 2006 hasta la reciente publicación del Mental Health, Human Rights and Legislation- Guidance and Practice. Estos documentos, junto a otros ya mencionados, implican una verdadera ruptura con el modelo biomédico tradicional, centrado en explicaciones biológicas y neuroquímicas reduccionistas, aunque las causas etiopatológicas de lo que se diagnostica como una enfermedad mental, permanezcan desconocidas. En ese sentido, la Guía puede afirmar, sin ambigüedad, que la salud mental debe dejar de ser pensada en el marco estrecho del sector salud:

> Al reconocer que la salud mental y el bienestar no son exclusivos del sector de la salud, esta Guía destaca las reformas intersectoriales necesarias en los sectores social y de justicia para abordar los determinantes sociales de la salud mental (OMS; ONU, 2006, p.2).

Explicita las limitaciones de un abordaje centrado en el modelo biomédico y limitado al sector salud. Esto es, problematiza el modelo de salud mental centrado en criterios diagnósticos, que considera extremamente amplios y ambiguos, definidos por consenso por la Asociación de Psiquiatras de Estados

Unidos, en los diversos Manuales del DSM, desde el DSM-III Hasta el DSM-5, actualmente en uso. Un modelo centrado en terapéuticas psicofarmacológicas e invasivas, que desconsidera los determinantes sociales que provocan los sufrimientos. Un modelo de definir diagnósticos que ha sido elaborado por psiquiatras de uno de los pocos países no signatarios de la Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD, 2006).

Ese modelo ha estado presente a lo largo de toda la historia de la psiquiatría moderna, teniendo como condición necesaria, el silenciamiento de la palabra de las personas usuarias. Una estrategia explicativa que se reitera, desde el Tratamiento Moral de Pinel (2005), a los diagnósticos impositivos de Kraepelin, quien sugería no escuchar la palabra de las personas a las que atendía (1917), pasando por las referencias a la herencia mórbida de los degeneracionistas y eugenistas, hasta la búsqueda infructuosa de marcadores cerebrales y neuroquímicos.

Como resultado inevitable del silenciamiento al que condena a los pacientes, ese abordaje reduccionista de la salud mental ha posibilitado la sistemática violación de los derechos humanos. Una historia de abuso de poder y destitución de la subjetividad de los pacientes, que Beatriz Pérez-Pérez narra en detalle en su Tesis doctoral (PÉREZ-PEREZ, 2023), y que tuvo un marco de reconocimiento institucional con la CDPD.

Ese modelo de saber-poder se sostuvo a pesar de las críticas que, en los años 70 y 80, fueron realizadas por exponentes de la antipsiquiatría o de la psiquiatría crítica como Rosenham (1973), Basaglia (1976), Foucault (2005), Goffman (1994), entre otros, sin que alcanzaran el impacto institucional deseado. Por el contrario, la respuesta, reactiva a estas críticas, fue la consolidación de un modelo unificado y hegemónico de pensar los sufrimientos psíquicos, a partir de los diagnósticos establecidos por el DSM-3, en 1980 (APA, 1988).

Frente a este modelo reduccionista la Convención, los Informes de Danius Puras, el Documento de la OMS sobre Derechos Humanos y Salud mental del año 2021 (OMS, 2021) y ahora la Guía para los Derechos humanos de 2023, aquí analizada presentan, de una manera cada vez más detallada y cuidosa, los pasos

que deben ser dados para conseguir alcanzar una abordaje a la discapacidad psicosocial centrado en derechos humanos, atento a las múltiples formas de discriminación y exclusión, a las relaciones de poder y al silenciamiento al que han estado sometidos las personas usuarias de los sistemas de salud mental.

Estos documentos refuerzan la necesidad de escuchar atentamente lo que tienen para decir las personas expertas por experiencia y sobrevivientes de la psiquiatría y todas las personas con dificultades de salud mental, sean reales o percibidas. Contando con la participación efectiva de las personas expertas por experiencia.

A ellos y ellas les cabe realizar informes sobre la situación de cada Estado Parte, individualmente o por regiones; enviar notificaciones sobre violaciones de derecho o incumplimiento de las normativas establecidas en la Convención y tener una participación directa en la reformulación de políticas públicas tendientes a la conquista de derechos. En resumen, la Guía propone que los Estados Parte revisen sus legislaciones referentes a salud mental, adecuándolas a las exigencias de un modelo centrado en derechos, de modo que:

> La legislación sobre salud mental debe tomar una nueva dirección alejándose del estrecho "paradigma biomédico" tradicional que ha contribuido a entornos coercitivos y restrictivos en los servicios de salud mental. Para lograr esto y abrazar plenamente los derechos humanos, la Guía propone nuevos enfoques basados en derechos: permitir servicios centrados en la persona y basados en la comunidad; aumentar la conciencia y desafiar el estigma; erradicar la discriminación y la coerción; promover la inclusión y participación comunitaria. (OMS; ONU 2023, p.xvii)

Ese marco legal está destinado a evitar la internación involuntaria, el tratamiento obligatorio y la pérdida de derechos que han marcado a la historia de la psiquiatría biomédica, a través de un marco legislativo que posibilite, también, la búsqueda de recuperación y reparación "de aquellos con experiencia vivida, incluida la experiencia de trauma intergeneracional".

Sin embargo, los informes realizados por expertos y expertas por experiencia en América Latina, por la RedEsfera (2023a), y en España por colectivos de personas usuarias como ActivaMent (2023), formalizado en el documento Informe Alternativo del Reino de España para la 21ª Sesión del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ACTIVAMENT-HIERVABUENA, 2019), muestran cuánto falta aún para que las propuestas presentadas por la Guía se conviertan en una realidad tangible.

Aún son muchos los relatos de personas usuarias que narran historias de violencias sufridas en los servicios de salud mental, violencia psíquica y física, uso de contenciones mecánicas y químicas. Pienso, por ejemplo, en el relato de un experto por experiencia en Radio Nikosia (2023), que cuenta haber estado amarrado a correas de contención, aunque dijera que precisaba ir al baño, hasta que se orinó encima. O en el relato de una usuaria que ante el miedo a cometer suicidio fue por su propia voluntad al servicio de salud, y aunque fue internada voluntariamente, luego no se le permitió salir y debió permanecer meses contra su voluntad.

Los relatos de violaciones de derechos realizados por personas expertas por experiencia son incontables, como el del usuario internado contra su voluntad por su familia que relata que le prescribieron 13 electrochoques sin su autorización. Y que no pudo realizarse la terapia completa porque en la cuarta sesión de electrochoque, perdió completamente la memoria, "tuve un cuadro de amnesia", relató. A esto debemos sumarle las quejas de los pacientes por los efectos adversos de los psicofármacos, como la pérdida completa de libido y deseo sexual, el aumento incontrolable de peso, los problemas de somnolencia que producen.

Destaco el relato de una joven paciente que, para no ser ingresada nuevamente al hospital psiquiátrico, se ve obligada a continuar consumiendo psicotrópicos que dañan su organismo, secan su piel y la hacen perder su dentadura. Lamentablemente, solo contamos con relatos individuales, pues, tal como lo indica el informe realizado por la RedEsfera (2023), no disponemos

aún de datos estadísticos que muestren el avance de derechos establecidos por la Convención, al menos, en los Estados Parte de América Latina.

Vemos así convivir, lado a lado, y no sin grandes conflictos, dos paradigmas de atención en el campo de la salud mental. El paradigma interdisciplinar e intersectorial, centrado en derechos humanos, comprometido con la idea que la discapacidad psicosocial se deriva de la interacción entre personas con dificultades de salud mental y barreras sociales que dificultan su participación plena, como el estigma, la discriminación y la exclusión. Y el paradigma centrado en el sector salud, eminentemente biomédico, hoy hegemónico.

Un paradigma que marca la realidad cotidiana de las personas usuarias de sistemas de salud mental, que habla de individuos aislados y se preocupa principalmente por lo que ocurre en sus cerebros, perpetuando situaciones de violencia como el encierro forzoso, el tratamiento involuntario, las contenciones mecánicas y químicas y el aislamiento. Al escuchar el relato de los expertos y expertas por experiencia, verificamos que, a pesar de las declaraciones de defensa de los derechos de las personas con discapacidad, proclamada en los últimos 15 años:

El legado del autoritarismo persiste en nuestras instituciones democráticas y es quizás más visible en nuestros sistemas de salud mental, que se basan en la exclusión y la institucionalización, siendo la biomedicalización reduccionista una solución común, pero ineficaz (PURAS, 2022)

Esa persistencia se debe a que existe una férrea oposición de la psiquiatría biológica, las instituciones psiquiátricas, las corporaciones médicas y la industria farmacéutica, a aceptar la necesidad de un cambio global hacia un enfoque centrado en derechos. Los intereses económicos millonarios implicados en una visión restringida de la salud mental al sector salud, han bloqueado sistemáticamente un cambio de paradigma y han atribuido toda y cualquier crítica, a un ataque al "conocimiento científico" y a "la medicina basada en evidencia", sin considerar que existen excelentes estudios del área de las ciencias sociales y humanas que presentan evidencias contrarias al modelo reduccionista.

La negación a aceptar los límites y fracasos del paradigma biomédico se basa en un argumento infinitas veces repetido. Los defensores de este paradigma argumentan que no son suficientes los millonarios recursos destinados a la salud mental. Reclaman más recursos que supuestamente les permitirán resolver los innúmeros problemas existentes, tales como, la existencia de una sociedad cada vez más medicalizada, índices de suicidio crecientes, más problemas de salud mental en la población adulta e infantil. Hemos visto este argumento falaz repetirse innúmeras veces.

Sin embargo, los millonarios recursos invertidos hasta hoy, no permitieron que se encontraran aún, las redes etiopatológicas de las llamadas enfermedades mentales (MARTÍNEZ HERNÁEZ, 2023), mientras tanto, los abordajes centrados en los determinantes sociales que provocaron los sufrimientos y la perdida de derechos son simplemente desconsiderados.

Para concluir

Como afirma Danius Puras, debemos romper con los obstáculos "que refuerzan el círculo vicioso de la discriminación, la estigmatización, la institucionalización, la coerción, la sobremedicalización y el desamparo" (PURAS, 2022). Para conseguir ese objetivo es necesario enfrentar los problemas que han marcado a la psiquiatría a través de su historia: "las asimetrías de poder, el uso excesivo del modelo biomédico y las intervenciones biomédicas, y el uso sesgado del conocimiento y la evidencia" (PURAS, 2022).

Estas asimetrías de poder son inherentes a la psiquiatría biológica global, estaban presentes en los Estados totalitarios del bloque de países comunistas, forman parte de la construcción del capitalismo, y se han ampliado en las sociedades neoliberales que se inician en la década de 1980. En algunos países signatarios de la convención, aunque se trate de democracias que abrazaron el régimen neoliberal, como es el caso de Alemania o España, vemos con cierta

esperanza que existe un mayor interés por adoptar un paradigma centrado en derechos humanos.

En el caso específico de Bélgica, el documento denominado "DSM(5): The use and status of diagnosis and classification of mental health problems" (2019) define una posición crítica de los criterios diagnósticos establecidos por el DSM, mostrando las limitaciones y dificultades de un abordaje reduccionista a la salud mental.

El día 17 de abril de 2024, la ministra de salud de España, Mónica García, realizó un pronunciamiento referido a la necesidad de cambiar radicalmente la perspectiva de análisis y de intervención en el campo de la Salud mental. Considera que estamos viviendo en una verdadera epidemia de diagnósticos psiquiátricos y que, a menudo, esa epidemia tiene su origen en problemas sociales, que son los que deben ser estudiados si deseamos avanzar con el proceso de "desprescripción de psicofármacos", en un país como España, que es uno de los países con más consumo en el mundo. La ministra considera que aun cuando se ha avanzado mucho en la reducción del estigma asociado a los trastornos mentales, "queda mucho por hacer para acabar con una visión muy extendida que asocia sufrimiento a enfermedad y alivio de ese sufrimiento con medicalización" (ESPAÑA, MINISTERIO DE SANIDAD, 2024). Destaca la necesidad de considerar las jornadas de trabajo extenuantes, la precariedad laboral, la violencia machista, y otros determinantes sociales desde una perspectiva que no se limite a reducir estos problemas sociales a problemas médicos para los que se indican soluciones farmacológicas.

Con mayor o menor dificultad, algunos países han comenzado a crear espacios de formación de profesionales de acuerdo con este paradigma, generando espacios de debate que integran a los y las sobrevivientes de la psiquiatría, considerando con seriedad los informes que relatan violaciones de derecho, y construyendo legislaciones adecuadas a los principios establecidos por la CDPD.

Vemos así que existan fuertes argumentos defendidos por organismos internacionales como la OMS-ONU para fomentar políticas de

salud mental que visibilicen los determinantes sociales, prestando atención a la interseccionalidad raza, género clase y al impacto y las marcas que el racismo, el machismo, la pobreza extrema y el bullyng y ciberbullyng dejan en los cuerpos y en las historias de vida de las mujeres, disidencias e infancias. En ese marco, debemos prestar particular atención al impacto de las tecnologías digitales en la salud mental, particularmente de las infancias. Aparecen allí nuevos desafíos a los que deberemos estar atentos: desde la exposición a las pantallas y la identificación de diagnósticos psiquiátricos online; al aislamiento provocado por las redes sociales; pasando por la divulgación y monetización de imágenes corporales; la adultización y sexualización de las infancias; o el recurso a terapias psicológicas realizadas por inteligencia artificial.

En ese marco complejo y dinámico, el modelo médico centrado en diagnósticos y psicofármacos continúa repitiendo una y otra vez la falacia del desequilibrio neuroquímico, según la cual todos nuestros conflictos se individualizan y cerebralizan, recurriendo a explicaciones como exceso de dopamina, falta de serotonina o por exceso de cortisol. Un modelo centrado en la patologización de los sufrimientos cotidianos que, como afirma James Davies (2021), parece haberse transformado en un excelente aliado de las políticas neoliberales y conservadoras interesadas en destruir todos los espacios colectivos de colaboración y solidaridad que permitían generar ámbitos capaces de politizar nuestros sufrimientos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACTIVAMENT. **Catalunya – Colectivo Activo de Personas con la Experiencia del Trastorno Mental**. Barcelona, 2023. Disponível em: https://www.activament.org/es/. Acceso en: 10 jan. 2024.

ACTIVAMENT-HIERBABUENA. **Informe alternativo del Reino de España para la 21ª sesión del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**:

específico sobre el colectivo en primera persona; personas ex-usuarias, usuarias y supervivientes de la psiquiatría (discapacidad psicosocial). Barcelona, 2019. Disponível em: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2FCRPD%2FCSS%2FESP%2F33880&Lang=en. Acceso en: 20 jan. 2024.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-III**: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 3. ed. Barcelona: Masson, 1988.

ASOCIACIÓN ARGENTINA DE SALUD MENTAL. **Comunicado de prensa**. Buenos Aires, 28 dez. 2023. Disponível em: https://www.aasm.org.ar/es/st/es.noticias.23-12-28_comunicado-de-prensa. Acceso en: 10 jul. 2025.

BASAGLIA, Franco. **¿Qué es la psiquiatría?** Barcelona: Labor, 1976.

BERGER, Ronald. **Introducing disability studies**. Boulder: Lynne Rienner Publishers, 2013.

CAPONI, Sandra. **Política, psicofármacos y vida cotidiana**. Barcelona: Editora Xoroi, 2023.

CHESLER, Phyllis. **Women and madness**. New York: Avon, 1983.

DAVIES, James. **Sedated**: how modern capitalism created our mental health crisis. Glasgow: Bell and Bain, 2021.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad. **Mónica García destaca la necesidad de poner la salud mental en el centro de todas las políticas**. Ministerio de Sanidad, 2024. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/en/gabinete/notesPrensa.do?id=6401. Acceso en: 20 ago. 2025.

FANON, Frantz. **Piel negra, máscaras blancas**. Buenos Aires: Abraxas, 1952.

FOUCAULT, Michel. **El poder psiquiátrico**. Madrid: Akal, 2005.

GOFFMAN, Erving. **Internados**: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu, 1994.

KRAEPELIN, Emil. **One hundred years of psychiatry**. New York: Philosophical Library, 1917.

LA REDESFERA. **Alerta internacional**: gobierno argentino atenta contra los derechos de las personas locas, neurodivergentes, con discapacidad psicosocial y con diagnósticos de salud mental. 2023b. Disponível em: https://www.redesfera.org/news/alerta-internacional---proyecto-de-%E2%80%9Cley-%C3%B3mnibus%E2%80%9D-de-milei. Acceso en: 10 jul. 2025.

LA REDESFERA. **Informe regional 2023**: hacia la justicia loca y la reparación. Ciudad de México: La Red Latinoamericana, 2023a.

MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Ángel. **Elogio de la incertidumbre y otros ensayos antropológicos sobre el saber "psi" y las aflicciones humanas**. Tarragona: Publicacions URV, 2023. Disponível em: https://llibres.urv.cat/index.php/purv/catalog/view/551/572/1258. Aceso en: 10 jan. 2024.

MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Ángel *et al*. The collaborative management of antipsychotic medication and its obstacles: a qualitative study. **Social Science & Medicine**, v. 247, p. 112811, 2020.

MENÉNDEZ, Eduardo. **Cura y control**: la apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica. Ciudad de México: Nueva Imagen, 1979.

NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Nova York, 2006. Disponível em: https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf. Acceso en: 10 jan. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Orientações sobre serviços de saúde mental comunitária**. Genebra: OMS, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Resposta oficial da OPS/OMS sobre o projeto de Lei Ônibus**. 2024. Disponível em: https://aasm.org.ar/images/noticias/24-01-19_la-aasm-recibio-la-respuesta-oficial-de-la-ops-oms_opinion.pdf. Acceso en: 20 jan. 2025.

PÉREZ-PÉREZ, Brenda. **Una genealogía de la matriz de poder moderna**: lo humano, el derecho y la locura. 2023. Tese (Doutorado em Antropologia Médica) — Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, 2023. Disponível em: https://www.tdx.cat/handle/10803/689645. Acceso en: 10 jan. 2025.

PINEL, Philippe. **Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale**. Paris: Les Empêcheurs de Penser en Rond, 2005. [1901].

PURAS, Dainius. **Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental**. Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas, 28 mar. 2017.

PURAS, Dainius. La crisis de valores de la psiquiatría mundial: entrevista a Dainius Pūras. **Viento Sur**, 2022. Disponível em: https://vientosur.info/la-crisis-de-valores-de-la-psiquiatria-mundial-entrevista-a-dainius-puras/. Acceso en: 10 jan. 2025.

PURAS, Dainius. Reducing coercion in mental healthcare. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**. Cambridge: Cambridge University Press, 2019.

RADIO NIKOSIA. **Una plaza íntima abierta a la comunidad**. Barcelona, 2023. Disponível em: https://radionikosia.org/. Acceso em: 10 jan. 2025.

RESNIK, David. Menos derechos y más negocios: claves en la ley ómnibus. **Página 12**, Buenos Aires, 29 dez. 2023.

ROSENHAN, David. On being sane in insane places. **Science**, v. 179, n. 4070, p. 250–258, 1973.

SALUDMENTAL. **Instagram do Grupo de Salud Mental y Derechos Humanos del Instituto Gino Germani**. 2023. Disponível em: https://www.instagram.com/saludmentalyderechoshumanos/. Acceso em: 10 jan. 2024.

SUPERIOR HEALTH COUNCIL OF BELGIUM. **DSM (5)**: the use and status of diagnosis and classification of mental health problems. Brussels, 2019. Disponível em: https://www.shc-belgium.be. Acceso en: 10 abr. 2024.

USSHER, Jane. **The madness of women**: myth and experience. New York: Routledge, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS. **Mental health, human rights and legislation**: guidance and practice. Geneva: World Health Organization, 2023. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240080737. Acceso en: 10 jan. 2024.

CAPÍTULO 4

CUIDADO ÉTICO Y DESIGUALDADES CULTURALES EN LOS MODELOS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL: DESAFÍOS INTERSECCIONALES EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD MENTAL Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN AMÉRICA LATINA

Aldo Tomassini

Introducción

En América Latina, los cuidados en salud mental y en los usos problemáticos de sustancias se despliegan en un terreno marcado por desigualdades persistentes, memorias coloniales y tensiones entre modelos de atención. Conviven (y a veces colisionan) un paradigma biomédico centrado en el diagnóstico y la prescripción, los modelos comunitarios de base territorial y los enfoques de gestión de riesgos y reducción de daños que, aunque han ganado legitimidad en varios países, todavía enfrentan resistencias culturales y políticas. En este escenario, hablar de cuidado ético es una toma de posición que reconoce que todo cuidado es situado, que se produce en relaciones de poder, en marcos legales y en sensibilidades culturales específicas, y que exige responsabilidad pública para reparar

desigualdades y ampliar capacidades de las personas y comunidades. Las brechas de acceso, la discontinuidad de tratamientos y la baja calidad de muchos dispositivos no se explican solo por escasez de recursos, sino que se inscriben en estructuras de clase, género, raza y etnicidad, sexualidad, edad y territorio que condicionan quién llega, cuándo llega y qué tipo de respuesta recibe cuando solicita tratamiento. Por eso, la discusión sobre cuidado ético debe situarse en la intersección entre políticas públicas, organización de servicios y pertinencia cultural, evitando tanto el universalismo abstracto como la trivialización de la diversidad cultural.

Desde esta perspectiva, el cuidado ético es un entramado de prácticas y de decisiones clínicas, comunitarias y políticas orientadas a sostener a las personas, minimizar daños evitables y ampliar márgenes de autonomía. Se propone un enfoque que supone tres desplazamientos concretos. Primero, de la clínica aislada a un entramado relacional que involucre a personas usuarias, familias y referentes socioafectivos, equipos interdisciplinarios y redes territoriales. Segundo, del universal abstracto a la pertinencia cultural, reconociendo lenguajes morales locales, saberes situados y prácticas de ayuda mutua. Tercero, del control al acompañamiento informado por riesgos, en el que la gestión de riesgos y reducción de daños se asume como estándar de calidad y la abstinencia como una vía posible, pero no como la condición para acceder a derechos ni a intervenciones de calidad.

Paradigmas en disputa: del prohibicionismo a la gestión de riesgos y reducción de daños

El prohibicionismo se entiende como un régimen político y jurídico orientado a incidir en la oferta de sustancias psicoactivas, criminalizando su producción, distribución y consumo. Su instauración moderna se asocia con la Ley Volstead en Estados Unidos (1919-1933), aunque responde a un

entramado histórico más amplio que incluye motivaciones religiosas, tensiones sociales vinculadas a la industrialización, distinciones étnico-clasistas sobre los tipos de drogas y el fortalecimiento del papel del Estado en la regulación social (Escohotado, 1998). Este modelo ha consolidado narrativas que asocian las drogas con enfermedad, muerte, peligro público y transgresión moral (CEBRIÁN, 2011), reforzando una dicotomía droga/salud y la noción de un *problema drogas*. Frente a este paradigma, la gestión de riesgos y reducción de daños surgió como respuesta para minimizar las consecuencias adversas del uso de drogas, sin exigir necesariamente la abstinencia como condición de objetivo terapéutico. Su origen se asocia con el intercambio de jeringas implementado en Ámsterdam en la década de 1980 para prevenir la transmisión del VIH-Sida entre personas que se inyectaban heroína (ROMANÍ, 2005). La reducción de daños reconoce la presencia y, en determinados contextos, la utilidad de las drogas, promoviendo la circulación de información veraz, la participación ciudadana de las personas usuarias como sujetos de derecho y el diseño de intervenciones culturalmente pertinentes. En estrecha relación con ella, la gestión de riesgos se define como la capacidad de administrar los eventos vinculados al uso de sustancias psicoactivas, potenciando experiencias saludables y reduciendo riesgos potenciales a través del desarrollo de habilidades, conocimientos y estrategias contextualizadas (CLUA-GARCÍA, 2020). Esta perspectiva reconoce el placer como motivo legítimo para el uso de drogas y lo articula con factores contextuales, fisiológicos y sociales, inscribiendo las prácticas de consumo en debates sobre la libertad, la racionalidad y las formas de gobierno (O'MALLEY; VALVERDE, 2004).

En América Latina, estos cambios de paradigma se han materializado en experiencias que tensionan el legado prohibicionista y, a la vez, muestran las limitaciones estructurales de la región para avanzar en esta materia. En Brasil, por ejemplo, los equipos de *Consultório na Rua* han documentado la importancia de construir vínculos con personas en situación de calle y usuarias de crack, incorporando prácticas de baja exigencia y atención continua en el territorio

(PEDROSO; ARAÚJO; CORRADI-WEBSTER, 2024). Estas estrategias, lejos de exigirles a las personas usuarias la abstinencia, priorizan el acceso a los dispositivos sociosanitarios, la dignidad y la gestión de los riesgos inmediatos vinculados al uso de drogas. En México se han desarrollado programas comunitarios de intercambio de jeringas y de educación en contextos de *chemsex*, los cuales han demostrado alta aceptabilidad y utilidad percibida entre usuarios de drogas en contextos sexualizados (RAFFUL et al., 2024). A pesar de estos avances, la cobertura de intervenciones clave sigue siendo muy baja.

En el plano contemporáneo, los enfoques de gestión de riesgos y reducción de daños desplazan el foco del control punitivo hacia la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social de las personas, ofreciéndoles alternativas más coherentes con el paradigma de salud pública y de los derechos humanos. Ofrecen así un marco de acción ético que, lejos de limitarse a mitigar consecuencias, propone transformar las condiciones estructurales que producen vulneración y exclusión (RITTER; CAMERON, 2006). No obstante, estos enfoques no se desarrollan en un vacío social. La distribución desigual de la riqueza, la discriminación y las múltiples formas de exclusión constituyen lo que Paul Farmer (2004) denomina violencia estructural: un entramado de condiciones sociales que limita las oportunidades de vida y de salud de ciertos grupos, de manera invisible para quienes detentan privilegios. Entre los determinantes sociales destacan la pobreza, la inseguridad laboral, la violencia de género, la discriminación racial y la exclusión educativa, todos ellos factores que incrementan el riesgo de desarrollar trastornos mentales y problemáticas asociadas al consumo de sustancias (LUND et al., 2018).

Desigualdades estructurales

Las desigualdades en salud mental y en el abordaje de los usos de sustancias en América Latina se manifiestan en gradientes sociales de salud:

cuanto más desventajosa es la posición socioeconómica, étnico-racial, territorial o de género, mayores son los riesgos de sufrir malestar psíquico y menores las posibilidades de acceder a un cuidado oportuno y de calidad (MARMOT, 2017). Estas desigualdades resultan de arreglos históricos, políticos y económicos que distribuyen de forma inequitativa los recursos, las oportunidades y el reconocimiento social.

En este escenario, la brecha de tratamiento (definida como la proporción de personas con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias que no reciben atención adecuada pese a la existencia de intervenciones) constituye una de las expresiones más visibles de estas inequidades. La literatura coincide en que esa brecha se mantiene elevada y persistente incluso en países o regiones con mayor gasto sanitario, más profesionales especializados y una infraestructura más desarrollada. Esto demuestra que el problema no radica en la cantidad de recursos disponibles, sino también en limitaciones organizativas de los sistemas de salud y en profundas inequidades territoriales y de calidad de la atención (KOHN et al., 2018).

Un aspecto que ilustra con particular claridad estas inequidades es la distribución territorial del recurso humano especializado en salud mental. Aun en países con características muy distintas, persiste una marcada concentración de profesionales en grandes centros urbanos, lo que deja extensas áreas periféricas y rurales con una cobertura mínima o nula. En México, estudios han documentado que la mayoría de psiquiatras se concentra en un número reducido de entidades federativas, lo que genera vacíos de atención en amplios territorios (HEINZE et al., 2019). De manera semejante, en Estados Unidos, pese a sus mayores niveles de inversión sanitaria, la proporción de condados sin psiquiatras varía más de diez veces entre divisiones censales (ANDRILLA et al., 2018). Mencionar este caso resulta útil porque muestra que la maldistribución de especialistas no es exclusiva de países latinoamericanos con menos recursos, sino que constituye un fenómeno estructural que atraviesa contextos con ingresos y capacidades muy distintos.

A las inequidades territoriales se les añaden las desigualdades de género: en América Latina, las mujeres presentan mayor prevalencia de depresión y ansiedad. Este diferencial se relaciona con determinantes sociales como la sobrecarga de cuidados no remunerados y la inserción en empleos informales y precarios (ERRAZURIZ et al., 2025; HUYNH et al., 2022; SEEDAT y RONDÓN, 2021). En el campo de las drogas, además, se observa lo que se ha denominado doble estigma: al consumo se suma la sanción social por transgredir roles de género. Algunas mujeres evitan buscar ayuda por temor a perder la custodia de sus hijos y, cuando acceden a ella, enfrentan servicios poco adaptados a sus necesidades con prácticas de trato estigmatizante (GUERRERO et al., 2014). Por su parte, las personas LGBTIQ+ en América Latina transitan cargas elevadas de problemas de salud mental derivados de experiencias crónicas de estigmatización, discriminación y violencia. Esas condiciones se asocian con mayor riesgo de ideación e intento suicida, prevalencia de trastornos mentales comunes y uso problemático de alcohol (ORTIZ-HERNÁNDEZ; GARCÍA, 2005). Ante este panorama, resulta imprescindible avanzar en la construcción de servicios con perspectiva de género y diversidad, capaces de responder a barreras que los dispositivos convencionales no suelen atender. Se trata de reconocer que las mujeres y las personas de género diverso transitan condiciones particulares de vulneración que limitan tanto el ingreso como la permanencia en los programas que las atienden. En lugar de reforzar esta exclusión mediante respuestas uniformes, se requieren dispositivos culturalmente sensibles y diferenciados que ofrezcan entornos de cuidado de bajo umbral, con horarios flexibles, articulación con servicios de abordaje de violencia de género, apoyos para infancias y trayectorias que no supediten su acceso a la abstinencia de posibles usuarios o usuarias (SECRETARÍA NACIONAL DE DROGAS [SND], 2025).

Del mismo modo, la situación de los pueblos indígenas refleja exclusiones persistentes. La literatura documenta procesos históricos de

marginación y una oferta muy limitada de servicios culturalmente pertinentes, lo que erosiona la confianza y reduce el uso efectivo de los dispositivos disponibles (MONTENEGRO; STEPHENS, 2006). Asimismo, los regímenes de control de drogas han tensionado prácticas tradicionales como el mambeo de hoja de coca o los usos rituales de ayahuasca, que han sido objeto de criminalización selectiva y de deslegitimación de saberes locales (BURGER; KAPRON, 2017; LABATE; CAVNAR, 2023).

En conjunto, la trama interseccional de clase, raza, etnicidad, género y sexualidad co-constituye jerarquías sociales que ordenan posiciones, regulan la exposición diferencial a daños y definen a quién se reconoce como sujeto de derechos en los circuitos de atención. Este enfoque, inspirado en la propuesta de una interseccionalidad situada (VIVEROS VIGOYA, 2016) en las lecturas críticas de la colonialidad del género (LUGONES, 2010) y del patriarcado modernocolonial (SEGATO, 2016), permite comprender cómo estas relaciones de poder se inscriben en cuerpos y territorios concretos, generando patrones persistentes de exclusión y sufrimiento psíquico.

Así, no sorprende que las poblaciones con mayor exposición a determinantes sociales adversos sean también quienes enfrentan más barreras para recibir atención oportuna y culturalmente adecuada (LEIVA-PEÑA; RUBÍ-GONZÁLEZ; VICENTE-PARADA, 2021). Frente a este panorama, abordar las desigualdades estructurales exige reorganizar los sistemas hacia modelos comunitarios con integración en la atención primaria, continuidad de cuidados y articulación intersectorial. En esta dirección, acelerar los procesos de desinstitucionalización y fortalecer redes comunitarias (residencias asistidas, centros de día, equipos territoriales y apoyos psicosociales) como estándar regional (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD [OPS], 2020; 2023). Sin embargo, aunque hay consenso en torno a este modelo, la transición ha sido lenta, incompleta y territorialmente desigual.

El estigma como barrera transversal

El estigma constituye un mecanismo sociocultural central en la reproducción de desigualdades. Es un proceso que atraviesa la vida cotidiana, los vínculos comunitarios y las instituciones. Por su carácter transversal, actúa como una barrera «invisible» pero eficaz: limita el acceso temprano a la atención, deteriora la calidad del vínculo terapéutico y compromete la continuidad de los cuidados psicosociales, incluidas las estrategias de reducción de daños (HATZENBUEHLER; PHELAN; LINK, 2013).

Una de sus manifestaciones más visibles es el estigma público, expresado en actitudes de rechazo social y en prácticas discriminatorias hacia quienes presentan sufrimiento psíquico o usos problemáticos de drogas. Estas representaciones negativas sostienen estereotipos que asocian al consumo con peligrosidad, falta de autocontrol o irresponsabilidad. En el ámbito de la Atención Primaria de Salud, investigaciones han mostrado que auxiliares de enfermería y agentes comunitarios tienden a valorar de forma menos crítica el uso de alcohol esporádico, mientras que expresan mayor rechazo hacia usuarios de marihuana o cocaína y hacia personas con dependencia alcohólica (RONZANI; HIGGINS-BIDDLE; FURTADO, 2009). De manera complementaria, un estudio transversal con 449 profesionales de servicios de salud en varios países latinoamericanos evidenció que la falta de formación específica y la atribución de responsabilidad individual a usuarios y usuarias refuerzan actitudes estigmatizantes, mientras que la capacitación y el contacto directo favorecen posturas más inclusivas (RONZANI et al., 2025).

El estigma también impacta en el plano subjetivo. Cuando las personas interiorizan las representaciones negativas que circulan en la sociedad, se configura lo que la literatura denomina autoestigma o estigma internalizado. Este proceso se traduce en sentimientos de vergüenza, culpa y desesperanza que debilitan la autoestima y reducen tanto la búsqueda de ayuda como la

adherencia a los tratamientos. Así, los estereotipos sociales se convierten en creencias personales, amplificando los efectos de la exclusión y obstaculizando la recuperación de los usos problemáticos de sustancias (LIVINGSTON; BOYD, 2010; SCHOMERUS et al., 2011).

Otra dimensión clave es el estigma estructural u organizacional, que se materializa en normas, protocolos y arreglos institucionales que generan desventajas sistemáticas. No es solo la actitud individual de un profesional lo que produce exclusión, sino las reglas del sistema que restringen el acceso. La ausencia de dispositivos de baja exigencia, la concentración de recursos en centros urbanos o la exigencia implícita de abstinencia como condición para recibir apoyo son ejemplos de cómo el estigma se institucionaliza y reproduce desigualdades en el propio diseño de los servicios.

El alcance del estigma se extiende también a las familias y redes cercanas a las personas usuarias. Este fenómeno, conocido como estigma por asociación o de cortesía, supone que madres, padres, parejas e hijos carguen con juicios y culpabilizaciones sociales. A las familias se les atribuye responsabilidad por el consumo o por la supuesta *falta de control*, lo que genera vergüenza, aislamiento y un fuerte desgaste emocional (CORRIGAN; MILLER, 2004; GOFFMAN, 1963). Paradójicamente, cuando más necesitan apoyo comunitario, suelen encontrar mayores barreras. En América Latina, este proceso se intensifica por desigualdades de género y condiciones socioeconómicas adversas, lo que incrementa el estrés crónico de los cuidadores y deteriora la calidad del acompañamiento familiar (RONZANI; SILVEIRA; NOTO, 2017).

La instalación de dispositivos de atención y reducción de daños suele enfrentar resistencias locales que se expresan bajo el síndrome Not In My Back Yard (NIMBY), donde las comunidades no niegan la necesidad del servicio, pero rechazan su localización en su territorio. En No en la puerta de mi casa, Mauricio Sepúlveda, Francisco Báez Urbina y Marisela Montenegro (2008) analizan cómo estas resistencias se sostienen en representaciones de amenaza y degradación, y se proponen estrategias de abordaje no conflictivo: diagnóstico

territorial participativo, transparencia en la comunicación, construcción de confianza con actores locales y despliegue gradual de los dispositivos. Incorporar estas herramientas metodológicas resulta crucial para evitar que las iniciativas de reducción de daños queden confinadas a experiencias piloto y, en cambio, se consoliden como parte de redes integrales de cuidado, culturalmente sensibles y socialmente legitimadas.

Ahora bien, estas resistencias no se limitan al plano vecinal. Como advierte Thiago Calil (2022), también se amplifican en la propia configuración de las ciudades, donde determinados espacios se convierten en regiones morales: territorios representados como focos de amenaza y degradación, que justifican políticas de expulsión y criminalización. La discusión, por tanto, no se restringe a la ubicación de un servicio, sino que interpela el derecho mismo a habitar la ciudad y a ser reconocido como sujeto de derechos. Frente a estas lógicas de purificación urbana, la propuesta de una ciudad cuidadora aparece como horizonte ético y político: diseñar territorios que, en lugar de excluir, se organicen en torno al cuidado, la solidaridad y la restitución de dignidad.

Tensiones éticas, epistemológicas y políticas

En América Latina, las políticas de salud mental y de asistencia a temas de drogas exhiben un panorama heterogéneo. Mientras algunos países han avanzado hacia enfoques integrales que articulan tratamiento, prevención y gestión de riesgos y reducción de daños, otros permanecen anclados en modelos abstencionistas o criminalizadores que limitan el desarrollo de dispositivos. Allí donde logran consolidarse, los modelos comunitarios se distinguen por situar a la persona en su contexto, fomentar la participación activa de usuarios y familias, integrar la salud mental y los abordajes de drogas bajo un mismo marco de derechos y ofrecer servicios de reducción de daños en redes territoriales.

En este sentido, Efrem Milanese (2016) define al tratamiento comunitario como una metodología de trabajo que se articula mediante redes formales e informales, y que ha sido sistematizada en un metamodelo denominado ECO2. Este enfoque privilegia la acción situada en contextos concretos, incorpora de manera activa a los actores locales y promueve la construcción colectiva de conocimientos a partir de la práctica. De este modo, la intervención comunitaria deja de ser una mera extensión de los servicios clínicos y se convierte en una estrategia orientada por derechos y comprometida con la transformación social.

El informe internacional de Rafaela Rigoni, Joost Breeksema y Sara Woods (2019) es una revisión comparada de intervenciones de reducción de daños para personas que usan estimulantes, complementada con estudios de caso en distintos continentes. Entre las experiencias latinoamericanas, destacan Atitude en Brasil, un programa de *housing first* que demuestra cómo la provisión de vivienda estable a personas que usan crack y pasta base favorece la seguridad, la reconstrucción de vínculos familiares y la inclusión social, y El Achique, en Uruguay, un centro de día que combina insumos, acompañamiento cotidiano y apoyo comunitario para personas usuarias de pasta base en contextos de alta exclusión. Estas prácticas, analizadas junto a salas de uso supervisado en Países Bajos, distribución de kits en Canadá, intervenciones digitales en España, grupos de autorregulación en Sudáfrica y trabajo de alcance en Indonesia, confirman que la reducción de daños para estimulantes es más efectiva cuando se despliega en redes comunitarias integrales, de baja exigencia y culturalmente pertinentes. En particular, la provisión de kits de consumo más seguro ha demostrado ser una herramienta clave: suelen incluir insumos básicos para fumar o inyectar de manera más higiénica (como pipas, boquillas, filtros, jeringas estériles o desinfectantes), con el fin de prevenir infecciones, reducir lesiones y promover prácticas de autocuidado. Además de disminuir riesgos inmediatos, estos kits funcionan como una puerta de entrada hacia otros servicios de salud y apoyo social, al

facilitar el contacto temprano con equipos comunitarios y generar confianza en contextos donde la exclusión y el estigma suelen ser predominantes.

La publicación *Alternativas de cuidado a usuários de drogas na América Latina: desafios e possibilidades de ação pública* (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICAS APLICADAS [IPEA], 2021) articula resultados sobre como distintos países han implementado dispositivos comunitarios. En esa publicación se menciona a Uruguay, donde Clara Musto revisa el surgimiento de dos generaciones de políticas de tratamiento: una articulada por la sociedad civil en una primera etapa, y otra guiada por alianzas estatales; la experiencia de El Achique en Casavalle se destaca como ejemplo de fortalecimiento territorial, mostrando fortalezas (continuidad, políticas de cuidado integradas) y debilidades (problemas de gobernanza, dependencia de fondos incautados) en su inserción comunitaria. Además, el capítulo dedicado a México analiza críticamente la institucionalización del modelo Minnesota de doce pasos, señalando cómo la hegemonía médica y la marginación de ofertas alternativas han profundizado el aislamiento y la estigmatización de los usuarios desde los programas estatales.

Algunos ejemplos nacionales muestran avances desiguales. En Uruguay, la regulación del cannabis (2013) y la Ley de Salud Mental (2017) representan hitos hacia un marco de derechos que busca sustituir progresivamente el hospital psiquiátrico monovalente por servicios comunitarios, aunque la meta aún está lejos de cumplirse (QUEIROLO, 2020). En Brasil, la Red de Atención Psicosocial constituye una innovación regional, pero la integración de la reducción de daños en los Centros de Atención Psicosocial para alcohol y drogas sigue siendo vulnerable (PEDROSO; ARAÚJO; CORRADI-WEBSTER, 2024). En México, la creación del Consejo Nacional de Salud Mental y Adicciones en 2023 busca superar la fragmentación institucional, incorporando programas piloto. Sin embargo, la mera inclusión de la reducción de daños en los planes nacionales no garantiza su implementación: sin financiamiento estable, capacitación intersectorial y sistemas de evaluación, estas experiencias corren el riesgo de permanecer como proyectos piloto sin capacidad real de transformación.

La expansión de modelos comunitarios y de estrategias de reducción de daños en la región se enfrenta a resistencias. Modificar la organización de la atención psicosocial supone alterar estructuras de poder, lógicas institucionales y marcos de valores que durante décadas sostuvieron la hegemonía del paradigma biomédico, y, en el campo de las drogas, del prohibicionismo. En este contexto emergen tensiones que atraviesan los planos ético, epistemológico y político, y que condicionan la posibilidad de implementar prácticas culturalmente pertinentes, integrales y respetuosas de derechos.

En el plano ético, persiste el dilema entre protección y autonomía. Por un lado, el deber de cuidado impulsa a intervenir para prevenir daños, incluso mediante tratamientos involuntarios. Por otro, los marcos normativos inspirados en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), las propias normativas de cada país y los movimientos de usuarios enfatizan el consentimiento informado y el respeto irrestricto a la autodeterminación. En el ámbito de la gestión de riesgos y la reducción de daños, esta tensión se expresa en los debates sobre la legitimidad de intervenciones como las salas de consumo supervisado, los testeos de sustancias o los programas de sustitución: mientras algunos sectores los interpretan como «facilitadores» del uso, otros los consideran una obligación para prevenir muertes y reducir sufrimiento (RITTER; CAMERON, 2006).

En lo epistemológico, la atención psicosocial y las políticas de drogas siguen fuertemente condicionadas por un conocimiento producido desde perspectivas occidentales y universalistas, con escasa incorporación de saberes situados y experiencias de primera persona. Las críticas al paradigma biomédico positivista en psiquiatría han señalado su reduccionismo, su limitada sensibilidad cultural y su tendencia a patologizar problemas sociales asociados a la pobreza, la desigualdad y la violencia estructural. Este modelo, sustentado en diagnósticos estandarizados y explicaciones con predominancia biológica o psicológica individual, ha sido cuestionado por la psiquiatría crítica y la psicología decolonial, que plantean la necesidad de incorporar factores

históricos y sociopolíticos en la comprensión del sufrimiento psicosocial (KIRMAYER; PEDERSEN, 2014; MILLS; FERNANDO, 2014). Entre las vulnerabilidades epistemológicas de la psiquiatría y de la salud mental global se incluyen la medicalización de la vida cotidiana, en la que las y los médicos son los responsables, aunque su papel se ha vuelto secundario en la expansión o contracción de la medicalización mediada por intereses comerciales (CONRAD, 2005), la aplicación acrítica de categorías diagnósticas universales ignora la diversidad cultural y plantea riesgos al trasladar conceptos e intervenciones occidentales a otros contextos. La cultura moldea de manera profunda la experiencia de la enfermedad y, cuando las respuestas no son culturalmente pertinentes, pueden generar diagnósticos inadecuados, intervenciones poco eficaces, mayor estigma y peores resultados en salud. Además, la atención exclusiva a nosologías psiquiátricas puede desviar el foco de los determinantes socioestructurales, que constituyen causas fundamentales de las desigualdades sanitarias globales (KIRMAYER; PEDERSEN, 2014) y la influencia de agendas corporativas y académicas del Norte global en la definición de problemas y tratamientos (BEMME; D'SOUZA, 2014).

Un ejemplo de estas vulnerabilidades epistemológicas es el abordaje de la patología dual, entendida como la coexistencia de un trastorno por uso de sustancias y otro trastorno psiquiátrico. Con frecuencia, los sistemas sanitarios latinoamericanos han tratado esta condición desde lógicas fragmentadas (en redes paralelas o en secuencias desconectadas), lo que ha generado discontinuidad asistencial, recaídas frecuentes y fenómenos de *puerta giratoria*. Frente a esta dispersión, la Iniciativa Iberoamericana para la Patología Dual ha señalado la necesidad de alcanzar consensos diagnósticos y conceptuales que permitan orientar programas públicos coherentes (ALFONZO-BELLO et al., 2017). Este consenso debería ser clínico, pero también epistemológico, para superar la multiplicidad de definiciones y avanzar hacia modelos integrados de cuidado que incluyan tratamiento farmacológico, acompañamiento psicosocial y dispositivos comunitarios, enmarcados en un enfoque de derechos.

En el plano político, las políticas de salud mental y drogas en América Latina se despliegan en escenarios marcados por la coexistencia de agendas divergentes. Mientras algunos ministerios de salud promueven estrategias basadas en derechos y reducción de daños, sectores vinculados a la seguridad y la justicia sostienen enfoques punitivos que criminalizan a las mismas poblaciones que los sistemas sanitarios intentan proteger. Esta contradicción debilita la eficacia de las políticas, transmite mensajes ambivalentes a la ciudadanía y refuerza el estigma. Un ejemplo ilustrativo se observa en la atención a personas que consumen pasta base de cocaína, crack o bazuco en contextos de calle: al tiempo que las redes comunitarias despliegan dispositivos de refugio, acompañamiento y reducción de daños, en varias ciudades las fuerzas policiales priorizan operativos de dispersión o detención. Esta falta de coherencia intersectorial limita la efectividad inmediata de las respuestas, pone en riesgo la sostenibilidad de los modelos comunitarios y desalienta la demanda de servicios.

Ante este escenario de fragmentación, la integralidad exige construir un entramado dinámico que reconozca la interdependencia entre factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Desde la mirada del pensamiento complejo, comprender fenómenos multifacéticos como la salud requiere superar reduccionismos y abordar las múltiples interacciones entre sistemas, saberes y contextos. Este enfoque demanda que las políticas no se diseñen en compartimentos estancos, sino como parte de un continuo dialógico y flexible, requiere un abordaje simultáneo.

En lo normativo, es indispensable armonizar leyes y reglamentos para que la gestión de riesgos, la reducción de daños y los modelos comunitarios cuenten con respaldo jurídico sólido, evitando contradicciones con marcos punitivos que restringen su aplicación.

En el plano formativo, se necesitan programas continuos de capacitación para profesionales de la salud, la justicia y las fuerzas de seguridad en principios de derechos humanos, interculturalidad, estigma social y reducción de daños.

Por último, en el plano participativo, es fundamental incorporar de forma vinculante a usuarias, usuarios, familiares y comunidades al diseño, a la implementación y a la evaluación de políticas y programas, para fortalecer así su poder de decisión y garantizar que las respuestas institucionales reflejen necesidades y saberes locales.

La producción científica regional y global converge en señalar que los enfoques biomédicos y prohibicionistas, cuando se sostienen como marcos únicos, resultan insuficientes para responder a la complejidad del sufrimiento psicosocial. En contraposición, la evidencia muestra que los modelos comunitarios, las estrategias de reducción de daños y los abordajes basados en la gestión de riesgos ofrecen resultados más eficaces, inclusivos y culturalmente pertinentes. No obstante, su consolidación exige superar fragmentaciones históricas, construir consensos diagnósticos (como en el caso de la patología dual) y adoptar la integralidad como principio organizador de políticas y prácticas. Más allá de la descripción de carencias, este análisis subraya la necesidad de un giro epistemológico, ético y político: incorporar saberes situados y experiencias de primera persona, garantizar la centralidad de los derechos y asegurar la coherencia intersectorial en la implementación de políticas públicas. En este horizonte, la integralidad implica reconocer la interdependencia entre dimensiones clínicas, sociales, culturales y territoriales, tal como plantea el pensamiento complejo.

El desafío es doble: producir conocimiento que dialogue de forma crítica con las tradiciones dominantes y, al mismo tiempo, transformar las condiciones institucionales que reproducen desigualdad y exclusión. La acumulación de evidencia científica en la región demuestra que es posible avanzar hacia redes comunitarias sólidas, culturalmente sensibles y sostenidas por marcos normativos coherentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFONZO-BELLO, L. *et al*. Ibero-American initiative for dual disorders to improve public treatment programs. **Salud Mental**, [s. l.], v. 40, n. 6, p. 249-256, 2017. DOI: https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2017.032.

ANDRILLA, C. H. A. *et al*. Geographic variation in the supply of selected behavioral health providers. **American Journal of Preventive Medicine**, [s. l.], v. 54, n. 6, supl. 3, p. S199-S207, 2018. DOI: https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.01.004.

BEMME, D.; D'SOUZA, N. A. Global mental health and its discontents: An inquiry into the making of global and local scale. **Transcultural Psychiatry**, [s. l.], v. 51, n. 6, p. 850-874, 2014. DOI: https://doi.org/10.1177/1363461514539830.

BURGER, J.; KAPRON, M. Drug Policy and Indigenous Peoples. **Health Hum Rights**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 269-278, 2017. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5473056/. Acesso em: 29 jul. 2025.

CALIL, T. G. **As drogas, as pessoas e as cidades**: consumo do espaço e efeitos sociais em cidades latino-americanas – Aproximações entre São Paulo, Bogotá e Medellín. São Paulo: Editora UNESP, 2022. Disponível em: https://books.scielo.org/id/tvn7w/pdf/calil-9786557143001.pdf. Acesso em: 29 jul. 2025.

CEBRIÁN, J. **Sobre drogas y prohibiciones**. [s. l.]: Cáñamo, 2011.

CLUA-GARCÍA, R. La gestión de placeres y daños: Estudio etnográfico sobre el consumo de drogas en vía pública, viviendas y salas de consumo higiénico. **Salud Colectiva**, [s. l.], v. 16, e2481, 2020.

CONRAD, P. The Shifting Engines of Medicalization. **Journal of Health and Social Behavior**, [s. l.], v. 46, n. 1, p. 3-14, 2005.

CORRIGAN, P. W.; MILLER, F. E. Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. **Journal of Mental Health**, [s. l.], v. 13, n. 6, p. 537-548, 2004.

ERRAZURIZ, A. *et al*. Prevalence of anxiety disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. **Lancet Reg Health Am**, [s. l.], v. 45, 101057, 2025. DOI: https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101057.

ESCOHOTADO, A. **Historia general de las drogas**. 7. ed. Madrid: Alianza, 1998. v. 1.

FARMER, P. An anthropology of structural violence. **Current Anthropology**, [s. l.], v. 45, n. 3, p. 305-325, 2004. Disponível em: https://www.journals.uchicago.edu/doi/10.1086/382250 . Acesso em: 29 jul. 2025.

GOFFMAN, E. **Stigma**: Notes on the management of spoiled identity. Hoboken: Prentice-Hall, 1963.

GUERRERO, E. G. *et al*. Gender disparities in utilization and outcome of comprehensive substance abuse treatment among racial/ethnic groups. **Journal of Substance Abuse**

Treatment, [s. l.], v. 46, n. 5, p. 584-591, maio/jun. 2014. DOI: 10.1016/j.jsat.2013.12.008.

HUYNH, T. B. *et al*. Association between informal employment and depressive symptoms in 11 cities in Latin America. **SSM - Population Health**, [s. l.], v. 18, 101101, 2022. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101101.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Alternativas de cuidado a usuários de drogas na América Latina**: desafios e possibilidades de ação pública. Brasília: IPEA, 2021. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/artigo/225/alternativas-de-cuidado-a-usuarios-de-drogas-na-america-latina-desafios-e-possibilidades-de-acao-publica. Acesso em: 29 jul. 2025.

KIRMAYER, L. J.; PEDERSEN, D. Toward a new architecture for global mental health. **Transcultural Psychiatry**, [s. l.], v. 51, n. 6, p. 759-776, 2014. DOI: https://doi.org/10.1177/1363461514557202.

KOHN, R. *et al*. Mental health in the Americas: An overview of the treatment gap. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s. l.], v. 42, e165, 2018. DOI: https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.165.

LABATE, B. C.; CAVNAR, C. The impacts of the drug war on Indigenous peoples in Latin America. **Journal of Psychedelic Studies**, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 48-61, 2023. DOI: https://doi.org/10.1556/2054.2023.00239.

LEIVA-PEÑA, V.; RUBÍ-GONZÁLEZ, P.; VICENTE-PARADA, B. Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial. **Revista Colombiana de Psiquiatría**, [s. l.], v. 50, supl. 1, p. 16-27, 2021. DOI: https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.158.

LIVINGSTON, J. D.; BOYD, J. E. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. **Social Science & Medicine**, [s. l.], v. 71, n. 12, p. 2150-2161, 2010. DOI: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030.

LUGONES, M. Toward a Decolonial Feminism. **Hypatia**, [s. l.], v. 25, n. 4, p. 742–759, 2010. Disponível em: https://www.jstor.org/stable/40928654#:~:text=jstor.org/stable/-,40928654,-Copy%20URL. Acesso em: 29 jul. 2025.

LUND, C. *et al*. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: A systematic review of reviews. **The Lancet Psychiatry**, [s. l.], v. 5, n. 4, p. 357-369, 2018. DOI: https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060-9.

MARMOT, M. The Health Gap: The Challenge of an Unequal World: the argument. **International Journal of Epidemiology**, [s. l.], v. 46, n. 4, p. 1312-1318, 2017. DOI: 10.1093/ije/dyx163.

MILANESE, E. **Tratamiento Comunitario**: Teorías y Conceptos. Glosario Crítico ECO2. São Paulo-Brasília: Instituto Empodera, SENAD, FEPECS, 2016.

MILLS, C.; FERNANDO, S. Globalising mental health or pathologising the global South? Mapping the ethics, theory and practice of global mental health. **Disability and the Global South**, [s. l.], v. 1, n. 2, 2014.

MONTENEGRO, R. A.; STEPHENS, C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. **The Lancet**, [s. l.], v. 367, n. 9525, p. 1859-1869, 2006. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-

6736(06)68808-9.

O'MALLEY, P.; VALVERDE, M. Placer, libertad y drogas: los usos del «placer» en la gobernanza liberal del consumo de drogas y alcohol. **Sociología**, [s. l.], v. 38, n. 1, p. 25-42, 2004. DOI: https://doi.org/10.1177/0038038504039359.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**. Nueva York: ONU, 2006.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Deinstitutionalization of psychiatric care in Latin America and the Caribbean**. Washington, D. C.: OPS, 2020.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Una nueva agenda para la salud mental en las Américas**: Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19. Washington, D. C.: OPS, 2023.

ORTIZ-HERNÁNDEZ, L.; GARCÍA, M. I. Efectos de la violencia y la discriminación en la salud mental de BLH en Ciudad de México. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913-925, 2005. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300026.

PEDROSO, J. M. G.; ARAÚJO, C. N. P.; CORRADI-WEBSTER, C. M. The joy and pain of being a harm reduction worker: a qualitative study of the meanings about harm reduction in Brazil. **Harm Reduction Journal**, [s. l.], v. 21, n. 1, 2024.

QUEIROLO, R. Cannabis regulation in Uruguay: Challenges and lessons. **International Journal of Drug Policy**, [s. l.], v. 85, 102842, 2020.

RAFFUL, C. *et al*. Feasibility, acceptability, and perceived usefulness of a community-evidence-based harm reduction intervention for sexualized stimulant use among Mexican gay, bisexual, and other men who have sex with men. **Harm Reduction Journal**, [s. l.], v. 21, n. 95, 2024. DOI: https://doi.org/10.1186/s12954-024-01020-y.

RIGONI, R. *et al*. **Harm reduction for people who use stimulants**: A global overview. [s. l.]: Mainline, 2019. Disponível em: https://www.gpdpd.org/fileadmin/media/mainline_report_complete.pdf. Acesso em: 29 jul. 2025.

RITTER, A.; CAMERON, J. A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. **Drug and Alcohol Review**, [s. l.], v. 25, n. 6, p. 611-624, 2006. DOI: https://doi.org/10.1080/09595230600944529.

ROMANÍ, O. Globalización, anti globalización y políticas de reducción de daños y riesgos. **Eguzkilore**, [s. l.], n. 19, p. 91-103, 2005.

RONZANI, T. M.; HIGGINS-BIDDLE, J.; FURTADO, E. F. Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. **Social Science & Medicine**, [s. l.], v. 69, n. 7, p. 1080-1084, 2009. DOI: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.07.026.

RONZANI, T. M. *et al*. Factors associated with the stigmatization of psychoactive substance users among Latin American health professionals. **Stigma and Health**, [s. l.], v. 10, n. 3, p. 406-411, 2025.

RONZANI, T.; SILVEIRA, P.; NOTO, A. **Reduciendo el estigma entre Usuarios de drogas**. [s. l.]: Editora UFJF, 2017.

SCHOMERUS, G. *et al*. Self-stigma in alcohol dependence: Consequences for drinking-refusal self-efficacy. **Drug and Alcohol Dependence**, [s. l.], v. 114, n. 1, p. 12-17, 2011. DOI: https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.08.013.

SECRETARÍA NACIONAL DE DROGAS (SND). **Mujeres y género diverso**: Políticas de drogas desde el tratamiento comunitario. Montevideo: Junta Nacional de Drogas, 2025. Disponível em: https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/noticias/DIGITAL%20-%20JND-Mujeres%20y%20genero%20diverso.pdf. Acesso em: 29 jul. 2025.

SEEDAT, S.; RONDON, M. Women's wellbeing and the burden of unpaid work. **BMJ**, [s. l.], v. 374, 2021. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.n1972.

SEGATO, R. **La guerra contra las mujeres**. Madrid: Traficantes de Sueños, 2016. Disponível em: https://traficantes.net/sites/default/files/pdfs/map45_segato_web.pdf. Acesso em: 29 jul. 2025.

SEPÚLVEDA, M.; BÁEZ, F.; MONTENEGRO, M. **No en la puerta de mi casa**: Implantación no conflictiva de dispositivos de drogodependencias. Barcelona: Grup Igia, 2008.

SYRINGE exchange programs in Mexico: Public health responses in a context of limited resources. **International Journal of Drug Policy**, [s. l.], v. 64, p. 23–31, 2018. DOI: https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.12.009.

URUGUAY. **Ley nº 19.172**: Regulación y Control del Cannabis. Montevideo, 2013. Disponível em: https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19172-2013. Acesso em: 29 jul. 2025.

URUGUAY. **Ley nº 19.529**: Ley de Salud Mental. Montevideo, 2017. Disponível em: https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017. Acesso em: 29 jul. 2025.

VIVEROS VIGOYA, M. La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. **Debate Feminista**, [s. l.], v. 52, p. 1-17, 2016. DOI: https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005.

CAPÍTULO 5

BRECHAS EN LA ATENCIÓN Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN ARGENTINA

Ruth Fernandez, Patricia Gómez e Miguel Angel Escalante

Introducción

La presente investigación se enmarca en el área de investigación de la Maestría en Salud Mental de las Facultades de Psicología y Cs Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, esta Maestría viene llevando a cabo diferentes investigaciones de carácter multicéntrico sobre problemáticas prevalentes en el campo de la Salud Mental, con un enfoque en los Derechos Humanos, comunitario y epidemiológico. El equipo de investigadores participantes corresponde a los/las maestrandos/as que están cursando dicho posgrado y que aceptaron integrar el equipo de investigación de la maestría que coordina el director de la maestría por la Facultad de Psicología, Mgter. Miguel A. Escalante y las profesoras docentes a cargo de las distintas líneas de trabajos de investigación.

La calidad de atención abordada desde el respeto de los derechos humanos de servicios del sistema público de atención de salud mental y el análisis de la prevalencia del sufrimiento psíquico en Argentina constituyen dos dimensiones estrechamente relacionadas y necesarias para comprender los desafíos actuales en este campo.

La salud mental es un área crucial que ha enfrentado históricamente estigmatización, discriminación y violación de los derechos humanos de las

personas con trastornos mentales (COHEN, 2009; STOLKINER; ARDILA GÓMEZ, 2012). De allí surge la necesidad de integrar la salud mental en todos los aspectos de la salud y de las políticas sociales (OMS, 2021, 2022; RESTREPO; ARAMILLO, 2012). La Organización Mundial de la Salud (OMS), bajo el lema "No hay salud sin salud mental" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005), ha promovido la salud mental como un componente primordial del bienestar y el desarrollo de las sociedades, con un énfasis contemporáneo en alejar la atención de los hospitales psiquiátricos y ubicarla en la comunidad (BERTOLOTE, 2008).

A pesar de los esfuerzos de los países por superar las dificultades en la atención de la salud mental, el Informe Mundial de Salud Mental de 2022 advierte que "la mayoría de las sociedades y la mayoría de los sistemas sociales y de salud descuidan la salud mental y no le prestan la atención y el apoyo que las personas necesitan y merecen. El resultado es que millones de personas en todo el mundo sufren en silencio, son víctimas de violaciones de los derechos humanos o se ven afectadas negativamente en su vida cotidiana" (OMS, 2022).

En Argentina, el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM), en el marco de la Ley Nacional Nº 26.657 y el Decreto Nº 603/2013, entiende que la salud mental atraviesa un proceso de transformación que implica el pasaje de lo patológico a lo salutogénico. No se agota en los servicios específicos tradicionales, sino que promueve el desarrollo de acciones territoriales con alcance poblacional desde una mirada comunitaria y de inclusión social (MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN ARGENTINA, 2013). Su aplicación se orienta a procesos de atención basados en abordajes integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados en el marco de la Atención Primaria de la Salud (APS). El eje está puesto en reforzar, restituir y promover lazos sociales, lo cual requiere conocer indicadores de calidad y de respeto de derechos en los servicios. Al respecto, Minoletti y colaboradores destacan el uso del instrumento QualityRights de la OMS para efectuar diagnósticos basales en los servicios públicos (MINOLETTI et al., 2015a, 2015b).

En este sentido, la propuesta de implementar QualityRights en diversas ciudades de Argentina se vincula con la necesidad de fortalecer la Red de Servicios de Salud Mental Comunitaria y consolidar la atención en el primer nivel, lo que abre la posibilidad de reducir desigualdades y vulneraciones de derechos.

La otra dimensión que resulta clave es la magnitud de los trastornos de salud mental y la brecha de tratamiento. A nivel global, se estima que uno de cada ocho individuos presenta algún tipo de trastorno mental (KESSLER, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023). La incidencia difiere según género y edad, y los trastornos más prevalentes son los de ansiedad y depresión. En América Latina y el Caribe, la prevalencia puntual de trastornos mentales y del comportamiento en niños, niñas y adolescentes oscila entre 12,7% y 15% (CÁRDENAS ORTEGA; PARADA BENJAMÍN, 2020; OPS, 2009; RODRÍGUEZ et al., 2009). Estas primeras manifestaciones, muchas veces de curso crónico, ofrecen una oportunidad única de intervención temprana.

Los trastornos mentales se consideran de los más nocivos en salud pública por su elevada prevalencia, inicio temprano y naturaleza crónica, que generan discapacidad y reducen la calidad de vida (ARENAS; MELO-TRUJILLO, 2021). Las encuestas comunitarias son la principal fuente de datos para planificación e implementación de políticas (OPS, 2011). Sin embargo, en Argentina los estudios epidemiológicos han sido poco sistemáticos. En 2018, un relevamiento indicó que los trastornos de ansiedad fueron los de mayor prevalencia (16,4%), seguidos por los del estado de ánimo (12,3%), por consumo de sustancias (10,4%) y de control de impulsos (2,5%) (STAGNARO et al., 2018). El monitoreo epidemiológico permite ajustar las políticas públicas y determinar necesidades de servicios en distintas regiones (SCHOFIELD et al., 2011).

Durante la pandemia de COVID-19, aproximadamente una de cada tres personas experimentó sufrimiento psíquico, mientras que la oferta de asistencia se redujo debido a la reorientación de los servicios (DUAN et al., 2020; PIVA et al., 2020). Los servicios de salud mental fueron de los más

afectados entre los esenciales, lo que generó carencias graves en la atención. Incluso los servicios de prevención del suicidio, fundamentales para salvar vidas, se vieron alterados, aumentando el riesgo en un 17% (OMS, 2020).

En este contexto se acentúa la brecha de tratamiento, definida como el porcentaje de personas con un trastorno mental que no recibe atención adecuada. En América Latina y el Caribe, esta brecha alcanza cifras críticas: entre 73,5% y 77,9% para trastornos afectivos, de ansiedad y por consumo de sustancias en adultos (CHÓCO et al., 2023; KOHN, 2013). Para esquizofrenia se calcula en 56,9% y para depresión en 73,9%. En el caso del abuso o dependencia del alcohol y otras sustancias, la brecha asciende a 85,1%, sin contar con la infraestructura de servicios adecuada (PAHO, 2021). En niños y adolescentes, la brecha es aún mayor, con 63,8% en trastornos en general y 52,6% en los graves (VICENTE et al., 2023).

La evidencia disponible indica que los tratamientos son eficaces y eficientes en reducir la discapacidad y mejorar la calidad de vida (IBÁÑEZ, 2019; IRARRÁVAL,PRIETO & ARMIJO, 2023). Por ello, la falta de tratamiento adecuado genera graves consecuencias sanitarias y sociales. Entre ellas, el aumento de pobreza, bajo nivel educativo, embarazo adolescente (LESINSKIENĖ; ANDRUŠKEVIČ; BUTVILAITĖ, 2025), violencia doméstica, incremento de la mortalidad y de las tasas de suicidio (BÖTTCHER; GARAY, 2021; JUÁREZ, 2019).

En conclusión, la articulación entre políticas de respeto a los derechos humanos en salud mental y el abordaje de la prevalencia y la brecha de tratamiento es indispensable para lograr un sistema sanitario más inclusivo, equitativo y eficaz. La transformación hacia un modelo comunitario requiere no solo garantizar la calidad y el respeto de derechos, sino también disminuir la brecha de atención que afecta a millones de personas. Solo así será posible avanzar en la implementación efectiva del Plan Nacional de Salud Mental y en la consolidación de un sistema de atención acorde a las necesidades actuales de la población.

Sí el objetivo del trabajo es analizar de manera integrada la calidad de los servicios de salud mental en Argentina, desde una perspectiva epidemiológica

y de derechos humanos, y evaluar la prevalencia del sufrimiento psíquico y la brecha de atención que se percibe desde los usuarios del sistema.

Metodología

Ambos enfoques del presente estudio se desarrollaron como parte de la Maestría en Salud Mental de la Universidad Nacional de Córdoba, en colaboración con equipos interdisciplinarios de maestrandos de diferentes provincias. Se trata de investigaciones multicéntricas, observacionales, descriptivas y transversales, con participación de centros de atención primaria, hospitales generales y comunidades locales. Para el enfoque de calidad de servicio se efectuaron 324 entrevistas a pacientes (59,9%), familiares (22,8%) y profesionales (17,3%) de servicios públicos en diferentes provincias argentinas y en Lima Norte (Perú). El tamaño muestral tiene en cuenta las orientaciones que da la aplicación del instrumento (PRIEBE et al., 2012). El Instrumento utilizado, tal como se expresó en la introducción es el *QualityRights* (OMS), que evalúa el cumplimiento de 18 estándares y 78 criterios agrupados en cinco ejes de derechos. En los pacientes el instrumento abarca 5 temas: 1) Derecho a un nivel de vida adecuado y a protección social, 2) Derecho al goce de una salud física y mental del más alto nivel posible, 3) Derecho al ejercicio de la capacidad jurídica y el derecho a la libertad personal y la seguridad de la persona, 4) Protección contra la tortura y tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, como también contra la explotación, la violencia y el abuso y el 5) Derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad. Cada uno de estos temas se divide en Estándares, los que a su vez se subdividen en un conjunto de Criterios, que dan origen a preguntas principales y sugerencias de preguntas para apoyo, lo que conforman la base de la evaluación de la calidad y los derechos humanos. Cada tema posee un código de resumen con 5 categorías (No Iniciado NI-, Logro Iniciado LI-, Logro Parcial LP- y Logro Total LT).

En relación al enfoque de prevalencia de sufrimiento psíquico y brecha de atención se encuestaron 1770 individuos mayores de 18 años, consultantes en el primer nivel de atención también de diferentes provincias argentinas. El instrumento utilizado en este caso fue Cuestionario Epidemiológico en Sintomatología Mental (CESIM), versión abreviada (54 ítems + 8 items que abordan síntomas psicosomáticos). Este instrumento, fue diseñado en la provincia de Córdoba, Argentina, por la Dirección General de Salud Mental, con la colaboración de organizaciones científicas de la provincia, así como la participación de académicos de la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba, fue elaborado con fines epidemiológicos y actúa como un instrumento de tamizaje que proporciona una medida rápida y global de la sintomatología mental. Los resultados se presentan según los niveles de sintomatología encontrados: muy alto, alto, medio y bajo. El segundo instrumento para indagar acerca de la brecha de atención fue El segundo instrumento utilizado fue una lista de cotejo para registrar la frecuencia de consultas en salud mental en cada localidad durante el periodo de recolección del cuestionario sobre sufrimiento psíquico. Los datos se analizaron tanto a nivel regional como global en relación con el sufrimiento psíquico, empleando medidas de tendencia central en función de los valores obtenidos en las categorías de muy alto, alto, medio y bajo sufrimiento.

El muestreo fue probabilístico y estratificado; ajustado a la población de cada área programática. El análisis estadístico se efectuó mediante la distribución de frecuencias, medidas de resumen, prueba de Chi-cuadrado ajustado y prueba de Kruskal-Wallis, con un nivel de confianza del 95% y utilizando el software InfoStat®.

La investigación contó con el consentimiento informado, el resguardo de datos personales y la aprobación ética institucional.

Resultados

En relación al análisis del Quality Rights se observó que en "Derecho al goce de una vida física y mental del más alto nivel posible" (Tema 2), que tiene cinco estándares de los cuales se despliegan veintiséis preguntas principales, la proporción de logro máximo (LT) se expresó en sólo el 10,98% de los casos, siendo el logro parcial (LP), el mayor predominio con el 85,61% de los casos ($p<0,001$). El tema 3 "Derecho al ejercicio de la capacidad jurídica y el derecho a la libertad personal y la seguridad de la persona" en cambio presentó distribuciones de frecuencias similares entre el logro total, el logro parcial y el logro iniciado (26,14%, 31,44%, 34,85% respectivamente $p>0,05$).

Respecto a "Protección contra la tortura y tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, como también contra la explotación, la violencia y el abuso" abordado en el tema 4 muestra, en estos resultados preliminares, que la frecuencia de percepción de logro parcial predomina en relación a las otras categorías (58,33% vs 16,67%,22,73% y 2,27% $p<0,001$). El tema 5 respecto al "Derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad" también expresa predominio de logro parcial (65,40% vs 25,10%, 9,13%, 0,83% $p<0,0001$).

Cuando se analizaron los datos en relación a los estándares del estudio según la percepción de usuarios, familiares y profesionales se observó que en el tema 2 la percepción de logro total de los profesionales fue mayor que los registrados por los pacientes y familiares (28,26% vs 7,14% y 7,81% respectivamente $p<0,001$). Mientras que en el tema 3 el logro máximo es mayoritariamente percibido por los pacientes en relación a los profesionales y familiares (32,47% vs 13,04% y 3,13% respectivamente $p<0,001$). Finalmente en los temas 4 y 5 las percepciones en las diferentes categorías fueron similares entre los tres grupos entrevistados.

En síntesis los resultados preliminares de la Calidad de los servicios y derechos humanos muestran un predominio de logros parciales en la mayoría de los estándares evaluados:

- En el "Derecho al más alto nivel posible de salud", solo el 10,9% alcanzó logro total, frente al 85,6% en logro parcial.
- En el "Derecho a la libertad personal y seguridad", las categorías se distribuyeron en forma más equilibrada, con 26,1% logro total, 31,4% parcial y 34,9% iniciado.
- La "Protección contra la tortura y tratos crueles" mostró predominio del logro parcial (58,3%).
- En el "Derecho a la inclusión comunitaria", el 65,4% correspondió a logro parcial.
- Existen diferencias estadísticamente significativas según el grupo consultado:
- Los profesionales tienden a percibir mejor cumplimiento en ciertos derechos (28,3% logro total en tema 2), mientras que los pacientes son más críticos y señalan menor nivel de logro.
- Los familiares muestran percepciones intermedias.

Al evaluar la prevalencia del sufrimiento psíquico y brechas de atención los hallazgos indican que el 50,6% de los participantes se encuentra en niveles de sufrimiento psíquico muy alto o alto. La distribución fue relativamente equilibrada, con un 26,5% en categoría muy alta, 24,1% alta, 26,2% media y 23,3% baja.

En cuanto a la brecha de tratamiento, que es la resultante de la diferencia entre el número total que necesita atención y aquellos que efectivamente la reciben, los datos iniciales revelan que la proporción de individuos no asistidos en relación con los que necesitan atención se establece en un 99,44%, y la métrica que representa el porcentaje de la población que ha recibido atención equivale a un 0,56%. Este dato es crítico ya que implica que por cada persona atendida, 178 no accedieron a ningún servicio.

La cobertura de atención es alarmantemente baja, lo que sugiere la necesidad de implementar estrategias efectivas para mejorar el acceso y la calidad de los servicios de atención. La relación de 178 personas no asistidas por cada asistido subraya la urgencia de abordar esta problemática de manera prioritaria, ya que refleja una situación crítica en la atención a la salud y otros servicios necesarios para la población.

Finalmente, a la luz de estos resultados preliminares, se puede concluir que se expresan diferencias estadísticamente significativas en el sufrimiento psíquico percibido por la población estudiada en relación con el acceso a los servicios de salud mental.

Discusión

Los resultados integrados permiten identificar una situación compleja y preocupante en la salud mental argentina. Por un lado, la alta prevalencia de sufrimiento psíquico refleja la magnitud del problema en la población general, especialmente en mujeres y personas en edad laboral activa. Por otro, la brecha de atención cercana al 100% expone una falla estructural del sistema de salud: quienes más lo necesitan, en su mayoría, no reciben ningún tipo de atención.

Además, los que acceden a los servicios de salud mental encuentran servicios con logros parciales en estándares de derechos humanos, lo que plantea un doble déficit: insuficiencia de cobertura y baja calidad en la atención.

Estos hallazgos coinciden con investigaciones internacionales que destacan la escasez de recursos humanos especializados, la orientación hospitalocéntrica del gasto (más del 70% en hospitales psiquiátricos en países de ingresos medios) y la limitada disponibilidad de medicamentos psicotrópicos (OPS, 2021).

En el plano nacional, los resultados refuerzan la necesidad de fortalecer el primer nivel de atención como puerta de entrada para la detección y

tratamiento temprano, así como la expansión de dispositivos comunitarios de apoyo psicológico y psiquiátrico.

La discusión debe incluir, además, los determinantes sociales: pobreza, inequidad, violencia de género, embarazo adolescente y fragmentación social son factores que amplifican el sufrimiento psíquico y limitan el acceso a servicios.

En términos de política pública, urge avanzar en:

- incrementar la inversión en salud mental (actualmente inferior al 2% del presupuesto sanitario),
- garantizar la disponibilidad de profesionales en todas las regiones,
- reorientar los recursos hacia redes comunitarias,
- y promover la participación activa de usuarios y familiares en la planificación y evaluación de servicios.

Conclusiones

1. La prevalencia de sufrimiento psíquico en Argentina es elevada y afecta a más de la mitad de la población consultante.
2. La brecha de atención alcanza niveles críticos (99,4%), evidenciando la exclusión de la mayoría de quienes necesitan asistencia.
3. Los servicios disponibles presentan logros parciales en estándares de calidad y derechos, con percepciones divergentes entre pacientes, familiares y profesionales.
4. Los resultados integrados demuestran la urgencia de cerrar la brecha de acceso y mejorar la calidad de los servicios, bajo un modelo comunitario, intersectorial y centrado en derechos humanos.
5. El fortalecimiento del primer nivel de atención, la detección temprana y la expansión de dispositivos comunitarios son ejes imprescindibles para transformar el sistema público de salud mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

IRARRÁZAVAL, M.; PRIETO, F.; ARMIJO, J. Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: una perspectiva internacional. **Acta Bioethica**, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 37-50, 2016. Disponível em: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2016000100005. Acesso em: 20 ago. 2025.

JUÁREZ VICTORIA, M. P. Entramados de pobreza, trabajo y enfermedad en el ciclo vital de mujeres. **Horizonte Sanitario**, [s. l.], v. 18, n. 3, p. 269-279, 2019. Disponível em: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-74592019000300269&script=sci_abstract. Acesso em: 20 ago. 2025.

KESSLER, R. C.; ÜNSTÜN, T. B. **The WHO world mental health surveys**. New York: Cambridge University Press, 2010. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2850990/. Acesso em: 20 ago. 2025.

KOHN, R. **La brecha de tratamiento en la región de las Américas**, 2013. Disponível em: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-nivel-regional7363&alias=23177-brecha-treatment-americas-177&Itemid=27. Acesso em: 20 ago. 2025.

LESINSKIENĖ, S.; ANDRUŠKEVIČ, J.; BUTVILAITĖ, A. Adolescent Pregnancies and Perinatal Mental Health—Needs and Complex Support Options: A Literature Review. **Journal of Clinical Medicine**, [s. l.], v. 14, n. 7, p. 2334, 2025. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40217788/. Acesso em: 20 ago. 2025.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN ARGENTINA. **Plan Nacional de Salud Mental**. MSN Argentina, 2013.

MINOLETTI, A. *et al*. Diferencias en percepciones de calidad de atención y respeto de derechos en salud mental entre usuarios, familiares y funcionarios. **Revista de la Facultad de Ciencias Médicas**, [s. l.], v. 73, n. 3, p. 261-269, 2015.

MINOLETTI, A. *et al*. Respeto a los derechos de las personas que se atienden en servicios de psiquiatría ambulatoria en Chile. **Revista Médica de Chile**, [s. l.], v. 143, p. 1585-1592, 2015.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe mundial sobre salud mental**: Transformar la salud mental para todos. Panorama general. OMS, 2022.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **La pandemia de COVID-19 aumenta en un 25% la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo**, 2022. Disponível em: https://www.who.int/es/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide. Acesso em: 20 ago. 2025.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Salud mental del adolescente**. Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. Global Health Data Exchange (GHDx), 2021.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Salud mental y COVID-19**: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia. Disponível em: https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1. Acesso em: 20 ago. 2025.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Estrategia y plan de acción sobre salud mental**. 49.o Consejo Directivo 61.A Sesión Del Comité Regional. Washington, D.C., EUA, 2009. Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-11-s.pdf. Acesso em: 20 ago. 2025.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Marco de referencia para la implementación de la estrategia regional de salud Mental**. Washington, D.C., 2011. Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Salud-Mental-Marco-de-referencia-2011.pdf. Acesso em: 20 ago. 2025.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **The burden of selected alcohol-related diseases in the Region of the Americas, 2000-2019**. Washington, DC, 2021. Disponível em: https://www.paho.org/en/enlace/burden-selected-alcohol-related-diseases. Acesso em: 20 ago. 2025.

PIVA, M.; CERVIERI, L. *et al.* Effects of the Covid-19 pandemic on the mental health of the people of Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 89-103, 2021. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/rbp.celg.org.br/pdf/v23n2a10.pdf. Acesso em: 20 ago. 2025.

PRIEBE, S. *et al*. Community mental health centres initiated by the South-Eastern Europe Stability Pact: Evaluation in seven countries. **Community Mental Health Journal**, [s. l.], v. 48, n. 3, p. 352-362, 2012.

RESTREPO, D. A.; JARAMILLO, J. C. Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, [s. l.], v. 30, n. 2, p. 202-211, 2012.

RODRÍGUEZ, J. (Col.). **Epidemiologia de los trastornos mentales en América Latina**. Publicación Científica y Técnica No. 632, Washington, DC, 2009. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/740/9789275316320.pdf. Acesso em: 20 ago. 2025.

SCHOFIELD, D. *et al.* The personal and national costs of mental health conditions: impacts on income, taxes, government support payments. **BMC Psychiatry**, [s. l.], v. 11, p. 72, 2011. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3114713/. Acesso em: 20 ago. 2025.

STAGNARO, J. C. *et al.* Twelve-month prevalence rates of mental disorders and service use in the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, [s. l.], v. 53, n. 2, p. 121-129, 2018. DOI: https://doi.org/10.1007/s00127-017-1475-9.

STOLKLINER, A.; ARDILA GÓMEZ, S. Conceptualizando la salud mental en las práticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. **Vertex Revista Argentina de Psiquiatría**, [s. l.], v. 23, p. 57-67, 2012.

VICENTE, B.; KOHN, R.; SALDIVIA, S.; RIOSECO, P. Carga del enfermar psíquico, barreras y brechas en la atención de Salud Mental en Chile. **Revista Médica de Chile**, [s. l.], v. 135, n. 12, p. 1591-1599, 2007. Disponível em: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007001200014. Acesso em: 20 ago. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health: Facing the challenges, building solutions**. Report from the WHO European Ministerial Conference. WHO Regional Office for Europe, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Informe mundial sobre la salud mental**: Transformar la salud mental para todos. 2023. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57878/9789275327715_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Acesso em: 20 ago. 2025.

CAPÍTULO 6

EQUIDADE E INTERSECCIONALIDADE NA GESTÃO DO SUS: A CONSTRUÇÃO DO CENSO PSICOSSOCIAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO5

Rachel Gouveia Passos, Bruno Lopes Lima, Estéffanie Machado da Silva Alves, Lucas Moura Santos Silva; Marcelo da Silva Guimarães e Suelen da Silva Cordeiro

Introdução

Buscamos nesta escrita elucidar sobre o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e seus impactos no campo da saúde mental na contemporaneidade, especificamente à partir de uma pesquisa entre duas instituições públicas, a Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e a Universidade Federal do Rio de Janeiro, bem como a forma como a Luta Antimanicomial se apresenta frente aos campos da gestão, formação e pesquisa. Ao decorrer do presente artigo nos propomos a evidenciar os avanços até aqui, assim como apontar lacunas e potencialidades à partir da análise-intervenção da interseccionalidade como uma lente presente em nossos horizontes de construção e disputa por um cuidado antirracista e afrodiaspórico.

5 A pesquisa "Censo Psicossocial dos usuários dos serviços de saúde mental do estado do Rio de Janeiro" é financiada pela FAPERJ, CNPQ e CAPES.

Se o campo da Atenção Psicossocial no Brasil é marcado pelas contribuições de Foucault (1972), Machado (1978) e Amarante (1995), sendo possível realizar estudos sobre o lugar da loucura na construção das cidades, traçando eventos marcantes na história ocidental desde a Grécia Antiga, passando pelas Revoluções Burguesas, vale lembrar que esses eventos não contemplam todo o mundo, servindo apenas à uma vertente da historiografia. A centralidade da medicina e o surgimento dos primeiros hospitais-gerais como lugares de depósito de pessoas torna-se combustível para a manutenção de poder, servindo para agrupamento dos excluídos (FOUCAULT, 1972), sendo essa a fonte para diversas formações, horizontes para gestores e metodologia para diferentes pesquisas no campo da saúde mental.

É importante reconhecer a relevância que autores como Foucault possuem para o campo, assim como outros autores que contextualizam a história da loucura à partir da experiência em territórios específicos, como no continente europeu. Dito isso, também apontamos como imprescindível pensar a organização da sociedade a partir de um modelo capitalista, dentro de uma lógica de dominação de classes que se embasa em regimes de opressão e controle à corpos específicos, que se interseccionam. Assim, pensar as intersecções presentes neste contexto pode contribuir tanto para a construção de políticas públicas, como para o manejo clínico na Rede de Atenção Psicossocial.

Ao nos atentarmos ao perfil da população que ocupava os pátios de instituições totais e que ao mesmo tempo lidera os números de violências sofridas em diversas políticas públicas, como no campo da saúde e da justiça, será possível indicar atenção para a compreensão do modelo de Reforma Psiquiátrica que nos direciona. Em seu texto, Passos (2018) destaca que as instituições de violência são funcionais para a reprodução das opressões e exploração capitalistas, sendo essas instituições assentadas também em um modelo patriarcal e racista. Parafraseando a autora, em hospitais psiquiátricos ou em dispositivos territoriais, se não nos atentarmos ao perfil acompanhado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) hoje e a forma como a loucura - e

qual loucura - ocupa a cidade, como idealizamos um Sistema Único de Saúde (SUS) Antimanicomial?

Primordialmente, à nível estadual, não é de conhecimento público esforços para identificar o perfil da população acompanhada nos dispositivos substitutivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), isto é, nos Centros de Atenção Psicossocial, que materializam a orientação de cuidado territorializado e em liberdade. Cabe sinalizar que já foi realizado um Censo sobre saúde mental no estado do Rio de Janeiro anteriormente, contudo ele foi direcionado aos sujeitos institucionalizados em hospitais psiquiátricos[6]. Para fomentar a presente pesquisa, tivemos como base, então, o Censo Psicossocial realizado em hospitais psiquiátricos em São Paulo, organizado pela professora Sônia Barros (2014) que revelou dados possíveis de alguns questionamentos. Nesse trabalho, ficou evidenciado que parte considerável dos pacientes dos Hospitais Psiquiátricos do estado de São Paulo são negros (pretos e pardos) e que estão submetidos as "internações sociais", pois não possuíam rede de cuidados ou condições sócio-econômicas para desinstitucionalização (BARROS et al., 2014).

Entendendo que a loucura e a raça/cor foram historicamente, no Brasil, construídas em conjunto por distintos regimes de visibilidade, legal/penal e médico/psiquiátrico (CÁCERES, 2020; SOUZA, 2024), partimos então do esforço de racializar não só a história da loucura, mas também a da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e produzir uma pesquisa que tenha a raça como lente para as análises que buscamos realizar. Temos nos debates afrodiaspóricos importante referencial que nos estimula a pensar caminhos outros, caminhos ancestrais para repensar nossas práticas atuais, disputar o presente e construir um futuro que seja antirracista.

Dessa forma, justamente por trazer a raça para o centro de nossa pesquisa-ação-intervenção, o Censo Psicossocial dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro desponta com o pioneirismo de

6 O Censo a qual nos referimos aqui foi realizado no fim dos anos 2000 por uma extensa equipe da UFRJ, ENSP/FIOCRUZ e SES/RJ, relatado por Gomes et al., (2002), a nível estadual. Houve também um realizado no município do Rio de Janeiro, por Silva, Coutinho e Amarante (1999).

identificar o perfil da população acompanhada nos serviços de saúde mental, mais especificamente CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) desse estado. Além de fomentar o debate racial no horizonte do cuidado em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS), identificar as percepções dos profissionais sobre os marcadores sociais da diferença no cotidiano de trabalho e subsidiar a Secretaria de Estado de Saúde na construção de uma política pública mais equitativa.

Metodologia

Partimos do mote de racializar a história da loucura no Brasil para romper com a narrativa hegemônica da construção da Reforma Psiquiátrica e no campo da saúde mental, que historicamente deixou de lado o marcador racial e apagou a influência de teóricos e militantes negros em seu fazer. Como acontece com Frantz Fanon em relação à RPB, onde classicamente retomam a influência de Basaglia mas só recentemente a expressividade dos escritos de Fanon e da própria relação entre Fanon e Basaglia foram recuperadas (PASSOS, 2019; 2025). Tendo isso, nos orientamos pelo método materialista histórico como forma de apreensão do real e utilizamos da interseccionalidade como ferramenta de análise-intervenção. Com o método, buscamos nos pautar nas condições materiais de existência e utilizá-lo como instrumento de análise de fenômenos sociais (MESSIAS et al., 2023), compreendendo que os sujeitos se organizam em sociedade para produção e reprodução da vida, por isso é um instrumento materialista, e tal organização se modifica ao longo do tempo, por isso histórico (PIRES, 1997).

Apostando na não-hegemonização de experiências, nos voltamos a desvelar os imbricamentos entre saúde mental e os marcadores sociais de raça, classe, gênero, sexualidade e outros, tendo a raça como analisador principal. Por isso, lançamos mão da interseccionalidade como ferramenta de análise-

intervenção, de investigação de objetos, circunstâncias e processos sócio-históricos, orientada à compreensão da totalidade dos sujeitos e daquilo que os atravessam (COLLINS; BILGE, 2021). Compreendendo que a Interseccionalidade é uma categoria em disputa, reivindicamos aqui a contribuição de Passos et al. (2024) que retomam o legado do movimento de feministas negras nos Estados Unidos, tendo como expoente Angela Davis, ao afirmar que os regimes de opressão de raça, gênero, classe e sexualidade se engendram e sua complexidade não pode ser expressa a partir de uma análise única.

As autoras retomam ainda as intelectuais brasileiras Lélia Gonzalez e Sueli Carneiro, fundadoras do Movimento Negro Unificado (MNU), e também do Movimento de Mulheres Negras. Que ao realizarem uma contundente crítica ao movimento feminista hegemônico apontam para a realidade brasileira onde a mulher negra é atravessada pelo patriarcalismo, capitalismo e racismo e orientam suas formulações e luta à superação de todos esses regimes "incluindo ao debate a importância de pensar gênero, raça e classe, em uma pespectiva feminista e anti-racista" (PASSOS et al., 2024, p.8). Assim, reivindicamos aqui uma interseccionalidade arraigada nas apreensões do sistema capitalista produtivo a partir do método materialista dialético, uma vez que compreendemos que historicamente o capitalismo vai encontrar na concepção de raça um mecanismo de organização do regime de exploração, expropriação, acumulação e expansão, o que já se evidencia desde a Acumulação Primitiva do capital (MARX, 2011; PASSOS, 2023). O método materialista, que nos instrumentaliza na elaboração e condução da presente pesquisa, também influencia e estrutura a concepção de interseccionalidade que se valem e defendem Gonzalez e Davis (PASSOS et al., 2024).

> Tais autoras constataram em suas observações que gênero, raça e classe são indissociáveis para a construção do pensamento crítico em uma perspectiva de totalidade, e, portanto, tem-se através da interseccionalidade caminhos de subversão da lógica capitalista, racista e patriarcal. Com essas provocações voltadas para dentro das correntes marxistas, as intelectuais negras interseccionais

> contribuíram para a ampliação do marxismo a partir da inclusão do gênero e da raça nos processos sócio-históricos de conformação das classes sociais (PASSOS, et al., 2024, p.10).

Assim, retomamos o legado dessas intelectuais a fim de buscar compreender a construção histórica do campo da saúde mental no Brasil, da produção do adoecimento psíquico e do cuidado em saúde mental, que repousam sob as condições materiais de produção e reprodução da vida, logo atravessadas pelas relações de classe, raça, gênero, território e afins. Os diálogos afro diaspóricos, como orientação epistemológica da leitura social, também nos possibilita aprofundar esse olhar interseccional. É a partir da compreensão da relação entre os fatores de formação sócio-histórico dos territórios que são construídos pelos sujeitos e da relação com o adoecimento psíquico que reside nosso horizonte de pesquisa: a produção de cuidado radicalmente antimanicomial e antirracista.

O Censo Psicossocial e a construção de uma política de cuidado antirracista

O Censo Psicossocial dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro é uma pesquisa realizada em parceria entre o Projeto Luta Antimanicomial e Feminismos da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ) e a Superintendência de Atenção Psicossocial e Populações Vulneráveis da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, especificamente com a Coordenação de Atenção Psicossocial (COOCAPS/SES). Em curso desde 2020, o Luta Antimanicomial e Feminismos articula ensino, pesquisa e extensão através da educação popular para promover a formação e intervenções junto à comunidade. Qualificando os debates acerca da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) a partir do imbricamento entre saúde mental, raça, classe, gênero e demais marcadores sociais.

A pesquisa a qual nos referimos aqui iniciou seu caminho no ano de 2023 realizando a apresentação de seu objetivo e as devidas pactuações com as instâncias deliberativas colegiadas do estado do Rio de Janeiro (ERJ) e deste com os municípios, entendendo que apenas seria possível sua realização com a adesão de ambas as partes. A pesquisa, então, se construiu coletivamente com a participação ativa da equipe vinculada à UFRJ composta por professores, pesquisadores, pós-graduandos de mestrado, doutorado, residentes em saúde mental e alunos de graduação, e a equipe vinculada à SES-RJ composta pelos apoiadores regionais, coordenação e superintendência.

O Censo Psicossocial é metodologicamente organizado em duas etapas: a primeira fase direcionou-se para as ações de Educação Permanente, com a realização de Oficinas de Sensibilização sobre os Marcadores Sociais e Atenção Psicossocial voltadas aos profissionais e gestores da RAPS do ERJ. Essa fase teve como objetivo levantar o perfil desses profissionais, além de suas impressões sobre os territórios em que atuam, qualificando o cuidado por eles ofertado. Já a segunda fase trata-se do levantamento do perfil dos usuários dos serviços de saúde mental, mais especificamente os CAPS e SRTs existentes até o final de 2023, sendo ao todo 187 unidades participantes em todo o estado.

No campo acadêmico, observamos um histórico de debates na Reforma Psiquiátrica que tomam a classe como analisador mais preponderante, muitas vezes como principal ou até único nas análises, entendendo que a RPB é um campo em constante disputa nos provocamos a localizar histórica, política e socialmente os corpos os quais tal reforma abarca. Para além disso, localizar quais marcadores sociais atravessam a produção de realidade sobre os corpos manicomializados, os marcadores que atravessam a produção de conhecimento, a gestão e acompanhamento na política de saúde mental pública. A partir disso indagamos: como identificar e também promover esse tensionamento em instituições de gestão no estado e municípios?

Para compreender as disputas contemporâneas, vale retomar que o Sistema Único de Saúde (SUS) é construído em contexto brasileiro ao decorrer

da segunda metade do século XX por perspectivas distintas. Por um lado, marcas do regime burgo-militar, apoiado na iniciativa privada, e do outro as perspectivas do Movimento de Reforma Sanitária e Psiquiátrica, pautados em um horizonte crítico à lógica capitalista tocada pelo Estado brasileiro e na defesa da democratização do país e do setor de saúde, guiados por uma compreensão de saúde que supera o paradigma saúde x doença (AMARANTE, 2007). No mesmo caminho podemos apontar que foi construída a concepção de cuidado em saúde mental pautada na liberdade que é o princípio norteador da Luta Antimanicomial e do Movimento de Reforma Psiquiátrica. Como marcos legais importantes, destacamos a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 no Distrito Federal e o Manifesto de Bauru (1987), no estado de São Paulo.

Como fruto desses tensionamentos, acrescentamos que o movimento formado por estudantes, técnicos e profissionais da saúde já se organizava desde a década de 1970, mas a adesão da sociedade civil em um momento de abertura política foi essencial para a disputa de espaços que se acirrou também na Constituição Federal em 1988. Com a concepção do tripé da Seguridade Social (saúde, assistência e previdência), a universalidade, integralidade e equidade tornaram-se características fundantes na saúde em âmbito constitucional (BRAVO, 2006). Vale ressaltar também que, à partir desses marcos legais e históricos, é possível comunicar junto aos gestores e trabalhadores do SUS em qual encruzilhada o objetivo da pesquisa se encontra com a realidade dos dispositivos de saúde pública.

Com a gênese dessa discussão no artigo 196º da Constituição Federal (BRASIL, 1988) que define saúde como direito de todos e dever do Estado e, posteriormente, com a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como aspecto consolidador da Lei 10.216/2001. Dessa maneira, tivemos a reorganização do fluxo de cuidado em saúde mental nos territórios e a criação de serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Vale ressaltar que essas unidades de base territorial precisam ofertar o cuidado a partir dos princípios de integralidade, universalidade e equidade. No entanto,

se em tempo atual não possuímos dados públicos no estado do Rio de Janeiro sobre a população acompanhada por esses dispositivos, como ofertamos esse cuidado em saúde mental no SUS?

Através da lente da gestão, o território do estado do Rio de Janeiro é organizado em nove regiões de saúde, sendo essas: Metropolitana I, Metropolitana II, Baixada Litorânea, Baía da Ilha Grande, Serrana, Médio Paraíba, Centro-sul, Norte e Noroeste. Orientados pelo governo federal, estados e municípios possuem espaços de comunicação e organização regulares, sendo elas Comissões Intergestoras Bipartites (CIBs), Comissões Intergestoras Regionais (CIRs), Grupos Condutores Estaduais (GCE), Grupos Condutores Regionais (GCR) e Fóruns Interinstitucionais. É através desses espaços que ocorrem decisões importantes sobre co-financiamento, fechamento de hospitais, abertura de unidades de saúde, educação permanente e discussão de alinhamento político. Para que as regiões em saúde existam, instituiu-se o critério de contingente populacional, marcos históricos e formação histórica, que decerto possuem forte impacto político no estado, o que evidencia o reconhecimento de aspectos culturais para pensar a gestão.

Para comunicar o embasamento teórico e prosseguir com o planejamento da pesquisa, foi necessário estudar os Planos Regionais de Saúde e identificar similaridades técnicas com a provocação que fazemos, momentos em que identificamos os seguintes pontos: 1) das nove regiões, cinco demandam por mais espaços de educação permanente para o trabalhadores e gestores em saúde mental; 2) todas as nove regiões indicaram ausência de dados sobre a população acompanhada na RAPS.

Com dois objetivos em comum, oferta de formação aos trabalhadores e levantamento de dados, a parceria entre a SES e a UFRJ se estabelece à medida que comunicamos a ferramenta de análise-intervenção da interseccionalidade ao princípio de equidade do SUS, e consequentemente da RAPS. Utilizamos como guia também a Portaria n. 3080/11, na qual o Art. 2, estabelece como diretriz da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): II. "A promoção da

equidade reconhecendo os determinantes sociais em saúde", III: "O combate aos estigmas e preconceitos" em relação aos usuários atendidos, bem como, X: "A organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com o estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado". Para isso, identificamos que essa comunicação em espaços deliberativos importantes caminhava com a promoção de equidade racial, de gênero e sexualidade para os gestores.

Com essa mediação política em relação à escolha teórica e técnica, a primeira fase do Censo Psicossocial consistiu na realização de 17 Oficinas de Sensibilização sobre os Marcadores Sociais da Diferença, voltadas aos profissionais da RAPS das 9 regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro. Contamos com a participação de profissionais, gestores dos serviços e gestores municipais de saúde mental, tendo ocorrido durante o primeiro semestre de 2024 em todo o estado, com organização de calendário e metodologia dos encontros organizados previamente, assim como os instrumentos de coleta utilizados. A pesquisa foi aprovada pelos Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFRJ e da SES-RJ.

As oficinas foram elaboradas para ocorrer com grupos de cerca de 30 participantes, divididas em três momentos: 1) recepção dos participantes e apresentação da pesquisa, junto do preenchimento e entrega do Termo de Consentimento e Instrumento 1; 2) Dinâmica de grupo utilizando imagens de contextos sociais, reportagens, filmes e afins que fomentam reflexões sobre raça, gênero, classe, território e o cuidado em saúde mental, na qual os participantes se dividiram em subgrupos para observar e discutir sobre uma imagem específica e depois trazer ao coletivo de trabalhadores presentes suas impressões gerais e apontamentos; 3) Explanação e debate acerca de temáticas pertinentes aos profissionais e ao trabalho na RAPS voltadas às políticas transversais, o trabalho intersetorial, interseccionalidade e a implicação profissional na produção de um cuidado antirracista.

Para tanto, utilizamos a educação popular e a pedagogia da delicadeza como recursos de orientação do nosso trabalho, sendo fundamentais aos

encontros. Optamos nesse espaço, por pensar uma metodologia que fomentasse um debate interseccional à partir das experiências dos trabalhadores no cuidado em saúde mental, mas também enquanto sujeitos, considerando seus marcadores como parte integrante das tecnologias de cuidado no cotidiano. Indicamos ainda, que a forma como pensamos esses encontros e a ênfase nas políticas de equidade transversais ao SUS como a Política Nacional de Saúde da População Negra (2009) e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (2011) nos possibilitou o deslocamento de uma discussão considerada mais acadêmica para possibilidades de uma linguagem que também se faz técnica nos campos da gestão e assistência direta nas unidades de saúde.

Já na segunda fase, o momento de coleta de dados sobre o perfil dos usuários acompanhados nos 187 CAPS participantes, a equipe de campo construiu um Plano de Avaliação e Monitoramento para obter dados com maior qualidade e melhorar a comunicação com os municípios. Ao decorrer desse período de coleta que inicia em setembro de 2024 e se estende até março de 2025, alguns desafios foram encontrados pela equipe, de diferentes ordens e alguns para além do escopo de organização da pesquisa.

O Plano de Avaliação e Monitoramento indicava quais objetivos específicos buscávamos alcançar, quais seriam as ferramentas de aferição, as metodologias e o período de aplicação. Vale pontuar também que nesse momento a equipe optou por uma distribuição em duplas de pesquisadores para cada região, criando uma relação a longo prazo com os gestores municipais e de cada dispositivo, sendo as duplas referências para contato e responsáveis por avaliar e monitorar cada região durante o período de aplicação do instrumento.

Ressaltamos que no processo de monitoramento foi possível perceber alguns desafios e realizar intervenções para melhorar a operacionalização da coleta de dados, sendo esses: 1) ausência de sistema informatizado de banco de dados nas unidades; 2) o contexto de precarização do SUS, vínculos frágeis de

trabalho e pouco recursos humanos; 3) a chegada das eleições municipais em outubro de 2024, durante o período de levantamento, com recorrentes mudanças nas gestões de saúde mental dos municípios, 4) o conservadorismo acentuado de algumas regiões do estado, uma vez que para diversas gestões pensar marcadores sociais da diferença e saúde mental são discussões apartadas.

Após os períodos de aplicação das duas fases, nos debruçamos coletivamente no processo de avaliação qualitativa de impacto da pesquisa em todo o estado, considerando que nos encontramos também realizando uma análise quantitativa do instrumento de coleta de dados da segunda fase e seus indicadores para posterior publicação no início de 2026. Cabe aqui debruçar sobre os impactos das escolhas teóricas frente às mediações políticas e pedagógicas que escolhemos diante do cenário da gestão, cuidado e pesquisa em saúde mental no estado do Rio de Janeiro. Nesse caminho, de que forma as transformações se apresentam para esse coletivo de pesquisa ao desenrolar dos dois últimos anos? Quais contribuições e mediações foram importantes para mobilizar o cenário estadual e novos horizontes na atenção psicossocial?

Por uma clínica da atenção psicossocial referenciada na cultura afro-diaspórica

Com os caminhos percorridos até aqui, torna-se possível identificar lacunas nos referenciais de cuidado no campo da saúde mental brasileira tomados pela lógica da branquitude, em especial por não considerar o processo de colonização vivenciado em terras *pindorâmicas*. O que se apresenta são as fortes opressões estruturais produzidas e reproduzidas por um suposto cuidado universal que na maioria das vezes está limitado à manutenção da condição de sobrevivência, em especial, pelo difícil exercício de racializar as relações nas diferentes esferas, no território, trabalho, políticas públicas, cuidado e valorização de conhecimento.

A equipe de pesquisa, no geral formada por pessoas negras e LGBTQIAP+, experienciou a circulação por espaços decisórios importantes na gestão da política de saúde mental, muitas vezes inscritos em discussões acerca das temáticas das políticas de equidade. No período das oficinas de sensibilização, foi perceptível o horizonte de um debate racial fomentado pelas pessoas negras que também estiveram presentes em todo o estado, mesmo havendo por vezes grupos com apenas um profissional ou gestor negro. Bento (2002), afirma que nesses espaços há um constrangimento comum às pessoas brancas, e que existe uma certa resistência em abordar o tema, uma vez que "pode provocar reações intensas e contraditórias [...] como dor, raiva, tristeza, sentimentos de impotência, culpa, agressividade e etc." (BENTO, 2002, p.148).

Ao discutir o racismo, os profissionais "esperam abordar uma opressão que "está lá" na sociedade, e não em algo que [os] envolva diretamente, ou que envolva a instituição da qual fazem parte. Nem sempre estão [desejosos] de admitir que se são [brancos], em alguma instância são [beneficiários] do racismo" (BENTO, 2002 apud DAVID, 2023, p.158).

Assim, a fase das Oficinas nos possibilitou criar, a partir da educação popular, espaços abertos ao diálogo entre os trabalhadores, na intenção de sensibilizar as equipes sobre marcadores de raça, gênero, sexualidade, território, entre outros, o que tornou o diálogo possível para discussões difíceis acerca dos preconceitos que apareceram nas falas dos profissionais. No entanto, além da dificuldade de movimentar-se diante de um processo de racialização, foi possível constatar o fortalecimento do protagonismo de pessoas negras aos cuidados com os seus, com relatos de experiências ricas que evidenciam rotas de fuga para além da manutenção das relações institucionais.

Nessa esteira, com a mesma intenção de ultrapassar o referencial teórico clássico da saúde mental, Veiga (2021) inicia o livro "*Clínica do Impossível: linhas de fuga e de cura*" contando a história de seu avô, homem negro, que esteve internado em um hospital psiquiátrico no municipio de

Niterói, no estado do Rio de Janeiro, encontrando suas rotas de fuga para sobreviver e promover o cuidado que desejava. A forma como o autor ressalta o saber ancestral, o cuidado territorial e o aquilombamento como tecnologia de saber popular proporcionam uma prática política comunitária para corpos que encontraram na maioria das instituições em que passaram, a violência.

Acessar experiências como a de profissionais da Baixada Fluminense, na região Metropolitana I, que através da articulação com quilombos para pensar o coletivo tornou a troca realizada nas oficinas ainda mais potente, assim como os relatos de articulação com redes intersetoriais consideradas não-formais por profissionais da região Norte do estado. Rufino (2019), em "*Pedagogia das Encruzilhadas*", nos convoca a pensar rotas de fuga que possibilitem caminhos para além da sobrevivência e do estado de alerta, formas de ser, estar e fazer que direcionam referenciais encontrados na relação entre a diáspora transatlântica com o que foi mantido, criado, recriado ou modificado na travessia. "A permanente transformação negra em diáspora modifica contraculturalmente a geopolítica e a geocultura mundial, em um processo de criação permanente" (DAVID, 2024, p.5).

Nessa perspectiva, o acesso a ancestralidade que possibilita codificar as visões de mundo hegemônicas no ocidente, sobre o princípio da nossa própria existência muito além do corpo-mercadoria, são associadas diretamente à oralidade, na importância da palavra enquanto comunicação que preserva conhecimentos ancestrais, assim como nos ensina a filosofia Bantu.

Fundamentado nessa compreensão de mundo, pautada em princípios filosóficos africanos sobre a existência humana (*Muntu*), é possível afirmar que o processo de cuidado na atenção psicossocial referenciado a diáspora africana considera as pessoas em sofrimento psíquico como constituídas de corpo, mente, cultura e palavra, comunicadoras da sua própria história. Essa perspectiva pressupõe delicadezas na clínica em saúde mental, como a escuta qualificada e disponível, que possa ser presente, atenta e disposta a ouvir dos usuários sobre suas histórias de vida e processos de adoecimento a partir de narrativas próprias.

A palavra enquanto fio condutor da oralidade também foi utilizada como uma das ferramentas que possibilitou o encontro e a escuta na metodologia do Plano de Avaliação e Monitoramento, no período de aplicação do instrumento de coleta de dados. Ao possibilitar um novo referencial às pessoas que já estão em campo sustentando um trabalho crítico e racializado, tornou-se notório o fortalecimento de uma *clínica pautada na delicadeza* (PASSOS, 2023). Foi possível averiguar que boa parte das fichas de acolhimento das unidades de saúde mental não possuíam perguntas que pudessem evidenciar os marcadores sociais dos usuários. O que evidenciou uma falta, não de desejo pessoal de gestores ou profissionais, mas representou a falta desses debates interseccionais no âmbito institucional dos processos de trabalho das equipes e da gestão em saúde.

Nesse sentido, utilizamos da avaliação como na definição de Campos, Faria e Santos (2010, p.90) "A avaliação possui caráter mais momentâneo, estabelecendo um recorte temporal claro, em geral de mais profundidade na análise realizada, como se fizesse um flash na situação, obtendo uma foto com boa resolução dessa realidade". Como um dos resultados desse processo avaliativo que evidenciou uma fotografia da realidade dos serviços de saúde mental, recebemos pedidos de modelo de ficha de acolhimento, discussões das temáticas em equipe, Grupos de Trabalho (GT) para o levantamento das informações e alterações consideráveis em documentos institucionais. Desse modo, os serviços foram aderindo ao debate que está no horizonte da pesquisa, adicionando os campos de raça, gênero, território, sexualidade e demais nesses documentos. Alguns gestores encaminharam as novas fichas de acolhimento, que se tornaram unificadas para todos os dispositivos da RAPS de um mesmo município. Outros trabalhadores sinalizaram o processo de implementação de prontuários eletrônicos já com as perguntas relacionadas ao perfil dos usuários

Concomitante a esses movimentos de gestores e trabalhadores a partir das oficinas, podemos identificar no conhecimento das filosofias africanas, como do grupo linguístico Bantu do centro e sul da África, cosmovisões de mundo da existência humana pautadas por uma ética Ubuntu, na concepção

da coletividade como fundante da humanidade: "Eu sou porque nós somos". Sendo assim, uma pessoa só existe porque é parte de toda uma comunidade, esse corpo-comunitário cria e recria formas de existir a partir da oralidade, dos ensinamentos compartilhados por gerações e preservado com destaque ao protagonismo das mulheres através da ancestralidade (SOARES; COSTA; ALVES, 2022, p. 161-162).

Dessa forma, o cuidado afrodiaspórico que se mantém na memória ancestral feminina negra e indígena, pode ser utilizado tanto para promover saúde quanto para resistir ao sistema de opressão/exploração, que imprime formas de lidar com o processo saúde e doença a partir dos referenciais coloniais. Esses referenciais se mostram insuficientes quando nos deparamos com as práticas e estratégias de cuidado que fazem sentido para uma leitura interseccional da realidade vivida pelos usuários dos serviços de saúde mental, ao considerar que os projetos de cuidado em saúde devem ser pensados e planejados com percepções acerca das questões de raça, gênero, sexualidade, território, entre outros marcadores sociais.

Essa percepção da realidade que utiliza da interseccionalidade como ferramenta de análise-intervenção é realizada pela pesquisa do Censo Psicossocial como referencial que busca compreender as diferentes formas de opressão que coexistem na vida dos usuários e devem ser lidas como determinações sociais de saúde[7] na construção do cuidado ofertado. Ao visualizar os marcadores sociais da diferença na clínica com os usuários da RAPS e produzir discussões que apostam na promoção de práticas antirracistas como forma de intervenção, o Censo Psicossocial lança luz às práticas de saúde afro-referenciadas, evidenciando que a cultura afrodiaspórica garante uma sabedoria ancestral potente ao fazer uso interventivo da interseccionalidade na atenção psicossocial.

7 Para maiores discussões acerca do conceito de Determinações Sociais de Saúde ler "Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde" (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017).

Considerações finais

O presente artigo objetivou apresentar a proposta da pesquisa, ainda em curso, intitulada Censo Psicossocial dos usuários dos serviços de saúde mental do estado do Rio de Janeiro, seus feitos até o presente momento e a possibilidade da mudança da diretiva do cuidado em saúde mental e na gestão de saúde mental numa direção antirracista. Buscamos apresentar como, a partir do mote de racializar a história da loucura no Brasil e da Reforma Psiquiátrica Brasileira, disputamos a política de saúde mental e sua direção política, clínica e teórica.

Acreditamos na potência de transformação dos saberes populares provenientes de intelectuais do território o que nos fez apostar em uma pesquisa-ação-intervenção pautada na interseccionalidade. E, para tal, acreditamos ser na formação - tanto para a equipe de pesquisa quanto para os trabalhadores da RAPS, sendo a principal aposta para a mudança do paradigma pautado nas desigualdades e opressões de gênero, raça e classe.

Retomar os saberes ancestrais, de comunidade e coletividade, é uma forma de utilizar das delicadezas presentes no trabalho de cuidado em saúde mental, que muitas vezes é apagado pelo endurecimento promovido pela lógica neoliberal e violenta a que somos submetidos cotidianamente, e que também estão submetidos os trabalhadores e usuários dos serviços. A aposta na cultura afrodiaspórica como epistemologia ancestral de cuidado e reprodução da vida, é uma convocação - não só ao leitor/pesquisador, mas também aos trabalhadores - de orientação pela delicadeza ao retomar as raízes que construíram e ainda constroem os territórios em que estão situados. É uma chamada para repensar a estruturação de nossas tecnologias de cuidado e de gestão, tomando como central o princípio da equidade em saúde.

Temos a certeza que nosso trabalho ainda é inicial, contudo já observamos grande potencialidade na real perspectiva de reorientação de um cuidado interseccional, antirracista e afrodiaspórico, a partir da implicação dos

serviços, gestores e técnicos em saúde mental de seguir promovendo o debate em suas unidades. Formações continuadas, supervisão de equipe, alteração em fichas de acolhimento e prontuários, identificação de dificuldades em realizar o debate e mesmo de preencher o quesito raça/cor, tudo isso foi identificado como impacto a partir da incidência do Censo Psicossocial na RAPS/RJ.

Nesse caminho, acreditamos que de forma inicial e recente, estamos contruindo processos importantes de reorientação da lógica de cuidado, gestão e formação dos operadores da política social de saúde mental no Brasil, num horizonte de transformação social e promoção de saúde equitativa, interseccional, antirracista e afrodiaspórica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, S.; BATISTA, L. E.; DELLOSI, M. E.; ESCUDER, M. M. Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. **Revista Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 23, n. 4, p. 1235-1247, 2014.

CÁCERES, L. O racismo como estruturante da criminologia brasileira. *In*: MAGNO, P.; PASSOS, R. (orgs.). **Direitos humanos, saúde mental e racismo**: diálogos à luz do pensamento de Franz Fanon. Rio de Janeiro: Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 2020. p. 129-143.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2021.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 41, especial, p. 63-76, 2017.

GOMES, A. M.; SANTOS, M. D.; OLIVEIRA, S. R. Censo dos pacientes internados em uma instituição asilar no Estado do Rio de Janeiro: dados preliminares. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 18, n. 6, p. 1803-1807, 2002.

MARTINS, L. M. **Performances do tempo espiralar, poéticas do corpo-tela**. Belo Horizonte: Editora Cobogó, 2021.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política (Livro 1). São Paulo: Boitempo, 2011. (Trabalho original publicado em 1867).

MESSIAS, A. C.; SILVA, R. T.; PEREIRA, F. L. O Materialismo Histórico-Dialético: contribuições para a formação da perspectiva histórico-cultural de Lev Vigotski. **Educação Especial: Itinerários Educativos**, [s. l.], n. 8, 2023.

PASSOS, R. **Na mira do fuzil**: a saúde mental das mulheres negras em questão. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2023.

PASSOS, R. *et al*. Quem tem medo do Feminismo Negro Interseccional? Diálogos com o Serviço Social. *In*: DUARTE, C. *et al*. (orgs.). **Feminismos, Interseccionalidade e Serviço Social**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2024.

PASSOS, R. **Ecos da liberdade**: um encontro entre Frantz Fanon e Franco Basaglia. São Paulo: Editora Hucitec, 2025.

RUFINO, L. **Pedagogia das encruzilhadas**. São Paulo: Editora Mórula, 2018.

SIQUEIRA, S. A. V.; HOLLANDA, E.; MOTTA, J. I. J. Políticas de promoção de equidade em saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 22, p. 1397, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33562016.

SILVA, J.; COUTINHO, E.; AMARANTE, P. Perfil demográfico e socioeconômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 15, n. 3, p. 505-511, 1999. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000300014.

SOARES, R. *et al*. **Relações étnico-raciais e práxis insurgentes**. Porto Alegre: Editora Fi, 2022.

SOUZA, T. Da raiz à radicalidade da Reforma Psiquiátrica: racismo, manicômios e guerra às drogas. *In*: GARCIA-JR., C. A.; CECCON, R. F. (orgs.). **Violência e Saúde Mental**: Desafios Contemporâneos. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2024.

CAPÍTULO 7

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ANTIRRACISTA: REFLETINDO A POSSIBILIDADE DE AMPLIAÇÃO DO CUIDADO INTERSETORIAL A MÃES E FAMILIARES DE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA ARMADA DO ESTADO

Amanda Magalhães Souza, Vladimir Andrei Rodrigues Arce, Magali da Silva Almeida, Marluce da Silva Santana e Marcos Vinícius Ribeiro Araújo

Introdução

Esse capítulo é parte de um trabalho coletivo mais amplo que tem sido construído pelo grupo de pesquisa Observatório de Racialidade e Interseccionalidade da Universidade Federal da Bahia (ORI/UFBA), em parceria com o Ministério da Igualdade Racial, através do Projeto "Aprimoramento da Atenção Psicossocial a mães e familiares vítimas de Estado", no desenvolvimento dos processos formativos de trabalhadores e trabalhadoras do Centro de Referência de Combate ao Racismo Nelson Mandela (CRNM) da Secretaria de Promoção da Igualdade Racial do Estado da Bahia (SEPROMI), primeiro e único equipamento desta natureza no Brasil.

O referido projeto tem como referência as demandas dos movimentos de mães e familiares de vítimas de violência armada do Estado, em meio à

luta por reparação, nas suas diversas dimensões, pelas perdas sofridas em decorrência da ação/omissão do aparato de segurança do Estado, fenômeno aqui compreendido como um dos aspectos mais cruéis do Racismo.

No Brasil, essa luta tem uma história que se entrelaça à resistência das mulheres negras e tem se forjado na radicalidade dos questionamentos ao Estado pela produção do genocídio da juventude negra e seus efeitos, na esteira daquilo que pode ser nomeado como "abolição incompleta", "falsa abolição" ou "abolição inacabada" (BARBOSA, 2020). Essa condição é caracterizada pela ausência de legislações que garantissem os direitos sociais dos ex-escravizados, favorecendo a manutenção das desigualdades raciais em desfavor da população negra brasileira, incluindo a permanente ameaça ao direito fundamental à vida.

A persistência dessa situação é evidenciada por dados publicados nas edições do *Anuário Brasileiro de Segurança Pública* (2025; 2024; 2023; 2022; 2021), que revelam, nos últimos cinco anos, a chocante disparidade racial nas mortes decorrentes de intervenções policiais, nas quais mais de 70% das pessoas mortas eram negras.

São perdas que além de representar como o racismo é, parafraseando Flauzino (2006), o fiel da balança na determinação da vida ou da morte, revelam também como este é determinante na produção de diversas vulnerabilidades e violências que atingem a população negra. As mortes decorrentes de intervenções armadas por agentes do Estado instalam uma realidade complexa na vida de mães e familiares das vítimas e geram diversificadas demandas como: cuidados em saúde mais prolongados, sobretudo de saúde mental, assistência social e jurídica.

Os diversificados movimentos nacionais de mães e familiares de vítimas de violência do Estado têm denunciado perante instituições governamentais, do sistema de justiça, no parlamento, no âmbito da sociedade civil em geral e até mesmo em órgãos internacionais, a exemplo do Conselho de Direitos Humanos da Organização Mundial de Saúde, em

Genebra, Suíça, essa produção sistemática de mortes de jovens negros que vêm se intensificando nas duas últimas décadas e que geram importantes repercussões nas condições de saúde, mas que pouco têm encontrado amparo de estratégias de cuidado, sobretudo no que diz respeito às redes de saúde públicas, capazes de considerar a determinação social das condições de gênero, raça, classe e território na análise dos seus processos de sofrimento e adoecimento (ARAÚJO, 2019;ARAÚJO et al., 2022; ASSUMPÇÃO et al., 2020; SOUZA et al., 2024).

Diante da complexidade atrelada a este processo de sofrimento e adoecimento, sobretudo psíquico, este capítulo parte da compreensão de que a Atenção Psicossocial, numa perspectiva que busca a produção de um cuidado em saúde mental, que inclua a comunidade, o território e articule diversificados recursos, capazes de aprofundar a integralidade e assistir o sujeito em suas necessidades (TENÓRIO, 2002), pode se configurar como um espaço para pensarmos nas articulações possíveis, que extrapolam inclusive o setor da saúde, por exemplo, ampliando a participação e produção e outros atores sociais e setores governamentais.

Porém, essa ampliação e articulação se enfrenta com os efeitos da violência armada do Estado que também desterritorializa os sujeitos, desarticula as comunidades e impõe subjetividades de medo por meio da lógica do terror (MARTINS; FARIAS, 2024), revelando a complexidade em construir uma Atenção Psicossocial que abarque demandas e necessidades dinâmicas e instáveis a partir de abordagens criativas, participativas e responsáveis na construção de alternativas de soluções .

Assim, abordagens setoriais e disciplinares, restritas a campos profissionais, ou até mesmo baseada no "somatório" de competências profissionais se mostram limitadas para contemplar essa realidade. O que, do ponto de vista das práticas, arranjos e normativas institucionais, acaba por evidenciar a intersetorialidade como perspectiva possível para o desenvolvimento de ações de atenção psicossocial, portanto integradas,

considerando sobretudo o papel da participação social nos processos de formulação, implementação e controle social das ações.

A fim de construir arranjos intersetoriais adequados para produzir ofertas de cuidados em serviços impostos pelos sistemas de opressão, essa construção passa pela incorporação de questões mais profundas que articulem conceitualmente o Racismo em sua dimensão estrutural como produtor e reprodutor da violência de Estado e o cuidado psicossocial como uma prática antirracista, antimilitarista, antisexista e anti LGBTQIAPN+fobia.

Assim, este capítulo tem como objetivo discutir o sofrimento e adoecimento, bem como a oferta de cuidado a mães e familiares de vítimas de violência armada do Estado à luz do racismo estrutural e da atenção psicossocial, bem como o papel que um centro de referência de combate ao racismo pode ocupar neste contexto no estado da Bahia.

O Racismo estrutural na produção e reprodução da violência de Estado contra a população negra

A compreensão do racismo como determinação social da saúde — que expõe mulheres e homens negros a uma maior vulnerabilidade ao adoecimento e à morte — encontra na noção de racismo estrutural uma ferramenta analítica de grande valor para a apreensão do fenômeno. Esse conceito evidencia como a dimensão estrutural do racismo, imbricada com a estrutura sócio-histórica de produção e reprodução de riqueza, torna possível suas manifestações tanto nas esferas individuais quanto institucionais (OLIVEIRA, 2021).

Para Almeida (2018, p.87) "o racismo estrutural, corresponde a um sistema de opressão cuja ação transcende a mera formatação das instituições, eis que perpassa desde a apreensão estética até todo e qualquer espaço nos âmbitos público e privado, haja vista ser estruturante das relações sociais e,

portanto, estar na configuração da sociedade, sendo por ela naturalizado". O racismo estrutural revela o racismo na sua forma mais insidiosa, impregnado nas estruturas sociais, políticas, econômicas, de modo a operar uma naturalização de sua presença na vida social.

Clóvis Moura, em sua obra "O negro: de bom escravo a mau cidadão?" analisa como a população negra brasileira, no pós-abolição, na passagem do trabalho escravo para o trabalho livre, foi expulsa da centralidade do trabalho. O Estado não estabeleceu políticas de readaptação, integração e assimilação da população negra ao sistema que se criava, pelo contrário o "ex-escravo" foi deslocado do centro do sistema de produção para a sua periferia,configurando um processo de marginalização massiva desta população. (MOURA, 2021).

Este elemento é importante para pensar o Racismo em sua condição estrutural no Brasil, pois a partir da reorganização das relações de produção em desfavor dos ex-escravizados, as práticas de racismo se estabelecem como mantenedoras das relações de dominação das elites brancas, com desdobramentos na constituição e vigência do Estado Republicano brasileiro que seguem gerando efeitos deletérios até hoje na população negra.

Para tal, ideologias de barragens - nas quais diferenças raciais foram transformadas em marcas inferiorizadoras - tiveram sustentáculos no "preconceito de cor", configurando-se como uma forma de manifestação do racismo. Tal processo contribuiu para a construção da imagem do negro como "mau cidadão", atuando como um mecanismo restritivo ao pleno exercício da cidadania (MOURA, 2021).

Isto colaborou para definir a posição social de cada *grupo étnico* em contato com a sociedade global que se criou - a posição de subordinação ou dominação de cada um deles na sociedade abrangente e estratificada impediu a absorção da população negra aos postos de trabalho em curto prazo, gerando desemprego e marginalização progressiva. Assim, de um lado dinamizavam-se os mecanismos de desenvolvimento social e de outro barrava-se a participação do negro, lançando-os à franja marginal do sistema, ou seja, exército industrial de reserva (MOURA, 2021).

No curso do processo, esses elementos forneceram base para que mecanismos de repressão institucional fossem bem estabelecidos de forma a controlar toda esta massa negra espoliada de direitos. Assim, as classes dominantes procuraram manipular mecanismos de defesa que os resguardassem e protegessem da suposta "ameaça latente" que, em sua perspectiva de dominação, tais segmentos representavam. Esse pensamento racionalizado, que funciona como uma ideologia resguardadora desses interesses, com o tempo se automatizou e passou a integrar o conjunto do pensamento social global, passando a ser dominante, inquestionável e dogmático, difundindo-se subliminarmente através dos meios de comunicação de massas (MOURA, 2021).

É deste modo que os termos "jovens" e "bandidos", em notícias dos jornais de grande circulação sobre a falsa "guerra às drogas", tornam-se eufemismos para comunicar diferenças raciais estereotipadas, e da mesma forma, os termos "bairro nobre"e "periferia". Estes são pressupostos para que territórios inteiros sejam ideologicamente criminalizados, e por meio das notícias tendenciosas de "operações policiais" os assassinatos de jovens negros sejam naturalizados.

Neste contexto, a presença letal do Estado, sem investigações adequadas, julgamento dos culpados ou proteção dessas mães e familiares, conforme aponta documento produzido pelo Movimento Independente Mães de Maio (MOVIMENTO MÃES DE MAIO, 2018), torna-se um importante fator de sofrimento e adoecimento que evidencia o comprometimento de uma complexa rede de instituições que corroboram para que o genocídio da juventude negra ocorra (AGUIAR, 2021).

Violência armada do Estado e seus efeitos psicossociais

Em sociedades atravessadas pelo lastro colonial, como a brasileira, estratégias de tortura, assassinato e desaparecimentos forçados praticados

por agentes do Estado, tendem a ser naturalizadas e reatualizadas em práticas sistemáticas e cotidianas que tem como efeito "fazer desaparecer" pessoas negras (DOS SANTOS REIS; STANCHI, 2024).

A natureza sistemática do uso da violência pelo Estado é um aspecto central para o que se designa por terrorismo de Estado, praticado quando há evidências de uma estratégia deliberada e consciente de espalhar o terror em uma comunidade mais ampla, por meio das violências exercidas sobre as vítimas diretas. Esse caráter sistemático da violência aponta para a seleção das vítimas a partir de critérios claros como raça e/ou religião (SEMERARO, 2025).

No país com histórico de 350 anos de escravidão, seus aparatos de vigilância, perseguição, encarceramento, castigo e tortura, refinados ao longo de séculos, foram heranças conservadas pelo Estado Republicano em diferentes regimes. Na história mais recentemente, de regime ditatorial que perdurou por 21 anos, a caça ao "inimigo interno" criado para justificar o incremento das práticas repressivas, resultou na morte e desaparecimento de 434 pessoas, sem incluir nesse levantamento os povos originários, camponeses e setores urbanos empobrecidos que também foram alvo da violência exercida por agentes do Estado (BRASIL, 2018).

A persistência da criação do "inimigo interno" se mantém atuante, revelado pelo número de mortos em intervenções por agente do Estado que permanece em patamares alarmantes. Desde 2018, mais de 6 mil pessoas por ano foram vítimas, totalizando 60.394 mortes na última década (de 2014 a 2024) (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2025). A seletividade das vítimas da violência é denunciada pelos movimentos negros desde pelo menos o final da década de 1970 (RAMOS, 2021), com destaque para a Carta de Principios de fundação do Movimento Negro Unificado em 1978 que traz em seu texto o reconhecimento da existência de "permanente repressão, perseguição e violência policial".

Estas denúncias têm encontrado em dados estatísticos uma importante exposição, conforme revelam os dados mais atuais, que reproduz

um padrão de anos anteriores do perfil racial das vítimas. Em 2024, pessoas negras corresponderam a 82% das vítimas de letalidade policial (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2025).

Concentrado nos grandes centros urbanos, a dimensão espacial do fenômeno, revela uma distribuição desigual da violência de Estado que afeta sobremaneira territórios com concentração da população negra e que tem sofrido repercussões psicossociais da presença letal do Estado. São territórios que têm em comum a sobreposição de formas de violências resultantes da reprodução do capitalismo (COSTA et al., 2022).

O impacto negativo da exposição à violência e da vivência de experiências traumáticas nas relações de pertencimento territorial, levam à rupturas afetivas com o território, sobretudo, após perda de familiares por eventos de violência (SCHMID; SERPA JÚNIOR, 2019). Entretanto, os efeitos deste tipo de violência ainda são pouco reconhecidos enquanto demandas de cuidado, dada sua invisibilização enquanto um fator de agravo à saúde (física e mental) nas suas relações com o racismo (COSTA et al., 2022; GONÇALVES et al., 2017; SILVA et al., 2024).

Racismo e sexismo: impactos na saúde de mães e familiares

Sendo a maioria das mães, mulheres fenotipicamente negras e/ou territorialmente racializadas, uma abordagem de cuidado integral pressupõe a compreensão da construção histórica das ideologias dominantes sobre as relações de gênero, raça e classe em relação às mulheres negras.

Para Moura (2021) os estereótipos de hipersexualização e servilidade sexual atribuídos às mulheres negras e indígenas no Brasil têm origem no regime escravocrata, onde a estrutura familiar branca se organizava em torno de relações genésicas com mulheres brancas, enquanto as relações com mulheres negras e indígenas eram marcadas pela violência sexual e servidão.

Essa lógica, conforme destaca o autor, pressupunha a desestruturação das famílias escravizadas e a utilização dessas mulheres como instrumento de iniciação sexual para jovens brancos, prática que, após a abolição, assumiu caráter comercial e expressa uma exploração de classe e gênero, que teve como consequência negativa a destituição simbólica e material da mulher negra enquanto sujeita autônoma e detentora de subjetividades.

A destruição dos laços familiares entre os escravizados constituiu-se assim como tecnologia de dominação colonial, estratégia sustentada até os dias atuais, evidenciada principalmente pelo caráter racial da violência de Estado no Brasil.

De forma mais específica, os aspectos psicossociais relacionados a mães e familiares de vítimas de violência armada do Estado, mostram como o racismo e o sexismo — aliado à violência estatal — afetam diretamente a saúde mental dessas pessoas. O sofrimento e o adoecimento psíquico diante do contato contínuo com o ódio racial, medo, ansiedade, levam a diagnósticos de depressão, tristeza, agressividade e somatização que em geral são negligenciados pelas instituições de saúde (ARAÚJO et al., 2022; SOUZA et al., 2024).

A dificuldade de elaboração do luto e os impactos da perda na dinâmica familiar com desestruturação de vínculos, aprofundamento das vulnerabilidades sociais e produção de novas formas de sofrimento e adoecimento psíquico, conforme apontados por Morabito e Cremasco (2024), são agravados pela negligência institucional representada pela falta e/ou obstaculização da investigação judicial e ausência de amparo no setor da saúde.

O racismo estrutural impacta o acesso da população negra e periférica à serviços de saúde. Por meio de relatos de mulheres negras, mães de vítimas de violência armada do Estado, Barros et al. (2019) evidenciaram o racismo vivenciado no sistema de saúde e a ausência de um cuidado integral e equitativo. Profissionais de saúde e assistência social entrevistados por Costa et al. (2020) reconheceram o sofrimento e os impactos à saúde mental de mães e familiares de vítimas de violência armada do Estado, como transtorno de estresse pós-

traumático, depressão e isolamento social. Contudo, falhas no acolhimento e na estrutura dos serviços públicos para lidar com esse tipo de luto, muitas vezes não legitimado socialmente, foram identificadas pelas autoras.

Experiências existentes: coletivos, movimentos sociais, iniciativas públicas ou comunitárias

Organizações do sistema de justiça - Defensoria Pública, Ministério Público - têm tido atuações junto a outros atores da sociedade civil na promoção de arranjos que têm amparado a luta das mães e familiares de vítimas de violência armada do Estado, inclusive, com ofertas assistenciais.

Cabe mencionar que são ofertas cuja organização tem indicativos de modelos multidisciplinares, compostos quase sempre pelas categorias profissionais da psicologia, assistência social e direito, com pouca expressão de práticas interdisciplinares.

Desde os anos 90, existiram iniciativas governamentais para atender vítimas e familiares de violência de Estado (Figura 1), embora não fossem focadas na população negra e tivessem um viés clínico. Essa mobilização foi impulsionada por grupos de direitos humanos, como o Grupo Tortura Nunca Mais, que, em 1992, criou a Equipe Clínico-jurídica no Rio de Janeiro, um projeto pioneiro de apoio a essas vítimas. Anos depois, em consequência da Comissão de Anistia do Ministério da Justiça, se deu a criação das Clínica do Testemunho que entre 2013 e 2016 ofertou atenção psicológica aos afetados pela violência de Estado, nos anos da ditadura civil-militar no Brasil (INDURSKY; CONTE, 2017; SIGMUND FREUD ASSOCIAÇÃO PSICANALÍTICA, 2014).

Já com enfoque às vítimas indiretas da violência urbana, o Centro de Referência e Apoio à Vítima (CRAVI) foi criado em 1998 através da Secretaria da Justiça e Defesa da Cidadania do Estado de São Paulo, com objetivo de

acolher e promover articulações com os serviços a fim de garantir o acesso à justiça, às políticas públicas (BARBOZA, 2007).

Contudo, a visibilidade da demanda crescente de mães e familiares negras e negros, em sua maioria, vítimas de violência policial, principalmente nas periferias dos centros urbanos, tem provocado o surgimento de novos arranjos, sobretudo a partir da sociedade civil, mais sintonizados com a realidade vivida por elas. Algumas iniciativas recentes (Figura 1) nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Bahia, Ceará e Minas Gerais têm desempenhado essa função, constituídas através de parcerias entre movimentos de mães e familiares, universidades e instituições como o ministério público, defensoria pública e secretarias de justiça. Alguns exemplos são o Núcleo de Atenção Psicossocial a Afetados pela Violência de Estado – NAPAVE; a Rede de Atenção a Pessoas Afetadas pela Violência de Estado – RAAVE; o Núcleo de Atendimento às Vítimas de Violência – NAVV; o projeto Escuta de mães e familiares de Vítimas da Violência de Estado no Brasil; e a Rede Acolhe, que buscam responder à mobilização social para atendimento psicossocial a essa demanda em suas especificidades.

Figura 1. Levantamento de iniciativas de atendimento à familiares de vítimas de violência

De modo geral, as propostas visam identificar as necessidades de intervenção e providenciar encaminhamentos para os órgãos e serviços públicos pertencentes ao setor da saúde, assistência social e da justiça. Há o reconhecimento da questão racial como um elemento de determinação para

a violência a qual as vítimas são/estão submetidas, pelas iniciativas citadas, mas também sobre a sequência de agravos e sofrimentos que se abatem sobre mães e familiares das vítimas. Entretanto, nota-se que desses dispositivos, configurados enquanto projetos, núcleos e redes, apenas um está vinculado/incorporado à ação governamental, sendo os demais constituídos enquanto parcerias. Mas nenhum se configura como uma política ou programa estruturado, como foram algumas experiências citadas anteriormente, voltadas para vítimas da ditadura civil-militar no Brasil.

O cuidado psicossocial: caminhos percorridos pelos movimentos de mães e familiares na perspectiva da reparação

De modo geral, convencionou-se chamar de atenção psicossocial ao conjunto de práticas que, diante da crise da psiquiatria, passam a tensionar o campo produzindo não só críticas ao hospital psiquiátrico, a concepção de doença mental e aos tratamentos propostos, mas também uma inflexão da prática psiquiátrica (COSTA-ROSA et al., 2005).

São práticas tributárias de diferentes movimentos sociais e científicos e diversos campos teóricos, inicialmente localizados num contexto internacional, mas que adquiriram características próprias no contexto brasileiro (COSTA-ROSA, 2000). A clínica ampliada, clínica peripatética, clínica antimanicomial, reabilitação psicossocial, são exemplos mais conhecidos de experimentações práticas, no campo da saúde mental, alinhadas ao horizonte ético-político da reforma psiquiátrica.

Se num primeiro momento, o termo psicossocial designa de modo mais estrito a incorporação de aspectos psíquicos e sociais aos aspectos biológicos do paradigma e objeto da psiquiatria, autores como Costa-Rosa et al. (2005, p.19), defendem que em um momento posterior a atenção psicossocial passa a ser "o estatuto de designação das práticas em saúde mental coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da Psiquiatria, conservando para o

termo a função de designar práticas reformadoras em sentido amplo". Essas práticas teriam como características comuns, o modo alternativo de conceber tanto o objeto de intervenção, os papéis da instituição e as relações estabelecidas com os usuários, no campo da saúde mental (COSTA-ROSA, 2000).

Construção que, de acordo com Yasui (2010), tem as noções de território, responsabilização, rede, acolhimento, cuidado e diversidade de estratégias como importantes aliados na função de reorientar o campo da saúde mental. No que diz respeito aos três últimos, implica dizer que é preciso estabelecer formas de acolhimento ao sofrimento que passem pela criação de estratégias de cuidado diversificadas.

Para tal, a rede e o território são elementos importantes, pois a construção de uma rede de cuidados é pensada num sentido que ultrapasse os limites dos serviços e das instituições, pois uma rede também deve contemplar as pessoas e os coletivos que fazem parte das diversas dimensões da vida dos sujeitos. Essa ideia traz o reconhecimento de que o lugar do cuidado é onde a relação pode se estabelecer, seja nos serviços ou na comunidade (BARBOSA et al., 2016; YASUI, 2010;).

Desse modo, as organizações de apoio comunitário e os movimentos ativistas protagonizados por mães e familiares de vítimas de violência de Estado, são mostras dessa capacidade germinativa que a relação de cuidado tem de brotar e ser cultivada nos mais diversos espaços. Constituídos enquanto espaços de mobilização por justiça, têm sido produtores de acolhimento (ARAÚJO, 2019; ASSUMPÇÃO et al., 2020), pela escuta ativa, compartilhamento das experiências e sentimentos vivenciados em relação à violência a qual são vítimas (ASSUMPÇÃO et al., 2020).

Mães e por vezes outros familiares criam redes de cuidado e solidariedade como formas de resistência e sobrevivência (ARAÚJO et al., 2022). As estratégias de resistência baseadas na politização do sofrimento, desenvolvidas pelos movimentos sociais de mães, constituem-se como importantes catalisadores para a formulação de ações de cuidado e para a produção de saúde coletiva (BARROS et al., 2019).

A atenção psicossocial com potencial reparador vai além do enfrentamento dos efeitos traumáticos, envolvendo também o fortalecimento de recursos subjetivos para novos projetos de vida, muitas vezes ligados à memória, verdade, justiça e reparação. Para isso, é essencial o reconhecimento do Estado como parte do processo reparatório, contribuindo para desnaturalizar violações históricas e evidenciar as que atingem grupos marcados por desigualdades e desumanização, como ocorre com o racismo (KOLKER, 2018).

Um cuidado antirracista também se constrói na esfera das singularidades, já que a dimensão racial atravessa e afeta as subjetividades de todos os indivíduos, independentemente da raça. Com isso, o cuidado precisa estar atento às marcas que o racismo deixa nos corpos e nas subjetividades, reconhecendo-as e propondo caminhos de reparação e fortalecimento (DAVID; VICENTIN, 2020).

São processos que envolvem a promoção da descolonização das subjetividades, o fortalecimento de espaços coletivos e a construção de ações conjuntas que articulem movimentos sociais, sociedade civil, usuários dos serviços e familiares. Trata-se, ainda, de estabelecer relações político-afetivas capazes de sustentar redes de apoio, resistência e transformação.

A intersetorialidade como caminho para políticas na perspectiva da atenção psicossocial antirracistas

O cuidado em saúde mental antirracista deve considerar a interseccionalidade. Raça, gênero, classe social e faixa etária são dimensões que se entrelaçam na vida dos sujeitos, e que não podem ser pensadas isoladamente. Normativas já existentes como a portaria 992/09 do Ministério da Saúde que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a lei 12288/10, do Estatuto da Igualdade Racial, em particular do capítulo do Direito à saúde, são pontos de partida importantes para institucionalização de práticas de saúde que sigam este caminho.

Contudo, além das normativas regularem o que e como os entes federados devem atuar frente à questão, as instituições de saúde precisam estar preparadas para analisar os efeitos das tecnologias de cuidado que utilizam. Essas tecnologias, ao mesmo tempo em que podem promover a vida, também podem operar como dispositivos de produção de desigualdades, seja pela invisibilização de sujeitos, seja pela naturalização das diferenças como variações menores ou inferiores. Um cuidado em saúde mental antirracista, portanto, deve problematizar continuamente essas práticas, garantindo um espaço de transformação, reconhecimento e equidade (DAVID; VICENTIN, 2020).

Neste sentido, a atuação de diversos setores, de forma coordenada, fortalece a perspectiva de reconhecimento do processo saúde-adoecimento como sendo produzido por múltiplos aspectos (AKERMAN et al., 2014). A importância que a intersetorialidade ocupa na área da saúde tem sido evidenciada em diferentes documentos históricos e de grande valor para a saúde pública como a Declaração de Alma-Ata (1978) e a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), que expressam as articulações como recurso necessário ao alcance dos objetivos propostos.

No entanto, apesar de ser colocado como uma paradigma norteador da gestão de políticas sociais, a operacionalização de estratégias intersetoriais, em geral, esbarra em desafios que vão desde ausência de uma teoria que lhe dê um embasamento para ser uma práxis (AKERMAN et al., 2014), às dificuldades das estruturas institucionais tradicionais, que tende a atuar de modo compartimentalizado (FARIA, 2013), além de, no caso específico da reparação a vítimas de violência de Estado, a lógica de militarização dos aparatos de segurança pública.

Esses desafios operacionais para a ação intersetorial incluem processos de trabalho desfavoráveis à comunicação contínua entre setores, a ausência de mecanismos de integração de objetivos de setores e processos de gestão não integrados (FARIA, 2013).

No caso das perdas sofridas por mães e familiares, a determinação do racismo na origem desse problema ressalta a necessidade de ações que

sejam coerentes com a complexidade do fenômeno. Isso desafia não apenas o setor da saúde, mas também outros setores como a assistência social e a justiça, na busca por respostas que, dada sua dimensão política e social, apontam o enfrentamento ao racismo como alicerce fundamental dessa intricada questão.

Iniciativas governamentais recentes, sob a liderança do Ministério da Igualdade Racial (2024), têm proposto o diálogo institucional entre os diversificados Ministérios em torno do Plano Juventude Negra Viva (PJNV). No sentido de prestar atenção psicossocial às mães e familiares, o plano projeta a construção de Programa para Atendimento Psicossocial sob responsabilidade dos Ministérios da Saúde e da Igualdade Racial.

A mobilização produzida pelo PJNV, pode se configurar como oportunidade institucional para pensar políticas no campo da atenção psicossocial que se estruturem a partir da compreensão da violência de Estado como produto do Racismo Estrutural, bem como seus efeitos deletérios sobre mães, familiares e territórios, incorporando órgãos e secretarias de igualdade racial na elaboração e execução de ações, ou até mesmo criando equipamentos que operem na assistência às vítimas de violência racial, como é o caso do CNRM na Bahia.

O estado da Bahia foi o primeiro a criar, em 2006, uma secretaria voltada ao enfrentamento das desigualdades raciais e sociais. A SEPROMI desde 2013 abriga o CRNM, pioneiro no país nesse modelo de atuação institucional do Estado. O CRNM é composto por uma equipe de profissionais da psicologia, serviço social, pedagogia e do direito que recebe denúncias de violações de direitos por motivos raciais e religiosos, como violência policial, discriminação racial e ataques a religiões afro-brasileiras.

Nos últimos anos, diante do cenário crescente de mortes de jovens negros pela ação do aparato de segurança pública do Estado da Bahia. De acordo com o Atlas da Violência (2025), em 2023 a Bahia registrou a segunda maior taxa de homicídios de jovens entre 15 e 29 anos no país, alcançando o índice de 113,7 mortes por 100 mil habitantes nessa faixa etária.

Algumas das ações previstas para a atuação do CRNM são prestar atendimentos e acompanhamento a toda e qualquer denúncia de discriminação racial e/ou violência envolvendo racismo e intolerância religiosa ocorridas no Estado da Bahia (BAHIA, 2015). Além da sede, na cidade de Salvador, o CRNM dispõe de uma unidade móvel, que percorre festas populares e municípios de todo o estado, contribuindo para a recepção de denúncias e esclarecimento sobre a política de promoção da igualdade racial na Bahia.

Assim, este equipamento configura-se como uma porta de entrada e acolhimento para múltiplas demandas que, embora se concretizem em diferentes setores governamentais, como justiça, saúde, assistência social e educação, têm seus funcionamentos historicamente marcadas pelo racismo institucional, expressos quase sempre por meio da lógica militarizada de abordagem dos problemas da segurança pública que trata suas consequências como "efeitos colaterais" da "guerra às drogas". Nesse contexto, a intersetorialidade não se apresenta apenas como princípio orientador ou perspectiva teórica, mas sobretudo como ferramenta estratégica de gestão e intervenção, provocando diálogos e tensões permanentes junto a estes setores.

Assim, a incorporação de um Centro de Enfrentamento ao Racismo para o aprofundamento da Atenção Psicossocial voltada às mães e familiares de vítimas de violência armada no Estado pode gerar ganhos importantes em uma abordagem antirracista. Dado que a razão de existir desses equipamentos tem por base uma ação reformadora, ou seja, a busca pela transformação das práticas, estruturas e efeitos do racismo na sociedade.

Nesse sentido, por tratar-se de tarefa complexa, a possibilidade de efetividade dessa tarefa exige também o enfrentamento dos desafios impostos à efetivação dos arranjos intersetoriais que se deparam com fragmentação dos serviços e toda uma lógica compartimentalizada que por vezes são concretizadas nas práticas profissionais. No entanto, a potência de uma articulação, que seja capaz de reunir diferentes setores e políticas públicas, mas também garantir de forma perene a participação

social, neste caso historicamente encarnada pelos movimentos de mães e familiares bem como os movimentos negros, está na explicitação de um objetivo ético-político interessado em produzir a redução das diferenças por meio da equidade, mas também fazer ver o caráter coletivo que essa questão possui para toda uma sociedade, além de construir outras frentes de enfrentamento às múltiplas dimensões do sofrimento produzido pelo terrorismo de Estado que atinge a população negra, reconhecendo as relações entre a saúde mental e o racismo.

Cabe ressaltar que as iniciativas já existentes, especialmente aquelas desenvolvidas pela sociedade civil desde a década de 1990, foram marcos importantes para pensar a conjugação entre cuidado e resistência. Contudo, a incorporação do Centro de Enfrentamento ao Racismo a esse campo possibilita um deslocamento significativo: ao assumir o racismo como eixo estruturante da intervenção, amplia-se a capacidade de problematizar, tensionar e propor ações sobre as condições sociais que sustentam a violência armada do Estado. Ademais, por se tratar de um equipamento público, sua institucionalidade tende a conferir maior estabilidade e continuidade às ações, assegurando que a atenção psicossocial não se restrinja a iniciativas pontuais, mas se consolide como uma política de Estado.

Assim, a interseção entre saberes acumulados historicamente pela sociedade civil, experiências anteriores de cuidado e a institucionalidade de um Centro voltado ao enfrentamento do racismo constitui um caminho possível para a construção de práticas psicossociais mais integrais, equânimes e comprometidas com a transformação das condições estruturais que produzem o sofrimento das populações afetadas pela violência armada do Estado.

Considerações Finais

Este capítulo buscou discutir a complexa questão que envolve o sofrimento de mães e familiares de vítimas de violência de Estado no

Brasil, ressaltando o racismo estrutural como determinação social, bem como apontando a atenção psicossocial antirracista como possibilidade de fortalecimento do cuidado a estas pessoas a partir de uma perspectiva intersetorial. Contudo, esta noção de cuidado voltado às mães e familiares vítimas de violência de Estado está em processo de construção, e ainda precisa enfrentar teórica, política e institucionalmente as contradições entre o Estado que mata e o Estado que repara, bem como incorporar a interseccionalidade como perspectiva teórico-metodológica.

Atualmente encontra-se em andamento o processo de capacitação de profissionais do CNRM, de modo que novos limites e potencialidades relacionados a esta proposta de articulação de saberes serão descortinados, abrindo espaço para novas reflexões que deverão surgir no intuito de fortalecer o cuidado integral a estas pessoas e de combater esses perversos efeitos do racismo no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, C. C. T. **Quando morre um filho, morre também uma mãe**: Violência de Estado e Descolonização. 2021. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2021. Disponível em: https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/24854. Acesso em: 4 fev. 2026.

AKERMAN, M. *et al*. IntersetorialidadeS! **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 19, n. 11, p. 4291-4300, 2014.

ALMEIDA, S. L. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Letramento, 2018.

ARAÚJO, V. S. **Mães da resistência**: um olhar sobre o papel do racismo no processo de adoecimento de mães militantes que perderam seus filhos para a violência de Estado. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

ARAÚJO, V. S.; SOUZA, E. R.; SILVA, V. L. M. "Eles vão certeiros nos nossos filhos": adoecimentos e resistências de mães de vítimas de ação policial no Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 27, n. 4, p. 1327–1336, 2022.

ASSUMPÇÃO, R.; SILVA, V. O.; GOMES, A. R. Na contramão da narrativa oficial: vozes dos familiares das vítimas dos Crimes de Maio de 2006. **Lutas Sociais**, [s. l.], v. 22, n. 41, p.

334–349, 2020.

BARBOSA, J. P. **Permanências da Escravidão**: Ou uma abolição incompleta. [S. l.]: Eco, 2020.

BARBOSA, V. F. B.; CAPONI, S. N. C.; VERDI, M. I. M. Cuidado em saúde mental, risco e território: transversalidades no contexto da sociedade de segurança. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 20, n. 59, p. 917–928, 2016.

BARBOZA, H. B. O centro de referência e apoio à vitima (CRAVI) e o trabalho com as vítimas de violência indireta. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, [s. l.], v. 12, n. 50, 2007.

BARROS, R. *et al*. Movimentos sociais em luta contra o racismo de Estado e pela vida: contribuições ao debate sobre saúde. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 43, n. spe8, p. 324–337, 2019.

BRASIL. [Ministério da Saúde]. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília, DF: Presidência da República, [2025?]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 4 fev. 2026.

BRASIL. [Ministério da Saúde]. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social. Brasília, DF: Presidência da República, [2024?]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm. Acesso em: 4 fev. 2026.

BRASIL, V. V. Violência de Estado ontem e hoje: o que há do passado em nosso presente? *In*: **Clínica política**: a experiência do centro de estudos em reparação psíquica lá em acari. [S. l.]: ISER, 2018. p. 63.

COSTA, D. H.; NJAINE, K.; SOUZA, E. R. Apoio institucional a famílias de vítimas de homicídio: análise das concepções de profissionais da saúde e assistência social. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 18, n. 3, 2020.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. *In*: **Ensaios**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141–168.

COSTA-ROSA, A.; YASUI, S.; LUZIO, C. A. Atenção Psicossocial: rumo a um novo Paradigma na Saúde Mental Coletiva. *In*: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. [S. l.]: NAU, 2005. v. 2, p. 222.

COSTA, V. C.; BAPTISTA, T. W. F.; CUNHA, M. B. O SUS em territórios vulnerabilizados: reflexões sobre violência, sofrimento mental e invisibilidades nas favelas do Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 46, n. 135, p. 974–986, 2022.

DAVID, E. C. *et al*. Bewilderment, aquilombar, and the antimanicolonial: three ideas to radicalize Brazilian Psychiatric Reform. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 29, n. 3, 2024.

DAVID, E. C.; VICENTIN, M. C. G. Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 44, n. spe3, p. 264–277, 2020.

DOS SANTOS REIS, D.; STANCHI, M. "Onde estão nossos filhos?": os Direitos Humanos e

o desaparecimento forçado em Améfrica Ladina. **Natureza Humana**, [s. l.], v. 26, n. 1, p. 38–51, 2024.

FLAUZINA, A. L. P. **Corpo Negro Caído no Chão**: o sistema penal e o projeto genocida do Estado brasileiro. 2006. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **19º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: FBSP, 2025.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: FBSP, 2024.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: FBSP, 2023.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **16º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: FBSP, 2022.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **15º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: FBSP, 2021.

GONÇALVES, H. C. B.; QUEIROZ, M. R.; DELGADO, P. G. G. Violência urbana e saúde mental: desafios de uma nova agenda? **Fractal: Revista de Psicologia**, [s. l.], v. 29, n. 1, p. 17–23, 2017.

IGNÁCIO, M. V. M.; MATTOS, R. A. O Grupo de Trabalho Racismo e Saúde Mental do Ministério da Saúde: a saúde mental da população negra como questão. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 43, n. spe8, p. 66–78, 2019.

INDURSKY, A. C.; CONTE, B. S. Reparação Psíquica e Testemunho. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s. l.], v. 37, n. spe, p. 149–160, 2017.

INSTITUTO DE PESQUISA APLICADA (IPEA). **A relações entre o Sistema Único de Assistência Social - SUAS e o sistema e justiça**. [S. l.]: IPEA, 2015.

KOLKER, T. Atenção psicossocial a afetados pela violência de Estado – subsídios e contribuições para a construção de uma política pública. *In*: **Clínica política**: a experiência do centro de estudos em reparação psíquica lá em acari. [S. l.]: ISER, 2018. p. 213.

MARTINS, G.; FARIAS, J. Circuitos urbanos do terror de Estado: Uma abordagem antirracista e interseccional da militarização. **Ponto Urbe**, [s. l.], v. 32, n. 1, 2024.

MINISTÉRIO DA IGUALDADE RACIAL. **Plano Juventude Negra Viva**. Brasília, DF: MIR, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/igualdaderacial/pt-br/assuntos/plano-juventude-negra-viva/. Acesso em: 8 abr. 2025.

MORABITO, J. T.; CREMASCO, M. V. F. Luto materno em situação de violência policial. **Psicologia Revista**, [s. l.], v. 32, n. 2, p. 459–484, 2024.

MOURA, C. **O negro, de bom escravo a mau cidadão?** 2. ed. [S. l.]: Dandara, 2021.

MOVIMENTO MÃES DE MAIO. **Do luto à Luta**. [S. l.]: Nós por Nós, 2018.

OLIVEIRA, D. **Racismo estrutural**: uma perspectiva histórico-crítica. [S. l.]: Dandara, 2021.

RAMOS, P. C. **Gramática negra contra a violência de Estado**: da discriminação racial ao genocídio negro (1978-2018). 2021. Tese (Doutorado em Sociologia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

SCHMID, P. C.; SERPA JUNIOR, O. D. Violência urbana e saúde mental: por narrativas em primeira pessoa. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 29, n. 3, e290313, 2019.

SEMERARO, G. M. Introdução ao terrorismo de Estado: uma revisão bibliográfica sistemática. **Revista Direito GV**, [s. l.], v. 21, e2513, 2025.

SIGMUND FREUD ASSOCIAÇÃO PSICANALÍTICA. **Clínicas do testemunho**: reparação psíquica e construção de memórias. [S. l.]: Criação Humana, 2014.

SILVA, M. M.; RIBEIRO, F. M. L.; SERPELONI, F. Violência armada, saúde mental e racismo: reflexões a partir do caso do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 28, e230517, 2024.

SILVA, F. P. **Em busca da comunidade**: caminhos do pensamento. São Paulo: Elefante, 2024.

SOUZA, E. R.; POLTRONIERI, B. C.; BUENO, R. Vítimas indiretas dos homicídios: impactos, apoio recebido e estratégias de superação. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 33, n. 1, e230138pt, 2024.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-manguinhos**, [s. l.], v. 9, n. 1, p. 25–59, 2002.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

CAPÍTULO 8

A POLÍTICA DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO TRANS E O SUS: O DIREITO DE EXISTIR

Flavia do Bonsucesso Teixeira, Helena Moraes Cortes, Helvécio Miranda Magalhães Júnior e Marco Aurélio Máximo Prado

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal Brasileira de 1988, é um sistema de saúde público que garante à população do país, brasileiros ou não, o acesso integral, universal e gratuito aos serviços de saúde. A gestão e o financiamento do Sistema são compartilhados entre os níveis federal, estadual e municipal. No entanto, o Ministério da Saúde (MS) é a autoridade sanitária responsável pela elaboração e priorização das ações e políticas em saúde (PAIM, 2019).

O SUS é o resultado do movimento pelo direito à saúde que surgiu no contexto da ditadura civil-militar conhecida como a Reforma Sanitária Brasileira. Após a redemocratização, o Brasil tornou-se referência em estratégias de participação social com diferentes modelos possíveis para ampliar o papel da população na definição de prioridades, fiscalização e gestão de políticas públicas (BEZERRA et al., 2024). A sociedade civil organizada em movimentos contribui para a consolidação e defesa do SUS e a democratização do acesso à saúde. Esses movimentos conseguem atingir pessoas e grupos que muitas vezes estão à margem dos processos mais formais

de participação, mobilizando parlamentares, representantes do judiciário e do executivo, mobilizam audiências e consultas públicas e disputam por um SUS democrático e justo (MOURA et al., 2025).

Sobre o Cuidado em Saúde Mental Brasileiro

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) no SUS está alicerçada nos princípios da Reforma Psiquiátrica e inscrita no campo da Atenção Psicossocial, priorizando princípios como promoção da cidadania, a premissa de que a liberdade é terapêutica, a reabilitação psicossocial e a inclusão social das pessoas em algum nível de sofrimento psíquico. A operacionalização da PNSM se dá por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que é uma teia complexa de serviços distribuídos em todos os níveis de atenção.

Cabe destacar que, em toda essa estrutura político-organizativa, a atenção às pessoas trans e à diversidade nunca esteve em *epoché* no campo da saúde mental. Todavia, em 2023, no Ministério da Saúde criou o Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (DESMAD), subordinado à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES), e imprimiu novos matizes no campo da atenção psicossocial. O enfrentamento ao racismo e às intersecções entre classe, etnia/raça e gênero/sexualidade foram algumas das marcas desta gestão. Uma dessas materializações foi a construção do curso "Quebre o silêncio: enfrentando a violência de gênero e o feminicídio", que formou mais de 10 mil trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial. O curso também abordou "Diversidades, (trans) feminicídio e combate à LGBTfobia no campo da atenção psicossocial" pela primeira vez na história das políticas de saúde mental no Brasil (BRASIL, 2025).

Abordar a saúde mental da população trans requer cautela, sobretudo porque, historicamente, a psiquiatria desempenhou papel central na patologização das minorias sexuais e de gênero. Halem et al. (2024)

documentam as violências impostas pela medicina — e, de forma marcante, pela psiquiatria — contra essa comunidade, desde as chamadas "terapias de conversão" até a internação compulsória de pessoas trans, gays e lésbicas em instituições psiquiátricas ao longo do tempo. Muitas das violências psicossociais ainda presentes têm raízes nesse legado de patologização, especialmente no que diz respeito às pessoas trans, sustentando concepções desumanizantes, como a noção de que estariam "em corpos errados" ou de que deveriam se conformar a padrões rígidos e binários de masculinidade ou feminilidade, controlando os corpos trans por meio de laudos e diagnósticos emitidos por psicólogos e psiquiatras.

No Brasil, há uma lacuna de dados acerca dessas violências e impactos na saúde mental de pessoas trans por parte do Estado. Muito do que se tem produzido deve-se ao trabalho do movimento social organizado, como a ANTRA (Associação Nacional de Travestis e Transexuais), a ABGLT (Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos), o Observatório de Mortes e Violências LGBTI e os importantes dados estaduais produzidos por Universidades. Mulheres trans e travestis pretas, pobres, periféricas e empobrecidas continuam sendo o principal alvo das violências de gênero e do transfeminicídio por expressarem o gênero feminino. Também são conhecidas as altas prevalências de depressão, ansiedade, transtornos fóbicos e ansiosos em geral, uso e abuso de substâncias psicoativas e tentativas de suicídio na comunidade trans.

Considerar o sofrimento psíquico das pessoas trans perpassa pelo entendimento de que não se trata de questões "endógenas" ou da expressão de suas identidades de gênero, mas sim implica refletir na estrutura social machista, transfóbica e cisheteronormativa. Discutir a saúde mental de pessoas trans implica uma desconstrução interna, individual e coletiva das amarras transfóbicas socialmente estruturantes, bem como da lógica da cisheteronormatividade como única possibilidade de existência do outro. Conceber a saúde mental de pessoas trans demanda reconhecer a diferença e a

diversidade como potências de produção de vida das pessoas, rompendo com lógicas rígidas, excludentes e limitantes.

Sobre o Cuidado trans no Brasil

No Brasil, quando comparado ao cenário internacional, o cuidado em saúde para a população transgênero ocorreu tardiamente e centralizado na oferta da cirurgia de readequação genital (TEIXEIRA et al., 2025). Até 1997, o Conselho Federal de Medicina (CFM) considerava as cirurgias de readequação genital como mutiladoras e os médicos que realizassem o procedimento poderiam ser processados, como ocorreu no emblemático caso do Dr Roberto Farina que foi condenado e perdeu a licença de médico por operar uma mulher trans nos anos 70 (COACCI, 2018).

Ainda que o CFM não possua a atribuição de orientar a política pública em saúde, sendo essa uma prerrogativa do MS, a ausência de normativas e de uma política estruturada produziu uma realidade na qual a oferta de cuidado tornou-se refém das decisões da autarquia que passou a definir sobre o que e como o cuidado em saúde para a população transgênero deveria ser ofertado. Concomitantemente a esse espaço hiperbólico ocupado pela autarquia, o sistema de justiça assumiu um lugar decisivo na busca por garantia de direitos à saúde. Nessa equação, o MS atuava apenas como espectador ou coadjuvante. Após a publicação da Resolução CFM nº 1.482/1997 que retirou o caráter mutilador da cirurgia, e estabeleceu o procedimento como experimental, foi o Ministério Público Federal provocado pelo movimento social organizado que ingressou com a Ação Civil Pública que até o ano de 2024 repercutiu para garantir o direito no SUS (TEIXEIRA et al., 2025).

Como desdobramento da Resolução do CFM, algumas universidades públicas iniciaram, a partir de 1998, projetos de pesquisa/intervenção que foram pioneiros e decisivos para a construção de uma experiência de

cuidados para a população transgênero. As condições de surgimento e funcionamento desses serviços restritos às ofertas da cirurgia de readequação genital e prescrição da hormonioterapia, atreladas à lógica laudo-autorização; patologia-deslegitimação produziu um conjunto de violações de direitos (GIROTTO et al., 2021). No atrelamento entre medicina e direito, a cirurgia era requisito implícito para a autorização da retificação do registro civil de pessoas transgênero e desse modo, tornava a emissão/produção de laudos por profissionais da área psi elemento essencial para acesso ao direito ao nome. Situação que se manteve até 2018, quando a Suprema Corte de Justiça brasileira autorizou a alteração do registro civil de pessoa transgênero, diretamente pela via administrativa, independentemente de procedimento cirúrgico e independente de qualquer laudo, bastando a manifestação da vontade.

Até esse momento, as alterações nas decisões do CFM resultavam das interpelações dos movimentos sociais por meio do Ministério Público que questionavam as normas restritivas que a autarquia definia por meio de Resoluções. E embora as alterações tenham induzido o Ministério Público a demandar a inclusão de novos públicos como homens trans e travestis, foi a decisão da Suprema Corte que atingiu a centralidade do domínio médico ao dispensar a cirurgia de readequação genital como exigência para a alteração civil do nome, mas fundamentalmente atingiu os profissionais da área psi (psiquiatras e psicólogos) que viram na decisão esvair o seu domínio sobre os corpos e as vidas trans.

A Suprema Corte reconhecia o direito à autodeterminação como parte do direito à honra, à imagem, à vida privada, garantida nos princípios constitucionais da igualdade material, da liberdade, da dignidade e no direito de ser diferente. Não foram identificados estudos que tiveram como objeto a avaliação do impacto dessa decisão em relação às mudanças no processo de trabalho dos poucos serviços especializados existentes no Brasil. No entanto, é possível afirmar que essa ação foi decisiva e atua em coesão com o movimento pela despatologização das identidades trans que ganhava força no país a partir de 2012 (PRADO, 2018).

Reagindo ao cenário de crescente garantia de direitos para a população transgênero, o CFM se adianta e, em 2019, publica nova normativa para o atendimento. Dessa feita, o protagonismo da autarquia para estabelecer e orientar o como deveria ser ganha maiores proporções e o CFM acabou definindo o que seria a "linha de cuidados" para a população transgênero no Brasil. A Resolução não foi recebida com unanimidade na academia e nos serviços. Comemorada por integrantes de movimentos sociais e profissionais de alguns serviços, possivelmente por tratar de questões importantes como a "autorização para o uso de bloqueio hormonal em adolescentes e diminuição do limite de idade para realização de procedimentos cirúrgicos que eram demandas legítimas e presentes no cenário nacional, no entanto, como alertaram pesquisadores, o CFM avançava, mais uma vez, a fronteira das atribuições de uma autarquia e invadia a competência do MS que permaneceu na posição de espectador (MATOS et al., 2020).

O período de 2019-2022 foi marcado pelo descaso e pela inversão das políticas pró diversidade de gênero e sexualidade, já que estávamos frente a consolidação estatal de uma gramática antigênero diante do novo governo federal eleito. Durante esse período enfrentou-se uma "destruição produtiva" (PRADO et al, 2025). Ou seja, descaracterizaram terminologias e termos para ressignificá-los agora com um enquadramento conceitual e epistêmico a partir dos marcos da retórica da ultradireita transnacional.

Antes restrita a mobilizações sociais, uma ofensiva contra direitos de minorias de gênero e sexuais incrustou-se no aparato estatal, transformando agora a política em uma "nova política de gênero" ultraconservadora e neoliberal (PRADO, 2023). Uma característica desta "nova política" foi instalar como combate a ideologia de gênero, como nomeiam as diversidades, um paradoxo: não promover novos direitos LGBT+ mas sim proteger as pessoas. O famoso "proteger e não promover" instalou uma lógica de gradual descaracterização e desestruturação, bem como uma depuração moral de todas políticas LGBT+ no país que tinham sido consolidadas em períodos anteriores (MARACCI; PRADO, 2022).

"Proteger e não promover", portanto, se torna uma linguagem política inovadora para a defesa de um Estado antigênero e para o próprio campo dos direitos humanos. Não estaria em jogo, ao contrário de diversas acusações, uma prática homofóbica, transfóbica ou sexista, afinal o governo estaria explicitamente engajado na "proteção" da comunidade LGBT+. Trata-se, apenas, da não promoção de direitos contrários a uma visão tradicionalista (TEITELBAUM, 2020) de sociedade, através da qual se articulam um entendimento rebiologizante do corpo, do gênero e da sexualidade com valores fundamentais do nacionalismo conservador e familista (MARACCI; PRADO, 2022).

Como demonstrado anteriormente, a oferta de cuidados para a população transgênero se dá a partir da determinação para cumprimento de sentença judicial, apenas no penúltimo dia útil do governo Jair Bolsonaro ocorreu a inserção na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, o procedimento de metoidioplastia e prótese testicular. A demora e tentativa de não cumprimento da decisão está alinhada aos demais atos que constituíram barreira e negligência para o cuidado da população transgênero depuradas durante o referido governo.

Depois do terror, novas esperanças: 2023, um Ministério diferente

Em janeiro de 2023, Luiz Ignácio Lula da Silva assumiu o governo para seu terceiro mandato com o compromisso de enfrentar as desigualdades, reconhecer as iniquidades e produzir justiça social. Como parte do compromisso assumido, convidou Nísia Trindade de Lima a se tornar a primeira mulher a assumir o MS. Torna-se emblemático que o Secretário de Atenção à Saúde (SAS) que, em 2013, defendeu a inclusão do cuidado para crianças e adolescentes trans e a adoção de uma abordagem integral para o cuidado trans retornasse ao MS para conduzir as ações da Secretaria

de Atenção Especializada à Saúde (SAES) e definisse a saúde da população transgênero como agenda prioritária. A SAES tornou-se referência para a discussão das pautas de atenção à saúde da população trans, embora as demandas fossem muitas vezes de atribuição de outras Secretarias.

A Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente é responsável por quase a totalidade dos sistemas de informações de saúde oficiais brasileiros. Seus dados são robustos e permitem o seguimento de 10 anos de análise sobre mais de 200 milhões de usuários. Dados sobre mortalidade, nascimento, doenças de notificação compulsória permitem a elaboração de respostas rápidas, como ocorreu no período da pandemia do COVID 19 apesar da postura negacionista do governo federal de Jair Bolsonaro (CASTRO-NUNES; RIBEIRO, 2022). Os sistemas de informações em saúde permitem a extração de dados estratificados por região, sexo, cidade, faixa etária o que traduz um importante cenário epidemiológico. No entanto, os formulários por meio do qual esses dados são produzidos fornecem informações para sistemas que foram organizados em uma lógica capaz de reconhecer apenas a heterosexualidade e a matriz binária de gênero. Desse modo, não somente contribuiu para o apagamento de populações historicamente invisibilizadas, mas se tornou uma barreira de acesso aos serviços de saúde quando, por exemplo, impedia que um homem transgênero acessasse o exame de ultrassonografia uterina.

Embora reiteradas vezes as demandas dos trabalhadores dos serviços, acadêmicos e representantes dos movimentos sociais tenham denunciado a necessidade de mudança, as resistências para a inserção das variáveis orientação sexual, identidade de gênero estiveram presentes, independente do espectro político da gestão federal, estas foram sempre negadas ou postergadas (TEIXEIRA et al., 2020).

Em 2021, entendendo que a decisão sobre os quesitos integra a engrenagem do dispositivo que insiste em negar o reconhecimento/inteligibilidade dessas pessoas (BENTO, 2018) e interpelado pelo movimento social, o Partido dos Trabalhadores, atual partido no governo federal, recorreu à Suprema Corte

demandando, por meio de Ação Direta de Preceito Fundamental (ADPF 787), para que fosse expedida a recomendação e o MS adequasse os Sistemas de Informação em Saúde possibilitando o atendimento das pessoas transgênero. O argumento central seria de que os obstáculos impostos às pessoas transgênero, a despeito da garantia do direito à retificação do registro civil reconhecido pelo Supremo Tribunal Federal, violariam o direito à vida, à saúde, à dignidade da pessoa humana, à igualdade e à não-discriminação.

Em relação ao direito à saúde, a criação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, pela Portaria nº 2.836/2011 e a redefinição do Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde, por meio da Portaria nº 2.803/2013 não garantiu efetivamente o acesso a esses direitos e ainda resultou em diferentes denúncias sobre as lacunas, limites e insuficiências nas pesquisas que avaliaram os dez anos dessas normativas (DUARTE; RONCON, 2022; MISKOLCI et al., 2022).

Ainda em 2021, o Ministro da Suprema Corte, responsável pela ação, deferiu a liminar reconhecendo a necessidade de alteração de todos os sistemas responsáveis por marcações e acompanhamento de consultas, exames e internação para todas as especialidades médicas pudessem ser acessadas independentemente do registro do sexo biológico. Decidiu também pela substituição na ficha de Declaração de Nascido Vivo do termo mãe para parturiente dos nomes dos genitores de acordo com sua identidade de gênero.

No julgamento da ação e apresentação dos votos dos demais Ministros, destacou-se a posição de um dos Ministros, reconhecido por sua declaração de fé como religioso que abriu divergência ao solicitar que a nomenclatura mãe fosse mantida no texto. Consideramos pertinente analisar os argumentos apresentados na ocasião: o primeiro, a permanência/retorno do termo mãe apoiando no conceito de família presente no texto constitucional e reafirmando o aspecto tradicional dos termos pai e mãe na sociedade brasileira. O segundo argumento recuperava o mito do amor materno vinculado à evocação da palavra mãe. Diante disso, foi vencedora a proposta de harmonização da norma

com a inclusão do termo mãe/parturiente e responsável legal/pai supondo que a maioria da população teria como preferência utilizar os termos pai e mãe.

Embora o Ministro relator tenha votado para conciliar as posições, deixou registrado que a proposta de alteração apresentada seria pouco eficaz considerando a função administrativa da Declaração de Nascido Vivo (DNV). Ou seja, o documento é restrito, não circula ou fica em posse da família, portanto, a preocupação sobre o impacto simbólico dele torna-se vazia de significado.

Restringindo o documento à sua função prática, o Ministro argumenta que fazer constar um campo específico e obrigatório – "mãe" – pode trazer constrangimento indevidos não apenas aos transgêneros, mas também às mulheres que pretendem entregar o recém-nascido para adoção ou daquelas que tenham se valido de barriga solidária. Destacou a finalidade eminentemente epidemiológica do documento, mas ainda assim cedeu.

Ao definir a alteração do layout da DNV, para constar um campo específico e de preenchimento obrigatório destinado à pessoa parturiente com utilização do termo "parturiente/mãe" e de outro lado, o atual campo "responsável legal" para "responsável legal/pai", que permaneceu de preenchimento facultativo, o STF alimenta a engrenagens do dispositivo que reafirma a família nuclear composta por pai (não necessariamente declarado) e mãe como modelo posicionando os demais modos de tecer famílias como exceção. A ausência de justificativa prática para o ato funciona como um lembrete de que os direitos para as pessoas trans são, antes de tudo, concedidos, ou seja, operam na esteira da incerteza. No entanto, não é possível identificar no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos quantos recém-nascidos seriam filhos de homens transexuais, uma vez que todo o sistema informa apenas sobre a mãe e não possui a variável identidade de gênero.

Para além do que foi estabelecido na decisão liminar discutida acima, a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do MS e respondeu eliminando a barreira do atributo sexo para todos os procedimentos da Tabela SUS sob sua responsabilidade. Embora a publicação da Portaria tenha ocorrido em maio

de 2024, as negociações, estudos e elaboração dela ocorreram no ano de 2023 e foram finalizadas em março de 2024. A alteração foi recebida positivamente por trabalhadores dos serviços especializados, pesquisadores e representantes dos movimentos sociais. Porém, esta ação não passou despercebida para os integrantes da bancada da extrema direita no Congresso Nacional que representada pelo Deputado Nikolas Ferreira ganhou destaque nas redes sociais e página de revista de circulação nacional (FRAGUITO, 2024).

O argumento utilizado naquele momento remete ao falso dilema da prioridade de atendimento de um sistema público de saúde posicionando mais uma vez o princípio da equidade como atributo de privilégio diante das "mazelas do Sistema". Repercutiu também a acusação de que a posição do governo seria ideológica e estaria considerando gênero neutro, se deu em razão de que, procedimentos que antes estariam restritos aos sexos femininos ou masculinos em razão dos sistemas reprodutivos femininos ou masculinos foram alterados para a categoria ambos para permitir o acesso a homens e mulheres trans independente de realização de qualquer cirurgia de afirmação de gênero.

No início de 2022, a CID-11 entrou em vigência oficial, tendo sido disponibilizada em vários idiomas oficiais. A tradução para o idioma do país é considerada o passo inicial prioritário para sua implementação e no Brasil, foi inicialmente coordenado pela Universidade Federal de Minas Gerais e financiado pelo MS do Brasil e Organização Pan-Americana da Saúde/OMS e sendo realizado em três etapas entre os anos de 2021 e 2022 (FRANÇA et al., 2023).

No ano de 2023, o MS assumiu a responsabilidade da tradução das atualizações da CID-11 que foram incorporadas à plataforma da OMS ao longo de 2023 e início de 2024. A validação e revisão final foi de responsabilidade do Centro Colaborador da OMS para gestão da família de classificações internacionais, responsável também pelo trabalho de inclusão dos sinônimos.

De modo geral, é reconhecido o avanço no reposicionamento da transexualidade ao substituir o diagnóstico "transtorno de identidade sexual", inserido na seção de transtornos mentais, por uma nova categoria,

a "incongruência de gênero", localizada na seção "Condições relacionadas à saúde sexual". Ainda que não se tenha resolvido a centralidade do debate que reside na necessidade de um diagnóstico, o risco da medicalização dos modos de vida não hegemônicos e a manutenção da relação genitália, sexo e identidade de gênero.

Ao incluir "Dissidência de Gênero"; Transexual e Transexualidade como termos de índice, a versão em português, permite que as pessoas trans possam ser identificadas com o termo considerado sinônimo e que reflete os modos vigentes de pensar e representar essa população.

A versão em espanhol adota o termo discordância de gênero e indica como sinônimo não conformidade de gênero, as demais versões consultadas não apresentaram termos índices, mas todas indicam o desuso do termo disforia. Com a inclusão dos termos índice, o MS demonstrou alinhamento com as demandas dos movimentos sociais, pesquisadores e serviços que atendem a população trans.

As experiências de serviços indicam que esse deslocamento classificatório pode potencializar um giro de chave na compreensão do cuidado, em que a inteligibilidade das demandas das pessoas *trans* não esteja associada ao padrão de normalidade, mas de se produzir modos possíveis de habitar e viver no mundo (PRADO, 2018; RIBEIRO et al., 2022).

Entre 2008 e 2018 foram habilitados 12 serviços no Processo Transexualizador do SUS, sendo cinco serviços para atendimento hospitalar e sete serviços para atendimento exclusivo na modalidade ambulatorial. Entre os anos de 2019 e 2022, nenhuma portaria de habilitação foi publicada. Em 2023, em razão da priorização da pauta na SAES, 18 novos serviços foram habilitados, ou seja, um percentual de aumento de 150% num único ano. É um indício de que nos territórios gestores municipais e estaduais estavam atendendo a demanda dessa população e serviços sendo organizados para atendimento, ainda que de modo apartado do governo federal (TEIXEIRA et al., 2025). Concomitantemente, como forma de ordenar, ampliar e qualificar o cuidado especializado em saúde

para a população trans, a SAES elaborou o Programa de Atenção Especializada à Saúde da População Trans – PAES PopTrans.

Programa de Atenção Especializada à Saúde da População Trans – PAES-PopTrans

O compromisso do MS assumido pela SAES foi tornado público em maio de 2023 durante a cerimônia alusiva ao Dia Nacional e Internacional de Enfrentamento à Violência Contra as Pessoas LGBTQIA+ por meio do anúncio da revisão do Processo Transexualizador. Na ocasião, um grupo consultor se reuniu para traçar as primeiras diretrizes do modo de construção do PAES-PopTrans. Essa iniciativa refletia a compreensão de que a gestão participativa é um processo ativo e a participação social pode ser um elemento que acrescenta qualidade ao processo de elaboração de uma política pública.

Em junho de 2023, como parte do planejamento anterior, outros atores foram incorporados ao primeiro grupo e ocorreu a primeira reunião ampliada presencial sobre o cuidado especializado à saúde da população trans. Representantes dos movimentos sociais, serviços especializados, pesquisadores e Conselhos contribuíram para avaliar as etapas do diagnóstico situacional e a revisão dos problemas identificados pela equipe gestora. Na ocasião, as principais barreiras de acesso aos serviços formas de ultrapassá-las foram amplamente discutidas e destacada a necessidade de incorporação dos avanços científicos em relação ao cuidado para infância e adolescência, direitos sexuais e reprodutivos e velhice. Foram definidos grupos de consultores que, por meio de reuniões *online,* atuariam nas áreas de endocrinologia, ginecologia, cirurgia e cuidados psicossociais a fim de produzir subsídios para as linhas gerais dos pontos críticos a serem superados.

Em outubro de 2023 foi oficializado o Grupo de Trabalho (GT) para a revisão do Processo Transexualizador que ampliou a participação de

outras Secretarias do MS e inclusão de gestores estaduais, outros serviços especializados, Ministério Público Federal, Defensoria Pública da União e Procuradoria Geral da República. Além das reuniões com os grupos consultores, com gestores estaduais e municipais, serviços e movimentos sociais nos territórios (em razão das visitas técnicas) foram adensando as discussões do GT e conformando a proposta do Programa.

Durante os anos de 2008-2022, a frágil presença de serviços especializados para o cuidado trans resultou num modo próprio de se organizar no território. Serviços estaduais, municipais e/ou vinculados aos hospitais universitários foram organizados e se mantiveram no território, o que exigiu da gestão federal a conformação de uma proposta que dialogasse e respeitasse as realidades regionais sem perder o lugar de autoridade sanitária no SUS (TEIXEIRA et al., 2025).

Em novembro de 2023, por meio de encontro presencial de dois dias, o GT se reuniu para avaliar os documentos preliminares. Nessa reunião foi possível facilitar o primeiro encontro dos cirurgiões que atuam nos serviços, que puderam também estar próximos das demandas e experiências dos usuários e gestores sobre como superar o maior gargalo no Brasil, a cirurgia de readequação genital. (TEIXEIRA et al., 2025). A diversidade de composição do GT e ainda com a presença de gestores e/ou trabalhadores dos serviços foi fundamental para as adequações nas regulações, finalizando com um modelo mais flexível de reconhecimento dos serviços sem que ocasione a precarização da oferta. A inserção de estratégias de cuidado como visita domiciliar, atividades de educação em saúde nos territórios, que são comuns na atenção primária foram discutidas, incorporadas e estabelecido financiamento próprio para atenção especializada. A definição das equipes mínimas, tipologia e atribuições dos serviços também foi aperfeiçoada na reunião. A decisão de designar o estado como esfera responsável pela habilitação dos serviços possibilitará que cada estado da federação possa, por meio da Comissão Intergestores Bipartide (CIB), pactuar os fluxos e complementaridade do cuidado respeitando as singularidades e as experiências locais.

A partir de dezembro de 2023 foram iniciadas as reuniões com os representantes técnicos das entidades representativas do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS. Logo após, a proposta foi apresentada e aprovada na Assembléia que antecede a reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Ajustes propostos pelos representantes dos Secretários de Saúde dos estados e municípios foram incorporados e aprimoraram o modelo de habilitação descentralizada e o regramento para o fluxo entre os serviços. O PAES-PopTrans foi pactuado na primeira sessão da CIT de 2024, sem que qualquer integrante apresentasse objeção. A proposta foi elogiada e representantes de estados e municípios reconheceram publicamente sua importância e pertinência.

Figura 1. Proposta de Ambulatórios Especializados – PAES-PopTrans. Fonte: SAES/MS, 2024

Figura 2. Proposta de Serviços Cirúrgicos do PAES-PopTrans. Fonte: SAES/MS, 2024

Entraves e Recuos: os deslizamentos da transfobia

A demora na publicação das Portarias que normatizam o PAES-PopTrans, pelo MS, começou a gerar incômodo e questionamento dos integrantes do GT, gestores e movimento social. A revisão da norma de 2013 é aguardada com ansiedade não somente porque estando em vigência ela (re)atualiza a patologização das identidades trans como mantém os serviços atrelados à lógica centralizada no laudo/diagnóstico e seus efeitos. A harmonização normativa e o trâmite pelo setor jurídico do MS são processos comuns ao fluxo de toda nova publicação. No entanto, após essa tramitação e ajustes, o PAES-PopTrans permaneceu sem encaminhamento para a publicação. O início do ano de 2024 foi marcado por mudanças na gestão interna do MS que culminou na saída da SAES e na extinção da pauta temática na referida secretaria.

O estrangulamento da pauta foi observado também pela estagnação da habilitação de novos serviços e circulação de discursos sobre os riscos do

"cuidado de crianças e adolescentes". Esse movimento não se dava por um único ator, em uma dimensão desta rede, a movimentação de políticos do espectro da extrema direita que também se articulam com bancadas religiosas. Em outras, grupos não governamentais que se somam nesse ecossistema de relações e atores ultraconservadores e com capacidade de exercer atividades de lobbies antitrans nas casas legislativas e no judiciário, como a MATRIA – Mulheres Associadas, Mães e Trabalhadoras do Brasil, além do próprio Conselho Federal de Medicina atual. De outro lado, interrogando este ultraconservadorismo o Ministério Público, a Defensoria Pública, Movimentos Sociais, Sociedades Científicas, pesquisadores e poucos parlamentares, buscavam respostas para a repentina mudança de posição do MS. O silêncio foi a norma durante o ano de 2024 que finalizou com uma ampla reunião na sede brasileira da Organização Panamericana de Saúde com a finalização do GT e o compromisso do então Secretário de que a política seria publicada ainda naquele ano.

O ano de 2025 iniciou com nova mudança de gestão do MS e foi atravessado pelo ruidoso silêncio que somente tornou sua nova diretriz conhecida por meio do posicionamento numa ação judicial que trouxe a questão para o centro do debate no Supremo Tribunal Federal. Alinhado ao CFM, no que diz respeito ao cuidado para as pessoas trans, o MS não apenas autorizou o Conselho a conduzir a política sobre o tema como corroborou a normativa recém lançada pelo mesmo e que, repleta de senso comum, representa a "ditadura benevolente" que tem sido exercida sobre as pessoas trans (STF – ADI/7806 – Ofício 2723/2025/SERED/DATDOF/CGAEST/GM). É um regime silencioso no qual o preconceito é autorizado, desde que envolto em uma linguagem supostamente neutra, legitimada por relatórios, protocolos e consensos que tendem a reproduzir o mesmo moralismo que fingem combater em benefício da coletividade (RUELLAS, 2025). A disputa permanece aberta e enquanto isso, a população trans peregrina em busca de cuidado em saúde, os trabalhadores dos serviços manejam como podem as fissuras das normativas, e os gestores que se comprometem com a assistência seguem desamparados financeiramente e sem condições de manejar o fluxo dos serviços.

Conclusão

Apresentar a experiência de elaboração e pactuação do PAES-PopTrans é uma oportunidade para além de materializar as recomendações da OMS (2023), partilha uma prática relevante que demonstra como a participação social pode fortalecer grupos e temas tidos como de difícil consenso e potencializar a aceitação dos resultados do processo participativo. Uma inovação que também ratifica a importância da experiência é que poucas publicações referem ao lugar que a gestão possui na implementação da participação social tendo os gestores como articuladores e facilitadores do processo.

Discutir o entrave político para sua publicação é também um modo de demonstrar como o imaginário da monstruosidade, da perversidade, da abjeção permanece presente nos interstícios das instituições brasileiras (BAGALI; ATHAYDE, 2023). A capacidade e a capilaridade das ofensivas antigenero e antitrans tem ocupado as paredes do estado brasileiro, independente de governos. São gramáticas normativas que se impõe com tamanha capacidade e capilaridade na política pública (CORRÊA; PRADO, 2025) que hoje disseminam essas posições como formas de governança. O estado atual do problema relacionado ao avanço dos direitos trans é complexo, exigirá do conjunto dos movimentos sociais e entidades novas estratégias para enfrentar o ultraconservadorismo que vem atualmente da gramática estatal, mas também de posições políticas à esquerda e à direita. O caso do Brasil é bastante curioso pois contamos quase como um laboratório de novas formas de políticas com os efeitos de avanços históricos, mas também com a inovação da gramática ultraconservadora com relação à diversidade de gênero e sexualidade ao mesmo tempo e no mesmo contexto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAGALI, B.; ATHAYDE, T. O pânico antitrans e a cisnormatividade. **Revista Cult**, [s. l.], 11 maio 2023. Disponível em: https://revistacult.uol.com.br/home/o-panico-antitrans-e-cisnormatividade. Acesso em: 4 fev. 2026.

BENTO, B. The review process of the DSM-5: Is gender a cultural or diagnostic category? **Sociology International Journal**, [s. l.], v. 2, n. 3, p. 205–213, 2018.

BEZERRA, C. P.; MENDES, L. V. P.; FILGUEIRAS, F. Entre a desinstitucionalização e a resiliência: Participação institucional no governo Bolsonaro. **Dados**, [s. l.], v. 67, e20220118, 2024.

BRASIL. [Ministério da Saúde]. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Republicada em 2013. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou. Acesso em: 4 fev. 2026.

BRASIL. [Ministério da Saúde]; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Quebre o silêncio**: Enfrentando a violência de gênero e o feminicídio. Brasília, DF: Escola de Governo Fiocruz Brasília, 2025. Curso a distância. Disponível em: https://efg.brasilia.fiocruz.br/ava/course/view.php?id=480. Acesso em: 4 fev. 2026.

CANO-PRAIS, H. A.; COSTA-VAL, A.; SOUZA, É. R. Incongruências classificatórias: Uma análise dos discursos sobre as propostas da CID-11 em relação às experiências trans. **Cadernos Pagu**, [s. l.], v. 62, e216219, 2021.

CASTRO-NUNES, P.; RIBEIRO, G. R. Equidade e vulnerabilidade em saúde no acesso às vacinas contra a COVID-19. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s. l.], v. 46, e31, 2022.

COACCI, T. As engrenagens do poder: Sobre alguns encaixes entre direito, ciência e transexualidades no Brasil. **Ex aequo**, [s. l.], v. 38, p. 17–31, 2018.

DUARTE, M. J. O.; ROCON, P. C. **Dez anos da Política Nacional de Saúde Integral LGBT**. [S. l.]: Devires, 2022.

FRAGUITO, G. Nikolas Ferreira critica medida que auxilia acesso de pessoas trans ao SUS. **Veja Gente**, [s. l.], 20 maio 2024. Disponível em: https://veja.abril.com.br/coluna/veja-gente/nikolas-ferreira-critica-medida-que-auxilia-acesso-de-pessoas-trans-ao-sus/. Acesso em: 4 fev. 2026.

FRANÇA, E. B. *et al*. Tradução para a língua portuguesa da 11ª Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 26, e230043, 2023.

GIROTTO, L. C. *et al*. Normas, disputas e negociações: Debates sobre a despatologização. **Revista Estudos Feministas**, [s. l.], v. 29, n. 3, e71934, 2021.

HALEM, J.; MANION, J.; STREED JÚNIOR, C. G. A legacy of cruelty to sexual and gender minority groups. **New England Journal of Medicine**, [s. l.], v. 391, n. 5, p. 385–391, 2024.

MARACCI, J. G.; PRADO, M. A. M. Ofensivas antigênero e a depuração dos direitos humanos

como política de Estado no Brasil. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, [s. l.], v. 22, n. 4, p. 1372–1392, 2022.

MATOS, A. *et al*. **Análise da Resolução nº 2.265, de 20 de setembro de 2019, do Conselho Federal de Medicina**. [S. l.]: Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT (NUH), 2020. Relatório online. Disponível em: http://www.fafich.ufmg.br/nuh/2020/01/24/analise-da-resolucao-cfm-2265-de-20-de-setembro-de-2019/. Acesso em: 4 fev. 2026.

MISKOLCI, R. *et al*. Desafios da saúde da população LGBTI+ no Brasil: Uma análise do cenário por triangulação de métodos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 27, n. 10, p. 3815–3824, 2022.

MOURA, A. C. A.; CÁRDENAS, H. V. A.; GUILHEM, D. B. Participação social no Sistema Único de Saúde: Potencialidades, desafios e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 30, n. 3, p. 1–15, 2025.

PAIM, J. S. **SUS, Sistema Único de Saúde**: Tudo o que você precisa saber. [S. l.]: Atheneu, 2019.

PRADO, M. A. M. **Ambulare**. Belo Horizonte: Selo PPGCOM/UFMG, 2018. E-book. Disponível em: https://seloppgcomufmg.com.br/publicacao/ambulare/. Acesso em: 4 fev. 2026.

PRADO, M. A. M.; CORRÊA, S. (orgs.). **Ruinologia**: Uma cartografia da política antigênero do governo Bolsonaro. [S. l.]: SPW/ABIA, 2025. E-book. Disponível em: https://www.spw.org.br/publicacao/ruinologia-cartografia-politica-antigenero. Acesso em: 4 fev. 2026.

RIBEIRO, C. T. *et al*. O SUS que dá certo? Costurando tecnologias na produção do cuidado para a população trans. *In*: COSTA-VAL, A.; DESLANDES, K. (orgs.). **Cuidados que transformam**: Aprendizagens na atenção à saúde de pessoas trans e travestis em Minas Gerais. [S. l.]: Autêntica, 2022. p. 17–32.

RUELLAS, E. A. S. The benevolent dictatorship: Prejudice disguised as science. **Brazilian Journal of Health and Biomedical Sciences**, [s. l.], v. 24, n. 1, 2025.

SANTOS, A. S. *et al*. **Carta aberta**: Avaliação do seminário sobre o processo transexualizador no SUS – Contra a patologização das identidades trans. [S. l.: s. n.], 18 jun. 2012.

TEITELBAUM, B. R. **Guerra pela eternidade**: O retorno do tradicionalismo e a ascensão da direita populista. Campinas: Editora da Unicamp, 2020.

TEIXEIRA, F. B. *et al*. Formas de cuidado como violência: AIDS, silicone líquido e uso de hormônios em travestis e mulheres transexuais brasileiras. *In*: FACCHINI, R.; FRANÇA, I. L. (orgs.). **Direitos em disputa**: LGBTI+, poder e diferença no Brasil contemporâneo. Campinas: Editora da Unicamp, 2020. p. 463–484.

TEIXEIRA, F. B. *et al*. Entre o território e a gestão: Construindo pontes na elaboração do Programa de Atenção Especializada à Saúde da População Trans. **Interface (Botucatu)**, [s. l.], v. 29, e240520, 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Social participation for universal health coverage**. [S. l.]: WHO, 2023. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/social-participation-for-universal-health-coverage. Acesso em: 4 fev. 2026.

CAPÍTULO 9

EDUCAÇÃO E PESQUISA-FORMAÇÃO-INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: DIVERSIDADE, INCLUSÃO E RESISTÊNCIA CONTRA AS INIQUIDADES E VIOLÊNCIAS

Ricardo Burg Ceccim, Alcindo Antônio Ferla, Lenilma Bento de Araújo Meneses, Ísis Aríscia de Araújo Martins, Ariele Moura Figueredo e Ângelo de Pádua Alves Linhares

either come in or go out
either be focused or absentminded
either rise up or fall down
either get involved or simply witness
either go forward or turn back
either block the way or clear out
either get tighter or get looser
either get more or throw it out
you can't just stand there in the doorway
where does the door think it's going?
what is the window looking at?
why doesn't the ceiling fall?
what is it the wall waiting for?
You can't just stand there in the doorway
Arnaldo Antunes e David Byrne (2025)

Introdução

O tema da formação e da pesquisa tem permeado muitas discussões sobre a mudança no campo das práticas educativas e assistenciais em saúde mental, especialmente na busca pelo desenvolvimento de abordagens mais consentâneas aos "*territórios onde habitam*" ou às "*culturas que experimentam*" indivíduos e grupos sociais. Uma motivação à mudança é a necessidade de permeabilidade e transversalidade da formação e da pesquisa aos temas da diversidade humana e da pluralidade cultural de modo a construir realidades mais inclusivas e com capacidade de resistir às iniquidades e violências.

Os estudos sobre diversidade humana e pluralidade cultural têm permitido um olhar mais aprofundado sobre as estruturas de poder e de resistência presentes na sociedade, elucidando como identidades e representações são socialmente construídas, moldadas por imagens midiáticas e reproduzidas por práticas discursivas. A formação e a pesquisa precisam ser capazes de assumir que "a realidade" não existe, antes "realidades em permanente composição e decomposição" e, nesse sentido, favorecer ou promover a fuga dos limites impostos por configurações de mundo "dadas" e aceitar (ou ativamente admitir) mundos "se dando". Desde este ponto de admissibilidade, então, localizar – cada formador (institucional ou individual) e cada pesquisador (institucional ou individual) sua responsabilidade na atividade de configuração (eventualmente de desconfiguração) de mundo(s), não a busca por identidades e representações.

Em uma política de afirmação da vida, a formação e a pesquisa ocupam importante papel na desnaturalização de mundos dados, ousando, não pela produção de identidades e representações, mas pela produção de diferença no contato com a alteridade; não pela multiculturalidade, mas pela produção de interculturalidade no contato com a pluralidade cultural. Porque não se trata de aprender para saber, mas de vivenciar para aprender. Os cenários

de aprendizagem incluem, por exemplo, instâncias de participação popular, movimentos sociais ou de luta por direitos, ambientes de debate crítico sobre saúde dos trabalhadores, âmbitos de discussão sobre o complexo econômico-industrial da saúde, espaços de ação intersetorial em saúde mental e articulações intersetoriais em saúde ambiental. Essa "desnaturalização" das representações socialmente construídas emerge do debate sobre as discriminações de gênero/sexo, raça/etnia, geração/idade, nação/região e classe social, por exemplo, problematizando identidades, práticas discursivas e representações.

Para a desnaturalização, a problematização de conceitos como ideologia, hegemonia, poder e resistência colocam em confronto termos como cultura contemporânea, globalização, consumo cultural, multiculturalismo e interculturalismo, de modo a emergirem propostas metodológicas em ensino e produção do conhecimento. Se no mundo todo, mas em particular no mundo ocidental, a cultura europeia foi considerada natural e racional, assim como perspectivas etnocêntricas brancas impuseram o próprio ponto de vista como o único válido, erigiu-se como modelo da cultura universal um desenho forjado segundo a perspectiva eurocêntrica, fazendo com que todas as outras culturas fossem consideradas "inferiores, menos evoluídas, justificando-se [um] processo de *colonização cultural*" (FLEURI, 2003, p. 18, grifo nosso).

Entretanto, questões como diversidade, inclusão e resistência contra as iniquidades e violências erigiram-se, no contemporâneo, especialmente pelo surgimento dos Estudos Culturais, que contestaram os limites socialmente construídos, por exemplo, pelas categorias de gênero, classe e raça nas mais diversas realidades subjetivas, socioculturais, territoriais e da sexualidade. Os Estudos Culturais têm origem no debate introduzido pelo negro jamaicano Stuart Hall, em seu trabalho colaborativo com o inglês, filho de ferroviário, Raymond Williams, que enfatiza a centralidade da linguagem e do discurso na compreensão da produção da cultura como processo de significação, inspirando-se no pós-estruturalismo de Michel Foucault (BARKER, 2005). A *naturalização* dessas categorias passou a ser fortemente *contestada*, correspondendo a uma

"virada cultural" nas ciências sociais e humanas, especialmente em Educação, na perspectiva de uma educação para a alteridade, de construção da igualdade de dignidade e de abertura aos direitos *do outro*. Os Estudos Culturais aportaram os desafios de uma democracia forte pela afirmação da diversidade na indicação de propostas que viessem promover processos inclusivos em meio às diversidades humanas e uma relação de respeito entre grupos socioculturais, mediante processos democráticos e dialógicos.

A crítica à vertente dos Estudos Culturais quanto a sua perspectiva das *identidades* (em meio a diversidade) trouxe a *multiplicidade de experiências*, especialmente de mulheres negras, revelando a limitação da abordagem em sua capacidade de compreensão e intervenção. Uma sofisticação da análise cultural veio com os termos da interseccionalidade, vista como um aprofundamento conceitual, mas também como um desdobramento ou deriva. A interseccionalidade foi desenvolvida por mulheres negras como Kimberlé Crenshaw e Patricia Hill Collins, um dispositivo conceitual da multiplicidade de experiências, mostrando a sobreposição de sistemas de opressão (como gênero, classe e raça) e uma análise mais complexa das estruturas de poder (KYRILOS, 2020).

A noção de interseccionalidade desmontou a satisfação com a noção de identidade diversa, evidenciando que identidades se cruzam e geram experiências únicas e complexas, assim como compreensões sobre a dinâmica de poder e formas de intervenção que entrelaçam práticas culturais, influenciam experiências e oportunidades aos diversos grupos sociais, abrindo transversalidade para as agendas da inclusão e enfrentamento das desigualdades e violências, como os movimentos anticapacitista; LGBT+; indígenas; quilombolas; das pessoas idosas; pela valorização das culturas infantis e juvenis; de articulação dos povos do campo, das florestas e das águas; e pela atenção psicossocial às pessoas em situações de sofrimento psíquico ou transtorno mental. A categoria gênero foi bastante modificada pela diversidade sexual, a categoria classe pelo reconhecimento das populações de rua, povos em comunidades culturais, povos ancestrais e povos originários. A categoria raça

foi modificada para raça/cor e agregada à de etnia, mas também às categorias de nação, diáspora, migrações e globalização. A raça reporta a um conceito socialmente construído, mas etnia reporta características culturais e sociais de um grupo, já nação traz questões de ocupação de território e fronteiras. Grupos sociais sentem, mas, sobretudo, sofrem (*páthos*), agressões e violências por serem quem são de modo muito profundo.

Quanto às experiências afetivas, a vivência das pessoas em discriminação racial é intensa, intensidade semelhante ou ainda maior é vivida pelas pessoas travestis, vidas transfemininas e vidas transmasculinas. Vidas que evidenciam a imposição binária de vidas e humanidades, não passando, contudo, da imposição de uma representação cultural. Além de entender mais sobre racismo, é preciso entender mais sobre a LGBT+fobia. No campo das experiências afetivas, se apresentam os abalos à saúde mental e suas repercussões em suicídios, homicídios, quadros depressivos e de ansiedade, uso problemático de álcool e outras drogas. É preciso conversar sobre e problematizar as conexões com a cidade e suas instituições e com os territórios e suas redes onde a vida transcorre, como em uma "pedagogia da cidade" (ou "educação do lugar"):

> [...] Uma educação do lugar deve ter a potência de transformação que abra clareiras de vida na cidade, que constitui lugares na cultura. Lugares que possam nos ensinar a singularidade, a alteridade, a confiança e o acolhimento: amar o devir, amar a transmutação, amar o estranhamento, ousar correr o risco de afirmar a vida (CARVALHO-DA-SILVA; CECCIM, 2015, p. 18).

O amadurecimento da sensibilidade para com o tema da diversidade e interculturalidade coloca a inclusão e a resistência às iniquidades e violências como uma conquista recente. A luta contemporânea é por um processo de *decolonização cultural*, de contestação dos binarismos, de derrubada das discriminações, segregações e estigmas. Conforme Maria Manuel Baptista, o contemporâneo coloca a necessidade de observar as "desterritorializações

da cultura, os movimentos transnacionais de pessoas, bens e imagens". Para a autora, "neste domínio tem sido ainda objeto de pesquisa a nova sociedade em rede, fenômenos de terrorismo, choques civilizacionais, a crise ambiental global, entre outras temáticas" (BAPTISTA, 2009, p. 457).

Tecedura cotidiana de uma formação em saúde mental desde a mudança

Aquilo que foi vivido é portador de experiências e afetos, atualizando o existir e configurando as dimensões estéticas da vida. Cada vivência traz o imediato de uma relação, mas também a rede de significados onde nos inscrevemos e uma margem de incomensurabilidade que pode romper essa rede de significados para a criação de mundos possíveis. A vivência é aquilo que está em associação com o *páthos*, o sentir intensivo de algo, também designado por estar-com, viver-com ou sentir-com, significando "estar presente" quando "algo acontece" (LEVIN-BORGES, 2024). A formação em saúde traz no seu bojo as ideias de desenvolvimento de competências e habilidades, de treinamento e de estágio, de internato e residência, isto é, uma variedade de cenários implicando aprendizagem prática e, principalmente, experimentação.

É a experiência que gera competência, mas a experiência é experimentação do corpo e pensamento, é como *páthos* (padecer a experiência, vivê-la em seu corpo). Jorge Luiz Viesenteiner discutiu em sua tese de doutorado as noções de "experimento" e "vivência", explorando que *páthos* traz a etimologia de paixão, afeto, dor e sofrimento. Para o professor de filosofia, o *páthos* está em imediata ligação com a vida, trata-se de algo profundamente significativo àquele que padece e se furta à instrumentalização da razão, ou seja, trata-se de sentir ou suportar algo em meio às dores (VIESENTEINER, 2013). Nas artes, a "experiência de uma vivência" envolve especialmente os órgãos dos sentidos e os fluxos de sentido que a margem do sentir nos oferece,

retirando o corpo que habita uma rede de significados de seu costumeiro para o fluxo de redes inéditas de significados, como se o habitar de sentidos costumeiros fosse, então, desalojado e tivesse de iniciar uma nova habitação, inédita, ainda que por alguns instantes, posto que, uma vez experimentada, uma vivência lança um vetor "aos possíveis" (campo de possibilidades). Na arte, uma experiência de *habitação* é lançada aos espectadores e, espera-se, provoque um plano de sentidos. Ela busca criar uma experiência *poiética* que convide o público a participar da obra.

Com as competências e habilidades em saúde, espera-se, muitas vezes, a experiência de um habitar produtor de *habitus*, uma experimentação de tal forma identitária que o resultado seja a produção de um especialista, de um morador típico do lugar, com as roupas e as armas próprias de quem "nasceu para aquele lugar", domina-o e se torna um guia para quem provisoriamente tiver também de habitar aquele lugar. Contudo, se um habitar fizer das vivências não um especialista, mas um vivente, lhe toca "viver experiências".

Novamente com as artes, a vivência é a oportunidade de desenvolver conteúdos e uma "grafia própria"; por isso, a coreo-grafia na dança ou a carto-grafia na arte de fazer mapas. Vamos destacar, por um instante, a diferença entre grafia e grafema, entre grafia e gravura, para *contestar* a rede de significados da saúde, onde a grafia está colada em radio-grafia, tomo-grafia, eco-grafia, mamo-grafia... A grafia é a forma de "representar" palavras, enquanto o grafema é a unidade mínima de escrita que "apresenta" os sons da fala e dá origem a palavras ou germina palavras. A gravura é uma arte artesanal; o artista assina a gravura, sendo um processo indireto de criação. É desse debate que instigamos das biografias aos biografemas (outro histórico de vida, capaz de revirar a anamnese) ou das grafias visuais dos diagnósticos por imagem às gravuras (outra visualidade dos corpos, capaz de ver o invisível).

Luciano Bedin da Costa, psicólogo, e Heloisa Germany, artista, ambos professores na educação em saúde mental, nos oferecem instigantes desafios. Ele, o desafio de partir das "narrativas biográficas" às "biografemáticas" e,

ela, o desafio de partir das "mamografias" às "mamogravuras". Ele nos faz escorregar por uma linha de fuga às anamneses, portadoras da história de doença pregressa, história da doença atual e histórico familiar, encontrando séries disjuntivas. Ela nos faz escorregar por outra linha de fuga, ela torna visível não o oculto (sob as camadas de pele ou tecido muscular, por exemplo), como nas mamografias, mas o invisível (aquilo que ecografias, tomografias, radiografias não possuem tecnologia de visibilização).

Ele sugeriu das biografias aos biografemas (com base em Roland Barthes) e ela sugeriu das mamografias às mamogravuras, entregando o exame das mamas à produção artística das mulheres com imagens de seus corpos (GERMANY; CECCIM, 2025). Ele sugere escrever o histórico biográfico com uma estratégia biografemática, portanto, ao contrário de registros que supõem contar a realidade até mais real do que a própria experiência das pessoas (a anamnese como representação produzida por quem a recolhe), a aposta recai sobre as ficções, que compõem o narrar próprio do que é fragmentado e errante (é da relação com aquele sobre o qual escrevemos que eclode o biografema), ao invés daquilo que é explicativo, aquilo que é impreciso, fragmento, paradoxo e fugidio (BEDIN-DA-COSTA, 2010).

Como *desabitar* as grafias para tocar os grafemas ou as gravuras? Como desabitar as *matrizes* para habitar os *matriciamentos*? São perguntas para a formação em saúde ou poderiam sê-lo. Tomar as grafias como descoberta de caminhos em "atos vivos de escrita" (da vida, das sensações, dos sintomas, dos sentidos) e as gravuras como "atos vivos de uma imagem corporal" seria como escapar das representações (os *habitus*, os sentidos costumeiros ou os padrões da saúde perfeita) e encontrar-se com as apresentações (os corpos em atos de vida). Escapar do que se representou para agir nos encontros e topar contatar com aquilo que se apresenta é uma margem possível na formação em saúde? O estágio, o internato e a residência em saúde são espaços de *formação*, não apenas de *replicação* dos atos padronizados ao assistir, atender, escutar, acolher (AMORIM; CHARNEY; CECCIM, 2014). A "formação" é a oferta

de reprodução da "matriz" de profissionais por repetição dos modelos para profissões e especialidades ou é a oferta de "matriciamento" para profissionais em busca de balizas à invenção, à criação de linguagem viva para o encontro com usuários individuais ou coletivos de suas ações de cuidado?

Nas grafias-grafemas ou grafias-gravuras o aprendiz (o estudante em saúde) ou o fruidor (o usuário) é convidado para vivenciar e experimentar uma realidade *poiética*, não uma realidade dada, mas uma realidade em *poiésis*, em trabalho artesanal, em realidade "por vir", não uma realidade em "marcha à ré". Na *habitação* da vivência e experiência, integram-se elementos da realidade em produção, não apenas a busca de representação de realidades sabidas sobre os fatos em leitura; integra-se linguagem e invenção de língua. O aprender se torna construcionismo: recriar em si mesmo o saber e criar saberes.

No ensino da saúde, no Brasil, a invenção do VER-SUS tem esse corte: vivenciar e experimentar a realidade (criativa) do sistema de saúde "em terreno" (ou "nos terreiros", onde só existem matrizes de sentidos, não a repetição de sentidos). As cenas resultantes refletem algo "sensacional", "sentimental", "artesanal", "presencial" e "patológico" (*páthos*-lógico). VER-SUS é a sigla da invenção brasileira das Vivências e Experimentações na Realidade (VER) do Sistema Único de Saúde (SUS), por isso VER-SUS, criado como programa de aprendizagens articulado entre instituições formadores, sistema de saúde e o movimento estudantil organizado (MENDES et al., 2012). Outra invenção brasileira são as Residências Integradas em Saúde (RIS), que a semelhança da residência médica, conhecida em outros países, reúne recém-formados de diversas categorias profissionais para uma experiência especializada pelo período mínimo de dois anos de convivência no interior dos serviços de assistência clínica do sistema de saúde, com vivências de equipe multiprofissional e aprendizagem interdisciplinar (CECCIM et al., 2010), desenvolvendo competências colaborativas interprofissionais e frequentando práticas de educação interprofissional (CECCIM, 2018; PEDUZZI et al., 2013).

O aprendiz pode ler e escrever seus aprendizados de muitas maneiras diferentes e oferecer aos usuários muitas maneiras diferentes de ler a si mesmo. Essa relação de encontro, orientada pela "ética do cuidado", "ética do sentir-com/estar-com", "ética da presença viva e sensível", representa teceduras de uma clínica do cuidado, e dela participam não apenas profissionais de saúde, mas artistas e artesanias. Também a formação em saúde pode ser a tecedura das práticas cuidadoras, não apenas (muito menos) a imposição de matrizes de competência.

A tecedura cotidiana da formação é artesanal e pode ser o "persistir na alegria da formação", a insistência em tempos da duração, não da representação (que seja infinito enquanto dure, por exemplo, quer dizer ilimitado à criação). A alegria da formação é a formação como criação de tempo, de mundo, de si, de entornos, de encontros. A formação é habitar um lugar atento às "ofertas sensacionais" do lugar e criar suas gravuras, criar suas grafemas, que mostrem as influências e matriciamentos de seus "habitantes" (trabalhadores, usuários, território).O objetivo não é "representar" uma biopolítica, habitar um sentido fiel, mas, tal qual uma "residência artística" para Pina Bausch (CALDEIRA, 2009), tentar "ver" (vivenciar e experimentar a realidade) de outra maneira, sob diversos outros ângulos, de contaminar-se por algo que está fora do habitat (o lá), pois um habitar (o aqui).

Uma vivência e experiência em saúde faz a ligação imediata com a vida (ou melhor, com o viver), de modo que não se vivencia e experiencia algo por meio do "legado de uma tradição" e daquilo "que se ouviu falar"; o habitar tem o caráter de imediatez, em ato com a vida. Conforme Viesenteiner, analisando o conceito de vivência em Nietzsche, "o que é vivenciado deve ter uma intensidade de tal modo significativa, cujo resultado [confira] uma importância que [transforme] por completo o contexto geral da existência"; assim, aquilo que deveria caber na fórmula "o que se vivenciou" classifica aquilo que, "no curso da vivência imediata, ganhou duração e significabilidade para o todo de um contexto de vida, enquanto seu produto mediato" (VIESENTEINER, 2013, p. 142-143).

Numa lógica da razão em detrimento de uma lógica da sensação, a experiência sai esvaziada. Na ciência positivista, a experiência designada por "singular" seria o "irrelevante", o excepcional, enquanto a "evidência" seria aquilo que se repete e predomina, isto é, configura um padrão e, por isso, é o "relevante". Em uma lógica sensacional, a vivência é propriamente *páthos* (uma *pathos*lógica)[8], ou seja, padecimento da travessia por sensações, sentimentos, "paixões alegres". As paixões correspondem ao *páthos*, aquilo que nos passa, nos toca, nos afeta ("acomete"), são alegres na medida em que nos compõem melhores, mais construtores de futuros inclusivos, de um presente "germinativo" e de um passado que se encontra com as antecedentes criações de vida, não a história das discriminações, exclusões, preconceitos e estigmas, mas a história das disrupturas, renovações do pensamento e do corpo, a boa luta pelas liberdades.

As afecções não nos trazem consciência plena daquilo que nos acontece; uma experiência do tipo *páthos* não é imediatamente consciência, é imediatamente vivência, ou seja, o padecimento da experiência. Viesenteiner (2013, p. 151), com base na "Genealogia da Moral" e em "Humano demasiado Humano", compõe uma referência em Nietzsche para constituir uma provocação, que trazemos como uma paráfrase, não uma citação: as chamadas "vivências", quem de nós pode levá-las a sério ou ter tempo para elas? Nas "experiências presentes", estamos, costumeiramente, "ausentes"; nelas, não temos nosso coração, para elas não temos ouvidos, ou não oferecemos nosso corpo. O que foi que vivenciamos? Ou: quem somos realmente? Nas ofertas VER-SUS, a legenda era "presença de *corações* & *mentes*".

No lugar da experiência intensiva, antes de vivê-la ou na desestabilização que ela provoca, sem que deixemos que ela nos acometa, colocamos "conceitos

8 A música "Body Corpo", de Arnaldo Antunes e David Byrne (2025), explora a conexão entre sensações físicas e experiências mentais. Ela usa a sucessão de experiências corporais para destacar a vivência mental. Letra: what happens in the eye / goes through your head / what happens on the arm / goes through your head / what happens on the leg / goes through your head / what happens on your skin / goes through your head / boby body body body body body body / what happens in sex / goes through your head / what happens in the jungle / goes through your head / what happens in the room / goes through your head / what happens in your dream / goes through your head / boby body body body body body body / what happens in the shadows / goes through your head / what happens in the book / goes through your head / what happens in your heart / goes through your head / what happens in the sun / boby body body body body body body.

plenos", da clínica ou da sociedade (da clínica ampliada ao materialismo histórico-dialético, por exemplo). Grande parte da população, contudo, pouco está interessada nessas vivências, sequer se deixando expor (como aqueles interessados nas áreas de negócios, agroindústria ou comércio), mas aqui estamos falando da formação em saúde, do habitar em cenários de cuidado à saúde mental, do acolher diversidades e pluralidades culturais para aplacar sofrimentos, aflições e dores.

Nas experiências de formação em saúde, especialmente as multiprofissionais, como o VER-SUS e as RIS, uma pluralidade de composições é possível; um persistir nas "vivências alegres" é animador. A colaboração interprofissional configura refúgio para a mudança dos processos formativos e assistenciais. As formações em saúde, mesmo quando específicas por categoria profissional, mas em cenário do sistema público de saúde, este necessariamente multiprofissional, têm a oportunidade da educação e prática em torno dos potenciais germinativos da interculturalidade e da aprendizagem pela alteridade.

Após o impacto da maior emergência de saúde coletiva do contemporâneo, a pandemia resultante do surgimento de um novo coronavírus, o Sars-CoV-2, tudo aquilo que estava rotinizado se desestabilizou. A emergência nos exigiu uma nova e urgente presença ativa, e só foi possível apreender no próprio trabalho o que seria cuidar, escutar, atender. Em muitos serviços, as residências lá estavam e lá compuseram criações.

A Residência Integrada em Saúde se conceitua pelo treinamento em serviço sob supervisão, modalidade de educação profissional pós-graduada realizada em ambiente de trabalho, de modo a atender à institucionalização e à regulamentação das atividades de aprendizagem e aquisição – em serviço – de competências e habilidades especializadas no campo profissional da saúde, uma responsabilidade do poder público e uma tarefa precípua dos serviços que integram a rede pública de saúde. Dispor de um programa institucional de vivências-experimentações e de um programa institucional de residências integradas em saúde financiado pelo poder público é de suma importância

para o estabelecimento de uma rede educadora na área da saúde, permitindo a elevada qualificação para o cuidado e atenção integral e para a gestão e gerência do sistema sanitário. Convém apontar que as vivências-experimentação e as residências consistem em modalidade de ensino orientada para o trabalho, realizada em serviço, considerado o próprio sistema de saúde como cenário de formação dos trabalhadores para o setor.

Tecedura cotidiana da pesquisa em saúde mental desde a mudança

Longarezi e Silva (2013, p. 215) lembram que, "embora se reconheça a positividade da utilização da pesquisa como dispositivo de formação, a sua inserção e integração no âmbito do trabalho [...] não tem sido fácil". Para os autores, a pesquisa-formação costuma ser usada na educação continuada dos profissionais, uma forma de produzir conhecimento estudando a realidade com a participação dos próprios interessados.

Ceccim e Kreutz (2016, p. 30) sugerem a pesquisa-colaborativa, pesquisa comprometida com o desenvolvimento de intervenções formativas que pode começar como a "prospecção de histórias para contar", as quais podem se tornar "caldos de cultura". Para os autores, os pesquisadores implicados com a formação recolhem suas perguntas junto aos grupos que se beneficiarão de seus resultados, usando de rodas de conversa que escutam histórias de sucesso, insucesso, descoberta, criação e aflição. Organizam a escuta e devolvem ao grupo para debate sobre possíveis saberes a construir ou difundir. Esse tipo de pesquisa inclui a formação e preserva de modo importante a extração de conhecimentos não popularizados. Essas rodas de conversa funcionariam como "caldos de cultura", onde o trabalho com as possíveis perguntas de pesquisa amadurece em meio ao debate, ele próprio formativo por seu eventual grau de desnaturalização de posições e interpretações relativas à realidade: o que foi incluído, o que foi

excluído, o que ganhou visibilidade e o que ficou na invisibilidade? Enquanto as perguntas de pesquisa amadurecem, o pesquisador já está em campo, os pesquisados já estão implicados em uma espécie de pesquisar-com. O "caldo de cultura" também se torna caldo de desnaturalização das culturas vigentes entre os participantes e o pesquisar-com se torna pesquisa-formação na mesma medida: educação para a alteridade. Neste desenho de pesquisa, a pesquisa não identifica representações, ela opera realidades e o relatório de pesquisa expressa os caminhos de pensar e sentir do grupo.

A pesquisa ganha vigor e rigor ao fazer ver em ato e ao recolher realidades em movimento, acolhendo que realidades se movem. Essa formação em ato é, em si mesma, intervenção, interferência na realidade. Note-se que se espera de qualquer pesquisa social que ela possa interferir em favor de mudanças na realidade, com uma espécie de aplicação de seus resultados. Por que os resultados não podem acontecer em ato e ainda por cima contemplar a construção do conhecimento com os beneficiários do conhecimento produzido? Não a *aplicação* do conhecimento, mas a reverberação do conhecimento. Para a citada noção de pesquisa-colaborativa, a organização das perguntas é um processo dialógico de "prospecção" e cada roda de conversa funciona como "círculo dobradiça" (as representações são dobradas, desdobradas, plissadas, alisadas até perderem seu molde prévio).

Os desenhos investigativos da pesquisa-ação, pesquisa participante, pesquisa-intervenção, pesquisa coletiva e pesquisa colaborativa foram sumarizados por Longarezi e Silva (2013), mas Selma Garrido Pimenta (2005), por exemplo, ao declarar a insegurança de seu grupo com a tradição da pesquisa-ação e da pesquisa-colaborativa, propôs a pesquisa-ação crítico-colaborativa. A pesquisadora relata a consideração das questões relacionadas ao processo de interação entre a equipe de pesquisadores e a equipe pesquisada, onde se colocava a superação de determinados conflitos, a natureza da reflexão possível e o conhecimento empreendido pelos implicados quanto às suas práticas. Mediante à reflexão colaborativa, o grupo se tornava

capaz de problematizar, analisar e compreender suas próprias práticas, produzir significado e conhecimento. Importante sinalizar que a aquisição de conhecimento possibilitava orientar o processo de transformação das práticas, gerar mudanças na cultura, criar comunidade de análise e de investigação, promover o crescimento pessoal, o compromisso profissional e práticas organizacionais participativas e democráticas.

O componente "crítico-colaborativo" era aquele que dava à pesquisa-ação o lugar de "intervenção". Gilles Monceau (2005) esclarece a diferença entre "intervenção" e "ação", em que pese a possível sinonímia em muitos casos. Na intervenção, "o pedido refere-se de início à análise em situação, frequentemente por ocasião duma crise em um estabelecimento ou uma organização ou, ainda, de um mal-estar mais difuso sentido por profissionais". Espera-se dessa intervenção de intenção analítica, "que provoque uma renovação da percepção que os indivíduos possuem da realidade social em que estão envolvidos". Assevera o autor: "a intervenção produz conhecimentos". Sumariza que "as práticas de intervenção e as práticas de pesquisa-ação participam de uma mesma dinâmica em que se integram psicologia social, psicossociologia, sociologia e análise institucional". Pesquisa-ação e pesquisa intervenção enfrentariam desafios semelhantes e "as maneiras pelas quais seus protagonistas pensam sobre elas frequentemente se cruzam e suas origens se mesclam" (MONCEAU, 2005, p. 469). Na síntese de Tripp (2005, p. 447), "a pesquisa-ação é uma forma de investigação-ação que utiliza técnicas de pesquisa consagradas para informar a ação que se decide tomar para melhorar a prática", mas opta por agregar à definição que tais técnicas de pesquisa "devem atender aos critérios comuns a outros tipos de pesquisa acadêmica, isto é, enfrentar a revisão pelos pares quanto a procedimentos, significância, originalidade, validade etc.

Esse percurso vem como uma maneira de refletir sobre a finalidade ou o poder da pesquisa na condição de conectar produção de informação nova, formação de atores da implicação e intervenção sociocultural. A

pesquisa é um meio importante para o processo de intervenção na cultura, na formação crítico-reflexiva pessoal e profissional e na produção de práticas educativas e assistenciais onde exista a emergência do outro, o acolhimento da interculturalidade e a capacidade de enfrentar o sofrimento em saúde mental. É, nesse sentido, a formulação do dispositivo pesquisa-formação-intervenção.

Cumpre ressaltar que este tipo de pesquisa atende a uma finalidade maior de promover a formação e interferir positivamente na realidade do que coletar dados. Nessa perspectiva, a pesquisa se conduz mediante a promoção de situações em que os próprios atores da implicação possam desenvolver e produzir saberes sobre suas práticas. Os pesquisadores formais articulam esses saberes à compreensão do contexto e à configuração dos significados que dão suporte às práticas e relações. Longarezi e Silva lembram que "esse não é o fundamento metodológico, ideológico e político de muitas pesquisas", mesmo que em seus argumentos declarem esse sentido. Os autores dizem, então, que "o conhecimento produzido nem sempre é revertido em melhoria da qualidade da educação e da sociedade, de forma a respeitar a igualdade e a equidade das coletividades, inclusive na sua relação com o meio" (LONGAREZI; SILVA, 2013, p. 216).

No que tange à pesquisa científica, a pesquisa-formação-intervenção representa um processo de triunfo sobre as formas convencionais de pesquisa e de formação. Tradicionalmente, as pesquisas se reduzem às representações e os informantes são amostras. O interesse de conciliar pesquisa, formação e intervenção tem em vista transformar a realidade e colocar em curso processos ampliados de pensamento e crítica. Tal proposta investigativa pressupõe a superação dos paradigmas científicos e metodológicos da modernidade, não no sentido de abandonar outros desenhos, mas de considerar uma direção do pensamento à formação de pessoas e conformação de práticas educativas e assistenciais ante a diversidade humana e a pluralidade cultural, com relações mais interdisciplinares e interculturais.

Se para a pesquisa de modo geral é difícil a ruptura com a busca pelas representações e explicações, a pesquisa-formação-intervenção pode situar-

se no lugar híbrido e cumprir as tarefas de ação, intervenção, colaboração, formação continuada e educação permanente, seja para o desenvolvimento de trabalhadores de saúde seja para o desenvolvimento institucional da rede sanitária e, ainda, para a mudança de paradigmas na educação formal de profissionais e de pesquisadores. Nesse sentido, implicar-se com o movimento de reconhecimento dos direitos sociais e culturais dos povos originários e das comunidades quilombolas, articular-se com os amplos e variados movimentos de luta por direitos e em disruptura com as negligências, preconceitos, discriminações e estigmas, tal como acontece com os grupos sociais em diversidade étnica, regional, de gênero, sexual, de gerações, de condições físicas e psicológicas.

A "desnaturalização", basal à pesquisa-formação-intervenção, certamente enfrenta fortes oposições na ciência hegemônica, disfarçada que é de isenção ideológica, política e social. Bruno Latour criticou essa ciência dominante ao alertar que o conhecimento científico é um produto de processos sociais e políticos, construídos em redes de atores humanos e não humanos. Ele demonstrou que a produção de "fatos científicos" é um processo de normalização e estabilização que apaga as condições materiais e objetivas de sua geração. O autor desafiou a separação entre ciência e sociedade e a visão de um conhecimento neutro, defendendo a teoria do ator-rede e abordagens que reconhecem a política inerente à produção do saber. Latour detalha como pesquisadores e pesquisas somente existem em seus padrões de inscrição. As condições de possibilidade de qualquer pesquisa têm poder de agência, o que significa dizer que objetos e métodos estão associados de tal modo "que fazem outros atores fazerem coisas" (LATOUR, 2012, p. 158).

Uma pesquisa-formação-intervenção não isola termos, rompe com os dualismos e nega todos os binarismos, uma vez que todo ator só existe em rede. A realidade somente pode ser narrada, não explicada. Fleuri (2003) trouxe um exemplo sobre a cultura sexual, o agir masculinamente ou femininamente e a divisão rígida entre homo e heterossexual, citando "Jovens gueis, aids e educação: da fabricação política de vulnerabilidade na escola", de Nilton Poletto

Pimentel, apresentado na 25ª Reunião Anual da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Eduvação(PIMENTEL,2002). O exemplo sugere um cenário de escola: relações sexualizadas entre professoras(es) e alunos(as), professoras lésbicas, merendeiras sedutoras, guardas bissexuais, pais gays, relações que os alunos estipulam em suas comunidades com a parentela, vizinhança ou amizades com práticas homoeróticas, televisão, temas escolares e das mídias ligados ao campo da sexualidade, ou seja, nenhuma identidade sexual existe "sem negociação ou construção, pois toda identidade sexual é um constructo instável, mutável e volátil, uma relação social contraditória e não-finalizada" (FLEURI, 2013, p. 28).

Conclusões

A formação não é um processo cognitivo-racional, é uma vivência corporal e uma experiência física. Aprende-se como todo o corpo ou não se apreende o contato com a alteridade e não se adquire a interculturalidade, competências de sentir-viver (páthos). A alteridade e a interculturalidade requerem vivenciar-experimentar para aprender. A pesquisa-formação-intervenção apresenta-se como uma abordagem disruptora e necessária diante da produção de conhecimento implicada com transformação (desnaturalização, problematização). Ao integrar pesquisa, formação e intervenção, supera modelos tradicionais e propõe uma prática investigativa capaz de promover mudanças reais nas práticas educativas, assistenciais e culturais.

A formação em saúde mental envolve interdisciplinaridade (campo do conhecimento, da razão e cognição) e interprofissionalidade (campo da colaboração, das práticas e dos afetos). A formação e pesquisa assim ensejadas valorizam o protagonismo dos atores implicados, a ação territorial, o reconhecimento das experiências vividas na direção de um estar-com e de um pesquisar-com. Além disso, ao romper com dualismos e binarismos, a

formação e a pesquisa reafirmam o papel da construção ativa de conhecimento e ativa produção de saberes. O protagonismo sob formação participante e a pesquisa colaborativa promove ambientes mais democráticos, dialógicos, inclusivos e capazes de resistência às iniquidades e violências.

Por fim, é fundamental que formadores e pesquisadores se reconhecem responsáveis pelos vetores e direcionalidades do ensino e investigação que ensejam, comprometendo-se com abordagens com efeito de diferença, favoreçam a implicação e promovam a colaboração, visando a construção de competências e habilidades para práticas mais justas e sensíveis ao outro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM, A.; CHARNEY, A.; CECCIM, R. B. Percursos para a produção do aprender e atender na Atenção Básica desde a gestão estadual do sistema de saúde. In: FAGUNDES, S. M. S.; AMORIM, A. S. L.; RIGHI, L. B.; HEINZELMANN, R. S. (org.). **Atenção básica em produção**: tessituras do apoio na gestão estadual do SUS. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. p. 315–329.

ANTUNES, A.; BYRNE, D. Não dá para ficar parado aí na porta. In: **Novo Mundo**. [Música]. Mídia de gravação, 2025. Disponível em: https://lyrics.lyricfind.com/lyrics/arnaldo-antunes-nao-da-para-ficar-parado-ai-na-porta. Acesso em: 30 ago. 2025.

BAPTISTA, M. M. Estudos culturais: o quê e o como da investigação. **Carnets**: revue électronique d'études françaises de l'APEF, Première Série, n. 1 (n. esp.), p. 451–461, 2009. Disponível em: http://journals.openedition.org/carnets/4382. DOI: https://doi.org/10.4000/carnets.4382. Acesso em: 30 ago. 2025.

BARKER, C. **Cultural studies**: theory and practice. 2. ed. London: Sage, 2005.

BEDIN-DA-COSTA, L. O destino não pode esperar ou o que dizer de uma vida. In: BEDIN-DA-COSTA, L.; FONSECA, T. M. G. (org.). **Vidas do fora**: habitantes do silêncio. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2010. p. 47–69.

CALDEIRA, S. As residências de Pina Bausch. **O Percevejo**, v. 1, n. 1, p. 2–14, 2009.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1739–1749, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0477.

CECCIM, R. B. et al. Residência integrada multiprofissional em saúde mental coletiva: educação pós-graduada em área profissional da saúde realizada em serviço, sob orientação docente-assistencial. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (org.). **Residências em**

saúde: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 127–144.

GERMANY, H.; CECCIM, R. B. Mamogravuras: interação, arte e saúde antes da pandemia. In: CECCIM, R. B. et al. (org.). **Pandemia e residências em saúde**: interações afetivas e persistência do sensível. Porto Alegre: Rede Unida, 2025. p. 28–48.

KYRILLOS, G. M. Uma análise crítica sobre os antecedentes da interseccionalidade. **Revista Estudos Feministas**, v. 28, n. 1, e56509, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n156509.

LATOUR, B. **Reagregando o social**: uma introdução à teoria do ator-rede. Salvador: EDUFBA, 2012.

LEVIN-BORGES. **Políticas da presença**: em tempos de neoliberalismo e neofascismo. Rio de Janeiro: Caravana, 2024.

MENDES, F. M. S. et al. VER-SUS: relato de vivências na formação de Psicologia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, n. 1, p. 174–187, 2012. DOI: https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000100013.

MONCEAU, G. Transformar as práticas para conhecê-las: pesquisa-ação e profissionalização docente. **Educação e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 467–482, 2005. DOI: https://doi.org/10.1590/S1517-97022005000300010.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 4, p. 977–983, 2013. DOI: https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029.

PIMENTEL, N. Jovens gueis, aids e educação: da fabricação política de vulnerabilidade na escola. **In**: REUNIÃO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM EDUCAÇÃO, 25., 2002, Caxambu. **Anais eletrônicos** [...]. Rio de Janeiro: ANPEd, 2002. Disponível em: http://25reuniao.anped.org.br/tp25.htm. Acesso em: 24 maio 2024.

PIMENTA, S. G. Pesquisa-ação crítico-colaborativa: construindo seu significado a partir de experiências com a formação docente. **Educação e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 521–539, 2005. DOI: https://doi.org/10.1590/S1517-97022005000300013.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 443–466, 2005. DOI: https://doi.org/10.1590/S1517-97022005000300009.

VIESENTEINER, J. L. O conceito de vivência (Erlebnis) em Nietzsche: gênese, significado e recepção. **Kriterion: Revista de Filosofia**, v. 54, n. 127, p. 141–155, 2013. DOI: https://doi.org/10.1590/S0100-512X2013000100008.

CAPÍTULO 10

PROCESSOS FORMATIVOS EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: INTERROGANDO SUJEITOS, PRÁTICAS, CONCEITOS E SABERES

Marco José de Oliveira Duarte e Sabrina Pereira Paiva

Porque a cabeça da gente é uma só, e as coisas que há e que estão para haver, são demais de muitas, muito maiores diferentes, e a gente tem de necessitar de aumentar a cabeça, para o total. Todos os sucedidos acontecendo, o sentir forte da gente – o que produz os ventos. Só se pode viver perto de outro, e conhecer outra pessoa sem perigo de ódio, se a gente tem amor. Qualquer amor já é um pouquinho de saúde, um descanso na loucura
(GUIMARÃES ROSA, 1985, p. 291).

Introdução

Este capítulo objetiva uma reflexão crítica a partir da experiência de dois trabalhadores-docentes-militantes envolvido com a formação, o trabalho e a pesquisa em saúde mental no campo da atenção psicossocial, que por algumas longas décadas questiona a cristalização dos processos formativos universitários e o cotidiano da micropolítica do trabalho da produção do cuidado na rede de atenção psicossocial - RAPS, conforme

a portaria GM/MS nº. 3.088 /2011 (BRASIL,2011), da política pública de saúde mental brasileira.

Nesse emaranhado de linhas, de pistas, de aprendizagens, que ocorrem via campos de estágios supervisionados, nas disciplinas e seus projetos pedagógicos, nos cenários das residências multiprofissionais em saúde mental, nas supervisões clínico-institucionais e territoriais junto aos trabalhadores no seu cotidiano, a importância de nos interrogarmos sobre o processo formativo sempre veio à tona. Pensar sobre o processo formativo no sentido teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo, não é de hoje e não é modismo, e se alinha à recusa em produzir respostas unilaterais para os contextos que envolvem a relação entre formação-serviço-rede-território. Assim, implica em apostarmos em uma perspectiva coletiva, colaborativa e interprofissional.

Este capítulo aponta para esta experimentação teórico-prática, na ampliação e problematização de determinados conceitos e modelos ao tratar sobre a formação em saúde mental. Partindo da perspectiva crítica e antimanicomial, em sua proposta de alinhamento às lutas antirracistas, feministas, anticapitalistas e de defesa e fortalecimento dos direitos humanos e das possibilidades de existências diversas e plurais, algumas questões precisam se manter como norteadoras para processos formativos: Como compreendemos o adoecimento/sofrimento mental? Quais são as matrizes disciplinares, teóricas, metodológicas e éticas que nos orientam ao olharmos para os sujeitos em tratamento na rede de atenção psicossocial? Quem são os sujeitos que buscam os serviços da RAPS do sistema de saúde? Como organizamos o cuidado em saúde mental no cotidiano dos serviços que compõem a RAPS?

Importante registrar que para estas questões não existem respostas únicas e perenes, mas diálogos e disputas entre sujeitos que operam a partir de diversos contextos institucionais, pessoais (por exemplo, dimensões de gênero, raça, classe, sexualidade etc) e campos disciplinares, que implicam em dissidências, desigualdades, e também em busca de construção de possíveis consensos em torno de projetos comuns.

Historicamente, se consideramos o processo social complexo da Reforma Psiquiátrica na perspectiva da luta antimanicomial, é possível percebermos tais consensos e as tensões produzidas nos territórios institucionais e redes societárias diversas quando se trata de desconstruir a hegemonia dos discursos e práticas biomédicos, da psiquiatria biologicista e o poder da indústria farmacêutica mundial nesta área. Salientamos que foram os trabalhadores, usuários e familiares, ou seja, um coletivo que fez emergir novos modos de produção do cuidado em saúde mental.

É neste contexto que foi necessário rever e fundar uma outra perspectiva formativa para este novo trabalho em saúde mental, no cuidado e no lidar com o sofrimento mental, como também na produção de novas pesquisas e de saberes no campo da atenção psicossocial, no contexto de produção social do SUS e da própria política pública de saúde mental, álcool e outras drogas pelo Estado brasileiro.

Não podemos deixar de pontuar que o período que se seguiu à década de 1990, foi marcado pela lógica neoliberal de (des)construção do SUS, de forma irregular e contraditória, porque atendendo a demandas e interesses diversos e inconciliáveis. Também devemos considerar o recrudescimento do conservadorismo, que traz sérios abalos e retrocessos à luta antimanicomial, colocando em xeque não somente a proposta da reforma psiquiátrica brasileira, mas a garantia de políticas públicas alinhadas à perspectiva dos direitos humanos e da justiça social, no âmbito mais geral.

Tal perspectiva imprimiu e convocou trabalhadoras/es, gestoras/es, docentes, estudantes e residentes da área da saúde mental, assim como usuárias/os, familiares e parcerias diversas, a interrogar a formação para o trabalho em saúde mental nos cenários de práticas, com foco no cuidado em liberdade e no fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Entendemos como urgente a tarefa de alinharmos as pautas da luta antimanicomial, com aquelas dos movimentos sociais antirracistas, dos feminismos, especialmente, negro, decolonial e queer, das populações quilombolas, indígenas, ciganas e LGBTQIAPN+.

Neste capítulo-diálogo nos propomos a elaborar sobre a formação para a atenção psicossocial na perspectiva da luta antimanicomial a partir de dois eixos: 1. O que entendemos como a formação crítica em saúde mental e atenção psicossocial; 2. Como, ao apostarmos nas diferenças, na interlocução entre saberes e sujeitos, estamos inventando e produzindo caminhos formativos na perspectiva interdisciplinar e interprofissional.

A formação crítica em saúde mental e atenção psicossocial: encruzilhadas e embates

O debate instaurado no país, a partir do último terço do século XX, sobre a necessidade de mudanças na formação em saúde está articulado a um movimento mais amplo de crítica ao modelo biomédico, hospitalocêntrico, curativista, individualista e fragmentado do cuidado em saúde, o qual se tornou hegemônico no ocidente no decorrer do século XX. Destaca-se que, quando pensamos em mudanças na formação, reconhecemos que há uma crise do modelo educativo vivenciado até então. Uma crise que se manifesta no plano da oferta e da organização dos serviços de saúde, e no plano da contradição entre a visão hegemonicamente trabalhada no cotidiano dos serviços de saúde, que concebe a saúde e a doença do ponto de vista biologicista, curativista e lucrativo, e a visão da saúde como construção da sociedade, expressão da qualidade de vida, considerando os diversos contextos sociais (PAIVA, 2017). As críticas incluem desde a quantidade à qualidade dos serviços ofertados à população no âmbito dos serviços públicos de saúde, devido às medidas de austeridade fiscal e aos direcionamentos do gerenciamento neoliberal, entre outros aspectos que envolvem, por exemplo, o avanço do conservadorismo, do familismo e até mesmo de conteúdos teocráticos no interior do Estado. Também dizem respeito aos distanciamentos dos setores educacionais e de assistência à

saúde, que geram efeitos sobre a capacidade crítica e reflexiva dos estudantes a respeito da determinação social do processo saúde e doença.

Neste sentido, no campo da formação em saúde mental, em primeiro lugar, destacamos a singularidade da indissociabilidade entre formação-serviço-rede-território nos cenários de prática vividos por múltiplos sujeitos, seja junto a estagiários, seja com residentes, preceptores, tutores, docentes, ou seja, com um coletivo que faz a composição de trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, a tal indissociabilidade não deve ser considerada como uma fraseologia de efeito, mas deve ser um instrumento na direção da construção ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa que se constitui a partir de uma outra relação pedagógica em que todos os envolvidos experimentam e aprendem a produzir saúde, saúde mental, outridade, alteridade, em síntese, cuidado.

Destaca-se que essa formação em saúde mental indissociada e implicada, trabalha com vistas a produzir rompimentos e/ou fraturas no modelo biomédico e, portanto, com o lugar que o mesmo ocupa no cotidiano dos serviços de saúde e, em se tratando de saúde mental, nos hospitais psiquiátricos. Materialidade do modelo manicomial que se encontra na cena da crítica quando se pensa na perspectiva da atenção psicossocial na política pública de saúde mental, álcool e outras drogas no Brasil (DUARTE, 2012).

Ressalta-se que, mesmo com contradições e diante dos contextos de crise econômica, política e social, os Ministérios da Educação e da Saúde, especialmente, a partir dos anos 2000, assumiram formalmente o compromisso com a transformação da educação em saúde. Neste sentido, tem-se um conjunto de modalidades formativas que impactaram real e concretamente a formação em saúde, como a Política Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, com o Pró-Saúde (BRASIL, 2007), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde (BRASIL, 2008a), a Política Nacional de Educação Permanente na Saúde (BRASIL 2004; 2007), além das residências multiprofissionais em saúde, do projeto Vivências e Estágio na Realidade do SUS (VER-SUS), dentre

outras que pactuam gestores e trabalhadores nos serviços de saúde, universidades e o controle social (CECCIM e FEUERWERKER, 2004), além de um novo estatuto legal para os estágios em geral, Lei nº 11.788 (BRASIL, 2008b).

Tem-se afirmado nesses cenários de aprendizagem, que o sistema público de saúde é o ordenador da formação em saúde, e nele ou a partir dele, opera-se a educação em saúde, não de forma abstrata e idealizada de como 'dever ser' o exercício profissional das categorias que compõem o campo da saúde (CAMPOS, 2000), mas no cotidiano micropolítico que acontece o trabalho em saúde (MERHY, 2002; FRANCO; MERHY, 2013).

Portanto, toda a lógica que se desenha nesses cenários de prática, em território nacional, e em diversas experiências exitosas em vários lugares, apontam para uma assertiva, a de que no processo de trabalho em saúde opera-se no encontro entre trabalhador e/ou trabalhador em formação e o usuário, mediado pela gestão do trabalho e da educação na saúde, que é onde se localiza a produção do cuidado, de forma singular, na micropolítica da saúde (FEUERWERKER, 2014).

Ressaltamos, entretanto, que as premissas orientadoras do modelo biomédico ainda se fazem presentes e fortes nos serviços de saúde e nas universidades, tornando ainda mais necessário o diálogo para fora dos muros institucionais estatais ou não, tanto educacionais quanto os serviços de saúde, e a integração de metodologias e epistemologias construídas pelos movimentos sociais e conectados aos saberes populares.

Assim, tomar a produção do cuidado em saúde mental, na formação profissional em saúde mental, que não é só o ensino ou ensino prático, seja de graduação ou de pós-graduação – como as residências, a partir da lógica que a constitui, ou seja, como objeto da integração formação-serviço-rede-território, no tripé ensino-pesquisa-extensão, é afirmar a defesa da constitucionalidade do SUS, seus princípios e diretrizes, oriundos dos movimentos democráticos da sociedade civil em torno de mudanças na saúde e, em particular, do movimento da luta antimanicomial. Portanto, esses cenários de aprendizagens

não são neutros, na medida que eles acontecem em relação aos projetos em disputas, em embates, entre os sujeitos que operam o cuidado em saúde, intramuros, extramuros, no território, na rede, na gestão, no controle social, na política, na formação etc.

A partir desse cenário e contexto, surgem várias questões e interrogações, principalmente, no que diz respeito à formação profissional na saúde, e, em particular, na saúde mental, em que se situam as experiências dos autores deste capítulo. Ao tomarmos organicamente os cenários de práticas em saúde mental na RAPS, implicamos tanto a formação, o trabalho e a produção de conhecimento.

E é nessa aposta da integração e da indissociabilidade (MACIEL, 2010), na perspectiva da direção ético-política e teórico-metodológica necessárias na produção do cuidado em liberdade, que emerge um projeto pedagógico que se pauta, na formação profissional em saúde mental e na relação entre o campo e núcleo de saberes e práticas na saúde mental e atenção psicossocial (DUARTE, 2021). Contudo, não de forma mecânica, instrumental, burocrática e tecnicista, mas no sentido de qualificar, criticamente, esta relação que sustenta e performa os diversos cenários de práticas e de aprendizagens em saúde mental.

A partir dos elementos trabalhados até aqui, a proposta pedagógica para uma formação em saúde mental crítica, pauta-se, portanto, por uma relação de ensino-aprendizagem problematizadora, construída a partir do cotidiano das práticas concretas. Esta proposta se orienta a partir das vivências e situações concretas e práticas definidas como passíveis de problematizações pelo grupo de estudantes e/ou por um deles em particular, em conjunto com os tutores, preceptores, professores, entre outros atores presentes no contexto formativo. Todas as situações cotidianas são passíveis de problematizações: processos de trabalho, perfil dos usuários, des/equilíbrio entre demandas e ofertas de serviços de saúde, intersetorialidade, intrasetorialidade, as intencionalidades dos sujeitos presentes nos territórios e serviços de saúde, os pressupostos teórico-metodológicos, ético-políticos etc.

Nesta perspectiva, concordamos com Abrahão e Merhy (2014), quando chamam atenção para o fato de que a área da saúde está a requerer uma prática pedagógica que inclua outras conexões possíveis para a formação. Ou seja, que abra espaço para uma formação que permita a produção centrada na articulação de diferentes saberes, conhecimentos e aprendizados no território da vivência/experiência das pessoas em seus processos de aprendizagem, partindo deste como sujeito da problematização da própria formação. Outro modo de produção que inclua possibilidades para além da inculcação de um saber científico aplicado, normatizado (CLAVREUL, 1983) e disciplinador (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003). A vida nos exige ultrapassar os muros das instituições e ao tomar a experiência vivida, escrevivência (EVARISTO, 2020), entrelaçando o pessoal com o coletivo.

Para tanto, adotam-se estratégias problematizadoras, visando a escuta do cotidiano da intervenção e a elaboração de questões investigativas do trabalho do cuidado em saúde mental, de modo a provocar novas leituras e respostas às questões que emergem da experiência prática. Neste sentido, concordamos com Ceccim e Ferla (2003) de que esse processo envolve não apenas a produção de competências, mas também perpassa a produção de si. Segundo os autores,

> os trabalhadores de saúde são indivíduos em processo de subjetivação, tanto pelo próprio trabalho – como um território de experimentação de si, de relações profissionais e de contato com a alteridade despertada pelos usuários das ações e serviços profissionais -, quanto pela educação pelo trabalho – cenário de desafios ao pensamento e à reinvenção de si, dos saberes e das práticas. (CECCIM; FERLA, 2003, p. 213).

Assim, consideramos os diversos atores institucionais tanto como sujeitos do processo de formação, quanto como sujeitos dos processos sociais, os quais podem desencadear processos pedagógicos que se debruçam

criticamente sobre as diferentes modalidades do cuidado à saúde mental, existentes no SUS, considerando sempre as dimensões técnica e política, ambas inscritas nestas práticas profissionais. Observamos que é papel do professor orientador colaborar com o grupo no sentido de retomar as questões norteadoras dos processos formativos, que envolvem: o conceito construído pelo grupo sobre adoecimento/sofrimento mental; o conhecimento sobre as diferentes matrizes disciplinares, teóricas, metodológicas e éticas que nos orientam ao olharmos para os sujeitos em tratamento na RAPS e fora dela; o reconhecimento sobre os sujeitos que buscam os serviços da RAPS e sobre aqueles que permanecem excluídos da mesma; sobre o modo como organizamos o cuidado em saúde mental no cotidiano dos serviços que compõem a RAPS e sobre como desejamos organizar.

Neste processo, enfatizamos de forma processual e contínua a determinação social do processo de saúde-sofrimento-doença-cuidado como princípio constitucional e norteador da organização do sistema de proteção à saúde. Afinal, estamos lidando com vidas, necessidades e direitos de usuários/as em seus processos sociais de existência-sofrimento e não com a doença (ROTELLI et al., 1990).

Daí surge a nossa preocupação e por conta dela, a necessidade imperiosa de se pensar nas armadilhas e encruzilhadas de uma formação em saúde mental que não leve em conta esses processos pedagógicos, de aprendizagens que se constitui uma formação profissional, que toma a saúde mental como uma obra coletiva, feita por muitos sujeitos, por políticas e serviços públicos, na perspectiva teórico-metodológica, ético-política e técnico-interventiva em conexões com os princípios e diretrizes do SUS, da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial.

Apostar na diferença, inventar e produzir novos caminhos na cultura da formação

O acompanhamento do processo pedagógico para uma formação crítica em saúde mental na atenção psicossocial, como supervisores, docentes e trabalhadores no campo empírico das relações e dos processos de trabalho em saúde mental, em que produzimos supervisão, trabalho do cuidado, reuniões diversas, aprendizagens significativas, pesquisas e práticas de extensão no cotidiano dos serviços de saúde e nos seus territórios, junto a outros sujeitos, institucionais ou não, com seus marcadores sociais de diferença, como gênero, sexualidade e raça (DUARTE, 2023), em muito nos mobiliza, nos invoca e nos convoca, para que juntos possamos contribuir para a garantia de direitos de usuários/as, para melhoria dos nossos equipamentos etc.

Tudo isso não seria possível de se debruçar, se não tiver tomado o campo da saúde e da formação em saúde mental para melhor qualificar o SUS que temos e transformar sua mudança para o SUS que queremos, rompendo com a lógica manicomial, que toma o dito paciente, como doença, como objeto de saber e prática médico-psiquiátrica-centrada e que opera o cuidado pela lógica hospitalocêntrica e dos procedimentos-centrados. Eis um desafio orgânico para os que sustentam, ainda, esses projetos dos movimentos sanitário e da luta antimanicomial.

Nunca ninguém disse que seria fácil, ainda mais para quem vem desde os anos de 1980, no enfrentamento e resistência na ditadura militar-empresarial, na lógica mercantilista do nosso campo, na indústria da loucura aos marcos do neoliberalismo e seus modos presentes, calcado no velho modelo biomédico, nas novas abordagens clínicas modernizantes.

Em Amarante e Cruz (2008), há vários questionamentos sobre quem, para quê, para quem e qual o objetivo da formação em saúde mental, tomando como referência o pensamento social crítico contemporâneo, que

não se restringe à educação na perspectiva freireana. Trata-se de se pensar tal educação, no sentido ampliado e politizado que o movimento da luta antimanicomial se propõe e que se coloca (VASCONCELOS, 2023), a partir dos fundamentos teóricos e históricos de uma clínica articulada à cidadania de usuários/as, tendo em vista que no processo social de cada época histórica as respostas ao sofrimento mental foram ditadas pela classe dominante, branca, cisheterossexista, que institui o saber científico, o poder de disciplinar o modelo assistencial e de normatizar a formação de trabalhadores/as, a partir de uma falsa neutralidade da dimensão cuidadora (MERHY, 1988).

Inventar uma formação crítica em saúde mental significa envolver na prática da produção do cuidado coletivo, a integralidade, a equidade, a intersetorialidade e a superação do biologicismo, das abordagens medicalizantes e psicologizantes do sofrimento-existência de usuários/as vistos como cidadãos de direitos e de desejo, na defesa da vida individual e coletiva.

Neste sentido, segundo Batista (2004), a formação deve usar de metodologias diversificadas e ater-se aos conhecimentos relevantes, para isso deve levar em conta um conteúdo pedagógico e programático que produza uma aprendizagem compartilhada entre todas as pessoas envolvidas e não uma justaposição de disciplinas isoladas, sem conseguir relacioná-las, na perspectiva da compartimentalização do saber e da fragmentação do cuidado no dito biopsicossocial. O que se exige hoje são modelos baseados na interdisciplinaridade, que possam abordar a complexidade dos objetos e problemas concretos, a articulação entre teoria e prática, a continuidade entre ação-reflexão-ação no cotidiano do trabalho profissional, com foco também na implicação da educação permanente dos trabalhadores/as (MERHY, 2004).

Sabemos que existem elementos macroestruturais mais gerais, de ordem econômica, social, cultural e política, que implicam em desafios concretos e cotidianos para as equipes de saúde e para as universidades nas suas relações com os serviços de saúde, envolvendo seus diferentes sujeitos, os quais incidem diretamente sobre a aquiescência dos projetos societários

universalizantes implicados com a justiça social e sobre a formação em saúde. Mas, percebemos que uma das saídas possíveis é a de uma educação eticamente compartilhada e vivenciada na perspectiva de retomar o objetivo do trabalho em saúde mental, implicando os diferentes sujeitos na proposta de aprender com, ou seja, do aprendizado a partir das relações estabelecidas nos cenários de prática e fora dele, nos territórios de vida dos sujeitos.

Metodologicamente, a perspectiva problematizadora adotada se organiza a partir da ideia de ciclos pedagógicos, que se estruturam da seguinte forma: 1. Momento da vivência e observação nos campos de inserção de estudantes. Vivências relativas às intervenções profissionais e interprofissionais e registro em portfólio. 2. Reflexão sobre as questões vivenciadas na prática em grupos, em conjunto com docentes. Identificação de questões e aspectos que os estudantes precisam e desejam estudar e pesquisar mais profundamente. 3. Busca de informações e preparo do material para apresentação na próxima seção coletiva. 4. Momento de síntese reflexiva pelo grupo a partir das questões colocadas no momento 2. Avaliação e definição dos próximos ciclos.

O portfólio, como instrumento pedagógico e avaliativo, que já é apropriado de forma predominante para a formação em saúde, foi escolhido pelo fato de representar um instrumento útil e dialógico, que permite a construção analítica processual e contínua de estudantes, com acompanhamento dos respectivos docentes e tutores (PAIVA, 2018).

Todo o processo formativo é planejado, considerando os vários sujeitos, observando os ciclos pedagógicos, os momentos de supervisões coletivas, de oficinas intertemáticas (por exemplo, para tematizações que envolvam saúde e assistência social), Oficinema (sessões de filmes com debates), apresentação e discussão coletiva sobre projetos de intervenção, sobre instrumentos e técnicas utilizadas nos ambientes de aprendizagens, entre outros formatos.

Importante destacar que todos os processos formativos devem ser monitorados e avaliados pelo próprio grupo, fazendo parte de cada momento a avaliação individual e do trabalho grupal. Os critérios de avaliação devem

estar bem definidos e estabelecidos previamente, para que cada um e o próprio grupo coletivamente possam analisar os caminhos percorridos e os desafios a serem enfrentados.

A experiência tem nos mostrado que a despeito dos inúmeros desafios colocados para os trabalhadores da educação e da saúde no contexto brasileiro contemporâneo, a experiência formativa com a perspectiva problematizadora, envolvendo os diferentes sujeitos e contextos neste processo, tem nos permitido reflexões críticas e interdisciplinares sobre o trabalho e a formação em saúde mental, estimulando a atualização constante e o diálogo entre diferentes setores sociais ligados e envolvidos com a defesa do SUS e com a atenção psicossocial de qualidade e para todos.

Considerações Finais

Neste texto, partimos da compreensão de que a formação em saúde mental se dá "pelo" e "no" trabalho em saúde, sendo assim, ela é totalmente permeada pela conjuntura do desmonte das políticas sociais brasileiras, especialmente, da política de saúde, em curso desde a última década do século XX. Esse é um dos principais desafios, o qual interfere diretamente no desenvolvimento do trabalho e dos processos educativos, pois, de forma geral, estas práticas educativas têm se desenvolvido em instituições e/ou serviços imersos em processos de precarização do trabalho em saúde, bem como de precarização dos meios materiais para a efetivação deste trabalho. A despeito destes elementos materiais, estruturais e conjunturais, apontamos para a ampliação e problematização de determinados conceitos e sobre o trabalho em saúde, ao tratar de temas em disputa e de possíveis consensos.

Atuamos estrategicamente para visibilizar as pautas antimanicomiais e os conceitos e práticas a ela ligados, como, por exemplo: - o racismo estrutural

e institucional e sua relação com o sofrimento mental; - os elementos que refletem as opressões de gênero, raça e classe, bem como os aspectos relativos às outras várias formas de opressões e violências sociais vivenciadas pelos sujeitos no cuidado em saúde mental. Neste sentido, buscamos alternativas para que as observações coletivas sobre a determinação dos processos de sofrimento mental apareçam nos dispositivos assistenciais de saúde mental, como pela via de educação em saúde, dos projetos de intervenção, dos grupos operativos, oficinas terapêuticas e de produções, das reuniões com trabalhadores e gestores, das supervisões diversas, dentre outras.

Neste caminho, destacamos avanços na construção de alianças e redes interinstitucionais entre tutores, preceptores, supervisores de estágios, trabalhadores (*staffs*), gestores da saúde mental, estudantes, residentes etc. Reiteramos nossa compreensão de que a forma como formamos os sujeitos para o trabalho em saúde e como organizamos as políticas públicas não são neutras, por isso os sentidos da formação em saúde mental que buscamos fortalecer são muito bem definidos e se baseiam na perspectiva da luta antimanicomial e pelo sistema público de saúde, universal, integral, de qualidade e equânime.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface**, [s. l.], v. 18, n. 49, p. 313-324, 2014.

AMARANTE, P.; CRUZ, L. B. **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

BATISTA, S. H. Aprendizagem, ensino e formação: das experiências às teorias em construção. In: BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. S. (org.). **Docência em saúde**: temas e experiências. São Paulo: Senac, 2004. p. 57-74.

BRASIL. **Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008**. Dispõe sobre o estágio de estudantes. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 set. 2008. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11788.htm. Acesso em: 29 jan. 2026.

BRASIL. [Ministério da Saúde]. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Institui a Política Nacional de Education Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.

html. Acesso em: 29 jan. 2026.

BRASIL. [Ministério da Saúde]. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 29 jan. 2026.

BRASIL. [Ministério da Saúde; Ministério da Educação]. **Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008**. Institui o PET-Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html. Acesso em: 29 jan. 2026.

BRASIL. [Ministério da Saúde; Ministério da Educação]. **Portaria Interministerial nº 3.019, de 26 de novembro de 2007**. Institui o Pró-Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/pri3019_26_11_2007.html. Acesso em: 29 jan. 2026.

CAMPOS, G. W. de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002.

CARVALHO, Y. M. de; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. (org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 137-170.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Residência integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco, 2003. p. 213-228.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 4, n. 1, p. 41-65, 2004.

CLAVREUL, J. **A ordem médica**: poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 13-44.

DUARTE, M. J. O. Gênero, sexualidade e raça na saúde mental: os marcadores e os sujeitos sociais em questão. In: BARRETO, A. C. J. et al. (org.). **Serviço social e questão racial**: por uma formação profissional antirracista. Rio de Janeiro: Autografia, 2023. p. 151-180.

DUARTE, M. J. O. A relação núcleo e campo: desafios ético-políticos, técnico-operativos e teórico-metodológicos. In: PASSOS, R. G. (org.). **Serviço social, trabalho profissional e residência multiprofissional em saúde**. Rio de Janeiro: UFRJ, CFCH, ESS, Coordenação de Capacitação Continuada, 2021. p. 67-82.

DUARTE, M. J. O. **O processo de construção do campo psicossocial na política pública de saúde mental**: uma análise micropolítica da produção do cuidado. 2012. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

Disponível em: https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/15879. Acesso em: 29 jan. 2026.

EVARISTO, C. A escrevivência e seus subtextos. In: DUARTE, C. L.; NUNES, I. R. (org.). **Escrevivência: a escrita de nós** – reflexões sobre a obra de Conceição Evaristo. Belo Horizonte: Mina Comunicação e Arte, 2020. p. 26-46.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013.

GUIMARÃES ROSA, J. **Grande sertão: veredas**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

MACIEL, A. da S. **O princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão**: um balanço do período 1988-2008. 2010. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, 2010. Disponível em: https://iepapp.unimep.br/biblioteca_digital/pdfs/2006/JCDYEEPBFDYY.pdf. Acesso em: 29 jan. 2026.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. In: CAMPOS, C. R. et al. (org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1988. p. 103-120.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface**, [s. l.], v. 9, n. 16, 2004.

PAIVA, S. P. A formação profissional em saúde no Brasil e o papel da universidade. In: OLIVEIRA, L. M. L.; CASTRO, M. M. C.; STEPHAN-SOUZA, A. I. (org.). **Formação em saúde**. Campinas: Prismas, 2017. p. 19-49.

PAIVA, S. P. O serviço social na residência multiprofissional em saúde mental. In: RAMOS, A.; SILVA, L. B.; PAULA, L. G. P. **Serviço social e política de saúde**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018. p. 203-220.

PAIVA, S. P. Preceptoria e tutoria nas residências multiprofissionais em saúde no Brasil. In: PASSOS, R. G. (org.). **Serviço social, trabalho profissional e residência multiprofissional em saúde**. Rio de Janeiro: UFRJ, CFCH, ESS, Coordenação de Capacitação Continuada, 2021. p. 83-93.

ROTELLI, F. et al. Desinstitucionalização: uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.

VASCONCELOS, E. M. **Curso de formação em saúde mental e luta antimanicomial**. São Paulo: Hucitec, 2023.

CAPÍTULO 11

POTÊNCIAS DA PRÁXIS DE UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL PARA ENFRENTAR OS MARCADORES SOCIAIS DE OPRESSÃO NO CUIDADO À SAÚDE MENTAL NO TERRITÓRIO

Mônica Nunes, Maurice de Torrenté e Renan Rocha

Glória[9] é mulher negra baiana, usuária de um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) da Cidade Baixa, em Salvador, na Bahia. Sua entrada oficial no serviço ocorreu em outubro de 2014, embora as intervenções em saúde junto a ela tenham se iniciado antes dessa data. Na época, ela estava em situação de rua e já era acompanhada pelo Consultório na Rua (CR), que solicitou a colaboração do CAPS da região para uma intervenção conjunta. Esta solicitação surge em período concomitante à chegada de mais uma equipe da terceira turma da Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (RMSM-ISC) neste mesmo CAPS, sendo indicado ao psicólogo residente o acompanhamento deste caso.

Antes, porém, de passarmos ao relato do caso em si, convém apresentarmos Glória. Com 35 anos, trata-se de uma mulher solteira e desempregada. Não apresenta família próxima; por vezes, diz que os pais estão mortos, ou que moram em outro país, e que não tem contato com outros

9 Nome fictício.

familiares. Sabe-se que ela é natural de Salvador por seus documentos de identificação, pois, quando questionada sobre sua origem, ela afirma apenas que "não é deste mundo". Em geral, Glória se mostra receptiva para com as pessoas, mas levemente ressabiada e com um discurso intermitente, de base delirante e desorganizada. Seus aspectos clínicos iniciais, para falar em termos da nosologia psiquiátrica clássica, incluem: "episódios depressivos, surtos psicóticos, comportamento violento e envolvimento com a justiça". Glória chega ao serviço com um quadro bastante comprometido, morando na rua e usando diversos objetos para "cuidar da própria saúde". Ela realiza sacrifícios de animais, dizendo ser em benefício próprio, alimentando-se do sangue deles, com um forte conteúdo místico em sua fala.

Neste cenário, é relevante mencionar que ela já esteve em situação de prostituição, atividade que lhe provia alguma renda, mas que, com o agravamento de seu adoecimento, deixou de ser uma opção. Segundo relatos da comunidade, durante este período, ela chegou a viver com um homem por algum tempo, mas foi abandonada por ele quase que imediatamente ao perceber o agravamento de seu sofrimento psíquico. Atribui-se a este fato sua passagem pela rua, já que ela não pôde mais arcar com os pagamentos de um aluguel e passou a viver na praça em frente ao antigo prédio em que morava. Antes da ação conjunta do CAPS e do CR, a única ajuda que recebia era de alguns poucos membros da comunidade, que lhes davam alimentos e roupas. Outros moradores desejavam sua saída do local, devido aos sacrifícios de animais que continuavam ocorrendo e produziam o acúmulo de animais mortos na vizinhança.

Em geral, Glória se apresenta tranquila e comunicativa, porém com delírios que se manifestam como crenças persistentes. Ela diz ser um animal em formação, que se transforma em gatos, cachorros, macacos e pássaros; afirma ser um mutante, com inúmeras deformações corporais, como chifres e asas; diz ser imortal; afirma ser um homem que fez cirurgia de mudança de sexo; e diz produzir artesanato a partir dos pelos que solta do próprio corpo

e das folhas que caem das árvores, criando também carros e móveis. Além disso, Glória insere diferentes objetos pelas vias nasais e auriculares, como sementes e terra, com a afirmação de que "a natureza não lhe fará mal". Nesses relatos, a presença de delírios e de alteração da sensopercepção é clara. Esses pontos, somados às alucinações, ao discurso desorganizado, ao prejuízo nas relações sociais após o adoecimento e aos sinais contínuos de perturbação que persistem há pelo menos seis meses, produzem um forte desajuste na forma como Glória conduz suas relações laborais, elemento que tem total potencial desorganizador diante de seu histórico de vida, já que é impossível desassociar o agravamento de seu quadro psíquico de sua precária condição socioeconômica. E tudo isto, por óbvio, indica, em igual medida, a urgência do caso, e a necessidade de intervenção em caráter intensivo por parte de toda a equipe; e é aqui que se inicia a atuação do psicólogo residente, e um relato, em pinceladas *sentipensantes* (BRAMBILL; KAHHALE, 2023), da tela do vivido.

Posto tudo o que já foi trazido, não há dúvidas: trata-se de um caso urgente e, como em toda urgência, que demanda intensificação dos cuidados a ele oferecidos (SILVA, 2007). Então, após alinhamento entre residente, preceptora e tutora, e considerando as diversas tentativas de abordagem por parte da equipe do CR anteriormente, conseguimos estabelecer uma vinculação inicial dela para com a equipe do CAPS, a partir da realização de visitas periódicas à praça em que ela se encontrava. Após algumas destas visitas, oferecemos a ela a possibilidade de se alimentar no serviço, oferta desencadeadora de sua primeira ida ao CAPS.

Ao conhecer o serviço e a equipe ali presente, Glória aceita dialogar com os profissionais, incluindo a médica psiquiatra, desde que acompanhada do psicólogo residente, com quem ela passa boa parte do dia no CAPS. Assim, seguimos vinculando: de um lado, com as ofertas terapêuticas do serviço; do outro, com presença, diálogo e a produção de peças de lã, a partir do crochê, um dos passatempos de Glória. Diferentemente de atendimentos psicológicos convencionais, as trocas entre Glória e o psicólogo residente passam a ocorrer

em momentos compartilhados do tear (ofício, diga-se de passagem, ensinado por ela a ele, que nunca antes havia *crochetado* em sua vida).

Com a vinculação tecendo-se, Glória passa a fazer uso das medicações prescritas no serviço, a participar das oficinas terapêuticas e a vincular com outros usuários, ficando evidente a melhora de sua sociabilidade, em termos de condição clínica. Neste momento, a prioridade absoluta seria retirá-la da situação de rua – condição esta rapidamente percebida como o elemento desencadeador de seu atual momento de crise e que acaba ocasionando o reaparecimento de sintomas, sempre que ela retorna à praça em que habitava. Isto nos levou, enquanto equipe, a acionar a rede territorial, para tentar prover à usuária alguma possibilidade de abrigamento.

Frente à dificuldade de articular este abrigamento em serviços públicos – por serem distantes do seu território de vinculação –uma casa de retiro religioso próxima ao CAPS, conduzida por uma freira franciscana, a Irmã Inês[10], tornou-se a nossa principal aposta. Esta aposta resultou em uma mediação em que, solidariamente, Irmã Inês decide acolhê-la, com a promessa de que a sua permanência ali seria temporária e de que a equipe do CAPS faria visitas diárias à usuária, na lógica do que já apontamos aqui como uma *presença intensificada*.

Situação de rua temporariamente resolvida, era o momento de articular para a usuária alguma possibilidade de subsistência; e, frente à sua condição psíquica já descrita, a solicitação do Benefício de Prestação Continuada (BPC) nos surge como a medida mais adequada. Organizamos, então, toda a romaria: avaliação multiprofissional; avaliação psiquiátrica; agendamento de perícia junto à sede local do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS); deslocamento até a perícia; acompanhamento de Glória durante a avaliação do perito; contextualização do seu caso e diálogo com o perito acerca do seu quadro clínico; monitoramento da decisão do INSS via internet; comunicação do deferimento do pedido do BPC a Glória; ida ao banco com ela para abertura de conta bancária; sacar com ela o seu primeiro pagamento; ensinar contas

10 Nome fictício.

a ela para manejo de seu dinheiro; ida aos mercados com ela para realizar as compras do mês; diálogo com ela sobre como administrar o seu dinheiro, de forma a fazê-lo durar todo o mês, etc. Todo este caminho nos tomou seis meses de intervenção – e, portanto, seis meses de acompanhamento diário da usuária, de mediação com a freira e de disponibilidade clínica e afetiva para estar no jogo das relações do mundo lado a lado com ela, caminhando – literal e peripateticamente (LANCETTI, 2008) – com ela.

Mais ainda, ao longo destes seis meses, é fundamental dizer que Glória teve uma diminuição importantíssima de seus principais sintomas: interrompeu o sacrifício de animais, o consumo do sangue deles e a introdução de objetos em seu corpo; reduziu a manifestação de alucinações e solilóquios; tornou-se mais receptiva ao diálogo e ao contato com outros usuários; e passou a investir seu tempo na produção diária de peças de lã, via crochê, passatempo que, depois, passaríamos a incentivar, como forma de produção artesanal e, pela sua venda, de complementação de sua renda.

Já próximo ao período de conclusão da passagem deste psicólogo residente pelo serviço, era chegado o momento de trabalhar com a usuária a sua saída da casa de Irmã Inês e a mudança para uma casa alugada, sustentada com o seu próprio dinheiro. E, aqui, uma nova andança pelo mundo: identificar classificados de casas para aluguel que fossem no território e que coubessem no seu orçamento; visitar as casas com Glória, para que ela pudesse escolher onde desejava morar; negociar o contrato de aluguel junto com ela e os possíveis locadores; organizar a saída de Glória da casa da freira franciscana e a sua mudança para o novo lar – não sem lágrimas nos olhos de ambas que, nesse período todo, acabaram se tornando muito apegadas. E assim, neste ponto da história, finda-se o período da passagem do psicólogo residente pelo serviço, passando-se a condução do caso para outras e outros colegas residentes, que viriam a substituir a equipe futuramente.

O acompanhamento do caso de Glória, ao nosso ver, exemplifica a potência que o estabelecimento do vínculo pode gerar na condução de casos

clínicos em Saúde Mental – e é a isto que queremos voltar a nossa atenção nesta breve intelecção introdutória. Isto porque o caso em si ilustra como a vida de um sujeito é determinada por um conjunto de fatores sociais, econômicos e políticos que se entrelaçam. A situação de Glória, logo, não pode ser vista apenas como um quadro psicopatológico isolado, mas como o resultado de uma complexa teia de marcadores sociais de opressão, como a falta de moradia, emprego e suporte familiar. O cuidado em saúde mental, portanto, não se limita ao consultório; ele se estende ao território, atuando diretamente sobre o contexto de vida do sujeito (DIMENSTEIN et al., 2017). A passagem de Glória pela rua, como exemplo, não é apenas um sintoma do adoecimento, mas um causador-agravante direto de seu sofrimento psíquico, uma vez que a ausência de um abrigo seguro e a exposição a violências e riscos tornam qualquer tentativa de estabilização clínica extremamente difícil.

Durante a permanência de Glória no serviço, vê-se, pelo breve relato do caso, que foi possível atuar com recursos como a intensificação de cuidados (SILVA, 2007), o acompanhamento terapêutico (ACIOLI NETO; AMARANTE, 2013) e a atenção domiciliar (PROCÓPIO et al., 2019). Esses elementos, junto às outras intervenções profissionais do serviço e à intervenção medicamentosa, não apenas trataram os sintomas de sua esquizofrenia, mas também permitiram uma estabilização inicial do quadro, possibilitando maiores avanços a partir deste ponto, especialmente em termos de cuidar dos aspectos socioeconômicos de sua vida. A experiência com Glória ressalta, doravante, a importância de um cuidado que transcende a dimensão puramente técnica da clínica. Acerca disto, Portugal, Mezza e Nunes (2018) já argumentam que a clínica em saúde mental deve ir além do diagnóstico e da farmacologia, incorporando elementos da cultura e da arte; ou seja, um cuidado que considera a existência de uma dimensão social e política no processo de adoecimento. No caso de Glória, a nossa atuação pelo seu direito à moradia e à reintegração social, como exemplos, tornam-se, logo, parte fundamental do seu projeto terapêutico, sendo tão fundamentais quanto o tratamento do campo *psi*.

É notório, portanto, que o acompanhamento territorial do caso foi o que possibilitou avanços junto a ele, e que a atuação do serviço, se limitada às noções clássicas do que é saúde (mental), não poderia alcançar a esfera das condições de vida da usuária – ponto em que nos parece *mister* ressaltar que o anteparo que tornou possível tal atuação se dá a partir da RMSM-ISC. Detenhamo-nos, então, deste ponto em diante, a refletir sobre o processo de aprendizado tornado possível a partir deste espaço; objetivo primaz de nosso texto.

Um curso para educar trabalhadores/as para a Reforma Psiquiátrica Brasileira

Na primeira década dos anos 2000, o Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde Mental do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, o NISAM, decidiu constituir uma Residência Multiprofissional em Saúde Mental – a RMSM-ISC – com o objetivo de formar trabalhadores/as para atuarem na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS), o sistema universal e público de saúde do Brasil. Era um momento de efervescência da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), com a promulgação da Lei Federal N.º 10.216/2001, que induzia a implantação de serviços comunitários e abertos de saúde mental em todo o território nacional, responsáveis por uma importante redução de leitos psiquiátricos e pelo fechamento de diversos hospitais monovalentes. Esta situação legal e institucional requeria novas formas de cuidado territorializados e, especialmente, o desenvolvimento de estratégias de desinstitucionalização de pessoas e sua reinserção social, levando-se em conta, não apenas o desafio do estigma associado à "doença mental" e o estado de "cronificação" de algumas pessoas pelo tempo de permanência no manicômio, mas, também, e não menos importante, o sofrimento associado aos marcadores sociais de opressão, especialmente aqueles atribuídos ao racismo, às violências de gênero

e às injustiças de classe social, que elas viviam, de forma sinérgica, nas suas trajetórias pessoais.

Aquele era um momento privilegiado de invenção de práticas, tendo em vista que, embora houvesse um movimento reformista no Brasil desde a década de 1970, a experiência do "cuidado em liberdade" (BASAGLIA, 1982), ou seja, aquele desenvolvido no espaço da comunidade, começava efetivamente com a promulgação das bases legais que instauravam as condições concretas para a atuação no extra-muros dos hospitais psiquiátricos. Até o início dos anos 2000, a atenção psicossocial comunitária estava localizada em poucas cidades brasileiras, como o caso exemplar de Santos, em São Paulo, onde se observou, em 1989, a intervenção para o fechamento da Casa de Saúde Anchieta (LANCETTI; AMARANTE, 2006), apoiada por movimentos artísticos e culturais *antiestablishment*, o que foi seguido pela criação dos primeiros Núcleos de Atenção Psicossocial (os NAPS), precursores dos atuais CAPS. Importante destacar a passagem de alguns profissionais, que atuaram nesta intervenção, pela cidade de Trieste, fonte de inspiração da Reforma Democrática Italiana (GOULART et al., 2017.). Diferentemente, no Brasil como um todo, as práticas antimanicomiais que conhecíamos até a década de 1990, ou eram experimentos insurgentes no interior do próprio hospital – inspirados pela psicoterapia institucional francesa, ou pela antipsiquiatria inglesa, que não tinham a pretensão de prescindir dos hospitais psiquiátricos, mas sim de transformá-los por dentro – ou eram associadas a processos de ambulatorização, orgânicos à lógica hospitalocêntrica (NUNES; TORRENTÉ; JANSEN, 2025).

Com o avanço da RPB, surgem novas necessidades de cuidado territorializado a partir de centros de atenção psicossocial e em rede de serviços. No entanto, os estudos que vínhamos realizando na Bahia (JUCÁ et al., 2009; NUNES et al., 2007; NUNES et al., 2008; NUNES; TORRENTÉ, 2009) indicavam dificuldades dos/as trabalhadores/as de se adequarem aos princípios orientadores da reforma psiquiátrica e atuarem sem reproduzirem práticas manicomiais nos serviços comunitários (DIMENSTEIN, 2017) e

criando estratégias contra-estigmatizantes e de produção de autonomia e de empoderamento voltadas para os/as usuários/as dos serviços e suas famílias. Como dissemos na introdução do livro "O Otimismo das Práticas" (NUNES, 2015, p. 21), fruto da experiência com a primeira turma da Residência:

> Deste modo, observávamos ser preciso oferecer aos profissionais a formação necessária para que os mesmos pudessem encontrar um suporte que facilitasse seu processo de inserção nos novos dispositivos. Estes atores sociais, que seriam doravante convidados a pensar e atuar dentro de um modelo diferenciado, precisariam reinventar a si próprios, assumir um outro *ethos* e construir um saber sempre aberto a novas reflexões. A proposta da RMSM-ISC tinha, então, como intuito principal, estabelecer os pilares iniciais dessa construção para desenvolver no profissional as capacidades e habilidades fundamentais que o permitissem seguir e construir os novos rumos da saúde mental.

A RMSM-ISC, que teve a sua primeira turma em 2008, era constituída por sete áreas profissionais – Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Educação Física, Ciências Sociais, Saúde Coletiva (Sanitarista) e Enfermagem – que atuavam de forma transdisciplinar (ALMEIDA FILHO, 2005) a partir da compreensão de que o campo da saúde mental lida com um sujeito/objeto complexo: a pessoa em sofrimento psíquico situada em um contexto sociocultural, histórico e político específico. Era necessário, portanto, que estes/as profissionais adotassem uma perspectiva clínica biopsicossociocultural e política (Passos et al., 2020), de modo a buscarem soluções para problemas a partir de análises complexas da situação de saúde dos territórios e das vivências interseccionais de sofrimento dos sujeitos que estivessem sob sua responsabilidade.

Em uma cidade como Salvador, reconhecida como "a mais negra fora de África"; caracterizada, em 2023, como a capital com maior concentração de pessoas pretas do Brasil (34,4%), com o mesmo percentual de pessoas vivendo abaixo da linha da pobreza, colocando-a entre as capitais com o maior

percentual de pobres, além dos mais altos índices de pessoas desocupadas (16,7% de pessoas acima de 14 anos) (Programa Cidades Sustentáveis, 2024), altos índices de desnutrição infantil (ALIAGA et al., 2020) e de homicídio de jovens, sobretudo pretos e periféricos (PORTELLA et al., 2019); a associação entre esses indicadores e a determinação social da saúde (mental) é muito grande e relevante (DIMENSTEIN et al., 2017). Observa-se um número cada vez maior de evidências quantitativas e qualitativas que associam piores indicadores de saúde e racismo, incluindo percentual de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos, taxa de pessoas em situação de rua, etc. (BARROS, 2014; WIJK; MÂNGIA, 2019). Também há registros de que a Bahia se encontra entre os estados com as maiores taxas de homicídio contra pessoas trans e travestis (BENEVIDES, 2024), repercutindo fortemente em taxas de depressão, ansiedade e outros transtornos nesta mesma população. Se não há dúvidas de que esses indicadores evidenciam violência relacionada ao racismo e às violências de gênero, a estes se somam processos de iniquidade social que se reproduzem historicamente e atuam de forma sinérgica, potencializando os efeitos de sofrimento social.

A atuação dos profissionais de saúde mental em territórios sanitários, como a que tivemos na Residência, tem revelado este cenário no cotidiano e os relatos das experiências de sofrimento psíquico descrevem os efeitos interseccionalizados destas vivências (PINHEIRO; NUNES, 2023; ROCHA; NUNES; COELHO, 2021; ROCHA, 2023; ROCHA, 2025). Por outro lado, da mesma forma que políticas de proteção social, a exemplo do Programa Bolsa Família, atuam reduzindo, de forma significativa e em larga escala, desfechos negativos da exclusão social, as boas práticas de saúde mental e integral, calcadas no respeito aos Direitos Humanos e à diversidade, orientadas por uma ética do cuidado que preze pela singularidade e pelo exercício da cidadania, culturalmente sensível e adequada às necessidades subjetivas e sociais de saúde e que têm a desinstitucionalização como horizonte, funcionam como formas de enfrentamento aos imensos desafios vividos pelas pessoas que apresentam experiências de sofrimento psíquico e revelam resultados exitosos.

Ademais, convém concluir este ponto destacando que a RMSM-ISC partiu de determinadas bases teóricas e princípios ético-políticos e foi, progressivamente, desenvolvendo práticas orientadas para a solução dos desafios clínicos, de gestão e sociais que foram surgindo a partir da atuação concreta nos serviços e territórios. Como dissemos alhures (NUNES, 2015, p. 21):

> O pressuposto principal seria inseri-lo [o curso] no campo da saúde coletiva tendo seu arcabouço teórico embasado e suas práticas inseridas no Sistema Único de Saúde com o seu modelo sanitário de funcionamento. Do ponto de vista da saúde mental, práticas e saberes deveriam ser especificamente orientados a partir do Modelo de Atenção Psicossocial (COSTA-ROSA, 2000) e de estratégias de desinstitucionalização (NICÁCIO, 1990; Amarante, 1995) para o cuidado e para a reinserção social (SARACENO, 2001) das pessoas com experiências de sofrimento psíquico intenso.

Uma clínica biopsicossociocultural e política

O modelo clínico que adotamos foi uma combinação articulada de proposições. Originalmente, fomos influenciados pela clínica psicossocial de inspiração italiana (BASAGLIA, 2005; ROTELLI et al., 2001) com uma reinterpretação brasileira. No recorte mais específico dos aspectos da clínica italiana que nos influenciaram, citamos uma publicação nossa (NUNES et al., 2025, no prelo, grifo nosso):

> (...) o que nos tem orientado é a marca forte do **empoderamento político do sujeito**, seu reposicionamento social a partir da produção de uma imagem positivada por uma circulação nos espaços públicos da cidade e por novas inscrições sociais (especialmente, no mundo do trabalho, da arte, da cultura e lazer), tudo isso garantindo um **aumento do poder de contratualidade** de que se vai dispor nas relações de troca de bens, de afeto e de comunicação (KONISHITA,

> 1996). A clínica social de influência italiana prioriza, assim, o **resgate da pessoa integral** para além do seu adoecimento, não no sentido de negar a doença, mas de evitar que o foco totalizador ou excessivo sobre os sintomas e sinais de um quadro clínico possa interceptar e obscurecer a manifestação da existência da pessoa. Daí a ênfase em instituições que atuem no território social e cujo objeto de atuação deixe de ser a doença mental e passe a ser a "existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social" (ROTELLI et al., 2001, p. 30). Pelo horizonte da reinserção social das pessoas em sofrimento psíquico, e consequente impacto sobre a sua condição de adoecimento, especial ênfase é dada à inclusão social pelo trabalho e geração de renda, mais recentemente retomada por Nicácio (NICÁCIO et al., 2005).

Na construção de uma clínica do social, ou uma clínica que levasse em consideração as determinações sociais do sofrimento psíquico, não raramente, derrapávamos para um debate polarizado entre clínica e política, com o risco de perder o que de melhor teríamos com uma abordagem singularizada que levasse em conta as produções subjetivas aliada aos recursos para atuar sobre os marcadores sociais de opressão. Observando o valor desta aliança no propósito de encontrar formas de enfrentamento para os problemas concretos que viviam as pessoas por nós cuidadas, fomos afinando teorias e formas práticas de cuidar.

Adotamos, inicialmente, o conceito de clínica ampliada de Fernando Tenório (2001), quando o autor não abandonava as ferramentas de um saber psicanalítico e psiquiátrico, tais como "a escuta do sintoma", ou a "problemática da existência ali encenada" (TENÓRIO, 2001, p. 57) e "a instituição vista como lugar do laço social", mas reconhecia a necessidade de adotar tantos outros saberes, ferramentas, práticas e preocupações quanto se fizessem necessários para o que ele chamava de "acompanhamento da vida" e para o manejo de "circunstâncias habitualmente tidas como extraclínicas" (TENÓRIO, 2001, p. 72). Vislumbrávamos o alcance da condição de autonomia por parte dos usuários da saúde mental, tão almejada no contexto sociosanitário triestino por

meio do seu poder de contratualidade social, acrescentando o olhar delicado sobre as idiossincrasias subjetivas que apostam, como Canguilhem (2000), em novas normas para a vida que a experiência do sofrimento psíquico aporta.

Fomos buscar em Antonio Lancetti (2008) tecnologias para serem usadas em espaços não especializados no trato com a saúde mental, incorporando a possibilidade de desenvolver práticas relevantes na atenção primária à saúde. Lancetti chamava de "clínica peripatética" aquela que era efetuada durante o percurso pelo território, por trabalhadores, como os agentes comunitários da saúde, que nem sempre tinham uma formação específica em saúde mental, mas reuniam vocação e pertencimento cultural à comunidade e, com isso, demonstravam ter uma sabedoria prática e uma pragmática solidária, bastante valorosas para atuar no campo da saúde mental. Essas tecnologias se complementam com a prática de matriciamento, elaborada por Campos e Onocko-Campos (ONOCKO-CAMPOS; GAMA, 2008), que organiza a gestão das práticas no território, envolvendo a corresponsabilidade da saúde especializada com a atenção básica, promovendo as trocas entre as equipes de ambos os níveis de atenção. Na nossa reflexão sobre este trabalho conjunto, buscamos sair de uma pré-concepção onde a atenção especializada detém o saber sobre a saúde mental e deve "ensinar o modo de operar" à atenção primária, a partir de um vetor unidirecional de transferência de conhecimentos partindo do nível especializado. Buscamos identificar o que chamamos de transvetores de articulação, onde, a partir da configuração em rede, cada ponto de atenção detém conhecimentos diferenciados, mas complementares, na direção da integralidade do cuidado, o que vai além de uma concepção bidirecional. Como explicitamos (NUNES et. al., 2016, p. 127):

> Bidirecional indica uma mútua influência e retroalimentação; transvetorial guarda um sentido de transversalidade e assume ainda a existência de uma pluralidade de dimensões (vetores) internas e próprias no interior de cada um desses níveis e que articulam, pelo intermédio da complexificação, esses dois níveis.

Em uma microárea de atuação, as equipes da atenção primária em saúde, apesar de se sentirem desautorizadas para realizar atendimentos em saúde mental, não raramente já o fazem, mas com hesitação por não seguirem os cânones do saber especializado. Este entendimento se sustenta na valorização excessiva dos diagnósticos psquiátricos e no uso de psicofármacos para tratar o sofrimento psíquico. Há dificuldades em se reconhecer o valor de ações generalistas, mais inespecíficas e integrais em saúde, geradoras de promoção da saúde, ancoradas no conhecimento sociosanitário e ecológico do território, que é mais frequente entre os profissionais da atenção básica. Destaca-se, também, um maior entendimento das necessidades das famílias, pela sua maior proximidade com a área adscrita. Por outro lado, a atenção primária aporta um cuidado de dimensões da saúde muitas vezes negligenciadas pelo saber especialista *psi*, como o tratamento das doenças físicas, tais como diabetes, hipertensão, obesidade, entre outras, altamente prevalentes na população. Todos esses são conhecimentos e atuações fundamentais na solução de problemas psíquicos complexos.

Com esta compreensão, a RMSM-ISC realizou o matriciamento de unidades de saúde da família com as quais teve a oportunidade de trabalhar de forma corresponsável e por meio de uma cogestão participativa, obtendo resultados bastante exitosos. De um lado, os residentes e seus tutores garantiam uma maior confiança às EqSF para identificar casos de saúde mental no território, acompanhá-los nas suas casas e na comunidade e desenvolver práticas baseadas no contexto cultural, geográfico e político dos territórios. Por sua vez, os parceiros da atenção básica, especialmente os agentes comunitários de saúde (ACS), facilitavam à equipe de saúde mental o trânsito por espaços de difícil acesso pela geografia árida de um bairro periférico, por vezes controlados pelo tráfico de drogas, ou com ruelas mais escondidas onde moram as famílias mais pobres.

Assim, realizamos ações de intensificação de cuidado com pessoas em situação de crise psicótica (SILVA, 2007), acompanhamos pessoas em situação

de rua e em estado de vulnerabilidade social, identificamos casos em cárcere privado – dos quais uma mulher com deficiência cognitiva e em condições de extrema negligência pela família – ou jovens em depressão com ideação suicida sem tratamento, ou crianças que deixaram de frequentar a escola em decorrência de problemas psíquicos, etc. Em todos esses casos, foi muito relevante entender os significados atribuídos ao sofrimento por parte dos ACS, atravessados por valores culturais e moralidades locais, além dos condicionantes socioeconômicos, fundamentais para orientar o tipo de enfrentamento possível para os problemas. Esse conjunto de experiências e reflexões foi descrito em um livro intitulado *Saúde Mental na Atenção Básica: Política e Cotidiano* (NUNES; LANDIM, 2016), onde as tomamos como objeto de análise e teorização.

Como expressão própria da nossa leitura sociocultural da produção e expressão do sofrimento psíquico aliada à identificação de recursos comunitários assentados sobre epistemologias e práticas populares para lidar com as dores do existir, temos lançado mão de elementos etnoculturais, advindos de estudos etnográficos desenvolvidos em contexto baiano (NUNES, 2009) e das observações nos campos da Residência, para compor uma clínica mais culturalmente sensível. Temos dado atenção à construção cultural da pessoa ou às etno-ontologias, nos seus reflexos sobre as relações interpessoais ou socioecológicas, como também aos contextos morais locais. Mais recentemente, uma leitura interseccional dos casos tem aprofundado a compreensão do que está em jogo na histórica produção do sofrimento psíquico e social, mas, também, sobre outras formas mais profundas de enfrentá-los.

Práticas de aquilombamento nos serviços e nos territórios (DAVID; VICENTIN, 2020), com a valorização de saberes negros ancestrais, veiculados em religiões de matriz africana, por exemplo, ganham nova expressão no reconhecimento do seu valor de elaboração de traumas, profundamente dolorosos e difíceis de sarar. Do mesmo modo, experiências ecoambientais que realinhem humanos e não humanos, bichos, natureza e seres invisíveis em relações mais harmoniosas e saudáveis, experimentadas por povos originários, passam a

despertar interesse nas suas atuações terapêuticas. Muitos desses recursos ficaram silenciados, tal como diagnosticamos em Nunes (2009), por anos de depreciação dos modos de operar pela resistência e na contrahegemonia de povos que sofreram a violência colonial. Sua reabilitação é fundamental se queremos uma política de reparação e um caminho legítimo de cura para as feridas coloniais.

Por fim, e ainda no espírito das contribuições brasileiras a uma forma de atenção psicossocial voltada para a reforma psiquiátrica, incorporamos a dimensão artístico-cultural, aportada por Amarante (1996), que propõe intervenções coletivas de grupos de usuários com repercussão cultural e que incidem sobre o exercício da cidadania de pessoas que, por muito tempo, tiveram seus Direitos Humanos e de cidadão violados. Essas expressões artísticas e culturais se inscrevem diretamente no eixo da desinstitucionalização e reinserção social, potencializando-se com ações de produção de renda e trabalho e de mobilização através da participação social e da luta antimanicomial.

Em Salvador, por uma iniciativa pioneira da RMSM-ISC e a partir do mapeamento de atividades de geração de renda nos CAPS, criamos a *Rede Gerar de Economia Solidária em Saúde Mental.* O GERAR, como temos chamado, ganhou autonomia dos CAPS e tem como função ser uma incubadora de projetos e de empreendimentos solidários, desenvolvendo atividades de serigrafia, costura, mosaico, vídeo, teatro, pintura e etc., voltados para a geração de renda, e, com isso, produzindo reconhecimento e inclusão social. Estimula, também, a sociabilidade entre pares pelo convívio frequente e pela cozinha comunitária, ampliando a circulação dos usuários pela cidade, antes restritos aos espaços terapêutico e doméstico.

A Casa Gerar, sede do projeto, abriga, ainda, reuniões de coletivos como o Comunidade de Fala (CdeF), grupo voltado para atividades de *recovery* de um grupo de pares e da literacia da sociedade, tendo como educadores "pessoas formadas pela experiência", ou seja, os próprios sujeitos em sofrimento mental; também reúne a Associação Metamorfose Ambulante

(AMEA), grupo de militantes composto por usuários e familiares da rede de atenção psicossocial, que planejam, na casa, suas atividades de *advocacy*; desenvolve, por fim, parceria com os Insênicos, trupe de teatro composta por usuários da saúde mental, que, além da atuação artística, tem funcionado como importantes mobilizadores sociais por meio de uma linguagem de maior alcance. Por essa mesma razão, temos produzido cartilhas e material audiovisual que permitam produzir discussões mais extensas, acessando outras plateias, como o recente filme longa metragem "Reexistir por Linhas Transmutáveis – Histórias da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial Baiana" do diretor Talbert Igor, fruto da parceria da Universidade de Coimbra, Portugal, com a Universidade Federal da Bahia, Brasil.

Observa-se, por intermédio dessas modalidades de atuação, que a experiência em espaços não terapêuticos estrito senso e que desenvolvem habilidades artísticas ou a artesania das produções laborais significativas para as pessoas têm contribuído com a "desmedicalização da vida", agindo na contracorrente do excesso da psicopatologização, psicologização e uso desmesurado e desnecessário de psicofármacos, observados nas últimas décadas, o que também é defendido por autores como Freitas e Amarante (2017).

Algumas considerações finais

A nossa atuação, por meio da Residência Multiprofissional em Saúde Mental, e alimentada pelas nossas atividades de pesquisa, tem proporcionado um laboratório de práticas que articulam a clínica psicossocial, no seu fazer mais singular e voltado para os sujeitos, seus desejos e modos particulares de estarem no mundo, às atuações mais coletivas e políticas, quer sejam as rodas de conversa com mulheres, que compartilham como enfrentam as mazelas da violência de gênero que vivenciam no dia a dia, até as Paradas de Orgulho Louco, que reúnem dezenas de serviços e pessoas em torno da comemoração

da Luta Antimanicomial no dia 18 de maio em todo o Brasil. Nestes fazeres diversificados e planejados de acordo com as características e necessidades sociosanitárias de territórios e singulares de indivíduos, operamos a formação de trabalhadores/as em saúde mental para um cuidado integral, situado na rede pública de saúde e engajado com a solução dos problemas complexos de saúde vividos pelas pessoas em sofrimento psíquico – o que se faz bem ver no relato do caso que abre este nosso texto.

Podemos, de tal modo, assegurar que boas práticas de saúde mental foram realizadas e aprendidas com a Residência. Não raramente, nos entusiasmamos com bons resultados, alguns inesperados diante de tantas dificuldades. Os residentes, uma vez egressos do curso, continuaram a percorrer caminhos alvissareiros, demonstrando que a semente havia germinado e produziam frutos em outros solos. Sabíamos, contudo, que nada está assegurado diante da impermanência das realidades, da constante necessidade de analisar a situação face a novas conjunturas sociopolíticas e de inventar novas práticas, o que já manifestávamos nas nossas impressões iniciais:

> Comecemos com o relógio de Dali, derretedor do tempo. Com essa imagem na cabeça, feito uma obsessão, acendo uma luz de compreensão capaz de cravar sentido em tanta impermanência. Contavam, naquela época, seis meses do início de um trabalho com uma trupe de jovens entusiastas, plantados feito sementes em solos os mais inauditos: húmus, massapê vermelho do nordeste, terra inóspita do deserto. De todos, brotavam flores. De todos: girassóis, margaridas, bem-me-queres, bromélias, orquídeas. Fincados feito erva ruim que resiste às intempéries, residentes e preceptores, éramos todos fertilizados de projetos, de apostas e de laços. A matéria bruta estava lá: um manicômio e territórios estrangeiros batizados de CAPS, povoados de crianças e de adolescentes, de consumidores de drogas, de loucos e de nervosos, sofrentes de toda ordem. Em cada uma dessas terras estrangeiras, buscávamos amigos e parceiros que estivessem conosco para o que der e vier, era esse o nosso lema. Munidos de desejo e levando como bússola idéias como integração social, respeito à loucura alheia e à nossa,

> sensibilidade ao sofrimento do outro e ao nosso, desestigmatização, asas à imaginação, obstinação e transformação, caminhávamos sabendo que não há caminho... Nunca tivemos tanta certeza de que o fazíamos ao andar (NUNES, 2015, p. 484).

Mais uma vez, no entanto, nos convencemos de que, a despeito das intempéries que atravessam os tempos históricos, seus desafios, suas reproduções de condições sociais, ecológicas e políticas de desigualdade e injustiça social, produtoras de sofrimento, e suas imemoráveis inércias feitas para paralisarem as mudanças necessárias, é possível construir um projeto coletivo de saúde mental capaz de resistir às intempéries e reinventar táticas de luta a cada nova adversidade ,de modo a não deixar ninguém para trás. Esse, talvez, tenha sido o maior ensinamento dessa experiência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLI NETO, M. L.; AMARANTE, P. D. C. O Acompanhamento Terapêutico como Estratégia de Cuidado na Atenção Psicossocial. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s. l.], v. 33, n. 4, p. 964-975, 2013.

ALIAGA, M. A. *et al.* Avaliação participativa da segurança alimentar e nutricional em uma comunidade de Salvador, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 7, p. 2595-2604, 2020.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 14, n. 3, p. 30-50, 2005.

AMARANTE, P. D. C. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995.

AMARANTE, P. D. C. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

BARROS, S. *et al.* Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 23, n. 4, p. 1235-1247, 2014.

BASAGLIA, F. **A Psiquiatria Alternativa**: Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática: Conferências no Brasil. São Paulo: Brasil Debates, 1982.

BASAGLIA, F. **L'utopia della realtà**. Milão: Piccola Biblioteca Einaudi Ns, 2005.

BENEVIDES, B. G. **Dossiê**: Assassinatos e Violências contra Travestis e Transexuais Brasileiras em 2023. Brasília, DF: Distrito Drag; ANTRA, 2024.

BRAMBILLA, B. B.; KAHHALE, E. M. S. P. Por mais sentipensar na pesquisa-ação-participativa em Psicologia: rumos descoloniais para além do estudo de caso. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, [s. l.], v. 14, n. 41, p. 175-193, 2023.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. D. C. (org.). **Ensaios**: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 141-168.

DAVID, E. C.; VICENTIN, M. C. G. Nem crioulo doido, nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 44, n. 3, p. 264-277, 2020.

DIMENSTEIN, M. *et al*. Determinação Social da Saúde Mental: Contribuições à Psicologia no Cuidado Territorial. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, [s. l.], v. 69, n. 2, p. 72-87, 2017.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. **Medicalização em Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

GOULART, M. S. B. *et al*. Os brasileiros na prática de saúde mental de Trieste: histórias de laços e de construções. In: SADE, R. M. S. (org.). **Boas Práticas**: Caminhos e Descaminhos no Processo de Desinstitucionalização. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2017. p. 267-288.

JUCÁ, V. S.; NUNES, M. O.; BARRETO, S. G. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 173-182, 2009.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. *et al*. (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 615-634.

NICÁCIO, F. *et al*. Projetos de inclusão no trabalho e emancipação de pessoas em situação de desvantagem: uma discussão de perspectivas. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 62-66, 2005.

NUNES, M. O. O silenciamento da cultura nos (con)textos de cuidado em saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, [s. l.], v. 1, p. 38-47, 2009.

NUNES, M. O.; LANDIM, F. L. P. (orgs.). **Saúde Mental na Atenção Básica**: Política e Cotidiano. Salvador: EDUFBA, 2016.

NUNES, M. O.; TORRENTÉ, M. Estigma e violência no trato com a loucura: narrativa de

centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 43, supl. 1, p. 101-108, 2009.

NUNES, M. O.; TORRENTÉ, M.; JANSEN, M. As metamorfoses da emancipação na Reforma Psiquiátrica Baiana. In: MARQUES, T. P.; PORTUGAL, S. (orgs.). **Saúde Mental e Direitos Humanos em Portugal e no Brasil**: História, epistemologias, políticas e ativismos. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2025. p. 173-225.

NUNES, M. O.; TORRENTÉ, M.; PRATES, A. (org.). **O otimismo das práticas**: Inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Salvador: EDUFBA, 2015.

NUNES, M. O. *et al*. A Saúde Mental e a Liberdade: a intervenção de uma Residência Multiprofissional em um distrito sanitário de Salvador. In: ESPERIDIÃO, M. (org.). **Integração Ensino, Serviço e Comunidade no SUS Bahia**. [No prelo]. Salvador: EDUFBA, 2025.

NUNES, M. O.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 23, n. 10, p. 2375-2384, 2007.

ONOCKO-CAMPOS, R.; GAMA, C. Saúde Mental na Atenção Básica. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. (orgs.). **Manual de Práticas da Atenção Básica**: Saúde Ampliada e Compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 210-236.

PASSOS, E.; SADE, C.; MACERATA, I. (orgs.). **Entre clínica e política**: produção de conhecimento e cuidado em saúde. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2020.

PINHEIRO, C. M.; NUNES, M. O. Tratamento para mulheres que usam drogas: Uma Crítica sob a Perspectiva do Feminismo Decolonial. **Psicologia & Sociedade**, [s. l.], v. 35, e259943, 2023.

PORTELLA, D. D. A. *et al*. Homicídios dolosos, tráfico de drogas e indicadores sociais em Salvador, Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 24, n. 2, p. 631-639, 2019.

PORTUGAL, C. M.; MEZZA, M.; NUNES, M. O. A Clínica entre Parênteses: Reflexões sobre o Papel da Arte e da Militância na Vida de Usuários de Saúde Mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 28, n. 2, e280211, 2018.

PROCÓPIO, L. C. R. *et al*. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 43, n. 121, p. 592-604, 2019.

PROGRAMA CIDADES SUSTENTÁVEIS. **Mapa da Desigualdade entre as Capitais Brasileiras**. São Paulo: Instituto Cidades Sustentáveis, 2024.

ROCHA, R. V. S. **História do Pensamento Científico Brasileiro sobre Saúde Mental e Racismo** (Vol. 01): Da Eugenia ao Mito da Democracia Racial. São Paulo: Editora Conhecimento Liberta, 2023.

ROCHA, R. V. S. **História do Pensamento Científico Brasileiro sobre Saúde Mental e Racismo** (Vol. 02): Das Teorias Críticas às Práticas Antirracistas. São Paulo: Editora Conhecimento Liberta, 2025.

ROCHA, R. V. S.; NUNES, M. O. T.; COELHO, M. T. A. D. **Saúde Mental e Racismo à Brasileira**: Narrativas de Trabalhadoras e Trabalhadores da Atenção Psicossocial. Salvador: Editora Devires, 2021.

ROTELLI, F. *et al*. **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá; Instituto Franco Basaglia, 2001.

SILVA, M. V. O. A Clínica Integral: O Paradigma Psicossocial como uma Exigência da Clínica das Psicoses. In: SILVA, M. V. O. (org.). **In-tensa ex-tensa**: A Clínica Psicossocial das Psicoses. Salvador: LEV/FFCH/UFBA, 2007. p. 40-41.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [s. l.], v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

WIJK, L. B.; MÂNGIA, E. F. Atenção psicossocial e o cuidado em saúde à população em situação de rua: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 24, n. 9, p. 3357-3368, 2019.

CAPÍTULO 12

FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL DESARROLLO DE LA COMPETENCIA CULTURAL EN PROVEEDORES DE SALUD: DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL

Victor Pedrero, Wendolyne Molina Sánchez, Margarita Bernales e Janeth Agrazal García

La competencia cultural se ha consolidado como un componente esencial de la calidad en salud, en respuesta tanto a la creciente diversidad de las poblaciones como a la evidencia que demuestra que una atención sensible a la diversidad cultural contribuye a reducir las inequidades en el acceso a los servicios sanitarios (BUTLER et al., 2016; CDC, 2021). La literatura ha identificado que factores sociodemográficos y laborales, como la edad, el sexo, el nivel educativo, el ingreso económico y los años de experiencia profesional, se asocian con la competencia cultural (HERRERO-HAHN et al., 2019; LIU et al., 2022; TONG et al., 2021). Sin embargo, la utilidad de estos factores para el diseño de programas formativos es limitada, dado que la mayoría son poco o nada modificables.

En este escenario, cobran especial relevancia los factores psicosociales, entre ellos la conciencia de los propios valores culturales, la identidad social,

las actitudes de resistencia o rechazo hacia la diversidad cultural, así como el contacto y la experiencia laboral con grupos culturalmente diversos (BIRHANU et al., 2023; JONGEN et al., 2018; SUE; SUE, 2015; ZELEKE et al., 2024). Estos elementos constituyen un campo fértil para el desarrollo de intervenciones orientadas a fortalecer la competencia cultural y, al mismo tiempo, permiten generar evidencia empírica sobre su impacto, aspecto que aún presenta importantes vacíos en la literatura (JONGEN et al., 2018; SUE; SUE, 2015).

Este capítulo examina la conceptualización y evaluación de la competencia cultural, analiza los principales factores que influyen en su desarrollo y presenta estrategias formativas orientadas a fortalecerla en los profesionales de la salud, destacando algunos desafíos y oportunidades que existen en este campo.

Conceptualización de la Competencia Cultural

La competencia cultural se entiende como un proceso dinámico, multidimensional y multinivel, en el que proveedores e instituciones de salud integran en su práctica la comprensión de los contextos sociales y culturales de las poblaciones que atienden (BERNALES et al., 2015; CROSS et al., 1989; SUE; SUE, 2008). La cultura, concebida como un marco compartido de significados que orienta la forma en que las personas perciben y experimentan el mundo (KAGAWA-SINGER et al., 2016), permite identificar distintos grupos culturales, ya sea por etnia, territorio, condiciones de salud, género u ocupación. Desde esta perspectiva, toda interacción clínica constituye una interacción intercultural en la que convergen las visiones del usuario y del proveedor, con interpretaciones sobre la salud y la atención que pueden diferir entre ellos (KLEINMAN; BENSON, 2006).

Se ha propuesto que la competencia cultural debe conceptualizarse como un continuo que refleja las distintas formas en que las personas y organizaciones responden a la diversidad cultural (CROSS et al., 1989;

SUE; SUE, 2008). Cross et al., (1989) distinguen seis niveles que van desde la destrucción cultural hasta la maestría cultural (figura 1). La destrucción cultural, ubicada en el extremo más negativo, se caracteriza por actitudes, políticas y prácticas abiertamente perjudiciales hacia culturas diversas y, por ende, hacia los individuos que forman parte de ellas, incluyendo tratos deshumanizantes, violencia simbólica o actos graves de discriminación. En el extremo opuesto se encuentra la maestría o competencia cultural avanzada, que implica un compromiso activo con la equidad cultural y se manifiesta en prácticas de defensa y abogacía a favor de grupos culturalmente diversos, en la generación de investigaciones y estrategias innovadoras culturalmente competentes, así como en esfuerzos por transformar estándares profesionales que históricamente han ignorado o excluido las diferencias culturales en su formulación.

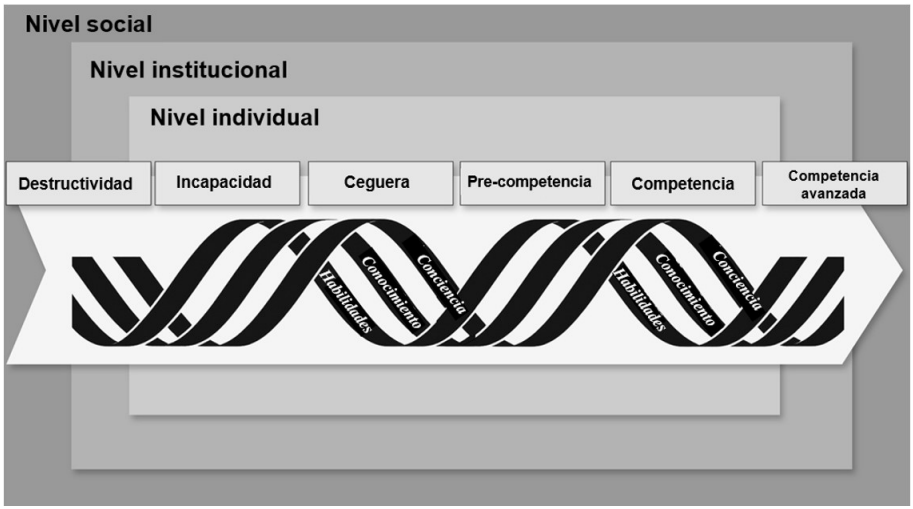
Figura 1. Estadios de desarrollo de la Competencia Cultural de acuerdo a Cross et al. (1989)

De manera complementaria a esta visión de desarrollo progresivo, la literatura ha identificado múltiples dimensiones que componen la competencia cultural como constructo. Entre las más reconocidas se encuentran la conciencia de los propios prejuicios (ALIZADEH; CHAVAN, 2016; SHARIFI, ADIB-HAJBAGHERY; NAJAFI, 2019), el conocimiento sobre otras culturas (ALIZADEH; CHAVAN, 2016; HENDERSON et al., 2018; SHEN, 2015) y las habilidades para brindar una atención culturalmente adecuada (ALIZADEH; CHAVAN, 2016). Si bien estas dimensiones son centrales, algunos autores han destacado la relevancia de otros componentes afectivos y relacionales, como la sensibilidad cultural, la comunicación efectiva y la capacidad de establecer vínculos de confianza (HENDERSON et al., 2018; SHARIFI et al., 2019).

Estas dimensiones operan de manera articulada en distintos niveles: individual, profesional, organizacional y social (SUE e SUE, 2008). A nivel individual, los profesionales deben reconocer sus prejuicios y mostrar apertura hacia la diversidad; en el plano profesional, se debe considerar que las prácticas, los estándares y los códigos éticos poseen componentes culturales; a nivel organizacional, las instituciones requieren revisar políticas y procedimientos que pueden limitar inadvertidamente el acceso a la atención; y en el nivel social, las políticas públicas pueden perpetuar inequidades estructurales que afectan a ciertos colectivos. Para integrar estas dimensiones se han propuesto diversos modelos conceptuales, entre los que destaca el Modelo Multidimensional de Competencia Cultural (MMCC), desarrollado inicialmente en psicología y cada vez más aplicado en salud por su solidez teórica, utilidad formativa y potencial empírico (PEDERO et al., 2020; SUE & SUE, 2008). Este modelo consta de tres ejes claves: (1) la perspectiva de los grupos culturales, que se refiere al trasfondo cultural, los valores, normas, creencias y contexto sociocultural de usuarios y prestadores de servicios de salud; (2) los componentes de la competencia cultural, que incluyen la sensibilidad para reconocer la diversidad y los prejuicios propios, el conocimiento sobre otros grupos culturales y las barreras que dificultan su

atención, así como las habilidades para establecer intervenciones mediante una comunicación respetuosa; y (3) el foco de interés de la competencia cultural, que abarca los ámbitos en que debe desarrollarse, individuos, instituciones y organizaciones, para una atención sanitaria culturalmente competente. Concordante con otros modelos teóricos, el MMCC también conceptualiza la competencia cultural como algo dinámico en constante desarrollo. En la Figura 2 se esquematizan los principales atributos de la competencia cultural considerando los diferentes modelos teóricos abordados.

Figura 2. Diagrama de la definición de competencia cultural



Evaluación de la Competencia Cultural

La evaluación de la competencia cultural se ha abordado mediante diversos instrumentos que difieren en aspectos clave como sus propiedades psicométricas, las dimensiones consideradas y los contextos culturales en los que fueron desarrollados (LIN et al., 2016; OSMANCEVIC et al., 2021). Entre ellos, se encuentra la Escala de Medición de la Competencia Cultural (EMCC-

14) (PEDRERO et al., 2020), la cual se basa en el MMCC. Este instrumento evalúa, a nivel individual, tres dimensiones centrales: conciencia, conocimiento y habilidades. El EMCC-14 es el único instrumento de competencia cultural desarrollado en un contexto latinoamericano. En cuanto a sus propiedades psicométricas, la evidencia ha respaldado su validez y confiabilidad tanto en distintos profesionales de la salud como en estudiantes de ciencias de la salud (AGRAZAL; TUNÓN; PEDRERO, 2025; JOHNSON, 2023; MOLINA-SÁNCHEZ et al., 2024; PEDRERO et al., 2020). Estas características lo convierten en una herramienta especialmente pertinente para el análisis de la competencia cultural en la región.

En los últimos años ha crecido el interés por medir la competencia cultural en países de América Latina. Los resultados obtenidos de la aplicación del EMCC-14 en diferentes contextos muestran de manera consistente que los puntajes en conciencia cultural son inferiores a los registrados en conocimiento y habilidades (Tabla 1). Este patrón coincide con lo reportado por Arias-Schreiber Muñoz et al. (2023), en un estudio multimétodo que combinó la aplicación de la EMCC-14 con entrevistas a proveedores de salud. En dicho trabajo, los bajos niveles de sensibilidad cultural se reflejaron en una escasa problematización de los propios prejuicios en la práctica clínica, lo que sugiere una brecha significativa en esta dimensión.

Estos hallazgos evidencian que la competencia cultural no se desarrolla de manera uniforme en todas sus dimensiones y plantean el desafío de identificar los factores que influyen diferencialmente en cada una. Profundizar en este análisis permitirá diseñar intervenciones más focalizadas y eficaces, orientadas a fortalecer de manera equilibrada la conciencia, el conocimiento y las habilidades, con miras a consolidar prácticas sanitarias más inclusivas y culturalmente competentes.

Tabla 1. Niveles de Competencia Cultural en diferentes muestras

Muestra	Grupo de proveedores de salud	n	Conciencia	Conocimiento	Habilidades	Competencia Cultural general
Chile (PEDRERO, 2020)	Médicos	115	64,95	82,85	76,91	75,19
	Enfermeras	207	57,66	86,08	76,71	74,34
	Kinesiológos	97	59,51	84,18	78,86	74,94
	Matrónes	103	50,92	85,42	77,21	72,31
	Nutricionistas	89	55,91	91,26	82,71	77,24
Chile (ARIAS, 2023)	Administrativos	18	50	69	75	65
	Proveedores de salud	96	63	88	79	75
México (MOLINA, 2024)	Enfermeras	211	64,5	80,71	80,76	76,1

Nota: En todos los casos se empleó la Escala de Medición de Competencia Cultural (EMCC-14). Los putajes tanto totales como para cada una de las dimensiones fueron escalados a una métrica entre 0 y 100.

Factores asociados con el desarrollo de la competencia cultural

Aunque se ha avanzado en la conceptualización y medición de la competencia cultural, aún persisten vacíos en la identificación de los factores que facilitan o dificultan su desarrollo, aspecto crucial para diseñar e implementar intervenciones efectivas. Entre los factores más estudiados se encuentran los sociodemográficos. Variables como edad, sexo, profesión, nivel educativo, años de experiencia laboral y formación previa se han asociado con mayores niveles de competencia cultural (BERHANU et al., 2021; HERRERO-HAHN et al., 2019; TONG et al., 2021; LIN, 2016; LING et al., 2021). Sin embargo, su utilidad para la planificación de programas formativos es limitada, ya que la mayoría no son modificables o bien su modificación resulta

poco factible (HERRERO-HAHN et al., 2019; JONGEN et al., 2018; SUE; SUE, 2015). Por ello, diversos autores han propuesto focalizar la atención en variables psicosociales que, además de explicar el desarrollo de la competencia cultural, sean susceptibles de intervención (BERHANU et al., 2021; SUE; SUE, 2015; TONG et al., 2021). En este marco, el Modelo Multidimensional de Competencia Cultural (MMCC) destaca dos constructos con especial potencial: la identidad social y las resistencias a la diversidad cultural.

***Identidad social*:** La identidad social alude al grado en que las personas se perciben como parte de un grupo y valoran dicha pertenencia (SUE; SUE, 2015; TAJFEL, 1984). Desde una perspectiva teórica, a medida que aumenta la identificación grupal, los individuos incorporan en su autoconcepto las normas y valores de ese colectivo. Si tales normas promueven la competencia cultural, quienes se identifiquen con el grupo tenderán a desarrollarla con mayor facilidad. Un estudio reciente en enfermeras (MOLINA-SÁNCHEZ et al., 2024) abordó esta hipótesis. La literatura describe a la enfermería como un colectivo asociado con valores como vocación de servicio, empatía, habilidades comunicacionales, sensibilidad, confianza y respeto, cualidades vinculadas al desarrollo de la competencia cultural. Los resultados del estudio mostraron que una mayor identificación profesional favorecía el conocimiento y las habilidades culturales, pero reducía la conciencia cultural. Esto puede explicarse porque reconocer la existencia de prejuicios hacia los pacientes podría representar una amenaza a la identidad profesional. El hecho de estar llamados a responder a las necesidades de las personas y, al mismo tiempo, admitir la presencia de sesgos propios constituiría un desafío cognitivo y emocional para los profesionales. Frente a tales amenazas, es común que las personas reaccionen de manera defensiva, negando el atributo cuestionado (por ejemplo, la presencia de sesgos en la atención) y reforzando los aspectos positivos de su grupo(por ejemplo, la presencia de sesgos en la atención) y reforzando los aspectos positivos de su grupo (MOLINA-SÁNCHEZ et al., 2023; SHERMAN et al., 2007; SUE; SUE, 2015; VITRIOL et al., 2024). Aunque

la evidencia es incipiente, estos hallazgos abren una línea prometedora para futuras intervenciones, en particular aquellas que promuevan la autorreflexión crítica a lo largo de la vida profesional, con el fin de aumentar la conciencia sobre los propios prejuicios y su impacto en la atención.

***Resistencias a la diversidad cultural*:** Este constructo se refiere a un conjunto de mecanismos psicológicos, que obstaculizan el desarrollo de la conciencia, el conocimiento y las habilidades culturales (SUE; SUE, 2015). Teóricamente, se han propuesto tres tipos de resistencias a la diversidad cultural: cognitiva, emocional y conductual. La resistencia cognitiva se manifiesta en la negación, minimización o desconocimiento de las desventajas que enfrentan ciertos grupos (e.g., minorías raciales, sexuales o personas con enfermedades estigmatizadas), dificultando el reconocimiento de prejuicios y la reflexión crítica sobre la influencia cultural en la atención (CROSS, 1989; SUE; SUE, 2015). La resistencia emocional se expresa en emociones como ansiedad, incomodidad o culpa durante interacciones interculturales, especialmente cuando se ha reconocido la existencia de prejuicios (FISKE; TAYLOR, 2017). Estas respuestas pueden reducir la disposición a comprender la realidad cultural de los usuarios y limitar la efectividad de los encuentros clínicos (GUDYKUNST, 2001; HAM; TAK, 2022; STEPHAN, 2014). Finalmente, la resistencia conductual se refiere a obstáculos que dificultan la puesta en práctica de conductas culturalmente competentes, como una baja autoeficacia percibida, presiones contextuales o falta de apoyo institucional (BANDURA, 1999; JEFFREYS, 2000). Este planteamiento coincide con teorías como la de la acción razonada o la social cognitiva, que señalan que la intención de actuar no se traduce en conducta sin recursos ni confianza suficientes (BANDURA, 1999; FISHBEIN; AJZEN, 2010). Aunque aún no se dispone de instrumentos específicos para medir estas resistencias, constructos previamente explorados ofrecen una base sólida para avanzar en esta dirección. La Tabla 2 resume sus definiciones teóricas y operacionales, junto con una propuesta de indicadores empíricos aplicables en contextos sanitarios.

Tabla 2. Resumen conceptual y empírico de las resistencias a la diversidad cultural

Categoría	Resistencia cognitiva	Resistencia emocional	Resistencia conductual
Definición	Negar o minimiza la influencia cultural en la atención sanitaria.	Emociones negativas como ansiedad o incomodidad ante la diversidad cultural.	Falta de percepción de autoeficacia y habilidades para actuar en contextos que requieren de CC.
Ejemplo de escalas de medición	Escala de CoBRAS (Color-Blind Racial Attitud Scale). Esta escala evalúa la negación de discriminación enfrentan las minorías raciales y privilegios que tienen los grupos no minoritarios. Instrumentos como este podrían ser adaptados para la evaluación de la resistencia cognitiva (NEVILLIE et al., 2000).	Escala de ansiedad intergrupal (STEPHAN, 2014). Mide 10 sentimientos específicos al anticipar o vivir una interacción intergrupal. Esta	Escala de autoeficacia en competencia cultural (ASSEMI et al., 2006). Mide la percepción de capacidad para aplicar acciones culturalmente competentes. Distingue entre omisión por desconocimiento o por barreras percibidas.

Nota. La tabla sintetiza las definiciones teóricas y operacionales de las resistencias cognitiva, emocional y conductual, así como los indicadores empíricos propuestos para su medición en contextos sanitarios.

Oportunidades para la Formación en Competencia Cultural

Para promover el desarrollo de la competencia cultural es necesario implementar estrategias que aborden los distintos factores que influyen en su consolidación, con especial atención en los aspectos psicosociales, como las resistencias a la diversidad cultural. Dichas resistencias a la diversidad cultural pueden incluir actitudes, percepciones y prácticas profesionales que minimizan, rechazan o ignoran la complejidad cultural de los pacientes, favoreciendo enfoques que estandarizan las atenciones en salud, sin considerar las necesidades de cada paciente.

Dada la naturaleza diversa de estas resistencias, es poco probable que una única estrategia sea suficiente; en cambio, se requieren aproximaciones integradas que combinen diferentes enfoques. Las intervenciones educativas en competencia cultural, por ejemplo, pueden contribuir a reducir resistencias conductuales al fortalecer la autoeficacia de los proveedores, aunque su efecto sobre resistencias cognitivas o emocionales puede ser más limitado. Por otro lado, las estrategias orientadas a contrarrestar prejuicios podrían resultar más efectivas para abordar dichas resistencias, al favorecer la toma de conciencia sobre los propios sesgos y trabajar con las emociones que emergen en las interacciones intergrupales.

Una perspectiva relevante que debe considerarse al planificar estrategias de intervención es su sostenibilidad en el tiempo, ya que eventos aislados podrían resultar poco efectivos para el desarrollo de la competencia cultural. La literatura ha sugerido que, la transición hacia la experticia en esta área requiere tanto contacto con grupos culturalmente diversos (por ejemplo, a través de la experiencia laboral) como de una formación continua y sistemática (BIRHANU et al., 2023; LIN et al., 2015; SUK et al., 2018; ZELEKE et al., 2024). Esta afirmación se fundamenta en el modelo propuesto por Benner (1982), desarrollado en el campo de la enfermería, que sugiere que las y los profesionales transitan por cinco niveles de competencia: novato, principiante avanzado, competente, competente avanzado y experto. La experiencia laboral y la formación continua facilitarían la progresión a través de estos niveles y, en consecuencia, fortalecerían el desempeño profesional.

A continuación se profundiza en tres tipos de intervenciones que tienen un especial potencial para el desarrollo de la competencia cultural en los proveedores de salud: estrategias educativas, estrategias basadas en el contacto intergrupal y estrategias centradas en la toma de perspectiva.

***Estrategias educativas*:** En la literatura reciente se han publicado varias revisiones sistemáticas que examinan intervenciones educativas en competencia cultural, que utilizan diversos métodos de formación

presencial, simulación y en línea (CHAE et al., 2020; JONGEN et al., 2018; SHEPHERD, 2019). Un hallazgo recurrente es que las estrategias expositivas mejoran el conocimiento y, en algunos casos, las actitudes, pero rara vez logran cambios conductuales sostenidos (CHAE et al., 2020; JONGEN et al., 2018; SHEPHERD, 2019). La capacitación en estereotipos, sesgos, estigma y discriminación, así como en los factores que los determinan, puede ser útil, aunque no suficiente para generar transformaciones sostenidas (CHAE, 2019; RISSEL, 2023; SHEPHERD, 2019). En este contexto, la simulación clínica aparece como una estrategia particularmente prometedora. Los escenarios con pacientes estandarizados, acompañados de un debriefing centrado en las emociones surgidas durante la interacción e integrando retroalimentación de los propios pacientes, permiten abordar simultáneamente barreras cognitivas, conductuales y emocionales (DELIZ, 2019; QIN, 2021; WALKOWSKA, 2023). Además, otras metodologías de aprendizaje experiencial, como el teatro, las prácticas comunitarias o el diseño de intervenciones participativas, ofrecen alternativas valiosas aunque menos exploradas (HUISH, 2023; RISSEL, 2023; TREMBLAY, 2020).

Contacto intergrupal: Estas intervenciones se fundamentan en la Teoría del Contacto Intergrupal, que sostiene que, bajo ciertas condiciones, la interacción entre grupos (e.g., profesionales de la salud y miembros de poblaciones minoritarias) reduce el prejuicio (DONALDSON et al., 2025; HSIEH et al., 2022; PALUCK et al., 2021; PETTIGREW, 2021; VELA et al., 2022; WHITE et al., 2021). Su eficacia radica en disminuir la ansiedad intergrupal y las emociones negativas, al tiempo que fomentan la empatía y emociones positivas hacia el grupo externo (BROWN; HEWSTONE, 2005). Estos mecanismos se relacionan estrechamente con las resistencias cognitivas y emocionales previamente descritas. Un ejemplo ilustrativo es el trabajo de Kohrt et al. (2020), quienes implementaron una intervención dirigida a reducir el estigma de los profesionales de salud hacia personas con enfermedad mental. La intervención incluyó distintas etapas: en la primera, usuarios compartieron

sus experiencias de tratamiento; en la segunda, profesionales con experiencias positivas relataron sus vivencias al grupo; y finalmente, se desarrolló una sesión conjunta con proveedores experimentados, proveedores sin experiencia y personas con enfermedad mental, fomentando un espacio horizontal y cooperativo orientado a objetivos comunes. La intervención incrementó tanto la motivación de los profesionales como su percepción de competencia para atender a esta población.

Toma de perspectiva: Este enfoque se define como la capacidad de ponerse en el lugar del otro, comprendiendo cómo percibe una situación y reconociendo sus reacciones cognitivas y emocionales (DONALDSON et al., 2025; HSIEH et al., 2022). Las intervenciones basadas en la toma de perspectiva buscan promover la empatía como vía para reducir el prejuicio, a través de entrenamientos en conciencia social, ejercicios de categorización y actividades cognitivas y emocionales. Estas estrategias han mostrado resultados positivos en la reducción del prejuicio en diversas poblaciones, incluidos los profesionales de la salud. En el ámbito de la competencia cultural, favorecen el reconocimiento de los propios sesgos y disminuyen la resistencia cognitiva hacia la diversidad. Un ejemplo es el estudio de Hirsh et al. (2019), en el que 406 médicos participaron en una intervención de realidad virtual para evaluar sesgos asociados a raza y nivel socioeconómico en decisiones sobre tratamiento del dolor. Tras recibir retroalimentación y explorar historias virtuales de pacientes, los médicos que completaron la intervención mostraron una reducción significativa de sus sesgos en comparación con el grupo control. Este hallazgo evidencia el potencial de la toma de perspectiva como recurso para fortalecer la competencia cultural en la práctica clínica.

Si bien estas intervenciones pueden resultar útiles para el desarrollo de la competencia cultural en proveedores de salud, su efectividad también debe evaluarse en términos de cambios en resultados relevantes para los usuarios (OSMANCEVIC et al, 2025; VELLA; WHITE; LIVINGSTONE, 2022). Sin embargo, la evidencia en este aspecto es limitada. Recientemente, Vella, White

e Livingstone (2022), en una revisión sistemática que examinó el efecto del entrenamiento en competencia cultural de los proveedores sobre los resultados en salud de los usuarios, mostraron que dichas intervenciones incrementaban la percepción de los pacientes de que recibían cuidados culturalmente competentes; no obstante, no se observaron cambios significativos en indicadores de salud. Resultados más auspiciosos se han reportado con estrategias orientadas a favorecer la toma de perspectiva. Una revisión sistemática evidenció que las intervenciones diseñadas para promover la empatía mostraron efectos prometedores en la satisfacción de los usuarios (KESHTKAR et al; 2024). Esta constituye, sin duda, un área que requiere mayor exploración y que debería ser incorporada como un elemento relevante en futuros estudios que diseñen e implementen intervenciones en competencia cultural.

Conclusiones

A lo largo del capítulo se revisó la conceptualización de la competencia cultural, herramientas de evaluación, así como los factores que influyen en su desarrollo. En este último ámbito aspectos como la identidad social y, sobre todo, las resistencias a la diversidad cultural emergen como dimensiones centrales, tanto para comprender las dificultades en la adquisición de la competencia cultural como para orientar intervenciones específicas.

En este marco, se abren oportunidades significativas para la formación del personal sanitario. La incorporación de estrategias educativas innovadoras, junto con intervenciones basadas en el contacto intergrupal o la toma de perspectiva, permiten no solo transmitir conocimiento, sino también trabajar sobre las resistencias cognitivas, emocionales y conductuales limitan la adquisición de competencia cultural.

No obstante, persisten desafíos relevantes. En primer lugar, avanzar en la validación de instrumentos que midan con precisión las resistencias que

obstaculizan el desarrollo de la competencia cultural resulta fundamental; disponer de métricas sólidas permitirá comprender mejor estos fenómenos en distintos contextos. En segundo lugar, aunque este capítulo ofrece estrategias y orientaciones centradas en los proveedores de salud, no deben desatenderse las resistencias institucionales, frente a las cuales es necesario actuar para transformar prácticas y políticas. Solo así será posible consolidar procesos de formación continua que trasciendan acciones puntuales y garantizar que las políticas públicas en salud reconozcan y promuevan de manera efectiva la diversidad cultural. En tercer lugar, es crucial integrar la formación en competencia cultural en la preparación de los estudiantes de las ciencias de la salud, a través de estrategias como programas de capacitación, experiencias de inmersión en contextos culturalmente diversos y la incorporación transversal de la competencia cultural en el currículo, con el propósito de fortalecer su futuro desarrollo profesional. Finalmente, la evaluación del impacto de las estrategias en competencia cultural debe considerar la perspectiva de los usuarios, ya que contribuir a mejorar la salud y el acceso constituye el propósito último de este enfoque.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGRAZAL-GARCÍA, J.; TUÑÓN, R.; PEDRERO, V. Evidence of validity and factorial invariance of the cultural competence measurement scale (EMCC-14) among students of healthcare sciences in Panama. **BMC Medical Education**, v. 25, n. 1, 1655, p. 1-12, 2025. DOI: https://doi.org/10.1186/s12909-025-08190-8.

ALIZADEH, S.; CHAVAN, M. Cultural competence dimensions and outcomes: a systematic review of the literature. **Health and Social Care in the Community**, [s. l.], v. 24, n. 6, p. e117–e130, 2016. DOI: https://doi.org/10.1111/hsc.12293.

ARIAS-SCHREIBER MUÑOZ, A. *et al*. Cultural competence in a primary healthcare center in Santiago de Chile: a mixed methods design. **Revista Médica de Chile**, [s. l.], v. 151, n. 4, p. 478-488, 2023. DOI: https://doi.org/10.4067/S0034-98872023000400478.

BANDURA, A. **Auto-eficacia**: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1999.

BENNER, P. From novice to expert. **American Journal of Nursing**, [s. l.], v. 82, n. 3, p. 402-407, 1982. DOI: https://doi.org/10.2307/3462928.

BERHANU, R. D. *et al*. Perceived transcultural self-efficacy and its associated factors among nurses in Ethiopia. **PLOS ONE**, [s. l.], v. 16, n. 7, e0254643, 2021. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254643.

BERNALES, M. *et al*. Competencia cultural en salud: una necesidad urgente en trabajadores de la salud. **Revista Médica de Chile**, [s. l.], v. 143, n. 3, p. 401-402, 2015.

BIRHANU, M.; GETNET, A.; ALEM, G. Cultural competence and associated factors among nurses working in public health institutions in Ethiopia. **BMC Nursing**, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 371, 2023. DOI: https://doi.org/10.1186/s12912-023-01488-2.

BROWN, R.; HEWSTONE, M. An integrative theory of intergroup contact. In: **Advances in Experimental Social Psychology**. [S. l.]: Elsevier, 2005. v. 37, p. 255-343. DOI: https://doi.org/10.1016/S0065-2601(05)37005-5.

BUTLER, M. *et al*. **Improving cultural competence to reduce health disparities**. Washington, DC: Agency for Healthcare Research and Quality, 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27148614/. Acesso em: 29 jan. 2026.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Cultural competence in health and human services**. Atlanta: CDC, 2021. Disponível em: https://npin.cdc.gov/pages/cultural-competence. Acesso em: 29 jan. 2026.

CHAE, D. *et al*. Effectiveness of cultural competence educational interventions. **Japan Journal of Nursing Science**, [s. l.], v. 17, n. 3, 2020. DOI: https://doi.org/10.1111/JJNS.12326.

CROSS, T. L. *et al*. **Towards a culturally competent system of care**. Washington, DC: Georgetown University, 1989.

DELIZ, J. R. *et al*. Cultural competency interventions during medical school. **Journal of General Internal Medicine**, [s. l.], v. 35, n. 2, p. 568–577, 2020. DOI: https://doi.org/10.1007/S11606-019-05417-5.

DONALDSON, S. I.; VILLALOBOS, J. P.; CHO, M. Following the science to understand how to reduce prejudice. **Evaluation and Program Planning**, [s. l.], v. 110, p. 102556, 2025. DOI: https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2025.102556.

FISHBEIN, M.; AJZEN, I. **Predicting and changing behavior**. New York: Psychology Press, 2010.

FISKE, S. T.; TAYLOR, S. E. **Social cognition**: from brains to culture. 3. ed. London: Sage, 2017.

GUDYKUNST, W. D. Anxiety/uncertainty management theory. In: **Intercultural communication theory**. Thousand Oaks: Sage, 1995. p. 8-58.

HAM, H. J.; TAK, S. H. Factors influencing transcultural self-efficacy among nurses. **Journal of Transcultural Nursing**, [s. l.], v. 33, n. 1, p. 87–95, 2022. DOI: https://doi.org/10.1177/10436596211016514.

HENDERSON, S. *et al*. Cultural competence in healthcare in the community. **Health and Social**

Care in the Community, [s. l.], v. 26, n. 4, p. 590–603, 2018. DOI: https://doi.org/10.1111/HSC.12556.

KLEINMAN, A.; BENSON, P. Anthropology in the clinic. **PLoS Medicine**, [s. l.], v. 3, n. 10, e294, 2006. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030294.

NEVILLE, H. A. *et al*. Construction and validation of the Color-Blind Racial Attitudes Scale. **Journal of Counseling Psychology**, [s. l.], v. 47, p. 59-70, 2000.

PETTIGREW, T. F. Advancing intergroup contact theory. **Journal of Social Issues**, [s. l.], v. 77, n. 1, p. 258-273, 2021. DOI: https://doi.org/10.1111/josi.12423.

SUE, D. W.; SUE, D. **Counseling the culturally diverse**: theory and practice. 5. ed. Hoboken: Wiley, 2008.

TAJFEL, H. Los atributos de la conducta intergrupal. In: TAJFEL, H. **Grupos humanos y categorías sociales**. Barcelona: Herder, 1984. p. 263–289.

VELA, M. B. *et al*. Eliminating explicit and implicit biases in health care. **Annual Review of Public Health**, [s. l.], v. 43, p. 477-501, 2022. DOI: https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-052620-103528.

CAPÍTULO 13

COMPETÊNCIA CULTURAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DESAFIOS PARA O TRABALHO NA PERSPECTIVA INTERCULTURAL

Magda Dimenstein, Ana Carolina Rios Simoni, Leonardo Fernandes Martins, Telmo Mota Ronzani, Jader Ferreira Leite, João Paulo Macedo, Victor Belarmino, Brisana Índio do Brasil Silva e Ryanne Wenecha da Silva Gomes

Este capítulo apresenta os principais achados da pesquisa nacional "Qualidade do Cuidado em Saúde Mental e Competência Cultural: Desenvolvimento e Avaliação de Indicadores na Atenção Primária à Saúde", realizada com trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) em todo o Brasil. O estudo parte do pressuposto de que enfrentar as profundas disparidades e as condições desfavoráveis de saúde mental exige uma oferta de cuidados culturalmente sensível, equânime e integrada às Redes de Saúde. Tal oferta implica a consideração dos modos como as intersecções entre os marcadores sociais de raça, classe e gênero, dentre outros, são vivenciadas por grupos historicamente vulnerabilizados e culturalmente diversos (COLLINS; BILGE, 2021; MÜLLER; LIMA; ORTEGA, 2023).

Desde esta perspectiva, a adequação das ofertas de cuidado às necessidades dos grupos e pessoas, segundo suas características socioculturais e étnico-raciais, envolve fortalecer a competência cultural dos profissionais de saúde. A construção de conhecimentos, habilidades e sensibilidades para o manejo culturalmente competente em saúde mental se coloca, portanto, não

apenas como um desafio formativo, mas uma exigência para a consolidação de um sistema de saúde verdadeiramente inclusivo, integral e baseado na garantia de direitos (DIMENSTEIN et al., 2025; WESP et al., 2018).

Assim sendo, esta pesquisa analisou a associação entre a Competência Cultural dos trabalhadores da Atenção Primária em Saúde com a:

1. Formação acadêmica e saberes adquiridos no exercício profissional;
2. Organização e gestão do trabalho em saúde, com ênfase na capacidade de reconhecer e responder às necessidades de indivíduos e grupos conforme suas especificidades socioculturais e étnico-raciais;
3. Atuação junto a populações minorizadas e culturalmente diferenciadas, identificando práticas cotidianas e estratégias de educação permanente voltadas ao aprimoramento do cuidado em saúde mental.

Diante da intensificação das demandas em saúde mental observadas na atualidade, impulsionadas por desigualdades estruturais, iniquidades históricas e pela precarização das condições de vida, torna-se urgente a produção de conhecimentos que contribuam para preparar os profissionais para reconhecer e acolher a diversidade sociocultural dos usuários e construir práticas que promovam equidade, justiça social e o cuidado em liberdade (CABRAL, 2023). Nesse contexto, o enfoque nos profissionais e equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) assume papel estratégico, especialmente considerando que na maioria dos municípios brasileiros a Atenção Primária é o único ponto da rede de saúde presente, sendo onde o acolhimento e o acompanhamento de pessoas em sofrimento psíquico e realizará, consolidando-se como eixo estruturante da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)[11].

11 A Rede de Atenção Psicossocial é composta por um conjunto de serviços de saúde, com diferentes atribuições quanto ao cuidado em saúde mental, que se estrutura a partir de níveis de atenção, contemplando a Atenção Primária em Saúde, a Atenção Psicossocial Especializada, a Atenção Hospitalar, Atenção a Urgências e Emergências, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Estratégias de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial. Constitui a forma pela qual o modelo de cuidado em saúde mental de base territorial e comunitária, em rede, deve ser implementado, atendendo ao que estabelece a Lei 10.216/2001, que regulamenta os direitos das pessoas com transtornos mentais no território brasileiro.

Ao apresentar o panorama geral de uma pesquisa que buscou evidenciar a importância das dimensões interculturais, territoriais e interseccionais no cotidiano da Atenção Primária à Saúde (APS) e na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para a implementação de linhas de cuidado em saúde mental culturalmente sensíveis, congruentes e competentes, este capítulo pretende oferecer subsídios para o desenvolvimento de políticas públicas e programas de formação para o trabalhador em saúde voltados à qualificação do cuidado em saúde mental com equidade, acessibilidade e inclusão.

Método

A pesquisa foi realizada com 479 profissionais de saúde, sendo 323 específicos da Atenção Primária à Saúde de diversas regiões do Brasil. Foram convidados, via e-mail, através das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde de todo o país, e por meio da divulgação da pesquisa em perfis do Facebook, Instagram, Grupos de WhatsApp e comunidades virtuais de acesso aberto que congregavam trabalhadores das equipes da Estratégia de Saúde da Família/ESF e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família/NASF de todo o Brasil. A amostra de conveniência incluiu trabalhadores de diferentes categorias profissionais e níveis de formação (técnica/média/superior) que consentiram em colaborar com a pesquisa.

Utilizou-se dois instrumentos. O primeiro consistiu em um questionário online disponibilizado via *Google Forms*, o que permitiu ampla disseminação e fácil acesso à pesquisa. Esta ferramenta foi composta por seções que abordam: 1) aspectos sociodemográficos como gênero, raça, idade, escolaridade, estado civil, categoria/nível profissional e tempo de trabalho; 2) percepção sobre a formação e atuação profissional voltado para grupos e pessoas em função das suas características socioculturais e questões étnico raciais; 3) concepções sobre o processo saúde e doença; 4) processo de trabalho em saúde; 5) Educação Permanente em Saúde (EPS); 6) demandas em saúde

mental; 7) ações ofertadas em saúde mental; 8) dificuldades encontradas para atuar no território. O segundo instrumento utilizado foi a Escala de Medição de Competência Cultural (EMCC-14BR), versão adaptada e validada para o Brasil (PEDRERO et al., 2019; RONZANI et al., 2025), que apresenta os seguintes fatores: Conhecimento, Sensibilidade e Habilidade.

Inicialmente, realizaram-se análises estatísticas descritivas, tais como frequência e porcentagem das respostas dos participantes. Para se analisar a associação entre Competência Cultural, características sociodemográficas e práticas dos profissionais, foi realizada uma análise multivariada do tipo regressão logísticas, sendo incluídas no modelo as variáveis que apresentavam associações significantes ($p < 0,05$) em análises bivariadas prévias. O intervalo de confiança para se estabelecer o modelo final foi de 95% ($p<0,05$). O modelo considerou os três fatores da Escala EMCC-14BR como desfecho, organizada em variáveis dicotômicas a partir da mediana das subescalas.

As questões envolviam uma escala *Likert* de 5 pontos, analisadas e classificadas em quatro categorias de frequência: "Baixa Frequência" (0 a 24%); "Frequência Moderada Baixa" (25 a 49%); "Frequência Moderada Alta" (50 a 74%); e "Alta Frequência" (75 a 100%). Para melhor interpretação desses dados, foram agregadas as respostas que indicavam concordar parcialmente ou totalmente como "concordância", e aquelas que indicavam discordar parcialmente ou totalmente como "discordância".

O estudo foi financiado com recursos da Chamada MCTI/CNPq/ FNDCT Nº 40/2022 PRÓ-HUMANIDADES - Linha 3B - Projetos em Rede - Políticas Públicas para o Desenvolvimento Humano e Social. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Delta do Parnaíba - UFDPAR, sob o protocolo nº 60722922.3.1001.0192, em conformidade com as diretrizes da Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) antes de responder ao questionário. A confidencialidade e o anonimato dos participantes foram garantidos ao longo de todo o processo.

Resultados e discussão

Perfil sociodemográfico e acadêmico

A amostra de trabalhadores da APS foi constituída majoritariamente por mulheres, enfermeiras (35,3%), psicólogas (19,8%) e agentes comunitárias de saúde (9,6%) (Tabela 1). A predominância de mulheres no setor saúde já foi evidenciada em outros estudos que encontrou perfil semelhante em trabalhadores nacionais da APS (Oliveira; Vieira; Baeta, 2021; Oliveira; Ceballos, 2022), ressaltando seu engajamento com os cuidados primários em saúde mental e sua importância na linha de frente dos cuidados no Sistema Único de Saúde (SUS).

Tabela 1. Caracterização da amostra de profissionais de Atenção Primária à Saúde (n= 323)

Área do conhecimento	Categoria profissional	f	%
Ciências Sociais e Humanas	Psicólogo(a)	64	19,8
	Assistente Social	19	5,9
	Pedagogo(a)	1	0,3
Ciências da Saúde	Enfermeiro(a)	114	35,3
	Médico(a)	22	6,8
	Nutricionista	15	4,6
	Fisioterapeuta	10	3,1
	Dentista	9	2,8
	Educador Físico	7	2,2
	Fonoaudiólogo(a)	2	0,6
	Farmacêutico(a)	2	0,6
	Gestor(a) em Saúde	1	0,3

Técnico/Administrativo	Agente Comunitário	31	9,6
	Aux./Téc. enfermagem	10	3,1
	Aux. Saúde Bucal	8	2,5
	Administrador(a)	2	0,6
	Agente de Combate a Endemias	1	0,3
	Fiscal sanitário	1	0,3
	Recepcionista	1	0,3
Não respondeu		3	0,9
Total		323	100

Legenda: f = frequência; % = porcentagem.

Formação e atuação profissional

Houve uma tendência dos trabalhadores em concordar que a formação de nível superior e médio/técnico forneceu conhecimentos para reconhecer as necessidades dos usuários com base em suas características socioculturais e questões étnico-raciais, e, consequentemente, os capacitou para trabalhar em contextos interculturais e multiétnicos. Contudo, identificam muitas lacunas em termos de uma perspectiva intercultural e interseccional na leitura dos processos saúde-doença-cuidado (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição percentual das respostas de concordância, neutralidade e discordância sobre a formação e atuação profissional em saúde (%)

	Discordância	**Neutralidade**	**Concordância**	
	BF	**FMB**	**FMB**	**FMA**
Obteve conhecimentos na formação acadêmica/profissional para reconhecer as necessidades dos grupos e pessoas em função das suas características socioculturais e questões étnico raciais	13,3	27,6	-	**69,1**

Obteve conhecimentos na formação acadêmica/profissional para atuar junto a grupos minoritários ou culturalmente diferenciados (por gênero, sexualidade, étnico raciais, populações rurais)	22,6	29,4	**47,9**	-
Obteve conhecimentos nos serviços de saúde para reconhecer as necessidades dos grupos e pessoas em função de suas características socioculturais e questões étnico raciais e atuar junto a grupos culturalmente diferenciados	15,5	27,9	-	**56,7**
Conhece estudos e pesquisas sobre as necessidades dos grupos e pessoas em função das suas características socioculturais, questões étnico raciais e sobre grupos minoritários ou culturalmente diferenciados	12,4	31,0	-	**56,6**
Acredita que a formação acadêmica/ profissional fornece os conhecimentos necessários para trabalhar em contextos interculturais	17,3	30,3	-	**52,3**

Nota: BF = Baixa Frequência; FMB = Frequência Moderada Baixa; FMA = Frequência Moderada Alta.

Compreensão sobre o processo saúde-doença

Os profissionais demonstraram concordância quanto à estreita relação entre saúde mental e as características socioculturais das populações, reconhecendo que o sofrimento psíquico está diretamente vinculado às múltiplas vulnerabilidades vividas cotidianamente — como o território de moradia, a pobreza e o limitado acesso a bens e serviços. Destacou-se uma leitura ampliada do adoecimento, que compreende as desigualdades sociais como determinantes da saúde e reconhece o sofrimento psíquico como um fenômeno atravessado pela cultura. Também foi evidente o reconhecimento do racismo como um fator estruturante das desigualdades em saúde e das disparidades no acesso e na qualidade da atenção (Tabela 3).

Contudo, esse repertório conceitual ampliado e inclusivo ainda encontra dificuldades para se traduzir em práticas concretas no cotidiano dos serviços.

Em muitos casos, não se consolida como uma agenda de trabalho efetivamente resolutiva, territorializada e orientada pela equidade e integralidade. Persistem desafios na organização da oferta de cuidados conforme as necessidades e especificidades detectadas nos territórios, evidenciando um descompasso entre o reconhecimento crítico das iniquidades e a implementação de estratégias que as enfrentem de forma estruturada.

Tabela 3. Distribuição Percentual das Respostas de Concordância, Neutralidade e Discordância nas Questões sobre Processo de Saúde e Doença (%)

	Discordância	**Neutralidade**		**Concordância**		
	BF	**BF**	**FMB**	**FMB**	**FMA**	**AF**
O quanto você percebe que há relação entre a saúde mental com aspectos socioculturais vinculados ao território de vida das pessoas?	2,5	9,9	-	-	-	**87,6**
O quanto você reconhece a influência da pobreza e das vulnerabilidades psicossociais nas necessidades em saúde mental?	1,5	5,9	-	-	-	**92,6**
O quanto você reconhece que a situação de saúde mental é influenciada pelo pertencimento étnico-racial e suas especificidades culturais?	6,8	23,5	-	-	**69,6**	-
O quanto você reconhece a influência da cultura nos modos de adoecer e experienciar a saúde mental?	3,7	13,6	-	-	-	**82,6**
O quanto você reconhece a influência da cultura nos modos de compreender e tratar do sofrimento psíquico?	2,8	12,7	-	-	-	**84,5**
O quanto você acredita que o racismo influencia na saúde mental?	3,7	11,5	-	-	-	**84,8**
O quanto a equipe de saúde em que atua compartilha das mesmas percepções que você sobre os aspectos indicados acima?	17,6	-	35,3	47,1	-	-
O quanto a gestão de saúde do município onde atua compartilha das mesmas percepções que você sobre os aspectos indicados acima?	21,4	-	29,4	49,2	-	-

Nota: BF = Baixa Frequência; FMB = Frequência Moderada Baixa; FMA = Frequência Moderada Alta; AF = Alta Frequência.

Processo de trabalho em saúde

Os resultados evidenciaram limitações significativas na formação e nas habilidades das equipes da Atenção Primária à Saúde para o reconhecimento e manejo das especificidades culturais dos usuários pertencentes a distintos grupos sociais. As equipes demonstraram dificuldades em propor intervenções terapêuticas fundamentadas no conhecimento dos determinantes sociais e culturais que atravessam os complexos quadros de sofrimento psíquico presentes nos territórios.

As fragilidades relatadas abrangem tanto aspectos técnicos – relacionados à capacitação profissional – quanto aspectos relacionais, como as habilidades afetivas necessárias para estabelecer vínculos e atuar de forma sensível e contextualizada junto às populações atendidas (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição Percentual das Respostas de Concordância, Neutralidade e Discordância nas Questões sobre Processo de Saúde e Doença (%)

	Discordância		**Neutralidade**		**Concordância**		
	BF	**FMB**	**BF**	**FMB**	**FMB**	**FMA**	**AF**
O quanto você considera que há articulação entre a sua equipe/ serviço de saúde e o território onde atua?	9,6	-	24,8	-	-	**65,6**	-
O quanto você tem planejado e organizado a oferta de cuidados de acordo com as necessidades presentes no território?	7,1	-	20,4	-	-	**72,4**	-
O quanto você reconhece as possíveis barreiras (crenças, preconceitos, estereótipos, costumes, comunicação/ linguagem) que interferem na oferta de cuidado em saúde?	2,8	-	19,8	-	-	-	**77,4**
O quanto você considera que sua prática profissional é influenciada por sua origem étnico-racial e cultural?	18,6	-	-	34,1	**47,4**	-	-

O quanto você reconhece a influência dos seus esquemas culturais (preconceitos, crenças, valores, tradições, concepção de mundo) na oferta dos cuidados em saúde?	22,0	-	-	32,5	**45,5**	-	-
O quanto você considera que sua prática profissional possibilita a expressão dos esquemas culturais dos usuários que atende?	7,1	-	-	26,3	-	**66,5**	-
O quanto você possibilita a expressão dos saberes tradicionais e práticas religiosas pelo usuário para lidar com os problemas de saúde?	5,9	-	-	26,0	-	**68,1**	-
O quanto você busca o diálogo e parcerias para o cuidado em saúde (pajés, curandeiras, rezadeiras, pastores etc.)?	-	**42,7**	24,1	-	33,1	-	-
O quanto você concorda ou discorda em relação à seguinte afirmação: O racismo interfere na oferta de serviços e de cuidados em saúde (por exemplo, dificuldade de acesso, menor número de profissionais disponíveis, menor tempo de atendimento)	24,8	-	20,1	-	-	**55,1**	-
Você reconhece diferenças em termos de qualidade entre o atendimento em saúde ofertado para a população geral e aquele dirigido para a populações específicas ou grupos minoritários?	-	26,6	23,8	-	**49,6**	-	-
Você enfrenta dificuldades para prestar atendimento para algum tipo de população/grupo minoritário no seu território?	-	**49,8**	22,0	-	28,2	-	-

Nota: BF = Baixa Frequência; FMB = Frequência Moderada Baixa; FMA = Frequência Moderada Alta; AF = Alta Frequência.

Educação Permanente em Saúde

Os trabalhadores pontuaram a limitada oferta de estratégias institucionalizadas de Educação Permanente em Saúde (EPS) voltadas ao aprimoramento das competências culturais no campo da saúde mental. A avaliação do desempenho profissional e das práticas desenvolvidas por suas equipes, no que tange ao manejo culturalmente competente de grupos minorizados e culturalmente diferenciados foi predominantemente insatisfatória, evidenciando fragilidades na incorporação sistemática desses princípios no cotidiano dos serviços (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição Percentual das Respostas de Concordância, Neutralidade e Discordância nas Questões da Educação Permanente em Saúde Mental (%)

	Discordância		**Neutralidade**	**Concordância**
	BF	**FMB**	**FMB**	**FMB**
O quanto você considera que você conta com ações de Educação Permanente para o manejo culturalmente competente das problemáticas de saúde mental?	-	26,3	35,6	**38,1**
O quanto você considera que a equipe de saúde em que atua conta com ações de Educação Permanente para o manejo culturalmente competente das problemáticas de saúde mental?	-	33,4	32,2	**34,4**
O quanto você considera que você tem sido bem-sucedida(o) no manejo culturalmente competente das problemáticas de saúde mental?	14,2	-	40,9	**44,9**
O quanto você considera que a sua equipe de saúde tem sido bem-sucedida no manejo culturalmente competente das problemáticas de saúde mental?	20,4	-	**39,9**	**39,6**

Nota: BF = Baixa Frequência; FMB = Frequência Moderada Baixa.

Demandas em saúde mental

Os resultados mostram que os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) enfrentam uma ampla gama de demandas, caracterizadas por distintos níveis de complexidade. Os Transtornos Mentais e Comportamentais configuram-se como uma carga significativa de trabalho no cotidiano das equipes, exigindo abordagens clínicas e psicossociais integradas. Como principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), a APS assume, em grande parte dos municípios brasileiros, o papel de retaguarda assistencial em saúde mental – muitas vezes, a única estrutura disponível para o acolhimento e o acompanhamento longitudinal de pessoas em sofrimento psíquico (Tabela 6).

Tabela 6. Demandas em saúde mental recebidas pelas equipes da APS

Frequência	Demandas	n	%
Mais frequentes	Depressão	311	96,3
	Tristeza	306	94,7
	Crise de ansiedade generalizada	305	94,4
	Distúrbios do sono	298	92,0
	Abuso/dependência de álcool	293	90,7
Frequentes	Déficit de atenção e hiperatividade na infância	290	89,8
	Abuso/dependência de tabaco	286	88,5
	Uso/dependência de medicações psicotrópica	284	87,9
	Tentativa/risco de suicídio	277	85,8
	Demências e outras patologias degenerativas	265	82,0
	Abuso/dependência de drogas ilícitas	265	82,0
	Transtorno do pânico	263	81,4

Frequência	Demandas	n	%
Menos frequentes	Sintomas psicossomáticos inespecíficos	254	78,6
	Transtornos de estresse associados às situações de violência	252	78,0
	Comportamento antissocial e/ou violento	246	76,2
	Esquizofrenia	246	76,2
	Comportamento auto lesivos	238	73,7
	Episódios psicóticos agudos	227	70,3
Eventuais	Transtorno de personalidade/conduta	219	67,8
	Egressos de internação psiquiátrica com necessidades de reabilitação psicossocial	184	57,0

Ações ofertadas em saúde mental

Os resultados evidenciam uma diversidade de estratégias de acolhimento, cuidado e intervenções terapêuticas no território e nos espaços comunitários ofertadas por profissionais da APS. No entanto, nota-se que o atendimento clínico individual e o aconselhamento psicológico foram as modalidades mais recorrentes, revelando a prevalência de práticas centradas no sujeito e no modelo médico-psicológico tradicional.

Observa-se uma tendência à produção do cuidado em saúde mental por meio de ações majoritariamente intramuros, com menor presença de tecnologias relacionais e inovadoras características do modelo de atenção psicossocial, como o apoio matricial, o acompanhamento terapêutico, os Projetos Terapêuticos Singulares e as ações de redução de danos. Essas estratégias, fundamentais para promover a corresponsabilização pelo cuidado e a articulação com outros equipamentos sociais do território, foram pouco mencionadas pelos trabalhadores.

Esse cenário indica que, apesar de alguns avanços, a consolidação de práticas mais dialógicas, territoriais e intersetoriais – fundadas na escuta

qualificada do sofrimento – ainda constitui um desafio importante para as equipes da Atenção Primária à Saúde (Tabela 7).

Tabela 7. Ações em saúde mental ofertadas no território

Frequência	Ações	n	%
Mais frequentes	Atendimento clínico individual	292	90,4
	Atendimento conjunto com a ESF	286	88,5
	Aconselhamento psicológico	240	74,3
Frequentes	Interconsulta	217	67,2
	Detecção precoce de transtornos mentais	206	63,8
	Grupos terapêuticos	197	61
	Apoio matricial (AM) na RAPS	195	60,4
	Psicoterapia ou Intervenção Breve	188	58,2
	Acompanhamento terapêutico (AT)	175	54,2
Menos frequentes	Projeto Terapêutico Singular (PTS)	169	52,3
	Encaminhamento para Comunidade Terapêutica	153	47,4
	Ações de Redução de Danos (RD)	148	45,8
	Grupos de ajuda mútua	136	42,1
Eventuais	Práticas integrativas e complementares (PIC) (meditação, yoga etc.)	109	33,7

Dificuldades enfrentadas para atuar no território

As dificuldades para a realização de um trabalho territorializado na Atenção Primária à Saúde (APS) estão fortemente associadas a desafios de gestão e de organização dos processos de trabalho. Entre os principais entraves, destacam-se: a fragilidade na regulação dos fluxos de referência e contrarreferência na rede assistencial; a descontinuidade do cuidado e dos vínculos estabelecidos; a baixa articulação com a Rede de Atenção Psicossocial para construção de ofertas territoriais de cuidado; e a dificuldade de alinhar as ações às necessidades concretas das comunidades atendidas.

Esses desafios são agravados por condições estruturais precárias, como a insuficiência de infraestrutura e de espaços físicos adequados, além da crescente precarização do trabalho das equipes. Soma-se a isso a carência de formação técnica específica e de políticas efetivas de educação permanente em todos os níveis de atenção, especialmente voltadas ao desenvolvimento de competências em tecnologias leves, como a escuta qualificada, o acolhimento, a construção de vínculo e a corresponsabilização pelo cuidado integral.

Adicionalmente, os trabalhadores relataram dificuldades em reconhecer e lidar com as especificidades culturais dos usuários, revelando lacunas tanto nas competências técnicas quanto nas habilidades relacionais e afetivas necessárias para atuar junto a grupos minoritários e culturalmente diferenciados. Essas limitações comprometem a construção de processos de trabalho sensíveis ao território e contribuem para a reprodução das desigualdades no acesso e na qualidade da atenção à saúde mental, especialmente entre populações em situação de maior vulnerabilidade social (Tabela 8).

Tabela 8. Dificuldades enfrentadas para atuar no território

Frequência	Dificuldades	n	%
Mais frequentes	Ordenamento dos fluxos de referência e contrarreferência	235	72,8
	Continuidade do cuidado e manutenção dos vínculos	224	69,3
Frequentes	Parceria com a RAPS para oferta de cuidado no território	214	66,3
	Ação planejada no território	210	65
	Apoio institucional da gestão às equipes	201	62,2
	Número de equipes para atuar no território	200	61,9
	Infraestrutura das unidades de saúde	197	61
	Acesso geográfico às comunidades	164	50,8
Menos frequentes	Compreensão das especificidades culturais dos usuários	150	46,4
	Capacidade técnica para atuar com a população local	142	44
	Habilidades afetivas para lidar com a população local	132	40,9

Competência Cultural em Saúde

Os resultados da Escala de Medição de Competência Cultural EMCC-14BR mostraram que os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde participantes da pesquisa se posicionaram em dois grupos em relação à mediana da amostra: um que se posicionou acima dela (51,7%) e outro que se posicionou abaixo desse valor (48,3%) nas três dimensões avaliadas pela escala: Habilidades, Sensibilidade e Conhecimentos. A média estabelecida foi maior que 57 pontos brutos e maior ou igual a 76,8 pontos ajustados.

O grupo que registrou maiores percentuais (estatisticamente relevantes) na EMCC-14BR foi composto majoritariamente por trabalhadores com as seguintes características: mulheres, ensino superior completo, graduados na área de Ciências Humanas e Sociais. As mulheres se associaram fortemente com a dimensão Habilidade; Ensino superior completo com as dimensões Sensibilidade e Conhecimento e a graduação na área de Ciências Humanas e Sociais com a dimensão Conhecimento.

O grupo de trabalhadores que se posicionou acima da mediana tendeu a apresentar níveis altos de concordância, bem como Habilidade, Sensibilidade e Conhecimento em relação a alguns aspectos fundamentais da Competência Cultural, tais como:

1. Crenças, valores e costumes dos pacientes afetam sua saúde e que devem ser avaliados na atenção à saúde.
2. Pacientes com diferentes crenças e costumes têm expectativas e/ou necessidades distintas na atenção à saúde.
3. Conhecer as crenças e costumes dos pacientes ajuda a planejar um tratamento mais adequado.
4. Problemas de saúde do paciente devem ser compreendidos dentro de seu contexto cultural (crenças, valores e costumes).
5. Há potenciais barreiras para acessar os serviços de saúde que os diferentes pacientes podem enfrentar.
6. O trabalhador deve ser capaz de estabelecer metas e/ou objetivos terapêuticos, considerando o contexto cultural dos pacientes e suas necessidades.

7. O contexto cultural influencia as atitudes e crenças do trabalhador sobre outros grupos culturais e suas orientações terapêuticas.
8. Surgem dificuldades durante a consulta devido às diferenças culturais entre o paciente e o trabalhador.

Nesse sentido, algumas variáveis se mostraram mais preditoras de elevados graus de competência cultural, como a escolaridade e a capacitação técnica voltada ao trabalho intercultural e territorial. Profissionais com formação em Ciências Humanas e aqueles que desenvolvem ações mais complexas – como o Apoio Matricial e Redução de Danos – apresentaram escores mais altos de competência cultural (Tabela 9).

Tabela 9. Modelo final de regressão logística das variáveis associadas à Escala de Competência Cultural (EMCC-14BR) e seus Fatores (n = 323)

		B*	EP†	OR‡	IC§95%
Sensibilidade	Escolaridade (Superior=1)	1,106	0,399	3,002	1,383-6,603
Sensibilidade	Capacidade técnica para atuar com a população (Sim=0)	0,577	0,232	1,781	1,129-2,808
Sensibilidade	Realizar práticas integrativas complementares (Sim=1)	0,491	0,246	1,635	1,635-2,647
Conhecimento	Escolaridade (Superior=1)	0,777	0,375	2,174	1,042-4,537
Conhecimento	atuar com a população (Sim=1)	0,863	0,235	2,370	1,494-3,758
Conhecimento	Detecção precoce de transtornos mentais (Sim = 1)	0,472	0,243	1,603	0,996-2,579
Habilidade	Sexo (feminino = 1)	0,846	0,330	2,330	1,219-4,452
Habilidade	Faz apoio matricial na RAPS (Sim = 1)	0,404	0,245	1,498	0,927-2,420
Habilidade	Grupos de ajuda mútua (Sim = 1)	0,697	0,249	2,008	1,233-3,272
Habilidade	Psicoterapia ou intervenção breve (Sim = 1)	0,484	0,243	1,622	1,007-2,612
EMCC-14BR	Escolaridade (Superior=1)	0,699	0,382	2,011	0,951-4,254
EMCC-14BR	Dificuldade técnica em atuar com a população local (Sim =1)	0,615	0,233	1,850	1,172-2,919
EMCC-14BR	Faz interconsulta (Sim =1)	0,611	0,246	1,843	1,138-2,983

*B = Coeficientes brutos; †EP = Erro Padrão; ‡OR = Odds Ratio; §IC = Intervalo de Confiança; -2 Log Likelihood: 426.958, 414.461, 408.228, 423.919; Nagelkerke R Square = 0.078, 0.092, 0.125, 0.088; Omnibus Tests of Model Coefficients = 19.449, 22.727, 29.066, 15.155; df= 3, 3,4,3; p<0,001, p<0,001, p<0,001, p<0,001.

Os resultados indicam que a competência cultural de trabalhadores da Atenção Primária em Saúde (APS) está relacionada a aspectos sociodemográficos, formativos e às experiências de cuidado no território. Observou-se associação entre gênero feminino e maiores níveis de competência cultural, o que é compreendido a partir de perspectivas feministas e interseccionais que situam o cuidado como prática historicamente atribuída às mulheres e produzida em meio a estruturas de poder e normas de gênero (BELTRÁN-VÉLIZ et al., 2023; SANTOS, 2025). Essa relação, porém, deve ser interpretada de forma crítica, pois a valorização das competências relacionais exercidas por mulheres pode reforçar a divisão sexual do trabalho e a sobrecarga profissional (CORDEIRO; DINIZ, 2025; RODRIGUES et al., 2024).

A escolaridade em nível superior também se destacou como variável associada a maiores escores de competência cultural, especialmente nos domínios sensibilidade e conhecimento. A formação acadêmica favorece repertórios críticos, éticos e conceituais importantes para reconhecer a diversidade cultural nos serviços (LIMA et al., 2025; MULLER et al., 2023). Contudo, a abordagem da interculturalidade ainda é desigual entre instituições, dependendo de políticas curriculares e engajamentos pedagógicos específicos (SCHLEGEL-ACUÑA, 2025). Nesse sentido, cursos que incluem humanidades, como antropologia e sociologia, tendem a oferecer maior suporte para o desenvolvimento de práticas culturalmente sensíveis (AYRES et al., 2013; MINAYO, 2013).

Os resultados também mostraram que trabalhadores que realizam práticas colaborativas — como apoio matricial, interconsultas, grupos de ajuda mútua e práticas integrativas — apresentam maiores níveis de competência cultural, indicando que essa se desenvolve sobretudo na prática cotidiana, na interação com territórios e na negociação com saberes diversos (FARINHA et al., 2023; MELO e MELO, 2022; RODRIGUES et al., 2024). Por outro lado, dificuldades técnicas, afetivas, culturais e de planejamento no território estiveram associadas a menores escores, sugerindo que a falta de preparo compromete o cuidado e pode reforçar práticas etnocêntricas.

A interpretação desses achados à luz dos marcadores sociais da diferença (COLLINS; BILGE, 2021) evidencia que gênero, escolaridade e formação não são atributos individuais isolados, mas expressam trajetórias marcadas por desigualdades estruturais de classe, raça e gênero (FERNANDES, 2022; SANTOS, 2021). Assim, a competência cultural deve ser entendida como processo relacional, ético-político e situado em contextos de poder, e não apenas como um conjunto de habilidades técnicas (DIMENSTEIN et al., 2025).

Por fim, o reconhecimento das próprias limitações diante da diversidade cultural foi identificado como componente importante da competência cultural, reafirmando modelos processuais que enfatizam a autoconsciência, a crítica às assimetrias e a abertura ao aprendizado contínuo (BELTRÁN-VÉLIZ *et al.,* 2023; CAMPINHA-BACOTE, 2002; DAMASCENO; SILVA, 2018). Dessa forma, o estudo reforça que a competência cultural constitui um eixo central para práticas inclusivas e equitativas em saúde mental na APS, integrando dimensões técnicas, éticas e políticas do cuidado e o papel estratégico da Educação Permanente em Saúde na atualização e consolidação dessas competências (FONSECA et al., 2024; OPAS, 2022).

Considerações finais

Este capítulo apresentou os resultados de uma pesquisa realizada no Brasil com trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) sobre Qualidade do Cuidado em Saúde Mental e Competência Cultural. A pesquisa analisou a competência cultural de profissionais brasileiros da APS, explorando como essa competência se articula com a formação acadêmica e os saberes adquiridos no exercício profissional. Foram examinadas ainda as relações entre competência cultural e aspectos da organização e da gestão do trabalho em saúde, com foco na capacidade de reconhecer e responder às necessidades de indivíduos e

grupos com base em suas especificidades socioculturais e étnico-raciais. Além disso, o estudo buscou compreender como os profissionais atuam junto a populações minorizadas e culturalmente diferenciadas, bem como identificar as estratégias de educação permanente utilizadas para o fortalecimento das competências culturais no cuidado em saúde mental.

A pesquisa contou com a participação de trabalhadores de diferentes categorias profissionais e regiões do país. Teve como objetivo compreender os principais desafios enfrentados na atenção à saúde mental, especialmente no cuidado a grupos socialmente diversos, bem como identificar as estratégias construídas no cotidiano para a implementação de práticas culturalmente sensíveis e competentes.

Para tanto, o estudo conferiu atenção especial aos determinantes socioculturais que permeiam os processos saúde-doença, os modelos de atenção e as práticas de cuidado em saúde mental. Foram também objeto de análise as dimensões interculturais, territoriais e interseccionais que atravessam as experiências dos profissionais no encontro com os usuários – especialmente em contextos marcados por múltiplas e persistentes vulnerabilidades sociais. Em linhas gerais, o estudo reitera que o trabalho culturalmente competente constitui a base para a oferta de cuidados em saúde mental que sejam sensíveis, inclusivos e contextualizados.

O quadro a seguir (Quadro 1), sintetiza os resultados mais relevantes da pesquisa, com vistas a contribuir para a qualificação do cuidado em saúde mental ofertado no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Quadro 1. Síntese dos resultados da pesquisa

Qualidade do cuidado e competência cultural	Competência cultural associa-se à oferta de cuidado qualificado em saúde. Envolve o reconhecimento das características culturais dos grupos sociais, de suas diferentes necessidades e concepções de saúde-doença e a adequação do cuidado pautado na escuta das necessidades, ultrapassando a oferta de respostas técnicas pré-definidas.

Formação em ciências humanas relaciona-se à maior competência cultural	Consistentemente, profissionais com formação de nível superior e, especificamente, aqueles com graduação na área de Ciências Humanas e Sociais, como Psicologia e Serviço Social, apresentaram escores mais elevados de competência cultural. Isso reforça a contribuição fundamental das humanidades para a compreensão da relação saúde-sociedade e para o desenvolvimento de uma prática mais sensível. Entretanto, embora o estudo evidencie a influência positiva da formação acadêmica, os dados também indicam que a formação, por si só, não é suficiente para garantir a transformação do conhecimento teórico em práticas efetivas. Permanecem desafios importantes para que o processo de trabalho em saúde seja, de fato, orientado por ações culturalmente sensíveis e competentes.
Desigualdades estruturais e competência cultural	A pesquisa aponta que as desigualdades no acesso à educação superior no Brasil, que historicamente favorecem indivíduos brancos e de classes sociais mais altas, se refletem em parte na aquisição de conhecimentos relacionados a cuidados culturais. Profissionais brancos apresentaram escores mais altos no fator "conhecimento" da competência cultural, o que pode estar relacionado a maiores oportunidades educacionais, mas que não se refletiram diretamente em outras dimensões. Os resultados também indicam uma diferença de gênero, com as profissionais do sexo feminino apresentando escores mais altos no fator "habilidade" da competência cultural.
Competência cultural e complexidade das ações em saúde mental	Profissionais que realizam ações mais complexas e colaborativas, como apoio matricial/AM, Redução de Danos/RD, Projeto Terapêutico Singular/PTS, Acompanhamento Terapêutico/AT e práticas integrativas e complementares, demonstraram maiores níveis de competência cultural. Isso sugere que a prática de ações que exigem uma abordagem interdisciplinar e uma compreensão mais ampla do cuidado no território está associada a uma maior competência cultural.
Autoconsciência (reflexão crítica) como indicador de competência cultural	Um achado relevante é que a autocrítica e a consciência das próprias limitações são componentes importantes do desenvolvimento da competência cultural. Os trabalhadores que reconhecem suas próprias dificuldades - quanto aos aspectos relacionais, às habilidades afetivas necessárias para estabelecer vínculos e atuar de forma sensível e contextualizada junto às populações, apresentam uma postura ética e relacional que favorece o aprendizado contínuo, a negociação de sentidos e a construção de práticas mais responsivas, dialógicas e culturalmente sensíveis.
Formação em saúde e interculturalidade	A formação acadêmica fornece conhecimentos úteis para o trabalho intercultural, mas isso não se materializa em uma agenda de trabalho resolutiva e territorial, focada na equidade e integralidade, na organização da oferta de cuidados de acordo com as necessidades e demandas detectadas no território.
Impasses ao modelo psicossocial, comunitário e territorial	Apesar da variedade de ferramentas psicossociais disponíveis, as ações de saúde mental mais ofertadas na APS ainda são o atendimento clínico individual e o aconselhamento psicológico. Práticas inovadoras e de base territorial como o apoio matricial, o projeto terapêutico singular e as ações de redução de danos, são significativamente menos utilizadas, indicando a persistência de um modelo de cuidado intramuros e centrado no indivíduo.

Atravessamentos no processo de trabalho em saúde	Existe uma lacuna significativa entre a aquisição de conhecimentos técnicos sobre grupos socialmente diversos e a efetivação de práticas culturalmente sensíveis no cotidiano dos serviços. Os saberes oriundos da formação dos trabalhadores muitas vezes não se traduzem em práticas concretas, devido às limitações estruturais e institucionais da gestão do SUS nos territórios. Essa desconexão revela que a competência cultural não depende apenas do domínio conceitual, mas da existência de condições organizacionais e políticas que sustentem o trabalho em rede, o cuidado compartilhado e o enfrentamento das iniquidades nos contextos locais.
O paradoxo da Atenção Primária à Saúde	Contrariando a hipótese inicial do estudo, os profissionais que atuam na APS não registraram escores de competência cultural mais altos do que os de outros níveis de atenção já investigados. Esse resultado desafia a suposição de que a proximidade com a comunidade automaticamente se traduz em maior sensibilidade cultural e pode indicar uma falta de "orientação comunitária e territorial".
Qualificação da atenção via Educação Permanente em Saúde	Há uma limitada oferta de estratégias institucionalizadas de Educação Permanente em Saúde (EPS) voltadas ao aprimoramento das competências culturais no campo da saúde mental. Destaque para a Educação Permanente em Saúde e a importância desses espaços de educação em serviço para a transformação das práticas de saúde, para o cuidado culturalmente sensível, para superar o modelo clínico centrado no indivíduo e para a reorganização do trabalho em saúde mental na APS a partir do território, da equidade e da integralidade.
Cuidados Culturais em Saúde Mental	Cuidados culturais estão associados à compreensão dos processos de determinação social e da incidência dos marcadores sociais da diferença na produção do sofrimento psíquico. Marcadores sociais da diferença — como classe, raça, gênero, sexualidade e geração — são dimensões que moldam as experiências de adoecimento e cuidado, influenciam quem tem acesso aos serviços, como esse acesso se dá e de que maneira os indivíduos são cuidados e exercem o cuidado. Envolvem o reconhecimento da diversidade cultural e subjetiva de grupos e populações, bem como o investimento em habilidades interculturais e intersubjetivas que abram possibilidades de construção de práticas de saúde mental culturalmente sensíveis e competentes.
O que pode ampliar o grau de competência cultural dos trabalhadores?	I - Reconhecer a dimensão da interculturalidade no cotidiano da saúde. II - Atentar-se aos efeitos do racismo e de outras formas de violência institucionais e estruturais com as quais ele se intersecciona. III - Mobilizar processos de trabalho na direção da aprendizagem significativa das estratégias de Educação Permanente em Saúde e de participação social de usuários e grupos culturalmente diversos nos serviços. IV - Incorporar saberes populares, buscar o diálogo com as lideranças que são referências em cuidados tradicionais. V - Compreender e tratar o sofrimento psíquico na perspectiva intercultural, antirracista, interseccional. VI - Mitigar a existência de lacunas quanto a um enfoque intercultural na formação profissional e a falta de porosidade dos processos de trabalho em saúde aos pertencimentos socioculturais que marcam a subjetividade de usuários e trabalhadores

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, J. R. de C. M. et al. Humanidades como disciplina da graduação em Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s. l.], v. 37, n. 3, p. 455–463, 2013. DOI: https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000300019.

BELTRÁN-VÉLIZ, J. et al. Competencias interculturales desde un enfoque ético intercultural en la formación inicial de profissionais en ciencias de la salud: un desafío ineludible. **Acta Bioethica**, [s. l.], v. 29, n. 2, p. 177–183, 2023. DOI: https://doi.org/10.4067/S1726-569X2023000200177.

CABRAL, B. E. Da urgência de flechar a formação e o trabalho em saúde em exercício contracolonizador. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 27, p. 1–5, 2023.

CAMPINHA-BACOTE, J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. **Journal of Transcultural Nursing**, [s. l.], v. 13, n. 3, p. 181–184, 2002. DOI: https://doi.org/10.1177/10459602013003003.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo, 2021.

CORDEIRO, J.; DINIZ, I. H. L. Interseccionalidade da violência de gênero no setor de saúde: desafios e impactos para mulheres no Sistema Único de Saúde. **Revista Atenas Higeia**, [s. l.], v. 7, n. 1, 2025. DOI: https://doi.org/10.71409/ah.v7i1.497.

DAMASCENO, R. F.; SILVA, P. L. N. Competência cultural na atenção primária: algumas considerações. **Journal of Management & Primary Health Care**, [s. l.], v. 9, e435, 2018. Disponível em: https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/435/733.

DIMENSTEIN, M. et al. Competência cultural na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **RECIIS**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 1–16, 2025. DOI: https://doi.org/10.29397/reciis.v19iAhead-of-Print.4242.

FARINHA, A. L. et al. Educação interprofissional nas práticas de integração ensino-serviço-comunidade: perspectivas de docentes da área de saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, [s. l.], v. 27, e20220212, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0212.

FERNANDES, C. M. Ações afirmativas como política de combate às desigualdades raciais e de gênero na educação superior brasileira: resultados das últimas décadas. **Novos Olhares Sociais**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 8–39, 2022.

FONSECA, M. P. S. et al. Inclusão, interseccionalidade e marcadores sociais da diferença: o que dizem as pesquisas? **Corpoconsciência**, [s. l.], v. 28, 2024. Disponível em: https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/corpoconsciencia/article/view/17990.

LIMA, L. A. de O. et al. Os desafios na formação de profissionais de saúde no Brasil. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [s. l.], v. 7, n. 5, p. 05–15, 2025. DOI: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n5p05-15.

MELO, S. R. B.; MELO, W. O apoio matricial como cooperação entre artífices no campo da

saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 26, e210278, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/interface.210278.

MINAYO, M. C. S. A produção de conhecimentos na interface entre as ciências sociais e humanas e a saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 21–31, 2013. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100004.

MÜLLER, M. R.; LIMA, R. C.; ORTEGA, F. Repensando a competência cultural nas práticas de saúde no Brasil: por um cuidado culturalmente sensível. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 32, e210731pt, 2023.

OLIVEIRA, J. C.; CEBALLOS, A. G. C. The feminilization of the workforce in a health unit of the municipal network of Recife. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 11, n. 10, e219111032645, 2022.

OLIVERA, M.; VIEIRA, C.; BAETA, F. **Mulheres no mercado de trabalho brasileiro**: uma análise das segregações e discriminações a partir da economia feminista. Rio de Janeiro: Instituto de Economia/UFRJ, 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Serviços móveis de saúde mental na comunidade**: promoção de abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos. Brasília, DF: OPAS, 2022. DOI: https://doi.org/10.37774/9789275726105.

PEDRERO, V.; BERNALES, M.; CHEPO, M. **Escala de Medición Competencia Cultural (EMCC-14)**: manual de aplicación. 1. ed. Santiago: Universidad del Desarrollo, 2019.

RODRIGUES, A. P.; ARAÚJO, M. D.; LAZARINI, W. S. Integração ensino-serviço: a experiência como estratégia formativa em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 28, e230381, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/interface.230381.

RONZANI, T. M. et al. Tradução e evidências de validade da Escala de Competência Cultural (EMCC-14) entre profissionais de saúde brasileiros. **Avaliação Psicológica**, [s. l.], v. 24, e24727, 2025.

SANTOS, J. A. F. Origem de classe, gênero e transmissão das desigualdades no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, [s. l.], v. 36, n. 107, e3610711, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/3610711/2021.

SANTOS, M. S. Interseccionalidade como ferramenta teórico-metodológica. **RELACult – Revista Latino-Americana de Estudos em Cultura e Sociedade**, [s. l.], v. 11, n. 1, 2025. DOI: 10.23899/relacult.v11i1.XXXX.

SCHLEGEL ACUÑA, C. G. Competencia cultural en estudiantes de carreras de la salud de una universidad chilena. **Ciencia y Enfermería**, [s. l.], v. 31, p. 1–14, 2025. DOI: https://doi.org/10.29393/CE31-20ECGS10020.

WESP, L. M. et al. An emancipatory approach to cultural competency: the application of critical race, postcolonial, and intersectionality theories. **Advances in Nursing Science**, [s. l.], v. 41, n. 4, p. 316–326, 2018.

CAPÍTULO 14

PENSAR LA SALUD MENTAL EN CONTEXTOS DE VIOLENCIA Y OPRESIÓN: LOS EJEMPLOS DE MOZAMBIQUE Y PALESTINA

Omar Alejandro Bravo e Michelle Mateus Yepes

Introducción

Las luchas por la independencia marcaron la historia de buena parte de los países africanos, principalmente en la década del 70´ desarrolladas, en la mayoría de los casos, a través de la lucha armada (VELASCO, 2019). Estos procesos produjeron una enorme cantidad de víctimas y daños considerables a la economía y la sociedad de los nuevos estados que se formaron.

Eventualmente, la independencia obtenida derivó en nuevos enfrentamientos entre guerrillas y fuerzas estatales, por ejemplo, en Angola y Mozambique. En ambos países, los nuevos gobiernos fueron de orientación socialista, siendo las guerrillas de signo ideológico contrario.

Mozambique, en particular, libró una extensa lucha para librarse del colonialismo portugués (CARDINA; MARTINS, 2019) encabezada por el Frente de Liberación de Mozambique (FRELIMO), creado en 1962. Luego de la independencia obtenida en 1975, la guerra se trasladó al enfrentamiento entre la FRELIMO y la Resistencia Nacional Mozambicana (RENAMO), apoyada esta última por el régimen racista de Sudáfrica, que se extendió por cerca de quince años, provocando un millón de muertos y cinco millones de desplazados (DE INZA, 2016).

Actualmente, para tornar más compleja esta situación, a la inestable tregua entre ambas organizaciones, sujeta siempre a eventuales enfrentamientos, se agregó la presencia de guerrillas islámicas que asolan buena parte del país (MARTÍNEZ, 2021). Por todo esto, y producto de la herencia colonial señalada, la situación política y social del país es muy inestable y su economía depende en buena medida de la ayuda extranjera. Este complejo proceso ha alimentado una narrativa sobre "los buenos y los malos", dificultando los procesos de reconciliación (SUMICH, 2010; MCNAMEE; MUYANGWA, 2020; EFRAIME, 2025).

En el caso de Palestina, las brutales prácticas coloniales se mantienen hasta hoy, imposibilitando la creación de un Estado palestino y la chance de que ese pueblo pueda tener condiciones dignas de vida, al estar sometido cotidianamente a la brutalidad del ejército y el estado israelí, frente al apoyo o la indiferencia de buena parte de los otros países. La reciente y brutal incursión armada de Hamas, producida en octubre del año 2023, agravó esta situación y llevó a una represión desmedida, concentrada en la Franja de Gaza y que afectó principalmente a niños/as y mujeres (RAMÍREZ, 2024; SAID, 2023; SAHAGÚN, 2023).

Puede situarse este proceso de violencia en la propia creación del Estado de Israel, en 1948. Allí inició también lo que los palestinos denominan la *nakba*, traducible al árabe como catástrofe. Esto derivó en la expulsión de cerca de 700.000 palestinos de sus territorios de residencia, masacres (quizás la más representativa sea la sucedida en la aldea palestina de Deir Yassin) y otros atropellos. De manera algo paradójica, el Museo del Holocausto, destinado a recordar a las víctimas de la barbarie nazi, se erigió sobre las ruinas de una aldea palestina. Un ejercicio de memoria que sepulta otra (BORSANI; QUANTD, 2017; SAID, 2013).

Las consecuencias de esta opresión colonial, sea en lo que hace a su herencia, como en el caso de Mozambique, o sea en lo que tiene que ver con su brutal actualidad, como sucede en Palestina, obliga a plantearse el rol que tiene la salud mental en estos contextos.

Para este propósito, el presente texto, a manera de ensayo, toma como referencia entrevistas, conferencias y escritos de autoría de Boia Efraime Jr, psicólogo mozambicano, y Samah Jabr, psiquiatra palestina, cuyos trabajos representan un ejemplo de compromiso ético y recursividad que ofrece elementos para esta reflexión.

Una pregunta central para este propósito general es: ¿cómo comprender la salud mental en esos contextos de violencia y opresión? De esta pregunta general se derivan otras, no menos relevantes como ¿desde que disciplinas y teorías es posible dimensionar una posible intervención?, ¿qué aspectos éticos deben atravesar a la misma, entendiendo esa ética también desde una dimensión política? y ¿qué tipo de relaciones de saber y poder deben considerarse?

Salud mental en debate

La salud mental es actualmente un campo en disputa donde conviven perspectivas reduccionistas que, de la mano de una brutal ampliación diagnóstica y la medicalización abusiva, reducen el sufrimiento psíquico a una dimensión individual, independiente de cualquier atravesamiento social o cultural.

Por otra parte, existen políticas e intervenciones que parten de reconocer que el malestar subjetivo tiene su origen en las condiciones de existencia de los sujetos y comunidades, expresándose en cada persona de manera diferenciada. De esta forma, el sufrimiento psíquico está atravesado por factores económicos, políticos y culturales. Por este motivo, cualquier intervención debe partir de una escucha abierta, capaz de dimensionar esa condición estructural, entendiendo también que hay formas relacionales capaces de contener, de alojar ese padecer (DESVIAT, 2020; GALENDE, 2006).

En esta perspectiva la cuestión del poder, en sus varias dimensiones, ocupa un lugar significativo. En este orden, la necropolítica ofrece un lente para analizar cómo el poder en ciertos conflictos no solo administra la vida,

lo que se conoce como biopoder, sino que de manera explícita y sistemática gestiona la muerte. De este modo, se habilita la concepción de que algunas vidas valen más que otras siendo devaluada y concebidas como desechables (MBEMBE, 2021).

Esto se enmarca en el proyecto colonial moderno, que no desaparece con la independencia política de los territorios; por el contrario, se reconfigura e interioriza en lógicas de dominación y subordinación basadas en conceptos como la raza, el eurocentrismo, el control del conocimiento, de la economía, entre otros aspectos (QUIJANO, 2014). Estas dinámicas permean las instituciones, las subjetividades y la vida social de las personas y comunidades.

Por todo esto, cabe afirmar que el colonialismo es no solo un sistema de explotación económica y política, sino también una maquinaria de deshumanización productora de patologías psíquicas profundas y fracturas identitarias (FANON, 2009).

Considerando esa condición estructural, la alienación y las afectaciones psíquicas, como señala Fanon (2009), trascienden lo meramente individual y lo racial. Surgen del mundo social, intersubjetivo, de la cultura, la historia, el lenguaje, el ambiente y la economía. En este sentido, el trauma deja de ser una experiencia únicamente individual o aislada; por el contrario, en contextos de opresión estructural, se configura como una herida colectiva. Dicha herida colectiva y la realidad violenta no son experiencias homogéneas. Como advierte Theidon (2012), se configuran y viven de manera diferenciada y encarnada a través de la intersección de categorías de opresión preexistentes, como la raza o etnicidad, el género y la clase social.

En definitiva, la salud mental en contextos de violencia estructural y opresión no puede entenderse fuera de lo político. Como señala Mouffe (2007), lo político constituye el modo mismo en que se instituye la sociedad, y por ende, atraviesa también la forma en que concebimos el sufrimiento, el trauma y la intervención o la/lo clínica. Lejos de ser una dimensión abstracta, lo político se encarna en lo cotidiano: en la consulta,

en la priorización de ciertas voces sobre otras, en la elección de qué problemáticas investigar y cómo nombrarlas, e incluso en la forma en que diseñamos políticas de salud.

Este atravesamiento de lo político marca las perspectivas teóricas y formas de trabajo de Samah Jabr y Boia Efraime Jr. De allí la pertinencia del análisis de parte de su producción, como forma de entender también los desafíos que estos contextos complejos representan para una intervención realizada desde la perspectiva de salud mental aquí referenciada.

Palestina: el *sumud* como forma de resistencia a la opresión

Samah Jabr (BERGER; JABR, 2019; JABR, 2023) describe de manera contundente el sufrimiento del pueblo palestino y las maneras que encuentra para expresarlo. En cuanto a lo primero, la violencia cotidiana derivada de la ocupación de los territorios palestinos se manifiesta entre sus habitantes en síntomas depresivos, reacciones paranoides y otras manifestaciones que abarcan también síntomas físicos de diverso orden.

A este respecto, la colega palestina hace una necesaria consideración: ninguna de estos síntomas puede reducirse y tratarse desde una dimensión meramente individual, sin considerar el contexto. En este mismo sentido, Martin – Baró (1984) afirmaba que los campesinos salvadoreños tenían manifestaciones paranoides, lo que no significaba necesariamente que fuesen paranoicos, sino que la propia realidad en que vivían lo era, al tornar cotidianas las amenazas contra la vida y las condiciones generales de existencia. Esta es la noción de seguridad que Montero (1983) apuntó como necesarias para sostenerse en el día a día y que la violencia del opresor impide: la sensación de que la vida cotidiana puede ser más o menos previsible y segura.

Jabr (2021), en el mismo sentido, considera que esas manifestaciones persecutorias presentes en la población palestina obedecen a un hecho real: la agresión continuada del ejército y grupos paraestatales israelíes. Por este motivo, relativiza los diagnósticos de depresión y trastorno de estrés postraumático (TEPT), este último tan usual y banalizado actualmente. En el primer caso, no es lo mismo decir que las personas son depresivas a entender que sus condiciones de vida les producen esos síntomas. Ese reduccionismo inicial habilita a soluciones también simples, como las que proponen las terapias cognitivo-conductuales. En lo que hace al TEPT, la psiquiatra palestina compara este mismo diagnóstico aplicado a veteranos de guerra en los Estados Unidos, para mostrar así su inconsistencia: en el segundo caso, hay un post-trauma, un retorno a condiciones de vida regulares y seguras; en el primero, no hay un segundo momento, dado que la vida cotidiana es traumática. Podría aquí introducirse el concepto de situación traumática (BENYAKAR e LEZICA, 2016), como una herramienta conceptual pertinente. De esta forma, siempre según Jabr (2022), se puede distinguir lo patógeno - la violencia del opresor - de lo patogénico, sus efectos.

Por todo esto también, deben analizarse las maneras de internalizar la opresión, sin pretender patologizarlas. Un ejemplo pertinente es el de la desconfianza de muchos/as pacientes a que sus datos queden registrados en la consulta, por el temor de que esa información pueda llegar a otras manos y por esto sufrir consecuencias. Beneduce & Taliani (2023) analizan con claridad estas manifestaciones y su sentido, así como la empobrecedora mirada que la psiquiatría tradicional ofrece al respecto.

¿Qué hacer entonces en esta realidad desoladora (a la que se suma la precariedad de los servicios de salud disponibles)? Jabr (2021) reivindica la resistencia como un principio básico de salud mental para el pueblo palestino, entendida como las diversas maneras de enfrentarse al opresor, donde la misma significa no solo una actitud digna, sino la posibilidad de proponerse una noción de futuro, en tanto toda acción de este tipo, en sus varias formas de manifestación, supone un posible cambio de la realidad actual.

Esta resistencia es también una manera posible de afirmar una identidad, afectada por los medios que de forma amplia, agresiva e insistente la reducen a la violencia y el terrorismo, e inclusive por el hecho de que formalmente no existe una ciudadanía palestina (la propia Samah está reconocida legalmente como jordana -sin serlo- y residente temporal en su propia patria). Este principio tiene su expresión en la clínica, dado que:

> Las intervenciones terapéuticas que evitan que las personas huyan de sus experiencias y entiendan la dinámica de poder a través de los hechos, revalorizan la experiencia situándola en un nuevo marco. En la terapia se identifica, se fomenta y se ejercita la capacidad de los individuos para generar una contranarrativa. El desarrollo de una contranarrativa es clave para que el individuo pueda reapropiarse de su vida y su sentido (JABR, 2022, p.129).

Este paradigma, que aproxima resistencia a salud mental, tiene una denominación particular: *sumud*. El *sumud* no se relaciona con una práctica única o determinada, sino que supone formas de resistencia que se sitúen entre la pasividad y la violencia individual. Implica también recursividad, perseverancia y la afirmación de una identidad individual y colectiva que permite responder de alguna forma a la pregunta del quien soy, sin cuya respuesta no hay salud mental posible. Así mismo, "permite conservar el optimismo, la solidaridad moral y social, para continuar afrontando la siniestra realidad y la estructura opresiva." (JABR, 2021, p. 9. Traducción propia).

Mozambique: trauma y sentido, entre lo individual y lo colectivo

Las consecuencias de la situación social y política mozambicana no se reducen a la precariedad material. Las secuelas sociales y de salud mental son

profundas y constituyen uno de los retos más complejos para la reconstrucción del país, como ya fue mencionado.

En este sentido, Boia Efraime Jr. destaca el pesimismo extremo respecto al futuro, sentimientos de aislamiento y depresión, altos niveles de agresión, apatía, introversión, fobias, escasos mecanismos de resolución de conflictos y limitada tolerancia a la frustración presentes en la población de ese país (EFRAIME, 2020).

En ese contexto general, y dada la numerosa presencia de niños/as en los grupos armados, el trauma ligado al reclutamiento infantil y a la violencia sexual requiere un trabajo de resignificación tanto a nivel físico como psicológico, individual y colectivo. Muchas víctimas de abuso sexual, por ejemplo, aún cargan con la culpa y la vergüenza de lo vivido y son además estigmatizadas socialmente como prostitutas (AIRD; EFRAIME JR.; ERRANTE, 2001).

Como ejemplo de la recursividad necesaria para una intervención en estos complejos y desafiantes escenarios, Boia Efraime Jr. menciona su experiencia de trabajo en la isla Josina Machel. Hay aquí una circunstancia particular, que implica aspectos éticos, epistemológicos y teóricos: en el momento de iniciar este trabajo, Efraime acababa de llegar de la ex Alemania oriental, donde se había formado como psicólogo, en una perspectiva que en general resumía la intervención a la aplicación de técnicas de carácter y validez universal.

Para dimensionar el volumen de la dificultad enfrentada, la población (de origen bantú que habitaba ese territorio (la misma condición étnica del propio interventor, lo que no es un dato menor) no conocía a la psicología. No obstante, como toda cultura produce formas de tramitar el malestar subjetivo, en esta aldea el chamán ocupaba una función central en este sentido. Frente a esta realidad, Efraime podría haber explicado las incumbencias de su profesión, intentando convencer a esta población de su pertinencia, lo cual seguramente no habría producido el menor sentido para estas personas.

En cambio, desde la apertura y la recursividad necesaria que este encuentro de saberes requería, se prefirió primero entender el sentido de las

prácticas que, en algunos casos a través de la mediación del chamán, permitían darle un nuevo sentido a los discursos y prácticas que los/as niños/as que habían participado del conflicto armado ejercían y que los colocaba en tensión con la comunidad y sus familias.

Un ejemplo que Efraime menciona es ilustrativo en este sentido: en la estructura familiar bantú, el padre ocupa un lugar de particular respeto, que representa también a las generaciones anteriores. Este respeto se expresa, por ejemplo, en la manera en que se organizan los rituales cotidianos de alimentación, prácticas estas que estos niños/as ex - soldados irrespetaban con frecuencia, produciendo un particular malestar al interior de las familias y de esa comunidad en general.

A la hora de explicar el motivo de esas conductas desafiantes, los niños mencionaron que "hicieron eso por el resentimiento vinculado a haber sido obligados a volver a su papel sumiso de niño, después de haber sufrido las experiencias que tuvieron en la guerra" (EFRAIME, 2020, p. 183).

Cabe preguntarse aquí por el sentido y efectos que tendría el uso de un diagnóstico para entender y clasificar estas conductas, surgido de otros contextos y formas de producción de saber, como aquellos en los que este colega se había formado.

En lugar de cometer el error de incurrir en esa confrontación de saberes sin sentido, Boia Efraime Jr. partió de reconocer la pertinencia de las prácticas ancestrales que esta población mantenía para tramitar estos malestares, pasando de esta forma a trabajar junto al chamán en un encuentro de saberes marcado por una perspectiva ética significativa. La posibilidad de esta confluencia se da a partir de que

> los terapeutas tradicionales tienden a ver la cura como un acto (esto es, la experiencia del ritual) y no como un proceso. Después de la cura, el paciente debe estar curado; si el disturbio persiste, entonces los terapeutas tradicionales tienden a procurar otras causas (EFRAIME, 2020, p. 193).

Todo esto permite entender que el sufrimiento psíquico no puede desvincularse de las condiciones históricas, políticas y sociales que lo producen: desigualdad extrema, violencia política, desplazamientos forzados y ausencia de derechos básicos, que no son simples factores de estrés posibles de gestionar a nivel individual, sino que son las raíces mismas del malestar. Un malestar que no es sólo subjetivo sino también colectivo y que se expresa y tramita de manera diferenciada de acuerdo a cada contexto y cultura. Por esto, cabe insistir, los diagnósticos centrados exclusivamente en el individuo resultan insuficientes y, en ocasiones, éticamente cuestionables, pues tienden a patologizar respuestas humanas comprensibles a entornos patogénicos, invisibilizando tanto la violencia del opresor como sus efectos.

La experiencia aquí descripta, representativa de la trayectoria del colega mencionado, resalta la necesidad de descolonizar la psicología y sus marcos de intervención. Esto implica rechazar la imposición de modelos teóricos y terapéuticos eurocéntricos que desconocen la complejidad de las realidades locales buscando comprensiones desde lógicas que no se partes de lo contextual, e integrar en su lugar saberes, cosmovisiones y prácticas comunitarias. Los rituales colectivos, la memoria histórica y las formas locales de resignificación del dolor ofrecen recursos terapéuticos que permiten abordar el trauma no solo individual sino también colectivo.

Este giro epistemológico y metodológico es clave para evitar que la clínica reproduzca las mismas lógicas de dominación que la población ha padecido, lo que hubiese sucedido en este ejemplo mencionado si Boia hubiese insistido e impuesto una explicación del malestar subjetivo y de su abordaje ajena a la cultura y costumbres de esa comunidad.

Por todo esto, el trabajo en y con las comunidades emerge así como un pilar fundamental para la salud mental. La confianza y el apoyo mutuo dentro de la comunidad constituyen factores terapéuticos decisivos en la recuperación tras experiencias de violencia masiva, aspectos estos que los conflictos armados perjudican. De esta forma, la clínica, lejos de circunscribirse al espacio del

consultorio, debe actuar como puente entre lo individual y lo colectivo, propiciando espacios de narración, resistencia y reconstrucción del tejido social.

En definitiva, esta situación comentada evidencia cómo el trauma en contextos de violencia estructural es a la vez individual y colectivo. Esto exige comprender la salud mental como un campo atravesado por dimensiones políticas, históricas y culturales, en el que la intervención no solo busca aliviar el dolor, sino también desafiar las estructuras de poder que lo generan y co-crear, junto a las comunidades, horizontes de dignidad y bienestar colectivo.

Conclusiones

Los casos de Palestina y Mozambique permiten repensar la salud mental en contextos de violencia y opresión, realidades que no solo remiten a un pasado histórico, sino que persisten con fuerza en el presente. Estos escenarios invitan a cuestionar comprensiones organicistas, individualizantes, eurocéntricas y simplistas de lo que afecta la salud mental y de cómo se aborda e interviene. Al mismo tiempo, obligan a reflexionar sobre la clínica como práctica y sobre el quehacer profesional que la sostiene.

Se trata, en este sentido, de reconocer el peso de las estructuras opresivas al tiempo que reafirmar la capacidad de las personas de ejercer agencia, incluso en condiciones extremadamente adversas. La psicoterapia, de esta manera, se convierte en un acto de empoderamiento que ayuda a las personas a reapropiarse de sus vidas y a dotarlas de sentido, trascendiendo la victimización.

De esta forma, se vuelve indispensable descolonizar los marcos teóricos y metodológicos en salud mental, integrando saberes comunitarios, prácticas culturales y perspectivas críticas que no reproduzcan lógicas de dominación. Sobre todo, es necesario reconocer que la salud mental no constituye un privilegio individual, sino un horizonte de justicia social y de bienestar colectivo. Ello exige asumir un posicionamiento ético y político que permita

nombrar las violencias estructurales y acompañar procesos de resistencia, dignidad y reconstrucción comunitaria.

Sin duda, pensar la salud mental en contextos de violencia estructural y opresión no solo interpela los marcos teóricos y metodológicas de la clínica, sino también la manera en que producimos conocimiento, el lugar que ocupamos como profesionales y la necesidad de sostener un horizonte ético-político que vincule lo individual con lo colectivo, lo clínico con lo social y lo terapéutico con lo histórico, pero en donde, sobre todo, los sujetos de derechos sean reconocidos como parte de un tejido social en transformación y reconstrucción constante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIRD, S.; EFRAIME, B.; ERRANTE, A. **Mozambique**: the battle continues for former child soldiers. Washington, DC: Youth Advocate Program International Resource Paper, 2001.

BENEDUCE, R.; TALIANI, S. Violencia (post) colonial, trastornos psíquicos y síndromes "misteriosos". Notas para una psiquiatría decolonial. In: **Aportes teóricos y prácticos para una salud mental alternativa**. Cali: Universidad Icesi, 2023. p. 89–114.

BENYAKAR, M.; LEZICA, A. El complejo traumático a la luz del modelo de los tres espacios. **Mentalización: Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia**, [s. l.], n. 6, 2016.

BERGER, E.; JABR, S. Silencing Palestine: limitations on free speech within mental health organizations. **International Journal of Applied Psychoanalytic Studies**, [s. l.], v. 17, 2019. DOI: https://doi.org/10.1002/aps.1630.

BORSANI, R.; QUANDT, C. Volverse Palestina. **Sophia Austral**, [s. l.], n. 19, p. 107–112, 2017.

CARDINA, M.; MARTINS, B. S. Memorias cruzadas de la guerra colonial portuguesa y las luchas de liberación africanas: del Imperio a los Estados poscoloniales. **Endoxa**, [s. l.], n. 44, p. 113–134, 2019.

DE INZA, B. P. Mozambique: ni guerra ni paz. **bie3: Boletín IEEE**, [s. l.], n. 2, p. 22–31, 2016.

DESVIAT, M. **Cohabitar la diferencia**: salud mental en común. Madrid: Editorial Síntesis, 2020.

EFRAIME, B. Jr. Desafíos actuales de la paz y la guerra en Mozambique: notas para una lectura psicoanalítica. In: **Las ciencias sociales**: al otro lado del discurso neoliberal. Cali: Universidad Icesi, 2020. p. 171–204.

FANON, F. **Piel negra, máscaras blancas**. [S. l.: s. n.], 2009. Disponível em: https://docs.enriquedussel.com/txt/Textos_200_Obras/Filosofia_liberacion/Piel_negra-Frantz_Fanon.pdf. Acesso em: 29 jan. 2026.

GALENDE, E. **El sufrimiento mental**: el poder, la ley y los DD. HH. Buenos Aires: Ed. Lugar, 2006.

JABR, S. **Sumud**: resistere all'oppressione. Roma: Alle Foglie, 2021.

JABR, S. **Tras los frentes**: crónicas de una psiquiatra y psicoterapeuta palestina bajo ocupación. Buenos Aires: Hojas Monfies, 2022.

JABR, S. **Conferencia**: Resiliencia en medio de la adversidad. 2023. 1 vídeo (90 min). Publicado pelo canal [Nome do Canal]. Disponível em: https://www.youtube.com/live/vI5XVBsw7M4. Acesso em: 29 jan. 2026.

MARTÍN-BARÓ, I. Guerra y salud mental. **ECA: Estudios Centroamericanos**, [s. l.], v. 39, n. 429–430, p. 503–514, 1984.

MARTÍNEZ, C. S. Terrorismo yihadista en Mozambique. **bie3: Boletín IEEE**, [s. l.], n. 21, p. 722–735, 2021.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. 1. ed. Barcelona: Melusina, 2021. Disponível em: https://books.google.com. Acesso em: 29 jan. 2026.

MCNAMEE, T.; MUYANGWA, M. **The state of peacebuilding in Africa**: lessons learned for policymakers and practitioners. 1st ed. Cham: Palgrave Macmillan, 2020. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-030-46636-7.

MONTERO, M. **Teoría y práctica de la psicología comunitaria**. v. 5. Buenos Aires: Paidós, 1983.

MOUFFE, C. **En torno a lo político**. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica, 2007.

QUIJANO, A. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. In: **Cuestiones y horizontes**: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder. Buenos Aires: CLACSO, 2014. p. 778–800. Disponível em: https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20140507042402/eje3-8.pdf. Acesso em: 29 jan. 2026.

RAMÍREZ, D. J. S. Cronología desde el ataque de Hamás a Israel (7 de octubre de 2023–29 de febrero de 2024). **Anuario Mexicano de Asuntos Globales**, [s. l.], v. 2, n. 2, p. 453–474, 2024.

SAHAGÚN, F. El cementerio de Gaza. **Cuadernos de Periodistas**, [s. l.], n. 47, p. 9–16, 2023.

SAID, E. W. **La cuestión palestina**. Barcelona: Debate, 2013.

SAID, E. W. **Cultura e imperialismo**: letteratura e consenso nel progetto coloniale dell'Occidente. Milão: Feltrinelli Editore, 2023.

SUMICH, J. Strong party, weak state? Frelimo and the survival of the State through the civil war in Mozambique. **Revista de Estudios Sociales**, [s. l.], n. 37, p. 13–29, 2010.

THEIDON, K. **Intimate enemies**: violence and reconciliation in Peru. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2012. Disponível em: https://muse.jhu.edu. Acesso em: 29 jan. 2026.

VELASCO, C. **Las independencias de África**: de las primeras resistencias anticoloniales a la formación de nuevos Estados. Madrid: Los Libros de La Catarata, 2019.

CAPÍTULO 15

REDE DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL COMO ESCOLA: FORMAÇÃO SITUADA EM REDE-ESCOLA COMO FORMA DE CUIDADO DE SI E PARA O CUIDADO DO OUTRO

Ricardo Burg Ceccim, Alcindo Antônio Ferla, Lenilma Bento de Araújo Meneses, Zenilda Rafaela Costa Nóbrega, Paula Rolim Pinto de Souza e Lucas Vinícius de Macedo Costa

A loucura, objeto dos meus estudos,
era até agora uma ilha perdida no oceano da razão;
começo a suspeitar que é um continente.
(O Alienista - Machado de Assis, 2019)

Introdução

A temática da saúde mental mantém-se há algum tempo na centralidade dos debates sobre a qualidade de vida, pressionando a capacidade de sistemas e serviços de saúde em responder em território com práticas de acolhimento com centralidade na vida e nas culturas onde a vida se desdobra. Parte do debate se concentra na crítica ao modelo biologicista, especialmente farmacocentrado, à baixa ou reduzida escuta à dor ou sofrimento psíquico (convertido em

diagnóstico e prescrição) e à ocupação pelas igrejas na resposta às aflições, muitas vezes embotando o sensível da vida e as práticas de alegria e alívio que passam pelos afetos corporais, pela sexualidade e pelos prazeres orientados pelo folclore e a cultura. Há centralidade nos saberes disciplinares da psiquiatria, reivindicados como presença em território e como matriciamento às equipes multiprofissionais, ou aos saberes das terapias cognitivo comportamentais da psicologia, como ação intersetorial, de acompanhamento das pessoas diagnosticadas e sob prescrição de medicamentos, assim como matriciamento socioclínico às equipes multiprofissionais. Ambas as abordagens com o viés da normalização e com forte tendência à patologização, o que alimenta a dissociação das ofertas em rede de saúde com base em território e saberes locais para a colonização do cuidado à vida como clínica e terapêutica clínico-centrada.

As ideias colonizadas pela clínica médica e pela clínica psicológica impregnam as práticas para dirimir sintomas, tendência com pouco diálogo com as ideias de saúde & democracia ou saúde & liberdade, expressões fortes na gramática da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica, respectivamente. Há que se produzir saberes e práticas de cuidado centradas no andar a vida das pessoas e seus grupos socioculturais de pertencimento ou mesmo na inserção em redes de conversação e suporte dialógico. Essa "ênfase outra" não tem sido parte do desenvolvimento profissional e das redes assistenciais profissionais, uma vez que a tendência é a racionalidade científica hegemônica.

Uma maneira que o Brasil encontrou de superar essa racionalidade científica hegemônica ou razão médica (LUZ, 2019), de colonização cultural dos saberes do cuidado, do território e das equipes foi designada por Educação Permanente em Saúde e Rede-Escola (CECCIM, 2005a), onde o conjunto dos serviços públicos de saúde se tornam tão importantes quanto no passado recente o eram os hospitais-escola ou hospitais universitários. De um lado toda a rede de atenção à saúde é escola e, estando em território, o inclui como agente de desenvolvimento de conhecimentos e práticas. De outro lado, ao chamar pela educação permanente em saúde se sinalizada que o processo

formativo é de responsabilidade recíproca: 1) das instituições de ensino, 2) da rede de serviços de saúde, 3) das instâncias de tomada de decisão e gestão setorial na saúde e 4) das entidades populares, sociais e comunitárias, aquilo que Ricardo Ceccim e Laura Feuerwerker designaram por "Quadrilátero da *Educação pelo Trabalho* em Saúde" (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A experiência brasileira destaca uma tensão entre Trabalho e Educação na saúde, afirmando fortemente a necessidade de superar a noção de "recursos humanos", uma vez que os profissionais não são planejáveis e administráveis do mesmo modo que o são os recursos materiais, tecnológicos ou financeiros. Os profissionais não restam impassíveis (ou sempre iguais) diante do contato com pessoas usuárias dos serviços de saúde, pessoas em sofrimento e vítimas de violências e abusos, pessoas vulnerabilizadas pela falta de acesso à renda ou aos bens essenciais da cidadania, crianças com dificuldades na escola, pessoas com transtornos mentais e pessoas com deficiência e necessidades especiais de cuidado. Pessoas não ficam impassíveis aos processos formativos, aos processos coletivos de condução do trabalho, às práticas de assédio moral no trabalho, à falta ou oferta de formação continuada, de reuniões de equipe e da sensação de crescimento e desenvolvimento de si e do seu trabalho. Pessoas têm filhos, casam-se, engravidam, perdem membros da família, fazem cirurgias de redesignação de sexo, fazem terapia e sofrem racismo, capacitismo e homofobia. Foi por isso que Ceccim (2005b) levantou o conceito de "Coletivos Organizados de Produção da Saúde" no lugar de "Recursos Humanos da Saúde".

É importante todo esse debate para, via a noção de Educação, tirar o Trabalho da noção de recursos humanos e valorizar, efetivamente processos vivos de formação, desenvolvimento, engajamento, colaboração, respeito e engendramento de si mesmo e dos coletivos vivos de trabalho, acolhendo as diversidades de ser, existir, saber, trabalhar, interagir, criar. Em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com oferta diária de atendimento nas 24 horas do dia, orientado para o cuidado/tratamento de pessoas em uso problemático do Álcool e outras Drogas (CAPS AD), na cidade Porto Alegre, região sul

do Brasil, por exemplo (Quadro 1.), a equipe deliberou por inserir em sua programação uma festa literária, comemorar o aniversário de dois anos com uma Virada Cultural e oferecer uma oficina de cartões postais da cidade.

Quadro 1. Programação de Aniversário - CAPS AD Porto Alegre, 2021.

Iniciativa	Trabalho e Trabalhadores	Desdobramento
Festa Literária	Presença do poeta e "agitador cultural" Sérgio Vaz, convidado para a palestra "Invenção de um Leitor" (fundador da CooPerifa – Cooperação com a Periferia: Saraus de Poesia na periferia)	Confecção de um "mural ambulante" com textos dos usuários
Virada Cultural (aniversário de 2 anos) Programação construída de forma coletiva – trabalhadores e participantes	• Oficina de Bolhas de Sabão realizada pela médica clínica • Oficina de Batucada realizada pela psicóloga • Oficina de Dança Circular, realizada pela médica psiquiatra • Apresentação do circo "Enquanto Tiver Amor", com participação do psicólogo • Realização da Oficina de Perna de Pau, realizada pelo médico psiquiatra • Salchipão com Samba, com participação da equipe de enfermagem da noite e do Terapeuta Ocupacional	Palco aberto: usuários. Apresentações musicais, circenses, escritas e desenhos. Mural: tecido de algodão cru preenchido com palavras e desenhos pelos participantes com as impressões, sentimentos e avaliações.
Oficina de Fotografia "Juntos na Rua"	Projeto de Extensão Universitária "A Cara na Rua" Centro de Educação Popular e Resistência Cultural "Coletivo Ksa Rosa"	Produção de cartões postais

Fonte: dos autores.

Educação permanente em saúde e rede-escola

A Educação Permanente em Saúde (EPS) confronta, via processos de agenciamento formativo, a organização hierárquica do trabalho, coloca a aprendizagem como processo coletivo *no*, *pelo* e *com* o trabalho, reconhece a problematização como motor de desnaturalização de conhecimentos e práticas previamente estabelecidos e como produção de cultura (CECCIM; FERLA, 2008).

A criação de diversos dispositivos de cuidado nos territórios tem emergido do processo de Educação Permanente em Saúde, na medida em

que confrontar, problematizar e desnaturalizar, em geral, vem acompanhado da pergunta "então, e como devemos fazer?" Em geral, começa o debate de propostas, a conversa sobre o que o grupo sabe, o debate sobre o que o grupo poderia procurar para saber mais, a discussão sobre o que cada um já ouviu falar a respeito. Aquilo que fazemos na rede de atenção psicossocial, concretamente depende da construção de alternativas emergentes desses processos de educação permanente em saúde mental extrapolando as contradições e proposições dos grupos de pares e em diálogo com os próprios usuários. Bons exemplos brasileiros são as estratégias Tenda do Conto (ABRANTES-GADELHA, 2025) e Dedinho de Prosa (SOUZA, 2025) criadas no estado do Rio Grande do Norte, região nordeste, Roda de Chimarrão Narrativo, criada no Rio Grande do Sul, região sul (REDE UNIDA, 2024), o bloco carnavalesco Loucura Suburbana, criado no Rio de Janeiro, na região sudeste (OLIVEIRA, 2020), socioclínica institucional com dramatização, em Mato Grosso, região centro-oeste (RÉZIO et al., 2022), e Eu + 1 – uma jornada de saúde mental na Amazônia, no estado do Pará, região Norte (BRUM, 2020).

A experiência brasileira acrescentou uma compreensão da saúde como produção em ato, conduzida pelos cotidianos de serviços de saúde e a rede de atenção como lugar de valor à formação, assim como admitiu que transcorre uma formação "entre nós" os trabalhadores se "estamos" e, ainda mais, se "queremos estar" implicados com a complexa e multideterminada "situação de saúde, cujos determinantes (ou cujas determinações) têm arranjos locais, ou seja, participam das configurações que o sistema de saúde oferece à população (FERLA, 2021; GERMANO et al., 2022; MERHY, 2005). O desenvolvimento do trabalho como trabalho vivo, uma vez submetido a processos de educação em ato, educação viva porque imersa e impregnada pelas perguntas pulsantes do mundo das práticas não será apenas a aplicação do conhecimento prévio, antes o desenho de aprendizagens situadas, como na "formação situada" de Lave e Wenger (1991), território de comunidades de prática em presença viva (não virtual, como em Lave e Wenger), que recolocam o trabalho em saúde

mental como produção de encontro, agenciamento das forças vivas (não das formas predefinidas).

O diálogo com os saberes do diagnóstico e prescrição é um componente relevante da aprendizagem necessária dos trabalhadores e equipes, mas entendidos esses saberes como referências que produzem interferências. A literatura que lemos não contém verdades, contém traçadores com poderes de produção de realidade. Não por acaso, lemos referências as quais rejeitamos imediatamente por suas alegações que julgamos impróprias, enviesadas, com limites de abrangência, culturalmente colonizadas ou colonizadoras. Por exemplo, recusamos um texto sobre saúde mental da mulher que não supõe a existência de mulheres trans, mulheres bissexuais, mulheres não binárias e mulheres em interseccionalidade de gênero, classe e raça. Recusamos um texto de saúde mental na infância e adolescência que não dialoga com o conceito de juventude ou não problematiza a subjetividade de um rapaz de 12 anos de idade que informa não se reconhecer como "adolescente", mas como "jovem", após as vivências com o tráfico de drogas e a vida na rua, como na canção de Chico Buarque "O Meu Guri"[12], que narra os afetos mãe e filho em uma vida atravessada por assaltos e experimenta a morte por assassinato antes dos 18 anos de idade. As intervenções cuidadoras em saúde mental somente podem ser de cuidados em/sob seus territórios de experimentar a vida (LANCETTI, 2006).

Merhy (2002) apresenta o conceito de tecnologias do cuidado para falar de um trabalho que se assenta no domínio de tecnologias duras (atenção dependente de máquinas-equipamento, estruturas físicas altamente especializadas, ambientes controlados e procedimentos de grande precisão), tecnologias leve-duras (saberes-fazeres da anamnese e planejamento terapêutico estruturados e protocolizados, condutas de acolhimento e educação para a

12 Trecho da canção O Meu Guri: Chega no morro com carregamento / Pulseira, cimento, relógio, pneu, gravador / Rezo até ele chegar cá no alto / Essa onda de assalto está um horror [Os assaltos, a moradia na favela] Eu consolo ele, ele me consola / Boto ele no colo pra ele me ninar [A relação de afeto mãe-filho presente] De repente, acordo, olho pro lado/ E o danado já foi trabalhar, olha aí! / Olha aí! (Ah, olha aí) [Misto admiração e temor] Chega estampado, manchete, retrato / Com venda nos olhos, legenda e as iniciais [Morto, assassinado, foto no jornal. Por ser menor de idade, a identidade é visualmente impedida com a tarja sobre os olhos].

saúde normativizadas) e tecnologias leves (relacionais, originárias de cada encontro singular, com uso de materiais e métodos que favorecem e ampliam a interação). Em saúde mental, as tecnologias leves são altamente demandadas, mas é justamente para estas que é menor o treinamento nas profissões de saúde, menor a supervisão de práticas e menor a educação continuada. Se não há competência acumulada, há que se desenvolver a aprendizagem situada, sobretudo sob o eixo do direito ao cuidado cultural.

Daí a noção de rede-escola que, independentemente de pertencer à rede de ensino, pode compor o sistema formativo, acolhendo demandas que não se coadunam com o perfil clássico do sistema educacional, tampouco representam os sistemas "*in company*" da área organizacional e empresarial. Também não guardam perfeita sinonímia com os hospitais-escola prescritos ao sistema de ensino desde o início dos anos 1900. A rede-escola se torna preparada para ações de educação em serviço, aprendizagem colaborativa entre pares, gestão da educação continuada da equipe, localização dos temas comuns ao desenvolvimento do trabalho e dos trabalhadores, introdução de questões de estudo, preparação de jornadas de intervenção pelo conhecimento, sistematização das informações do trabalho, integração com o sistema de ensino, absorção de estudantes em estágio e internato, condução de programas de residência médica e multiprofissional em saúde, interação com instâncias populares de mediação pedagógica e condução de treinamentos aplicados, entre outras práticas didáticas e educativas, além da formação em ensino para os papeis de facilitador, mediador, preceptor e tutor dentre os trabalhadores (CECCIM, 2005).

Saúde mental: tensões com a colonização cultural

O território brasileiro, constituído por um passado histórico de colonização, opressão e violência, também teve seus efeitos no processo de

manicomialização. O hospício foi instituído como espaço para afastar da sociedade aqueles considerados *desajustados*, sob a justificativa da necessidade de afastá-los do convívio social e, em alguns casos, de tratá-los para, posteriormente, retornarem ao convívio em sociedade, caso demonstrassem possibilidade de cura. Isolava-se do convívio para evitar qualquer alteração no contrato social de interações sociais e morais.

Elucidar quais corpos predominantemente eram destinados a esse espaço é um aspecto importante: pessoas negras, em situação de rua, homossexuais, prostitutas, mulheres adúlteras, alcoolistas e opositores políticos ao governo instituído. Tratava-se de pessoas "condenadas" à internação psiquiátrica. Assim, os manicômios assumiram muito mais uma função de normalização, que de tratamento, além de impor a psiquiatrização de pessoas que de alguma forma perturbavam a ordem instituída. No livro "Alienação e Liberdade", Frantz Fanon (2020) faz um resgate a partir de seus escritos, em ensaios e cursos que produziu enquanto atuava como médico psiquiatra na Argélia. Em um dos cursos que ministrou, por volta de 1959-1960, uma psicopatologia do tecido social é apresentada e o psiquiatra negro articula o contexto em que se localizam os *loucos*: a ocupação do lugar de estranho e daquele sobre quem paira a exigência de uma psiquiatria da normalização ou renormalização, condição para o retorno à sociedade. Fanon também trouxe em sua elucidação os aspectos da colonização, do racismo e da exploração do trabalho. É possível perceber esses traços na questão da colonialidade com relação a determinados corpos, a partir daquilo que David e Vicentin (2023) nominaram como processo de manicolonialidade, uma manicomialização e colonização prevalentes no caso do Brasil, onde o negro é vinculado à loucura (a doença é menos o transtorno e mais a discriminação). Um dos exemplos de manicolonização é aquele vivido pela escritora Stella do Patrocínio, mulher negra nascida em 9 de janeiro de 1941 e que, aos 21 anos foi "psiquiatrizada". Designava-se como "doente mental" depois de ter recebido o diagnóstico que a manteve aprisionada em manicômio por longos anos. Muito antes que "O

estrando caso de Benjamin Button", filme de Scott Fitzgerald (2008), Stella falava que tinha nascido já velha, depois é que ficara criança.

Eu estava com saúde
Adoeci
Eu não ia adoecer sozinha não
Mas eu estava com saúde
Estava com muita saúde
Me adoeceram
Me internaram no hospital
E me deixaram internada
E agora eu vivo no hospital como doente
O hospital parece uma casa
O hospital é um hospital
(Stella do Patrocínio, 2001, p. 51)

Conhecida como Stela do Patrocínio, biógrafos mais recentes encontraram a grafia Stella, com dois eles. Stella do Patrocínio era uma mulher negra, foi internada em um hospício do Rio de Janeiro aos 21 anos de idade, em 1962, após ser levada pela polícia ao pronto socorro quando tomava o ônibus para a estação Central do Brasil. A mãe também fora psiquiatrizada. Mais de 20 anos depois foi inserida em um ateliê artístico, quando professores e artistas prestaram atenção em seu "falatório" (nome que ela própria dava ao seu falar). As coisas que falava e o modo como as falava foram ouvidas e sentidas como poesia pelas estagiárias de arte do ateliê. As estudantes passaram a gravar os momentos com ela, tendo registrado vários áudios entre 1986 e 1988, depois transcreveram vários desses registros. A escritora Viviane Mosé recolheu essas falas e as organizou em forma de livro de poesias (PATROCÍNIO, 2001). O compositor Lincoln Antonio levou o falatório para uma ópera (ANTONIO, 2003; 2004). O diretor Márcio de Andrade (2012) organizou um documentário em vídeo com sua história de vida ("Stela do Patrocínio – A mulher que falava coisas"). "O futuro eu queria / Ser feliz / E encontrar a felicidade sempre / E não perder nunca o

gosto de estar gostando", trecho de uma de suas poesias, foi analisado por duas pesquisadoras da área de letras e literatura:

> [...] a leveza que se dá com a simples repetição das palavras na segunda e na terceira estrofe, em especial "gosto de estar gostando", em que gostando ganha a uma dimensão anterior, também evidencia que o "gosto de estar gostando" é algo para o futuro, não está no presente. O presente é marcado não somente pela perda do gosto, mas pela perda do gosto de gostar (ALMEIDA; BONFIM, 2018, p. 284).

A loucura também ganhou forma no mundo da ficção: Machado de Assis, em 1882, publicou o romance "O Alienista", obra de tom ácido que promove uma crítica ao modo como a sociedade exclui, classifica e controla as pessoas em nome de uma ciência, ordem ou norma social, que ainda hoje insiste em sustentar uma normalidade que adoece e condena aqueles que não se adaptam às imposições sociais. Mais do que um conto, essa escrita é uma ode aos momentos de loucura que há em cada um de nós, mas que com as amarras poderosas da sanidade escondemos para que não sejamos alvo de críticas, julgamentos e apontamentos.

Com as inúmeras violências nas quais os considerados loucos foram submetidos, nasce a luta antimanicomial, movimento que proporciona avanços e reflexões importantes no cuidado da saúde mental, redução e fechamento de manicômios, novos modos de cuidar e acolher a loucura. O próprio acesso às gravações de áudio e vídeo de Stella só foi possível por meio da entrada em cena da luta antimanicomial que, em um movimento de escutar o que esses indivíduos tinham a dizer, escutaram nesses registros não apenas palavras sem sentido, mas a história de vida de uma mulher negra oprimida e esquecida dentro do manicômio, isolada dos afetos e efeitos do manicomialização na sua existência. Ela traz na sua fala não apenas o delírio em frases desconexas ou em concordância, mas grita sobre um corpo que não se deixou apagar pela patologização, subalternização e as violências institucionais à mulher negra e pobre, por sua negritude e pobreza.

Apesar da importância do Movimento na mudança da forma como se lida com a loucura, esse processo ainda apresenta contradições, é preciso pontuar que a camisa de força foi reconfigurada, vivemos em um contexto social onde suas amarras não são mais longas trajas de tecido, a contenção agora é química, longe dos manicômios, mas perto das tarjas pretas. Problematizar o hiperprodutivismo, a felicidade constante, os calmantes para estabilizar, o metilfenidato para concentrar: quando, por que e como? Não há tempo para a dor do luto ou direito ao ócio? É preciso um atestado – com a "declaração de um CID" (Classificação Internacional de Doença) – para aplacar a estafa dos altos níveis de cobrança cotidiano e "um DSM" (do Manual Internacional de Diagnóstico em Saúde Mental) que enquadre as dificuldades da vida em um transtorno mental? Muitas formas de estar e sentir o mundo são colocadas sob a ótica de uma de patologia e da abordagem medicamentosa, quando não existe nesses registros oficiais números, letras e códigos suficientes que expliquem a desigualdade social, o racismo, a homofobia, a transfobia, a intolerância e tantas outras violências estruturais às quais determinadas populações são expostas todos os dias.

Saúde mental: tensões com a produção do cuidado em liberdade

"Eu transbordei de raiva. Eu transbordei de ficar invisível… com tanta hipocrisia, com tanta mentira, com tanta perversidade, com tanto trocadilo. Eu, Estamira." (PRADO, 2005, 29min38s). Estamira, mulher negra, trabalhou como catadora de materiais recicláveis no aterro sanitário de Jardim Gramacho (Rio de Janeiro), viveu em condições ameaçadoras à vida, em extrema vulnerabilidade social. Além disso, Estamira foi remetida para diversas internações psiquiátricas, por ser uma mulher diagnosticada com esquizofrenia. A fala dela enuncia as marcas da exclusão, do estigma e da violência que atravessam a vida e o corpo de

pessoas em sofrimento psíquico, no caso dela também marcada por questões de raça e classe. O "ficar invisível" não se restringe à ausência de reconhecimento, mas se traduz em práticas sociais e institucionais que deslegitimam existências e retiram a possibilidade de serem escutadas, vistas e consideradas como cidadãs de direitos (DESINSTITUTE, 2025).

O estigma em torno da loucura confere às existências o estatuto de um "ser não completamente humano", sujeito à discriminação e à redução das chances de vida, sendo o termo estigma referido a algo "profundamente depreciativo" (GOFFMAN, 1982, p.8). No documentário e na vida, Estamira grita e denuncia aquilo que sente na pele, escancarando (para quem à escuta) a repetição de discursos estigmatizantes e o quanto o preconceito é performado cotidianamente nas relações sociais. Como afirma Foucault (1978), a loucura é, historicamente, gerida não apenas pelo saber médico, mas por um conjunto de discursos que a separam do campo da razão, que decidem o que é aceitável e o que é escândalo. Essa lógica "desenha o rosto próprio da loucura no mundo do desatino". Em sua forma mais geral, "o internamento se explica ou, em todo caso, se justifica pela vontade de evitar o escândalo" (FOUCAULT, 1978, p.161), então parece que é preciso que haja grito, escândalo, luta e reivindicação.

Com o fortalecimento da luta antimanicomial, foi possível determinar a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e direcionar o modelo assistencial para a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais, pautando uma prática centrada nas existências e não mais nos quadros psiquiátricos, priorizando os atendimentos fora dos hospícios, eventualmente com leitos em hospitais gerais (COSTA et al., 2016). Desse modo, as propostas para a construção de serviços substitutivos foram desencadeadas, enfatizando-se a importância da participação popular para a criação e reestruturação de novas políticas de cuidado em saúde mental. Frente ao modelo antimanicomial, uma rede de serviços substitutivos aos manicômios, hoje designada como Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), foi destinada às pessoas em sofrimento psíquico, com transtorno mental e

sob necessidades decorrentes do uso problemático de crack, álcool e outras drogas. Assim, impôs-se uma torção cultural no imaginário sobre a loucura e àqueles em sofrimento psíquico intenso. Fazendo oposição aos tratamentos que dão continuidade à lógica manicomial, que segrega e silencia, a RAPS deve orientar-se pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade do acesso à saúde mental. Como uma torção cultural, esse não é um tema que simplesmente está resolvido, a torção é um movimento de força, o torque segura a rede. O torque é o que faz um corpo girar, e não apenas se mover em linha reta. Esse giro é aplicado quando se faz um movimento de rotação em um objeto, resultando em um vetor perpendicular ao plano aí formado. O relaxamento da força de torque pode afrouxar essa torção em um vetor de força contrária. A educação permanente em saúde mental tem exatamente esse desígnio de torque na torção antimanicomial.

Ana Marta Lobosque (2020, p. 280) demarca que nesse contexto de luta "vimos, e sobretudo construímos, coisas muito bonitas e fecundas", sinalizando as possibilidades que vêm sendo tecidas por trabalhadores da saúde mental, pesquisadores, usuários e familiares que reivindicam, conjuntamente, novos modos de existir e conviver com o sofrimento psíquico. Como Foucault (1978) pontua, a loucura demarca também a construção de um discurso. Portanto, o Movimento da Luta Antimanicomial não apenas denuncia violências e *des-cuidados*, mas, também, propõe uma reconfiguração profunda das relações sociais, afetivas e institucionais que sustentam a lógica manicomial e a luta antimanicomial.

É preciso encontrar saídas que rompam o silêncio imposto, desfaçam o estigma e reescrevam permanentemente o campo da singularidade, perspectiva que exige um tensionamento também no campo da formação profissional. Ainda hoje, muitos currículos da saúde continuam centrados em um modelo tecnicista e fragmentado, que pouco prepara para o trabalho em rede e para o cuidado de base psicossocial e coletiva. Questionar essas construções é também propor momentos de educação permanente em saúde. Podemos pensar, então, na educação permanente em saúde mental como um

ato-caminho que mobiliza trabalhadores, estagiários e pesquisadores da saúde mental a se implicarem no serviço, na formação e nas práticas exitosas que surgem em seus contextos de trabalho. Assim, a educação permanente em saúde mental pode ser vista como um acontecimento, assim como elucidam Maria Cristina Carvalho da Silva e Ricardo Burg Ceccim em Educação do Lugar (CARVALHO-DA-SILVA; CECCIM, 2015, p.18), em que apresentam o cuidado cultural como rede cuja tessitura se faz "por atos de encontro, atos de conexão e interação". Estas redes produziriam "cidades" na cidade onde vivemos e produzimos nosso trabalho de cuidado em saúde mental: "o índice que podemos adotar é o dos efeitos destes atos *a posteriori*, do ponto de vista ético e de afirmação da vida". Para os autores, "a educação do lugar, pedagogia da cidade, é entendida como forma de operar redes na cultura, na cidade, no cotidiano, implicando atos de encontro, constituindo uma *bio* e uma *micro* política" em favor da vida, não de sua despotência, em cada pequeno ato que aqui e ali sustentam a exclusão, segregação e submissão.

Educação permanente em saúde mental: a abertura para um horizonte de novos possíveis

O papel da universidade é indiscutível diante da realidade social que profissionais da saúde estarão em contato, tendo em vista a diversidade e a realidade humana. Rocha (2012) destaca, contudo, como os debates nesse ambiente podem ficar restritos a discursos econômicos, fragmentados e rígidos, consequência do modo de produção capitalista, em que o discurso de individualidade deixa a produção de conhecimento e de cuidado suscetível à economia de mercado e à narrativa de dominação, alienação e despotencialização. Nesse contexto, a Universidade desconecta-se da sociedade, com debates universalizantes, desatualizados e sem espaço para participação popular na construção do conhecimento. O que parece que vai

se delineando, nas formações em saúde, é a postura de separar, interpretar, dissecar, investigar, qualificar, quantificar, e, no final, prognosticar, prever. As formações em saúde não preparam para lidar com o diverso, o inusitado, o imprevisto, mas para evitar essas condições a qualquer custo.

A abertura para o diverso, aspecto particularizado no humano, é comprometida nas formações em saúde. Um processo de ensino-aprendizagem com pouca significação e muita rigidez leva à perda do prazer e da alegria em aprender, à dificuldade em integrar outros tipos de conhecimento, com a criatividade e flexibilidade que a aprendizagem entre pares do serviço parece obter. O processo de construção de conhecimento, por sua vez, insere-se em um contexto em que, frequentemente, há divergências entre a teoria e a prática. Nos humanos, é complexo o que chamamos de pensamento, temos além dele o contato com a magia, superstição, crenças, folclore, produções artísticas e culturais, domínio de línguas e capacidade narrativa, desenvolvimento de laboratórios e inúmeras preocupações, aflições e emoções.

Na educação permanente em saúde mental são mapeadas as potências e fragilidades do território onde os serviços estão inseridos. A participação de estudantes em estágio ou internato e de residentes nesse processo irá agregar de modo significativo, pensando na intimidade com o território e a realidade. No vínculo com usuários, profissionais e acadêmicos podem elaborar estratégias de intervenção consistentes e que atendam às demandas legítimas do serviço. Esse modelo tem como vantagem contemplar a singularidade do território, proporcionando assim o deslocamento de uma conduta de cuidado universalizante para uma realidade cultural em ato.

Apesar da abertura, após a Reforma Psiquiátrica, para reorientação do modelo institucional de cuidado em saúde mental, o campo das práticas e da formação ainda é perpassado por fazeres clínicos e não pelas chamadas "reais necessidades em saúde" ou "necessidades sociais em saúde". Os modelos biologicistas ainda são prevalentes nas práticas em saúde, mesmo em serviços substitutivos. Dispositivos em território, frequentemente, reproduzem

a fragmentação de conhecimentos, descolam pessoas de suas realidades históricas, culturais, sociais e territoriais, transformando questões estruturais em sintomas de doenças.

No que tange à formação e ao trabalho em Saúde Mental, as práticas de território se mostram, ao longo dos anos, solo fértil à promoção de um cuidado que preconize o direito à cidade, à liberdade, à desestigmatização e à compreensão do singular e do diverso como aspectos inerentes à vida. Tomando como prerrogativa o aprender indissociado do fazer, o ensino e a pesquisa em serviço são peças-chave para a produção de um cuidado aberto à diversidade e que responda às necessidades da população. Considerando as práticas em saúde como políticas afirmativas da vida, o ensino e a pesquisa em serviço dirigem-se ao cuidado aberto ao contato com a alteridade presente em cada território, usuário, equipe e gestão específica. Esse paradigma da formação-trabalho pressupõe a saúde como terreno dinâmico, e os ruídos produzidos dentro das práticas transformam-se em possibilidade de invenção de modos de cuidado criativos (MERHY, 2002). Considera-se, nessa perspectiva, o território como lugar de produção de saber a ser legitimado dentro das práticas de cuidado em saúde.

Conhecimentos populares, saberes ancestrais e práticas culturais são incorporados a essa nova perspectiva de cuidado pela formação que se delineia no "entre" e no inédito, voltando-se para a produção de subjetividade no encontro – profissionais, gestores, educadores, usuários – instauradora de potência. A incorporação de saberes e fazeres populares e interprofissionais na formação, na prática e na pesquisa em saúde desafia a comunidade acadêmica encastelada em muros institucionais, que agora é convocada a se fazer presente no território. A educação permanente em saúde faz a integração ensino-serviço-gestão-comunidade, facilitando o contato entre instâncias dos saberes e das práticas que orientam o cuidado, uma vez que se considere a indissociabilidade e a necessidade urgente de comunicação entre estas instâncias para que o cuidado finalmente alcance resolubilidade dos serviços para as suas populações (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CECCIM, 2018).

Conclusão

As noções de educação permanente em saúde e de rede-escola são parte do engendramento do setor da saúde e das práticas sanitárias. Os modos como os próprios serviços identificam seus problemas de conhecimento e de aprendizagem e como se organizam para enfrentá-los dependem dos coengendramentos estruturais, políticos e ideológicos vigentes em cada sistema nacional de saúde. Apesar de os setores produtores de equipamentos, medicamentos e tecnologia armada em instrumentos e aparelhos de diagnóstico e terapêutica imporem a perspectiva hospitalocêntrica, procedimento-centrada e medicalizadora, um projeto de educação e formação formulado como política pública pode disputar a formação de profissionais com um caráter reverso, isto é, com a perspectiva de cuidados, segundo a atenção integral, em uma rede organizada de modo encadeado, com todos os serviços integrados de maneira intercomplementar, onde a atuação em equipes interprofissionais represente o *modus* de trabalhar e onde o centro de todo o trabalho seja o encontro com os usuários de suas ações e seus serviços, não interesses particulares, econômicos, políticos ou corporativos.

Mesmo nos países em que se privilegia o livre jogo das forças do mercado ou em que há progressiva desresponsabilização do Estado em relação às políticas públicas, inclusive no que diz respeito à proteção à saúde das populações, tornou-se financeiramente insustentável o modelo embasado prioritariamente na utilização intensiva de tecnologia e na especialização, na prática hospitalar e na incorporação profissional centrada na medicina de especialidades. Nos últimos anos, em função disso, tem existido uma tendência à reorganização das práticas tanto na área pública (buscando qualidade da atenção, efetividade e diminuição de custos para garantir atenção universal) como na área privada (buscando efetividade e diminuição de custos para garantir lucratividade). Há uma tendência em

todas as sociedades ao incentivo à atenção em saúde mental de base territorial, exatamente por isso desponta no discurso internacional a linguagem da interprofissionalidade e práticas colaborativas.

Como decorrência imediata desse movimento de reorientação das modalidades de atenção, têm surgido – em várias partes do mundo – demandas e pressões para que se formem profissionais com perfil e capacidades distintas das produzidas pelo modelo médico-hegemônico de formação. A necessidade de transformar as práticas e de reorganizar a atenção à saúde mental, acoplada à necessidade de implementar os princípios das reformas sanitária e psiquiátrica, leva à necessidade de educação permanente para a adoção do conceito ampliado de saúde e de rede-escola para reconhecer/valorizar todos os agentes envolvidos na produção de cuidados culturais. A especificidade da saúde mental, como um momento do Movimento da Luta Antimanicomial, singulariza as lutas institucionais, governamentais e populares por uma educação permanente em saúde para o campo da formação e da organização da rede de serviços de atenção psicossocial. Uma rede-escola consideraria a relação com os profissionais como processo vivo de integração do ensino com a assistência, com a gestão e com a participação popular, aproximação da clínica ao desenvolvimento permanente dos trabalhadores e do trabalho, aproximação da clínica ao cuidado intersetorial de território e composição do direito à saúde com direito ao estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANTES-GADELHA, M. J. **Artes de viver**: a tenda do conto: recordações, dores e sensibilidade no cuidado em saúde. 2015. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/20571. Acesso em: 20 ago. 2025.

ALMEIDA, T. V. de; BONFIM, L. de. Stela do Patrocínio e a poética da clausura. **Estudos de Literatura Brasileira Contemporânea**, [s. l.], n. 54, p. 277–295, 2018. DOI: https://doi.

org/10.1590/2316-40185415.

ANDRADE, M. de (dir.). **Stela do Patrocínio**: a mulher que falava coisas. 2012. 1 vídeo (documentário). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=gAWuMgmFROo. Acesso em: 20 ago. 2025.

ANTONIO, L. **Stela do Patrocínio**. 2003–2004. Playlist de vídeos. YouTube. Disponível em: https://www.youtube.com/playlist?list=PLHbzd3JaDikPtFF1OcFlNkkDkSd9RNLyJ. Acesso em: 20 ago. 2025.

BRUM, E. **Eu + 1**: uma jornada de saúde mental na Amazônia. 2020. 1 vídeo (documentário). VídeoSaúde. Disponível em: https://videosaude.icict.fiocruz.br/filmes/eu-1-uma-jornada-de-saude-mental-na-amazonia/. Acesso em: 20 ago. 2025.

BUARQUE DE HOLLANDA, F. **O meu guri**. 1981. 1 canção. BMG Rights Management. Letra disponível em: https://www.letras.mus.br/chico-buarque/66513/. Acesso em: 20 ago. 2025.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. (org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 149–182.

CARVALHO-DA-SILVA, M. C.; CECCIM, R. B. Educação do lugar: saúde mental e pedagogia da cidade. **Saúde em Redes**, [s. l.], v. 1, n. 3, p. 7–19, 2015.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 10, n. 4, p. 975–986, 2005a. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400020.

CECCIM, R. B. Onde se lê recursos humanos da saúde, leia-se coletivos organizados de produção da saúde: desafios para a educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005b. p. 161–181.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 22, p. 1739–1749, 2018.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 6, n. 3, p. 443–456, 2008.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 14, p. 41–65, 2004.

COSTA, J. P. et al. A reforma psiquiátrica e seus desdobramentos: representações sociais dos profissionais e usuários da atenção psicossocial. **Psicologia e Saber Social**, [s. l.], v. 5, p. 35–45, 2016.

DAVID, E. de C.; VICENTIN, M. C. G. Práticas antirracistas na Rede de Atenção Psicossocial: racializar e desnortear. **Psicologia & Sociedade**, [s. l.], v. 35, e277115, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/1807-0310/2023v35e277115.

DESINSTITUTE. **Estamira**: o pensamento crítico silenciado pelo diagnóstico e pela marginalização. 22 maio 2025. Disponível em: https://desinstitute.org.br/noticias/estamira-

o-pensamento-critico-silenciado-pelo-diagnostico-e-pela-marginalizacao. Acesso em: 29 jan. 2026.

FANON, F. **Alienação e liberdade**: escritos psiquiátricos. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

FERLA, A. A. Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no ensino da saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, [s. l.], v. 5, n. 2, p. 81–94, 2021. DOI: https://doi.org/10.54909/sp.v5i2.119022.

FITZGERALD, F. S. **The curious case of Benjamin Button and other Jazz Age stories**. London: Penguin Classics, 2008.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GERMANO, J. M. et al. Entre nós: educação permanente em saúde como parte do processo de trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. **Physis**, [s. l.], v. 32, n. 1, e320110, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320110.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

LAVE, J.; WENGER, E. **Situated learning**: legitimate peripheral participation. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.

LOBOSQUE, A. M. **Intervenções em saúde mental**: um percurso pela reforma psiquiátrica brasileira. São Paulo: Hucitec, 2020.

LUZ, M. T. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

MACHADO DE ASSIS, J. M. **O alienista**. Porto Alegre: L&PM, 2019.

MERHY, E. E. Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 9, n. 16, p. 172–174, 2005. DOI: https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100015.

OLIVEIRA, R. P. P. de. **O Ponto de Cultura Loucura Suburbana**. 2020. Disponível em: https://www.loucurasuburbana.org/historia. Acesso em: 20 ago. 2025.

PATROCÍNIO, S. **Reino dos bichos e dos animais é o meu nome**. Organização de V. Mosé. Rio de Janeiro: Azougue Editorial, 2001.

PRADO, M. (dir.). **Estamira**. 2005. 1 vídeo (documentário, 115 min). Produção de José Padilha. Brasil: Zazen Produções. Disponível em:https://youtu.be/lOdN2ORxaCA?si=BiaPtpk-hlocH0Gn . Acesso em: 20 ago. 2025.

REDE UNIDA. **Roda de Chimarrão Narrativo**: causos do trabalho na saúde durante as enchentes. 31 maio 2024. Instagram. Disponível em: https://www.instagram.com/p/C7kIpnvOAhz/. Acesso em: 20 ago. 2025.

RÉZIO, L. de A. et al. A dramatização como dispositivo para a Educação Permanente em Saúde Mental: uma pesquisa-intervenção. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 26, e210579, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/interface.210579.

ROCHA, A. A universidade e a sua função como instituição social. In: SILVA, T. C. et al. **Como fazer Ciências Sociais e Humanas em África**: questões epistemológicas, metodológicas, teóricas e políticas. Dakar: CODESRIA, 2012. p. 145–155.

SOUZA, P. R. P. de. **A palavra, instrumento nosso**: dizeres dos usuários sobre o cuidado em saúde mental. 2025. Dissertação (Mestrado em Saúde e Sociedade) – Universidade Federal Rural do Semiárido, Mossoró, 2025.

CAPÍTULO 16

OFICINANDO CUIDADOS CULTURAIS EM SAÚDE MENTAL: PRODUÇÃO COLETIVA DE UM DISPOSITIVO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Ana Carolina Rios Simoni, Magda Dimenstein, Jader Ferreira Leite, Monique Pfeifer Rodrigues da Silva, Jucieli Polyanna Querino da Silva, Franciele Alves dos Santos, Maria Clara Fernandes Araújo de Paiva, Giovanni Sampaio Queiroz, Lorena Silva Marques, Andrea Paula da Costa Munção, Maria Luiza de Sousa Lopes, Emmanoel Holanda Melo Ferreira, Maria Luiza de Sousa Belém, Maria Vitória Nunes Souza, Matheus Rios Silva Santos e Iasmin Sharmayne Gomes Bezerra

Introdução

Este capítulo apresenta a experiência da "Oficina de Cuidados Culturais em Saúde Mental", realizada nos dias 4 e 5 de junho de 2025, na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), em Natal-RN/Brasil. A atividade teve como propósito construir, de forma dialógica e coletiva, um material formativo de divulgação científica de acesso aberto sobre cuidados culturalmente sensíveis em saúde mental, destinado a profissionais das políticas públicas, sobretudo da saúde: a Cartilha de Cuidados Culturais em Saúde Mental. Participaram cerca de 40 pessoas, incluindo a equipe de organização, representantes de grupos e populações específicas, movimentos sociais e trabalhadoras da Rede de

Atenção Psicossocial (RAPS). O convite contemplou pessoas de diferentes territórios, etnias, profissões, gêneros e sexualidades, favorecendo um espaço plural de trocas sobre cuidados culturais.

A oficina e a elaboração da Cartilha integram uma investigação nacional desenvolvida pelo grupo de pesquisa "Modos de Subjetivação, Políticas Públicas e Contextos de Vulnerabilidade[13]", em parceria com outras universidades brasileiras, intitulada *"Competência Cultural e Qualidade do Cuidado em Saúde Mental: Desenvolvimento e Avaliação de Indicadores na Atenção Primária à Saúde (APS)[14]"*. Nessa pesquisa, trabalhadores da APS relatam como as demandas complexas da saúde mental no cotidiano são atravessadas por relações interseccionais de classe, raça, etnia, gênero, sexualidade, território, geração, capacidade e religiosidade/espiritualidade.

Nos últimos anos, diversos estudos têm mostrado que as relações interseccionais se expressam nas barreiras de acesso à saúde mental enfrentadas pelos(as) usuários(as). Essas barreiras decorrem de lógicas institucionais e estruturais de segregação e vulnerabilização, que afetam sobretudo pessoas negras, mulheres, pobres, LGBTQIAPN+ e moradores(as) de territórios periféricos e rurais (BORGH*I et al., 2*018; DIMENSTEIN, 2017; FARIAS, 2018; OLIVEIRA; CARVALHO; JESUS, 2020). As interseccionalidades atuam como forças estruturantes na produção dos adoecimentos, nas desigualdades de acesso e nas práticas de cuidado. Ao mesmo tempo, contribuem para a constituição de identidades políticas e experiências localizadas, que interpelam normativas e abrem caminhos de resistência, invenção e construção coletiva de outras formas de vivenciar o cuidado em saúde mental.

A Cartilha "Cuidados Culturais em Saúde Mental" não se propõe a ser um manual técnico, mas um material pedagógico, com caráter dialógico e interativo, que visa à sensibilização dos(as) profissionais para as diferentes interseccionalidades que comparecem nos modos de adoecer e de produzir o

13 dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/4252631348293435

14 Projeto financiado com recursos do CNPq - Edital Pro-Humanidades - Chamada nº 40/2022 - Linha 3B - Projetos em Rede - Políticas públicas para o desenvolvimento humano e social.

cuidado em saúde mental. Por meio dela, pretende-se fortalecer práticas de cuidado sensíveis às realidades culturais e às demandas de populações historicamente vulnerabilizadas, tais como povos indígenas, quilombolas, migrantes, população LGBTQIAPN+, população em situação de rua, comunidades rurais, periféricas, comunidades assentadas, pessoas negras, dentre outras.

A aposta ético-política dessa experiência é valorizar a escuta de grupos minoritários em espaços horizontais nos quais o encontro entre o conhecimento técnico e os saberes da experiência ocupa lugar central. Nesta direção, problematizam-se as formas canônicas de produção do conhecimento, a tradição científica, que a serviço das forças sociais hegemônicas expropriam cotidianamente sujeitos(as) e coletivos de sua potência de falar sobre si, e de gerir, na diferença, a vida singular e coletiva.

Assim, reafirmamos o papel da universidade pública em desenvolver projetos e ações voltados à redução das desigualdades, à garantia dos direitos humanos e à efetivação do direito à saúde com protagonismo dos(as) sujeitos(as) e comunidades. Ao compreender o cuidado como um ato político e situado - atravessado por relações interseccionais de poder, construções históricas, culturais e territoriais – valorizamos as experiências locais como base para a construção de estratégias pedagógicas capazes de desmontar a "persistência de um *modus* individualizante e etnocêntrico de compreensão e intervenção" em saúde mental (DIMENSTEIN et. al., 2017, p. 73).

A divulgação científica de experiências desenvolvidas na universidade pública é essencial para ampliar seu alcance e impacto social. Ao tornar visíveis práticas e saberes produzidos em diálogo com sujeitos e comunidades, a universidade reafirma seu papel de gerar conhecimento comprometido com a redução das desigualdades, a garantia de direitos e a efetivação do cuidado em saúde mental de forma culturalmente sensível. Esse processo não apenas contribui para a qualificação das políticas públicas e da formação profissional, mas também fortalece o reconhecimento das experiências locais como fontes legítimas de produção de saber.

Ao mesmo tempo, compartilhar essas iniciativas é um gesto político que potencializa sua força transformadora. A visibilidade das práticas construídas coletivamente inspira outros coletivos, amplia redes de solidariedade e resistência e alimenta a criação de novas estratégias de ação em diferentes territórios. Assim, a divulgação científica feita pela universidade pública cumpre dupla função: registrar e sistematizar experiências, e multiplicar possibilidades de transformação social, reforçando sua relevância como espaço de produção de conhecimento crítico, plural e comprometido com a justiça social.

O relato da experiência da Oficina de Cuidados Culturais em Saúde Mental está organizado em cinco seções: 1) construção e planejamento coletivo; 2) concepção e proposta metodológica; 3) processos e conteúdos produzidos na experiência de *oficinar*; 4) encaminhamentos pós-oficina; e 5) aprendizados com as vivências diversas.

Construção e planejamento coletivo

O planejamento da oficina "Cuidados Culturais em Saúde Mental" durou cerca de três meses, de março à junho de 2025, e foi guiado por preocupações éticas, políticas e metodológicas, buscando contemplar a diversidade de forma participativa sem pretender esgotá-la. Pensar a diferença, desde nossa perspectiva, implica concebê-la como multiplicidade irredutível que possui direito à opacidade (GLISSANT, 2008). Essa perspectiva é condição essencial para a produção de cuidados culturalmente sensíveis em saúde mental, ao deslocar-se das representações universalizantes do(a) usuário(a) como sujeito genérico e, assim, combater a reprodução de violências simbólicas, institucionais e epistemológicas (DIMENSTEIN et al., 2017; 2022).

A meta da oficina era gerar elementos consistentes para a produção de uma cartilha sobre cuidado culturalmente sensível em saúde mental, sem cair na armadilha de tentar abarcar todas as experiências de diferença — tarefa, por

definição, inalcançável. Nesse processo, tornou-se igualmente fundamental evitar a reprodução de estigmas e estereótipos da diferença, já que populações historicamente vulnerabilizadas — como pessoas em situação de rua, povos indígenas e pessoas LGBTQIAPN+ — são frequentemente enquadradas em narrativas que as reduzem à carência, à exotização ou à vitimização. Assim, buscamos reconhecer as tensões inerentes ao trabalho com a diversidade e enfrentá-las de forma crítica, situada e implicada.

O primeiro passo do planejamento foi definir quais grupos e populações seriam convidados a compor a experiência. A escolha não foi aleatória nem instrumental: baseou-se no histórico de atuação do grupo de pesquisa, valorizando vínculos já estabelecidos para garantir que a participação na oficina não reproduzisse uma ciência extrativista, a colonialidade do saber (QUIJANO, 2005), mas ocorresse na continuidade de relações de confiança e diálogo. Dentre as parcerias já estabelecidas destacam-se povos indígenas, comunidades quilombolas, movimento nacional da população em situação de rua (MNPR), Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), população LGBTQIAPN+, imigrantes, comunidades rurais, periféricas, comunidades assentadas, pessoas negras, trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial.

Quando a organização esbarrava em limites, os convites eram feitos por indicações das próprias populações, fortalecendo a rede de relações, permitindo a inclusão de novas vozes. Ainda assim, o processo se manteve aberto a novas colaborações, entendendo que a produção conjunta só se enriquece quando transversalizada por diferentes perspectivas e experiências. O quadro 1. abaixo mostra o quantitativo e características dos participantes:

Quadro 1. Participantes

CATEGORIA DE PARTICIPANTES	QUANTIDADE APROXIMADA	CARACTERÍSTICAS / OBSERVAÇÕES
Equipe organizadora	15	Pesquisadores do grupo "Modos de Subjetivação, Políticas Públicas e Contextos de Vulnerabilidade", entre alunos/as de mestrado e doutorado e docentes.
Representantes de grupos e populações específicas e de movimentos sociais	21	Pessoas de diferentes coletivos ligados a direitos humanos, diversidade sexual, racial, etnias, territórios e comunidades tradicionais.
Trabalhadores da RAPS	9	Profissionais da Atenção Psicossocial (APS), com diferentes formações e regiões de atuação.
Total aproximado	**45**	—

O cuidado com a composição do grupo de convidados(as) refletiu um princípio metodológico: a oficina não deveria se restringir a identidades ou posições de liderança, mas buscar experiências situadas, cotidianas, encarnadas nos territórios. Tratamos de acolher a convocação de Donna Haraway (1995) de localizar os olhares que fundam e sustentam o conhecimento científico, trazendo versões corporificadas da verdade para desmascarar as doutrinas universais que, historicamente, apagaram subjetividades dissidentes da norma e suas possibilidades de atuação histórica coletiva. Tal feito só se torna possível, segundo a autora, a partir de redes de conexões semióticas e de uma perspectiva parcial da realidade que escape às representações e inscreva diante dos nossos olhares os corpos marcados.

A consolidação dos convites, a definição metodológica e a proposta da Cartilha resultaram de sucessivas reuniões entre pesquisadores(as), articuladores(as) e representantes dos grupos convidados, com ênfase na escolha de parceiros(as) interessados(as) e disponíveis para contribuir, conscientes de que se tratava de uma construção coletiva, não remunerada, mas com custos cobertos pelo projeto. Nesse processo, os(as) convidados(as)

não figuraram apenas como participantes, mas como colaboradores(as) e co-construtores(as) da proposta de *oficinar* com diversidade cultural, visando elaborar uma Cartilha *com* e não *sobre/para* os grupos culturalmente diversos.

Assim, assumimos o compromisso ético e político de recusar práticas de extração de saberes que transformam os(as) sujeitos(as), a partir de suas diferenças não dominantes, em objetos da academia, afirmando um espaço de produção compartilhada no qual as experiências e perspectivas trazidas são reconhecidas como centrais, em pé de igualdade com os saberes acadêmicos. Nessa perspectiva, buscou-se elaborar um modelo de participação e um método capaz de posicionar a universidade como aliada das lutas coletivas, e não como instância que fala por elas (MORAES; QUADROS, 2020).

A própria diversidade da equipe organizadora impactou a metodologia. Embora todas as pessoas viessem do espaço acadêmico, trata-se de um grupo composto por mulheres brancas, negras e indígenas de contexto urbano, pessoas adultas de diferentes faixas etárias, interioranas, LGBTQIAPN+, periféricas, militantes e docentes universitárias. Esse encontro de perspectivas vivenciais-acadêmicas desestabilizou a ideia de neutralidade no planejamento e convocou a equipe a se situar, em consonância com os princípios teórico-metodológicos, éticos e políticos que reconhecem que a neutralidade não é possível, que sua tentativa pode, inclusive, reproduzir violências e que o cuidado em saúde mental é sempre um ato político, coletivo e comunitário (DIMENSTEIN et al., 2017; 2022).

Deste modo, o processo de organização da Oficina evidenciou a relevância do cuidado culturalmente sensível como um desafio que antecede a relação direta com os(as) usuários(as) e se manifesta no interior do próprio processo de trabalho em saúde. As equipes de saúde também são diversamente compostas, nos diferentes territórios e dispositivos da RAPS. Reúnem sujeitos(as) provenientes de distintas formações acadêmicas, inserções profissionais, contextos socioculturais e interseccionalidades (COLLINS, 2021), que configuram modos diversos de perceber, nomear e responder às demandas

do cuidado. No âmbito do cuidado em saúde, a atenção à diversidade cultural — inclusive à que nos constitui — exige um exercício contínuo de negociação e escuta mútua, em que as diferenças deixam de ser vistas como obstáculos e passam a ser reconhecidas como dimensões constitutivas dos processos coletivos.

Nesse sentido, concebemos a Oficina e a Cartilha não como meros produtos técnicos, mas resultados de um percurso ético-metodológico marcado pela convivência com a diferença dentro da própria equipe e em confluência com os(as) convidados(as). Essa vivência traduziu-se no encontro entre territórios distintos, sem que fronteiras se convertessem em zonas de estranhamento, conflito ou violência simbólica (BHABHA, 1998). Ao contrário, buscou-se afirmar as fronteiras como espaços de interlocução, lugar de tradução, deslocamento e possibilidade de criação (ANZALDÚA, 2021). Desta forma, a cartilha emerge como dispositivo que não apenas orienta práticas culturalmente sensíveis no campo da saúde, mas também espelha o próprio processo coletivo de sua formulação.

Concepção e proposta metodológica

As metodologias escolhidas para os dois dias de encontro da Oficina tiveram como propósito estimular a experimentação de sensibilidades, habilidades e competências culturais em saúde mental, em consonância com os objetivos da Cartilha. Inicialmente, buscou-se abrir espaços de compartilhamento e problematização de cenas de cuidado em saúde mental vivenciadas pelos participantes, utilizando recursos como o *Mural Inca* e o *Teatro-fórum*, inspirados na perspectiva do Teatro do Oprimido (TO) (MCCARTHY; ADRIÃO, 2001; BOAL, 2005a). O objetivo era enfatizar o cotidiano da atenção às populações culturalmente diversas no âmbito das políticas públicas de saúde, tomando essas cenas como ponto de partida para a construção da Cartilha.

O TO, criado por Augusto Boal - teatrólogo e dramaturgo brasileiro - é um sistema de técnicas e jogos que envolvem o exercício teatral, com a finalidade de fortalecer a formação política e estética de sujeitos(as) historicamente vulnerabilizados(as)/oprimidos(as) (Canda, 2012). Tal formação visa transformar as relações interseccionais de poder que interpelam cotidianamente as vidas dos(as) diversos(as) sujeitos(as) e surge como um método teatral e ferramenta-intervenção política e pedagógica que rompe com a tradição de um teatro passivo, no qual o público apenas assiste. Propõe assim uma prática em que o(a) espectador(a) se torna *espect-ator*, alguém que observa e também age, convidando-o(a) à criticidade diante da cena que se vê, ao experimentar possibilidades de atuação, de reivindicação da resolução de experiências de desigualdades e opressões vividas e/ou testemunhadas em sua realidade (BOAL, 2005b; CANDA, 2012).

O processo de envolvimento dos(as) sujeitos(as) para a realização do *Mural Inca* e do *Teatro-fórum* se dá a partir do compartilhamento de suas próprias experiências, que poderão compor a cena inicial anti-modelo - ou seja, uma experiência não desejada, na qual o(a) sujeito(a) vivencia uma situação conformada por relações desiguais de poder e opressão (BOAL, 2005; CANDA, 2012). A partir da problematização desta, a aposta na autonomia, dialogicidade e respeito às experiências e vozes dos(as) sujeitos(as) envolvidos(as) possibilita a busca coletiva pela resolução do(s) conflito(s) encenado(s). Nas palavras de Canda (2012, p. 121), "sem conflito, não há fórum". Segundo Boal (2005b), o conflito deve ser concreto e apresentar-se como uma pergunta a ser levada ao fórum.

Após concluída a cena anti-modelo, o(a) *curinga* media o diálogo entre os(as) sujeitos(as) que encenam e os(as) que, no momento, assistem, ao levantar questionamentos e animar quem assiste a ocupar o palco e encenar o seu caminho como alternativa para a resolução do conflito problematizado. No entanto, durante o exercício do *Teatro-fórum* o mais importante não é resolver o conflito ou problema vivenciado como se bastasse apenas uma simples solução, mas a sua problematização e a construção coletiva de estratégias de

superação e práticas de resistência, por meio da possibilidade de quem assiste tornar-se espect-ator - protagonista - mobilizado(a) a atuar não só em cena, mas na vida concreta.

Nessa perspectiva, mais do que ferramentas didáticas para a facilitação de grupos, as metodologias dialógicas e participativas foram pensadas como práticas que favorecem o encontro com as diferenças, a partilha de vivências e a problematização das condições históricas e sociais que atravessam os modos de cuidar e adoecer. Ao invés de produzir discursos sobre os(as) sujeitos(as), buscou-se criar espaços em que os(as) próprios(as) sujeitos(as) pudessem narrar, encenar e organizar suas experiências, em diálogo com os(as) demais.

Assim, a escolha pelo Teatro do Oprimido (BOAL, 1987, 2005) não responde apenas à uma escolha estética ou pedagógica, mas se insere na tentativa de enfrentar uma das lacunas apontadas pela pesquisa nacional antes mencionada: a ausência de formação profissional sensível às complexas expressões das relações interseccionais de poder e às realidades culturais dos territórios. As vivências na Oficina, nesse sentido, se constituíram também como um exercício de experimentação de práticas contra hegemônicas, capazes de tensionar o paradigma individualizante da saúde mental e abrir espaço para a produção coletiva de estratégias de cuidado culturalmente situado, em que a escuta atenta às diferenças atua como guia principal.

Em composição com o *Mural Inca* e o *Teatro-fórum*, foram realizadas rodas de conversa e oficinas de fanzines, que nomeamos afetivamente como *Zinão/Zinões*. As rodas de conversa são um dispositivo metodológico incorporado ao Sistema Único de Saúde(SUS) brasileiro pela Política Nacional de Humanização (2013), tanto em espaços de cuidado e educação em saúde quanto de Educação Permanente em Saúde com as equipes.

A roda de conversa como método busca a ampliação da capacidade de análise e intervenção dos participantes de um grupo nos seus próprios processos e espaços coletivos. É uma estratégia para a cogestão e democratização de

processos de trabalho e decisão, inspirado "na roda com que os pedagogos construtivistas iniciam o dia de trabalho nas escolas", assim como na "roda de samba, na do candomblé e na de ciranda em que cada um entra com sua disposição e habilidade sem desrespeitar o ritmo do coletivo" (CAMPOS, 2000, p.14). O Método da Roda é uma aposta para instituir processos de cogestão que produzam compromisso e solidariedade, capacidade reflexiva e autonomia dos agentes de produção. Carrega consigo a potência de produzir encontros mais horizontais entre usuários(as), trabalhadores(as) e pesquisadores(as), mobilizando conexões entre os corpos, olhares, falas, afetos, vivências e possibilidades democráticas de participação: é "a vida girando e se movimentando, sempre: a roda" (CAMPOS, p.14, 2000).

A produção de fanzines, por outro lado, segundo Souza e Tavares (2022), pode ser utilizada como recurso pedagógico e estratégia de educação em saúde mental, ao se utilizar de técnicas como desenhos, bricolagens, caligrafia manual e outros modos artesanais de produção de textos e imagens, favorecendo o exercício autoral e a expressividade. O fanzine configura-se como modo de produção de mídia artesanal que guarda uma diferença em relação às publicações comerciais: "o descomprometimento com uma clientela" e o fato de ser "feito para agradar a quem o faz" (SOUZA; TAVARES, 2022, p.83). Neste sentido, os fanzines "trazem possibilidades de acesso à autoralidade possível" , veiculando uma produção textual e imagética que "rompe com barreiras impostas pelos ditames da indústria editorial" (SOUZA; TAVARES, 2022, p. 86), ao subverter suas regras pautadas pela expertise profissional de autores e editores. Produzir fanzines se destaca pela experimentação, ênfase na subjetividade e processo criativo de elaboração e edição do material a ser veiculado como momentos de aprendizado corporificado. Deste modo, a Oficina de Cuidados Culturais em Saúde Mental teve a seguinte programação (Quadro 2.):

Quadro 2. PROGRAMAÇÃO - OFICINA DE CUIDADOS CULTURAIS EM SAÚDE MENTAL

Dia	Período	Atividades
Dia 1	Manhã	Café de acolhida aos(às) participantes; roda de conversa para apresentação da proposta da Oficina; entrega do texto de boas-vindas e de sistematização da proposta metodológica; informação e pactuação de aspectos éticos e assinatura dos documentos Registro de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Autorização de Gravação de Imagem e Voz; apresentação dos participantes e compartilhamento sobre seus territórios e implicações com o tema da Oficina.
	Tarde	Divisão em 4 grupos; realização do Mural Inca e do Teatro-fórum.
Dia 2	Manhã	Continuação do trabalho em 4 grupos; compartilhamento das aprendizagens e percepções do dia anterior; Oficina de produção de fanzines, cada grupo construiu um fanzine coletivo em cartolina (Zinão), propondo conteúdos e formas para a formatação final da Cartilha de Cuidados Culturais em Saúde Mental, a partir das vivências com o Mural Inca e Teatro-fórum.
	Tarde	Roda de conversa para apresentação dos Zinões produzidos; sistematização dos saberes e experiências; pactuações sobre a continuidade da elaboração da Cartilha, incluindo consulta da versão preliminar para validação dos participantes.

Todas as atividades realizadas durante a Oficina foram gravadas em vídeo e/ou voz, com a finalidade de fornecer material empírico para a posterior elaboração do conteúdo da *Cartilha de Cuidados Culturais em Saúde Mental*. A participação dos(as) convidados(as) foi assegurada mediante procedimentos éticos formais, incluindo a assinatura do Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) e dos Termos de Autorização específicos para a gravação e utilização de voz e imagem, garantindo o respeito à autonomia, à confidencialidade e aos direitos dos(as) participantes.

Processos e conteúdos produzidos na experiência de *oficinar*

A vivência com o *Mural Inca* e o *Teatro-fórum* ocorreu no primeiro dia de Oficina em seguida à formação dos 4 grupos, que se compuseram de 10 a 13 pessoas, sendo no mínimo 3 da organização, que se dividiram entre 2 curingas e 1 relator(a). Na condução destes espaços, os(as) curingas foram responsáveis por mediar as cenas, não para direcioná-las, mas produzir questionamentos, sensibilizações e reflexões. Em cada grupo, o encontro iniciou com uma série de jogos corporais do Teatro do Oprimido, com objetivo de desmecanizar o corpo, haja vista que para Boal (2005), o objetivo desses jogos é recuperar a plasticidade corporal, a capacidade de criar, de improvisar e, sobretudo, a produção de vínculos entre participantes, para que assim o(a) espect-ator(a) consiga analisar e transformar a realidade por meio da ação teatral.

Em seguida foi proposta a realização do *Mural Inca* (MCCARTHY; ADRIÃO, 2001), em que as pessoas foram convidadas a pensar em cenas de cuidado. Nessa dinâmica foi possível a construção de cenas coletivas a partir de um tema proposto a cada um dos quatro grupos: (1) Território, (2) Acolhimento, (3) Linha de cuidado e (4) Atenção à crise. Ao construir, em silêncio, com seus próprios corpos, imagens vivas dos cenários de cuidado mais comuns em seus territórios, foi possível visibilizar problemas/conflitos concernentes à atenção em saúde mental. Posteriormente, discutir sobre o que estava acontecendo em cada cena, propondo-se reformulações via *Teatro-fórum* (CANDA, 2012).

Assim, após a composição da cena do Mural, que é estático, os(as) *curingas* convidavam os(as) participantes a relatar o que cada um(a) imaginou que estaria retratado (quem compôs e quem assistiu). Na esteira dos debates sobre a cena anti-modelo, era proposta a construção da cena ideal a partir da pergunta: do que essa cena precisa? Estes momentos foram registrados

pelos(as) relatores(as) de cada grupo com base nos eixos de análise descritos no Quadro 3, a seguir:

Quadro 3. REGISTRO DOS PROCESSOS COM MURAL INCA E TEATRO-FÓRUM

EIXO DE ANÁLISE	ELEMENTOS A SEREM OBSERVADOS/DESCRITOS
Breve descrição da cena	Local onde ocorreu a situação; sujeitos envolvidos(as); Contexto de sofrimento ou de cuidado em saúde mental observado
Avaliação dos aspectos do cuidado	Necessidades/demandas em saúde mental identificadas; Formas de entendimento do sofrimento, das necessidades e dos problemas apresentados; Modos de acolhimento e de construção de vínculo; Ofertas de cuidado considerando contexto sociocultural e características específicas dos(as) usuários(as); Habilidades técnicas e afetivas mobilizadas para o manejo dos problemas de saúde; Encaminhamentos realizados para outros pontos da rede de atenção; Barreiras e dificuldades de acesso; Diferenças observadas nos cuidados ofertados a populações específicas
Análise final	Aspectos que aproximam ou distinguem experiências bem sucedidas e mal sucedidas; Elementos comuns entre as diferentes situações analisadas; características que se destacam quando o cuidado é culturalmente sensível.

No segundo dia de atividades, os mesmos grupos se reuniram com o objetivo da criação de um fanzine, o denominado *Zinão*, como uma ferramenta para expressar ideias e propostas de conteúdo e forma para a Cartilha, a partir do vivido no primeiro dia de Oficina. Cada *Zinão* compôs um registro das afetações e aprendizagens mobilizadas, através de imagens, narrativas e artesanias.

Grupo Território

O grupo foi convidado a elaborar uma cena de cuidado em território, que poderia ser uma visita domiciliar ou outra situação que envolvesse estar nos cenários de vida do usuário. A cena deveria retratar algum momento de avaliação das necessidades/demandas em saúde mental e expressar, em alguma medida,

a compreensão das necessidades de saúde, do sofrimento em questão e dos problemas identificados pelos personagens envolvidos. A composição do grupo reuniu 10 pessoas: uma travesti, um imigrante africano, uma mulher indígena tapuya, duas psicólogas negras, uma delas LGBT, um homem branco gay e uma assistente social branca. Ambas as mediadoras são estudantes de pós-graduação, sendo duas mulheres brancas lésbicas e uma mulher negra bissexual[15].

As cenas e relatos trouxeram questões como: a dificuldade da população trans em acessar a Unidade Básica de Saúde, os desafios enfrentados por populações indígenas, muitas vezes atendidas apenas pela demanda imediata, sem considerar o contexto mais amplo de suas trajetórias, e a recusa de usuários/as dos serviços em serem atendidas/os por profissionais estrangeiros. O encontro com esse último ponto suscitou uma discussão acerca da consideração dos afetos e atravessamentos dos profissionais na atenção em saúde, convocando a pensar o cuidado entre os pares, a precarização do trabalho e a maneira pela qual a interseccionalidade também deve ser considerada nas vivências daqueles que estão ofertando o cuidado.

Ademais, observou-se que experiências exitosas têm em comum a valorização do território, o reconhecimento das identidades múltiplas dos sujeitos (gênero, raça, classe, sexualidade) e a construção de vínculos a partir de espaços simbólicos de afeto e pertencimento. Nesse sentido, destacou-se a relevância do fortalecimento das redes comunitárias, da aposta na autonomia dos grupos e da valorização de expressões culturais locais, como as datas comemorativas, as músicas e as comidas típicas das populações. Conceber e trabalhar o território implicou reconhecê-lo em suas múltiplas camadas, podendo também revelar espaços de adoecimento e evidenciando a necessidade de práticas de acolhida articuladas localmente. Nesse sentido, a importância da intersetorialidade foi destaque, bem como a escuta sensível e atenta, articulada a outras áreas de conhecimento, suscitando discussões sobre garantia de direitos, em especial, direito à cidade e equidade no acesso à saúde, com destaque para políticas de educação e transporte.

15 O modo como descrevemos os(as) participantes de cada grupo corresponde ao modo como cada um(a) se apresentou durante o momento de abertura da Oficina de Cuidados Culturais em Saúde Mental.

No segundo momento, a produção compartilhada do *Zinão,* reverberou como principal contribuição para a Cartilha a questão da garantia de direitos como central para produção de um cuidado culturalmente sensível, o que levou a proposição de um capítulo com este tema na sua estrutura final.

Grupo Acolhimento

O grupo foi convidado a construir uma cena de acolhimento em um serviço de saúde, que expressasse como se dá a relação do(a) usuário(a) com o serviço e a equipe, possibilidades ou não de vínculo, de acordo com o contexto e características culturais do(a) usuário(a). As cenas trouxeram: uma pessoa trans que não é tratada por seu nome social ao ingressar em uma unidade de saúde; uma mãe acompanhada de uma criança com deficiência que sofre discriminação na sala de espera da mesma unidade; e uma adolescente trans que busca escuta no posto de saúde sem que seja necessária a presença de um(a) responsável, já que a família não aceita sua identidade de gênero.

A composição das participantes (10 pessoas) evidenciou a pluralidade de marcadores sociais interseccionados: duas travestis, uma mulher assentada, uma mulher indígena potiguara lésbica, uma mulher negra lésbica periférica e uma adolescente negra trans militante, além das mediadoras, entre elas uma professora branca e três discentes de pós-graduação — uma branca, uma negra e uma indígena. O debate sobre acolhimento se organizou em torno do uso do nome social por pessoas trans e as violências de gênero e sexualidade vivenciadas nos serviços do SUS. Essas questões foram analisadas como expressões de disputas de reconhecimento e de limites institucionais que, muitas vezes, reproduzem desigualdades, estigmas e preconceitos. A discussão em grupo demonstrou a necessidade de compreender o acolhimento como prática vinculada ao direito às identidades e suas especificidades, e, nesse sentido, a proposta para o *Zinão* foi a de construir perguntas orientadoras, capazes de conduzir profissionais de

saúde a uma escuta mais atenta e culturalmente sensível. A experiência desse grupo deu origem à proposição de uma seção de "Perguntas e ações que fazem a diferença" em cada capítulo temático da Cartilha.

Grupo Linha de Cuidado

O grupo foi convidado a compor no *Mural Inca* cenas de ações que envolvem compartilhamento do cuidado e comunicação entre serviços, usuário(a) e família. O grupo foi composto por 12 pessoas: duas mulheres assentadas/do MST, um homem profissional de saúde de cidades do interior (LGBT+), uma profissional de saúde de território quilombola, uma mulher indígena psicologa da SESAI, uma mulher lésbica integrante do Grupo Afirmativo de Mulheres Independentes (GAMI), uma aluna do mestrado indígena Potiguara e uma do doutorado mulher negra, uma professora e um professor universitários brancos, uma mulher lésbica branca integrante do Movimento Nacional da População em Situação de Rua, um homem imigrante Warao.

Os(as) participantes trouxeram cenas que problematizaram as barreiras e portas de acesso ao cuidado, objetivas e subjetivas, a partir de vivências diversas. Veio à tona a experiência de uma pessoa em situação de rua, que é impossibilitada de entrar num albergue por estar sob efeito de álcool, assim como de família indígena em internação hospitalar com um bebê recém-nascido em UTI Neonatal, em que é dificultado o acesso aos cuidados do *Wisidatu,* médico indígena, no ambiente hospitalar. Tais demandas envolveriam articulações de compartilhamento do cuidado e foram tratadas desde uma perspectiva reducionista do processo saúde-doença, sem atenção à diversidade cultural e às composições possíveis que o encontro com a diferença convoca nas cenas do cuidar.

Por outro lado, foram discutidas também cenas em que a atenção em saúde mental emerge de modos não protocolares, anunciando que uma linha

do cuidado se cria a partir dos itinerários singulares dos(as) usuários(as). Discutiu-se uma cena em que uma mulher pertencente a uma comunidade indígena tradicional, com estigma de poliqueixosa, frequenta, seguidamente, a Unidade de Saúde, pedindo para ficar em uma sala de observação por conta de suas dores no corpo - único momento que encontra para descansar de seus inúmeros afazeres em sua casa e comunidade. Também foi compartilhada uma experiência em que um jovem gay encontra no acolhimento de um profissional de saúde da Atenção Primária, também um homem gay, a possibilidade de falar pela primeira vez de sua orientação sexual. Em ambos, o compartilhamento também é de lugares de identidade e de pertencimento na diferença, produzindo vínculo e confiança.

A principal contribuição à Cartilha foi a proposta de abordar o tema da linha de cuidado a partir desses itinerários singulares de identidade e pertencimento, construídos artesanalmente nos territórios, e, portanto, da possibilidade de trilhar diferentes pontos de apoio que façam sentido para o(a) sujeito(a), junto(a) dele(a), sustentando vínculos. Outro ponto que se destaca na contribuição deste grupo diz respeito à desconstrução da noção de "pacientes difíceis", seja porque buscam frequentemente consultas, seja porque "reclamam", perguntam demais ou expressam demandas que mudam as rotinas protocolares dos serviços. Historicamente, o uso do termo "poliqueixoso" carrega esta marca da diferença no sentido pejorativo, recaindo em práticas misóginas, racistas, com preconceito de classe, de território e reforçando estigmas. Trazer cenas que descortinam estas lógicas, através de histórias em quadrinhos, traduz as contribuições deste grupo para a estrutura da Cartilha.

Grupo Atenção à Crise

O grupo foi convidado a encenar um momento de urgência/crise em saúde mental, em que o(a) usuário(a) precisasse ser atendido prontamente.

A cena deveria retratar a consideração ou não da existência de barreiras, dificuldades de acesso, e as diferenças que podem surgir nos cuidados ofertados à populações específicas. Este grupo foi formado por 13 integrantes, sendo três profissionais da RAPS (mulheres brancas, uma delas trabalhadora da Atenção Básica em território quilombola), uma mulher negra representante do movimento da população em situação de rua, uma mulher migrante africana, uma mulher indígena potiguara e profissional da educação básica, uma mulher quilombola, uma psicóloga autônoma atuante com a causa LGBTQIAPN+ e uma mulher assentada militante do MST; e como mediadoras(es) foram uma aluna de mestrado mulher negra periférica, um aluno de mestrado homem gay branco sertanejo, um aluno de doutorado homem negro e uma pessoa não-binária branca sertaneja.

A partir das vivências e lembranças das participantes foi formada a cena antimodelo no *Mural Inca*, em que uma usuária em crise é levada a um hospital psiquiátrico pelos seus familiares e não é escutada e nem acolhida pelos profissionais que a recebem, o que a deixa mais assustada e agrava seu sofrimento, a ponto de precisar ser sedada. Além disso, foi representada uma pessoa em sofrimento por buscar auxílio em um serviço de saúde e permanecer se sentindo "desamparada" - palavra que reverberou em vários momentos da discussão do grupo. Conforme iam-se inserindo as personagens no mural as demais iam se posicionando para compor a cena, representando médicos, enfermeiros e familiares. Em contraposição, na cena modelo, os cuidados são representados como algo que ocorre bem antes de se chegar a um serviço de saúde, sendo a comunidade e as redes de apoio que se agenciam para acolher e dar contornos a experiências de desestabilização. Na cena ideal criada, uma mulher que escuta vozes, se autolesiona e se nega a ir à emergência, recebe a ajuda não só de sua família como dos vizinhos e comunidade. Assim, aceita um banho de ervas da curandeira de seu bairro e se conecta com saberes ancestrais que a estabilizam antes de que se sinta pronta a ir ao serviço de saúde.

A atenção à crise no trabalho deste grupo envolveu múltiplas dimensões - familiares, comunitárias, culturais, territoriais, históricas e institucionais - e o isolamento social foi apontado como algo que fragiliza o cuidado integral. Destacou-se a importância da escuta das culturas indígenas e das experiências de migrantes africanos, bem como a necessidade de os profissionais reconhecerem e valorizarem saberes não científicos, articulando-os às práticas de saúde. Afirmou-se a necessidade de preparação dos serviços para lidar com diferentes culturas, o manejo de urgências com tecnologias relacionais e o reconhecimento das condições de sobrecarga tanto de familiares quanto de profissionais enquanto analisadores de formas isoladas e pontuais de suporte à crises.

A construção coletiva do *Zinão* contemplou temas como: a alimentação e seus rituais como prática de cuidado, convivência e apoio; crítica à medicalização; valorização da diversidade espiritual/religiosa; relação entre cuidado e educação; importância da proteção do meio ambiente e do território enquanto lugar de saber ancestral; combate às violências e centralidade do coletivo. O processo de trabalho do grupo foi marcado por relatos de violações, mas também por trocas sensíveis e afetivas, e reconhecimento de diferenças e semelhanças, promovendo acolhimento, criatividade e desejo de continuidade dos encontros, percebidos como político-afetivos. Uma participante sintetizou: "É a primeira vez em muito tempo que me sinto escutada". A principal contribuição do grupo para a Cartilha foi mostrar, de forma vivida e coletiva, que a crise não é apenas de um indivíduo, mas dos territórios, dos coletivos, dos modos de vida. E, portanto, que o cuidado em saúde mental na crise só se efetiva quando incorpora saberes diversos, afetos e memórias dos territórios e contextos socioculturais dos sujeitos, em contraposição às lógicas biomédica e neoliberal, marcadas pela homogeneização e pelo epistemicídio. A discussão gerou um capítulo da cartilha intitulado "Ampliação do Cuidado na Crise".

Encaminhamentos pós-oficina

A partir da produção dos grupos, apresentada na roda de conversa que encerrou o segundo dia da Oficina, a elaboração da Cartilha teve continuidade em reuniões semanais da equipe organizadora. Nessas reuniões, foram analisadas imagens, falas e relatorias, com a intenção de preservar na estrutura do material formativo a força da oralidade, da corporeidade, das cenas de exclusão e resistência e do trabalho coletivo.

A Cartilha foi organizada em quatro seções temáticas — *Acolhimento*, *Linha de cuidado*, *Ampliação do cuidado na crise* e *Equidade e luta por direitos* —, cada uma acompanhada de histórias em quadrinhos, exercícios interativos, um quadro de "perguntas e ações que fazem a diferença" e breves textos dialógicos que apresentam conceitos e operadores para um cuidado culturalmente sensível. A adoção de histórias em quadrinhos, de uma linguagem próxima da oralidade e de jogos lúdicos visa tornar o material acessível, participativo e instigador da reflexão crítica sobre o cotidiano dos profissionais. Por fim, a Cartilha de Cuidados Culturais em Saúde Mental – quando finalizada será um material formativo de divulgação científica de acesso aberto - será apresentada em encontro coletivo on-line com os(as) participantes da Oficina, garantindo sua validação, reforçando a co-construção do material e consolidando a interlocução entre saberes acadêmicos, profissionais e vivências locais.

Aprendizados com as vivências diversas

Desde o primeiro momento, o espaço ofertado foi sentido como potência de encontro entre as pessoas colaboradoras. O ímpeto de falar e construir em conjunto foi sendo agenciado a cada momento, demonstrando como a saúde, de fato, se faz em coletivo e que, não só o cuidado, mas a sua construção crítica

e coletiva é também um ato político. Diante do encontro entre as diferenças e do estabelecimento de um diálogo democrático alinhado à garantia e ao acesso a direitos, os grupos se depararam com interpelações presentes nas vivências que os fizeram perceber e nomear violências cotidianas (re)produzidas por eles mesmos e por profissionais dos serviços públicos a que recorrem - tais como o uso de expressões ou discursos que reforçam estereótipos e práticas racistas, infantilizantes, criminalizantes, LGBTQIAPN+fóbicos, misóginos e capacitistas.

Na conclusão da Oficina, a apresentação do material produzido foi costurando os aprendizados na direção do desejo de produção de um material sensível e útil aos profissionais, usuários, familiares e pesquisadores em saúde. Foi possível compartilhar a percepção coletiva de que, para além dos conteúdos e processos disparados a partir das atividades em grupo e em roda, durante os dois dias de encontro, compusemos a produção de um espaço acolhedor, onde se compartilharam saberes, se questionaram práticas e se fortaleceu coletivamente uma perspectiva de cuidado plural, inclusiva e culturalmente sensível.

Emergiram, sobretudo, práticas de cuidado que colaboram com o enfrentamento das desigualdades estruturais e revelam a força de quando esse cuidado é realizado com abertura para a diferença e quando particularizado de acordo com a singularidade de cada sujeito(a). Exemplos disto foram as cenas de cuidado que envolviam redes de apoio mútuo entre usuárias(os) e profissionais, estratégias comunitárias de acolhimento e articulação de saberes populares com os saberes das equipes de saúde, demonstrando o terreno fértil de reinvenção do cuidado em territórios vulnerabilizados.

Ainda que os relatos de violência tenham sido inúmeros, eles se conjugaram enquanto movimentos de resistência, a partir das afetações proporcionadas por espaços abertos ao cuidar e aprender em companhia: espaços do *oficinar* cuidados culturais em saúde mental. Afinal, foi no encontro entre histórias diversas e singulares como as que se encenaram e se problematizaram nos momentos da Oficina que outras intervenções e mobilizações no campo da saúde e direitos humanos já foram possíveis.

Construíram-se lugares de partilha, desde os momentos de grupo e oficina até os espaços de confraternização entre participantes, nos almoços e cafés coletivos, nas caminhadas e conversas ao sol nos intervalos das atividades, onde as vivências diversas foram escutadas enquanto valiosas e reconhecidas como fundamentais - especialmente, entre os próprios pares nas aproximações e afecções de suas interseccionalidades. Assim, nas bordas das oficinas, os efeitos da experiência de *oficinar* os cuidados culturais em saúde mental se tornavam proeminentes através de falas como: "eu nunca pensei tanto na minha vida", ou "depois do que eu vivi nestes dois dias eu posso dizer que sei o que é acolhimento", ou ainda, "essa experiência foi para mim momento de cura". Nesses territórios do *oficinar*, vivenciamos algo próximo à aposta de Butler (2018) nas políticas de coalizões que são construídas por corpos em alianças contingentes. Essa construção de alianças produz engendramentos coletivos, cruzando diversos contextos linguísticos e culturais das diversas raças, religiões, sexualidades, classes.

As produções feitas e processos vivenciados apontaram para o papel do trabalho territorializado, longitudinal e atento aos contextos de vida das comunidades para a construção de vínculos de confiança, compreensão das realidades em suas múltiplas demandas e especificidades, e sensibilização das próprias equipes para se reconhecerem participantes dos contextos das diferenças. Um trabalho que se compõe *a partir do* e *junto ao* chão, resgatando a experiência local para a produção política de um saber coletivo, de um discurso do cotidiano (SANTOS, 1999; SANTOS, 2001). Foi possível perceber como os vínculos construídos entre profissionais e comunidades se tornam centrais para sustentar práticas de cuidado que reconheçam a singularidade de cada sujeito(a).

Nesse sentido, o território deixa de ser apenas instrumento de organização burocrática das equipes para se tornar cenário e agente ativo do cuidado (LIMA; YASUI, 2014) para valorizar as redes de solidariedade, os modos locais de enfrentamento das desigualdades e a escuta das diferenças, afirmando práticas que deslocam a saúde da lógica prescritiva e normatizadora

e a situam como exercício político e ético de produção de vida em comum. Tal como aponta Milton Santos (2002), o território é tecido de inter-relações e, por isso, só pode ser entendido a partir da vida que nele pulsa.

As considerações trazidas pelas pessoas colaboradoras acerca de seus cotidianos nos serviços em saúde, educação e assistência social, trouxeram apontamentos de fragilidade e de potência, que inspiram mudanças. Assim, o que se produziu em conjunto e em experimentação foram momentos contra hegemônicos, sustentados pelo corporal, pelo lúdico e pelo afetivo. Ademais, foram os saberes populares que costuraram as cenas do cuidado produzidas, compartilhadas e problematizadas, as quais se colocam como subsídio para a construção da Cartilha. Entrelaçadas em meio a práticas de cuidado e a discussões sobre o acesso à cidade, as cenas *oficinadas* possibilitam compreender o próprio percurso dessa produção como expressão das possibilidades da sensibilidade cultural no cuidado em saúde mental.

A construção coletiva da cartilha de Cuidados Culturais em Saúde Mental, por meio do *oficinar* em companhia, evidenciou as complexas e interseccionais relações de poder que conformam a determinação social da saúde, expressas nos processos de sofrimento psicossocial e as capturas das existências singulares nos estigmas da incapacidade, da periculosidade e da doença individual. Evidenciou, ainda, que romper com esta lógica está intrinsecamente relacionado à promoção da equidade e, portanto, requer a construção de dispositivos de cuidado e espaços formativos nos quais se criam modos de cuidar de si e dos(as) outros(as) no território, numa perspectiva intercultural e interseccional.

A experiência demonstrou ainda que o cuidado em saúde mental, quando compreendido como prática culturalmente situada e interseccional, potencializa práticas de resistência coletivas e transforma a relação entre profissionais e comunidades. A consolidação de práticas de cuidado integral e equânime, pautadas pela justiça social, demanda a criação de dispositivos e estratégias dialógicas e sensíveis aos contextos socioculturais de sujeitos(as) e comunidades. Dessa maneira, o material formulado com enfoque na

transmissão destas experiências servirá de promotor e provocador de práticas como ferramentas críticas e sensíveis à realidade vivida.

Mudanças na formação em saúde com novas metodologias de ensino-aprendizagem no contexto das formações acadêmicas são necessárias, mas sobretudo é necessária a aposta e realização de processos de educação permanente no cotidiano das equipes. Por meio destes podem-se mobilizar novas experiências relacionais de reconhecimento e valoração das diferenças culturais e das relações interseccionais que conformam a determinação social do processo saúde-doença-cuidado para não reproduzir as históricas barreiras de acesso. Assim, a cartilha que está sendo produzida pode se tornar uma tecnologia estratégica de Educação Permanente em Saúde para a produção do cuidado numa perspectiva antimanicomial, intercultural e interseccional, ao afirmar experiências em que usuários(as) e trabalhadores(as) compõem vivências, saberes e agires para romper com as lógicas racistas, sexistas, xenofóbicas, LGBTQIAPN+fóbicas, patologizantes e manicomiais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANZALDÚA, G. **A vulva é uma ferida aberta & outros ensaios**. Tradução de Tatiana Nascimento. São Paulo: A Bolha Editora, 2021.

BHABHA, H. K. **O local da cultura**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1998.

BOAL, A. **Teatro do oprimido**. Rio de Janeiro: Bertrand, 1987.

BOAL, A. **Jogos para atores e não atores**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005a.

BOAL, A. **Teatro do oprimido e outras poéticas políticas**. Rio de Janeiro: Record, 2005b.

BORGHI, C. M. S. O.; OLIVEIRA, R. M.; SEVALHO, G. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 869–897, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00142. Acesso em: 15 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização do SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://www.saude.gov.br/politica-nacional-de-humanizacao-pnh. Acesso em: 15 jul. 2015.

BUTLER, J. **Corpos em aliança e a política das ruas**: notas para uma teoria performativa de assembleia. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

CANDA, C. N. Teatro-fórum: propósitos e procedimentos. **Urdimento: Revista de Estudos em Artes Cênicas**, Florianópolis, v. 1, n. 18, p. 119–128, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.5965/1414573101182012119. Acesso em: 15 jul. 2015.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo, 2021.

DIMENSTEIN, M. et al. Situação de saúde mental de comunidades tradicionais: marcadores sociais em análise. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 162–186, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1415-4714.2022v25n1p162.9. Acesso em: 25 jun. 2025.

DIMENSTEIN, M. et al. Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 72–87, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200006. Acesso em: 20 jun. 2025.

FARIAS, C. P. Exclusão social e invisibilidade: desdobramentos traumáticos do racismo. In: FARIAS, Cláudia P. (org.). **Psicanálise e racismo**: interpretações a partir de Quarto de despejo. Belo Horizonte: Relicário, 2018. p. 103–117.

GOUVEIA, E.; SILVA, R. O.; PESSOA, B. H. S. Competência cultural: uma resposta necessária para superar as barreiras de acesso à saúde para populações minorizadas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 43, p. 82–90, 2020.

LIMA, E.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 593–606, 2014.

MCCARTHY, J.; ADRIÃO, K. G. **ARTPAD**: um recurso para o teatro, participação e desenvolvimento. Brasil/Reino Unido, 2001.

MORAES, M. O.; QUADROS, L. C. T. Ciência no feminino e narrativas de pesquisa: PesquisarCOM e a artesania na pesquisa. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 15, n. 3, 2020. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000300003. Acesso em: 15 jul. 2015.

OLIVEIRA, F. A. G.; CARVALHO, H. R.; JESUS, J. G. LGBTI+ em tempos de COVID-19. **Diversitates International Journal**, [s. l.], v. 12, n. 1, p. 60–94, 2020.

SANTOS, M. O território e o saber local: algumas categorias de análise. **Cadernos IPPUR**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 15–26, 1999. Disponível em: https://ippur.ufrj.br/wp-content/uploads/2016/05/CI_Ano_XIII_n2_ago-dez_1999.pdf. Acesso em: 15 jul. 2015.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SANTOS, M. **O país distorcido**. São Paulo: Publifolha, 2002.

SOUZA, A. C. P.; TAVARES, C. M. M. Fanzine como recurso artístico-educativo para promoção da saúde mental dos jovens. **Revista Pró-UniverSUS**, [s. l.], v. 13, n. 2, supl., p. 82–86, 2022.

PARTE II

Saberes, Tecnologias e Práticas de Cuidado em Saúde Mental:

atualizações da clínica da Atenção Psicossocial

CAPÍTULO 17

GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO E REDUÇÃO DE DANOS EM CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE NO SUL DO BRASIL: AFIRMAR A MULTIPLICIDADE DA VIDA PARA AVANÇAR A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Analice de Lima Palombini, Douglas Casarotto de Oliveira, Lígia Castegnaro Trevisan, Lívia Zanchet, Paula Emília Adamy, Rafael Wolski de Oliveira e Thales Lindenmeyer

Introdução

No Brasil, no tempo em que durou o processo de redemocratização pós ditadura civil-militar, nos últimos vinte anos do século XX, a Reforma Psiquiátrica – em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e impulsionada pelo movimento de luta antimanicomial – possibilitou uma transição do modelo hospitalocêntrico de cuidado em saúde mental para um modelo de base comunitária. Essa transição trouxe transformações importantes para o campo da clínica, que qualificaram a atenção como psicossocial, territorializada e em rede intersetorial. Apesar disso e dos efeitos muito contundentes que o cuidado em liberdade, no território e em rede pôde produzir para a melhoria das possibilidades de vida de pessoas usuárias da rede de atenção psicossocial, o tratamento

farmacológico se manteve como modo dominante e pouco questionado de cuidado. Essa prevalência dos psicofármacos pode ser atribuída ao fenômeno global de cooptação da psiquiatria pelo poderio da indústria farmacêutica, mas ela também é resultante da própria expansão e capilarização da rede de atenção psicossocial, uma vez que o uso de psicofármacos, via de regra, é visto como um facilitador da gestão dos transtornos e da permanência das pessoas que sofrem desses transtornos na comunidade, fora dos espaços de internação. Contudo, a população usuária da rede de atenção psicossocial frequentemente desconhece os motivos ou a duração das terapias medicamentosas e tem pouca chance de decidir sobre seu próprio tratamento (PALOMBINI et al., 2021).

A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) é uma estratégia de saúde mental e cidadania produzida coletivamente, com a participação de pessoas usuárias, trabalhadoras e pesquisadoras de saúde mental, que procura fazer frente à essa situação. É uma estratégia para que a pessoa usuária possa ter vez e voz nas decisões que dizem respeito ao seu tratamento, em especial o medicamentoso – para que tenha direito à redução ou retirada do medicamento, se for o que lhe convier. Experiência nascida no Quebec, Canadá, entre os anos 1990 e 2000, a GAM vale-se de um instrumento, o Guia GAM, que foi traduzido e adaptado – ou transformado, seria melhor dizer – para o contexto brasileiro por meio de um projeto multicêntrico de pesquisa entre os anos 2009 e 2014. Essa experiência disseminou-se por lugares diversos do país, em universidades, mas também em serviços públicos de diferentes municípios, como dispositivo de cuidado em saúde mental ao alcance de seus/suas trabalhadores/as e usuários/as, visando fazer frente à patologização da existência e à medicamentalização da vida. (PALOMBINI; FERRER; AZAMBUJA, 2020).

Gestão Autônoma da Medicação significa, então, um cuidado compartilhado, que leva em conta o saber de especialista dos/as profissionais, mas também, e igualmente, o saber dos/as usuários/as – um saber que só a experiência vivida no corpo pode oferecer a respeito da medicação e seus efeitos. É um dispositivo que, particularmente no Brasil, opera em grupos, valendo-se de uma

estratégia participativa e cogestiva, em que usuários/as, familiares, gestores/as e trabalhadores/as compartilham experiências e tomam decisões. Essa produção de grupalidade, com participação e cogestão, forja uma potência que é a potência do coletivo, para lidar com dificuldades que, na sozinhez de cada um, podem ser difíceis de enfrentar. (PALOMBINI; RODRIGUEZ DEL BARRIO, 2021).

Em nosso país, onde a experiência GAM se deu fundamentalmente por dentro da rede de atenção psicossocial, que oferta cuidado tanto às pessoas que padecem de um transtorno mental quanto às que fazem um uso problemático de álcool e outras drogas, não foi difícil reconhecer afinidades entre os princípios da GAM e a lógica da Redução de Danos (RD). Esta se consolidou entre nós como uma estratégia de cuidado voltada a usuários/as de álcool e outras drogas – construída de modo singular, no encontro entre trabalhador/a de saúde, usuário/a e suas redes, a fim de inventar formas de proteção à vida com liberdade e corresponsabilidade. A abstinência, nesse caso, não é uma meta a ser atingida, mas uma possibilidade, entre outras, as quais incluem igualmente a manutenção do uso de drogas (OLIVEIRA, 2023). Não há uma demonização do objeto *droga*, mas uma reflexão sobre os modos de relação que com ele se estabelece. Conforme a noção grega de *pharmakon*, a droga pode ser veneno ou remédio, a depender da sua qualidade, dose e objetivos de uso (ESCOHOTADO, 1997) – o que depende de fatores culturais tanto ou mais do que da fisiologia do organismo em contato com a droga.

Embora a estratégia GAM, na sua origem, no Quebec, esteja voltada estritamente às pessoas que padecem de um sofrimento psíquico grave que as leva à experiência de tratamento medicamentoso, no Brasil, ao longo dos anos, fomos nos dando conta de que, se levássemos a GAM à sua máxima radicalidade, seria preciso encará-la como gestão autônoma de múltiplas drogas, isto é, não somente drogas prescritas, mas também as proscritas – seja as que hoje se consideram ilícitas, seja as lícitas, como o álcool. O paradigma da Redução de Danos, da mesma forma, levado à sua radicalidade, poderia abranger não somente as drogas proscritas, mas também as prescritas.

As pesquisas em torno da GAM e da RD com que nos envolvemos nos últimos anos foram cada vez mais nos conduzindo a uma articulação entre essas estratégias que, no limite – e é o que este trabalho pretende mostrar –, leva-nos a pensar a GAM como insumo para uma Gestão Autônoma de Múltiplas Formas de Viver – como dispositivo, portanto, de combate à toda padronização imposta pela medicamentalização da vida.

O conceito de medicalização, com efeito, vai além das discussões relacionadas ao uso abusivo de medicamentos a partir do processo de patologização da vida (VIÉGAS, 2021). Ele engloba uma compreensão mais ampla, que descreve uma tentativa de controle sobre os diferentes modos de andar a vida[16], impondo uma lógica que aprisiona a diversidade e culpabiliza as pessoas que não se conformam às normas preestabelecidas. Esse processo reprime o fato de estarmos sujeitos/as a diversas imposições de uma sociedade pautada pela desigualdade – seja ela histórica, política, social ou econômica. Nessa perspectiva, a medicalização funciona como um instrumento de estigmatização e dominação contra grupos sociais específicos, especialmente aqueles que enfrentam opressões sistemáticas, justificando violências como o racismo, a cis-heteronormatividade, a discriminação de classe, o capacitismo, entre outras (VIÉGAS, 2021).

A medicalização da vida refere-se, assim, à apropriação que a medicina e o poder biomédico fazem na nossa vida cotidiana, interferindo na construção de conceitos, costumes e regras prescritivas de comportamentos sociais (CAPONI *et al*., 2010). Não é algo restrito à figura do/a médico/a, mas ao poder que se exerce nos atos cotidianos da população, derivado de um certo saber médico (ou *psi*, ou higienista) sobre a vida, incorporado na sociedade. No campo da saúde, não se prescreve apenas medicamentos: prescreve-se modos de ser, modos de viver a sexualidade, modos de viver as identidades de gênero; prescreve-se que as pessoas devam ficar abstinentes

16 Emerson Merhy relaciona o termo "modos de andar a vida" com "o usuário e seu mundo de necessidades" e "as distintas formas produtivas (tecnológicas)" de que o trabalhador pode lançar mão para "capturar e tornar aquele mundo seu objeto de trabalho" (Merhy, 2002).

de drogas proscritas, mas que devam ter "adesão" às drogas prescritas, entre tantas outras formas de comportamentos.

Pessoas loucas, pessoas que usam álcool e outras drogas, pessoas em situação de rua, pessoas trans, trabalhadoras do sexo, pessoas que vivem com HIV, a maioria delas pessoas negras, são as que mais sofrem os efeitos da medicalização da vida, e é junto a elas que nossas pesquisas têm caminhado. Dois conceitos nos servem aqui como ferramentas analíticas no enfrentamento dos problemas que cercam o acesso e as ofertas de cuidado em saúde mental para essas populações. De um lado, o conceito de interseccionalidade, o qual possibilita a compreensão de que as distintas formas de opressão – machismo, racismo, capacitismo, xenofobia, homofobia, transfobia, entre outras – não podem ser vistas ou sentidas de forma independente umas das outras; elas se interrelacionam e criam um sistema de opressão que reflete o entrecruzamento das múltiplas formas de opressão e discriminação, afetando as diferentes dimensões do vivido no tecido social (COLLINS; BILGE, 2021; CRENSHAW, 1989). De outro, o conceito de necropolítica e seu correlato, necropoder – formulados por Mbembe (2016) a partir dos conceitos de biopolítica e biopoder de Foucault, em diálogo com autores/as como Hannah Arendt, Karl Marx, Frantz Fanon, Giorgio Agambem – elucidam as "formas novas e únicas da existência social, nas quais vastas populações são submetidas a condições de vida que lhes conferem o status de 'mortos-vivos'" (MBEMBe, 2016, p.25). Não se trata, nesse caso, para essas populações, de apenas "deixar morrer", tal qual a noção de biopoder ressalta, mas de também "fazer morrer", com a estrutura do necropoder disseminando-se em setores que controlam as vidas dos que não possuem o direito de existir e que podem, assim, ser massacrados pelo poder institucional. Sob a lógica dessa política da morte, o racismo se torna o próprio regulador das sociedades que foram colonizadas, isto é, ele é o próprio mecanismo que diz "quem vai viver ou quem vai morrer, onde vai viver e onde vai morrer", criando uma geografia da morte, na qual opera a necropolítica (MBEMBE, 2016).

Vejamos em qual geografia, no contexto brasileiro, primeiro a RD e, mais recentemente, a GAM, vão incidir.

Lembremos que o proibicionismo de algumas substâncias, no Brasil, encontra-se intimamente ligado à perseguição a saberes ancestrais sobre o uso ritualístico ou curativo de plantas vinculado aos povos indígenas e à população sequestrada do continente africano. Essa perseguição acontece em paralelo à apropriação do uso de drogas pelo saber médico eurocêntrico, único legitimado pela "ciência" e pela jurisprudência para prescrição de elementos da natureza. (OLIVEIRA, 2021). A RD, portanto, quando devolve o saber sobre o uso de drogas para os/as próprios/as usuários/as, cumpre um papel que podemos chamar de decolonial, na medida em que afirma o conhecimento e as formas de conhecer de populações subalternizadas e excluídas. É uma prática que pode ser reportada ao autocuidado e à criação de regras de consumo no interior das sociedades, os quais datam de milênios: "uma das principais marcas das políticas públicas amparadas no paradigma de redução de danos é o respeito aos saberes criados na cultura de consumo de drogas e a necessidade de aproximação com as pessoas que usam maconha e outras drogas" (VIDAL, 2009, p.70). Ao colhermos as narrativas de pessoas que utilizavam drogas consideradas ilícitas no Brasil, entre os anos 2019 e 2021, constatamos o quanto podia ser diversa a maneira como pessoas usuárias de drogas "entendem, praticam e compartilham suas experiências sobre Redução de Danos" (OLIVEIRA, 2021, p.57).

Também na GAM, o saber de usuários/as da saúde mental, na sua diversidade, é o que se coloca em evidência. Contudo, uma análise das produções bibliográficas brasileiras em torno à GAM, de 2012 a 2018, apontou para a invisibilidade e o silenciamento da problemática étnico-racial implicada na experiência, onde a quase totalidade dos/as pesquisadores/as e trabalhadores/as eram brancos/as, e a maioria dos/as usuários/as, negros/as (ZANCHET, 2019; ZANCHET; PALOMBINI, 2020). Embora atentos/as aos aspectos econômicos, sociais e culturais que marcam a diferença entre um país do hemisfério norte

e outro do sul, os/as pesquisadores/as pareciam desconsiderar os efeitos da colonialidade escravocrata a ecoar nas formas de sociabilidade do Brasil contemporâneo. A mesma análise, contudo, identificou, nessas publicações, relatos que demonstravam a resistência e as saídas de usuários/as para enfrentar, para além das opressões de classe e de gênero, a opressão racial, reconhecendo, assim, na estratégia GAM, um potencial antirracista.

A GAM se mostrou um dispositivo vivo, poroso e com muita capacidade de reinvenção – afinal, foram inúmeras as transformações desde sua chegada do Canadá, passando por diferentes regiões do Brasil. Também foram muitas as transformações por que passou o próprio país no que se refere à abertura ao pensamento decolonial no decorrer das últimas décadas. Neste capítulo, após discorrer sobre o modo de produção de conhecimento próprio a uma experiência como a GAM e apresentar os passos do Guia GAM e seus princípios, trazemos à cena dois modos inventivos de operar com o guia como dispositivo de cuidado e abertura à escuta de populações estigmatizadas, na afirmação do seu direito à vida, na gestão de múltiplas formas de viver.

Tomar o medicamento e tomar a palavra: a GAM e a produção de conhecimento

Afirmamos a potencialidade da GAM em deslocar a centralidade do tema dos medicamentos e das drogas para uma maior amplitude de práticas e saberes na composição de modos de vida. Iremos nos deter agora em explorar os efeitos desse dispositivo na articulação com um de seus princípios, o da cogestão. Compreendida como um *gestar junto*, a cogestão ganha um importante desdobramento, como ato de *produzir conhecimento junto* (LINDENMEYER, 2024; LINDENMEYER; PALOMBINI, 2024).

Tratamos, em um estudo, de mapear os efeitos da interação entre usuários/as e profissionais, a partir das materialidades produzidas ao longo da

pesquisa sobre os efeitos de disseminação da estratégia GAM em três regiões do Rio Grande do Sul entre 2014 e 2023. Nessas regiões, foram promovidas rodas de conversa que envolveram diversas pessoas, incluindo usuários/as, familiares, gestores/as, acadêmicos/as, residentes e profissionais de saúde. Essas rodas ocorreram em etapas sucessivas ao longo de todas as fases da pesquisa, com objetivos distintos: desde o desenho inicial, passando pela estruturação de um espaço que promovesse o diálogo entre os segmentos envolvidos, até a produção e a escrita de narrativas.

Em consonância com outros estudos sobre a experiência GAM em território brasileiro (PALOMBINI et al., 2020), notamos que uma pesquisa que propõe a cogestão e a autonomia como princípios cria condições de possibilidade para que as diferentes vozes de pesquisa se façam ouvir na processualidade da investigação. Essa abordagem torna possível o compartilhamento da responsabilidade pelo processo investigativo entre as diversas posições ocupadas pelas pessoas implicadas na pesquisa. Coloca-se em xeque, assim, um enunciado que, mesmo no século XXI, continua ecoando como um axioma nas ciências humanas: *a condição de possibilidade para a produção de conhecimento é a separação entre sujeito e objeto*. Apostamos que a separação entre sujeito e objeto, no campo da saúde mental, tem como efeito a construção da ideia de que *sujeito* são os/as profissionais e pesquisadores/as acadêmicos/as, enquanto *objeto* são os/as usuários/as de saúde mental, e, de maneira indefinida, também sua "loucura" e seu "excesso de vontade". Loucura e excesso de vontade são características que moldam essa figura ambígua a que nomeamos de "usuário/a de drogas" – ambígua, se considerarmos que tal denominação tem a legalidade como seu parâmetro. Com efeito, a GAM expõe um fato recorrente no campo da saúde mental: uma pessoa que faça uso excessivo de, por exemplo, benzodiazepínicos, dificilmente será classificada como "drogada".

O uso desmedido, entretanto, não precisa ocorrer para que nos encontremos com a materialidade crítica que aqui nos propomos a delinear. Uma prescrição médica pode ser fielmente seguida, respeitando todas

as recomendações relativas à dosagem, interações e demais orientações decorrentes do ato médico. O que a GAM visibiliza, juntamente com outras vozes e dispositivos, é que o saber médico-psiquiátrico, assim como a indústria farmacêutica, não garante necessariamente o cuidado em saúde mental. Mais do que isso, podem intensificar o sofrimento psíquico que originalmente levou o sujeito a buscar tratamento.

Se, contrariando expectativas, o saber médico-psiquiátrico não é capaz de eliminar o sofrimento psíquico e, ainda, pode intensificar aquilo que promete erradicar, necessitamos repensar a relação entre o que se posiciona como "sujeito", autorizando-se – em sua pretensa missão de governo dos outros – ao exercício de poder sobre o "objeto". Um dos nós dessa pretensão reside na impossibilidade de uma verificação objetiva dos efeitos dos medicamentos na redução do sofrimento psíquico e do impacto que teria essa redução no curso do tratamento. Estamos diante daquilo que, no curso das pesquisas GAM, Rosana Onocko-Campos tratou de nomear como a parte não reformada da Reforma Psiquiátrica Brasileira (SUGIMOTO, 2012). Não há Reforma que faça jus aos seus princípios sem a criação de espaços de fala e condições de escuta para os/as usuários/as que fazem uso de psicofármacos, tornando-os/as partícipes da construção de seu plano terapêutico.

Nesse ponto, rapidamente poderíamos ser levados a inverter a fórmula, sugerindo que o sujeito da pesquisa não seria mais o/a profissional, mas o/a próprio/a usuário/a. Todavia, inverter essa lógica não parece gerar efeitos significativos para o campo no qual a GAM busca intervir. Isso porque o conceito de sujeito entra em crise quando abordado no âmbito da saúde mental: não podemos concebê-lo como um corpo objetivo e individualizado, tampouco confundi-lo com uma noção simples de indivíduo.

Poderíamos afirmar que essas problematizações não nos auxiliam a definir, de maneira conclusiva, quem seria o sujeito de pesquisa na GAM, muito menos o objeto de cuidado. A brincadeira com o título desta seção reside, portanto, na produção de uma zona cinzenta entre tomar o medicamento e tomar

a palavra, na medida em que nós, pesquisadores, também somos provocados em nossas posições enunciativas e nossas práticas de vida. Implicados em fazer a Reforma avançar, somos convocados a experimentar procedimentos que não apenas produzam conhecimento, mas que considerem fundamental que tal produção seja alicerçada em escutar e compor com os saberes de quem passa pela experiência de adoecimento psíquico e de suas formas de tratamento.

Passo a passo do Guia GAM: da sujeição à prescrição ao tratamento que convém

O Guia da Gestão Autônoma da Medicação – instrumento por excelência da estratégia GAM – ganhou diferentes versões com o passar do tempo e na migração para outros países. Até o momento, conta com duas edições publicadas em seu país de origem, em 2002 e 2017 (RRASMQ; AGIDD-SMQ; ÉRASME, 2002, 2017), ambas disponíveis em francês e em inglês; com a versão em português, de 2013, fruto da adaptação realizada no Brasil (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2012a); e com outra em espanhol, elaborada na Catalunha em 2020 (SERRANO-MIGUEL; PIÉ-BALAGUER; MARTÍNEZ HERNÁEZ, 2020).

Apesar das variações de tempo e lugar, que resultaram em diferenças no texto, a essência da GAM se manteve entre as sucessivas versões. Trata-se de um guia em que a pessoa é convidada a fazer um balanço da própria vida para identificar aspectos que precisam ser elaborados para melhorar a qualidade de vida e ter mais autonomia. Embora, em seu próprio nome, a GAM aponte para a medicação, a abordagem do uso de medicamentos funciona como um dispositivo, por meio do qual se pretende que o/a usuário/a se aproprie do próprio tratamento. Uma das concepções centrais da GAM é a de que o tratamento é mais do que o uso de medicamentos e que as pessoas são mais do que uma doença (ONOCKO-CAMPOS et al., 2012b).

Em sua última versão publicada no Quebec (RRASMQ; AGIDD-SMQ; ÉRASME, 2017), encontramos um guia estruturado em sete passos, propondo um caminho amplo de reflexão que não se atêm exclusivamente aos psicofármacos utilizados, mas envolvem, sucessivamente: 1) reconhecimento de direitos; 2) reflexão sobre modos de vida e autocuidado, incluindo o lugar e valor da sua experiência com medicação; 3) reconhecimento da sua rede de apoio disponível e possível; 4) tomada de decisão sobre seu tratamento; 5) elaboração de plano de ação e preparação da negociação a fazer com seu profissional de saúde em prol da mudança desejada; 6) aprendizagem de método para redução ou retirada da medicação minimizando sintomas de abstinência; 7) preparação para lidar com os sintomas de abstinência e o retorno das emoções.

Podemos observar que, ao longo desses passos, a GAM conduz o/a usuário/a de psicofármacos a uma reflexão para que possa tomar decisões bem informadas sobre as diversas opções existentes de caminhos terapêuticos – entre elas, a interrupção do uso de medicamentos. Trata-se do desenvolvimento de uma perspectiva crítica sobre seu tratamento – o que não significa ser contra ou a favor do uso de psicofármacos, mas abrir-se para analisar possibilidades e formar sua própria opinião, sem pré-julgamentos (RRASMQ; AGIDD-SMQ; ÉRASME, 2017).

Caso o desejo do/a usuário/a seja interromper o uso de psicofármacos, é importante que isto não ocorra de forma solitária nem abrupta. A GAM propõe o planejamento desse processo, acompanhado por uma rede de apoio, com reduções lentas e graduais das doses utilizadas. Trata-se da modificação de um padrão de uso da droga, experimentando suas consequências e avaliando a sua pertinência. A meta é que a substância seja reduzida até que a qualidade de vida desejada ou a zona de conforto seja alcançada (RRASMQ; AGIDD-SMQ; ÉRASME, 2017). A retirada da medicação é uma das metas possíveis da GAM, mas não seu objetivo.

Ou seja, a GAM não tem como ideal a abstinência de drogas psiquiátricas, mas a busca por mais autonomia e qualidade de vida, ponto

em que se aproximam tremendamente as estratégias da GAM e da RD. Constatamos que ambas atuam com uma força disruptiva em relação às práticas hegemônicas referidas às drogas prescritas e proscritas. Ambas problematizam a noção de droga e seus sentidos polarizados como drogas boas ou más. Em ambas as concepções, a pessoa usuária deixa de estar em posição passiva, submetida diante da droga da qual faz uso, passando a apropriar-se do melhor modo de usá-la e das escolhas que pode fazer sobre seu uso, contando, para isso, com o apoio dos/as profissionais. Ambas estão na contramão do movimento hegemônico da saúde mental que, tomando como ponto de partida um diagnóstico, enquadra o/a usuário/a em prescrições – não apenas de medicações, mas de modos de viver. Ambas se colocam em oposição a uma abordagem substancialista, que posiciona a droga como eixo central. (PALOMBINI et al., 2021). No caso das drogas prescritas, essa abordagem substancialista coloca a escuta em segundo plano, associando-se ao discurso disseminado pela indústria farmacêutica e hegemônico na medicina que sustenta o medicamento não como um dos recursos existentes, mas como meio capaz de anular o sofrimento e curar os transtornos mentais.

Desta forma, GAM e RD posicionam-se eticamente na disputa contra caminhos terapêuticos normalizantes. Tomando os ensinamentos de Canguilhem (2012) sobre a busca por normatividade (ao invés de normalidade), podemos afirmar que, em substituição a padrões ideais externos de saúde, GAM e RD têm como finalidade auxiliar o vivente a ampliar sua capacidade normativa, criando novas normas para si que sejam qualitativamente superiores, que ampliem sua composição com o mundo, ao seu modo.

O Guia GAM como insumo para a Redução de Danos

Em experiência coordenada e acompanhada por nós (OLIVEIRA, 2023), para além da utilização da estratégia GAM em grupos, conforme a

proposição inicial de utilização do Guia GAM no Brasil, buscamos constituir um dispositivo que tivesse força de disseminar a proposta de cuidado subjacente à estratégia GAM no Centro de Atenção Psicossocial para usuários/as de álcool e outras drogas (CAPSad), em sua dinâmica institucional, em consonância com a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Redução de Danos.

O Guia GAM, então, foi tomado como um insumo de RD a ser utilizado no CAPSad, com uma materialidade que atinge os/as frequentadores/as do serviço de diferentes proveniências – trabalhadores/as, usuários/as, acadêmicos/as, familiares – e condensa a perspectiva de cuidado que orienta as práticas do CAPS. Ele passou a circular e estar presente em diferentes espaços: na sala de espera, na sala de equipe, no acolhimento, nas oficinas. Não houve uma prescrição do seu uso, mas incentivos: às pessoas usuárias, para compreenderem seu processo de cuidado a partir da proposta do CAPS; às trabalhadoras, como recurso que facilita a aprendizagem e o trabalho em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde. A disponibilização do guia permitiu diferentes aproximações dessas pessoas com a estratégia GAM.

Na história da RD, os insumos têm um papel importante na composição de dispositivos de cuidado. No período em que a RD esteve ligada à política de HIV, a seringa era um dos insumos distribuídos entre as pessoas usuárias de drogas injetáveis, possibilitando, com seu uso individual, não compartilhado, a prevenção da contaminação do vírus. Já no período em que a RD passou se vincular à saúde mental, em relação ao uso de crack, a dimensão relacional do trabalho com base nos insumos ganhou relevância, incidindo na produção de relações que possibilitaram a abertura de conversas sobre temas ligados às drogas e aos seus usos (EICHELBERGUER, 2016).

O Guia GAM como insumo adiciona uma dimensão pedagógica ao kit de RD no CAPS – dimensão que tem caracterizado os insumos utilizados nos campos da RD em territórios de uso. Afinal, quando a RD se dá em campo – seja na abordagem de pessoas usuárias de drogas injetáveis, de crack, em

festas eletrônicas ou outros cenários –, o kit de insumos contém não só objetos, mas também ideias que auxiliam numa reflexão sobre as drogas utilizadas, com vistas à produção de uma corresponsabilização do cuidado. São ideias expressas em folders, cartazes, folhetos... Junto às cenas de uso, as informações são explícitas, relativas a como utilizar as drogas reduzindo danos físicos e psicossociais. Contudo, isso se torna uma questão problemática quando a RD se dá no CAPS – um território que não é o da cena de uso (de drogas ilícitas pelo menos) e cuja busca é feita por muitas pessoas a partir de um reconhecimento de seus problemas decorrentes desse uso. É onde a GAM se apresenta como um insumo capaz de acionar essa dimensão pedagógica relacionada à perspectiva de saúde ofertada no CAPS. Isso ocorre por meio de informações explícitas, como aquelas sobre os direitos e sobre as diferentes drogas psiquiátricas; mas também por meio dos fragmentos de falas de usuários/as de grupos GAM citados no Guia; das frases e textos que o percorrem; e das inúmeras questões que o Guia contém, incitando discussões e reflexões sobre diferentes dimensões da vida com base nas experiências das pessoas participantes do grupo; o que contribui para a construção de uma perspectiva de cuidado ampliado. Assim, em certa oficina de acolhimento, ao lermos a frase "Você é uma pessoa e não uma doença", nas primeiras páginas do Guia GAM, um usuário do CAPS logo a associou à sua experiência de cuidado a partir de um grupo de Narcóticos Anônimos (NA), no qual, sob a lógica da abstinência, justamente a figura do/a doente é reforçada, a partir da alcunha de dependente químico. Outra usuária expressou seu mal-estar depois de uma conversa com o pastor da igreja que frequentava, em que este lhe sugeriu de ser internada e ficar junto a pessoas "como ela". Já em outra oficina de acolhimento, a GAM propiciou abrir conversa sobre o uso de drogas, prescritas ou não, após um usuário ter relatado não querer usar mais drogas, além das que já usava antes de chegar ao CAPS, para não ficar dependente de mais outras.

Cabe destacar uma propriedade dos insumos que compõem a dimensão educacional, a qual, no âmbito da saúde, chamamos de prevenção. A seringa

é utilizada para a prevenção da contaminação do HIV. O preservativo previne ISTs, gravidez indesejada. A piteira de silicone, distribuída entre usuários/as de crack para ser acoplada aos cachimbos e usada individualmente, previne a contaminação com o vírus da hepatite. Em relação ao Guia GAM, consideramos que essa propriedade também está presente, uma vez que compreendemos a prevenção na perspectiva da desinstitucionalização: a GAM, em seu caráter de prevenção, "não pode ser outra coisa senão a prevenção da instituição, e do seu poder de etiquetamento, sequestro e expropriação da identidade, produção de dependência, produção de cronicidade" (LEORNARDIS et al., 2001, p.71). Há, portanto, uma prevenção quanto à criação de relações de tutela entre a instituição e as pessoas que a frequentam. Tal perspectiva, embora advinda de um pensamento europeu, vai ao encontro de uma perspectiva decolonial – podemos dizer que o Guia GAM incide sobre os efeitos de produção de tutela característicos do poder colonial. Por fim, uma ressalva: embora os insumos para a RD guardem potência de produção de saúde, eles, tais como as drogas, são objetos inanimados, que entram em relação com as pessoas dependendo de diferentes aspectos. A RD se dá de fato em diálogos que se abrem a partir dos insumos, os quais incidem na relação entre o/a redutor/a de danos, o sujeito e o insumo, aumentando a possibilidade de que este seja utilizado. Não é a quantidade de insumos distribuídos que caracteriza uma ação de RD efetiva, mas a qualidade das trocas realizadas. O insumo sozinho, sem o afecto junto com a ideia, tende a ter sua potência reduzida.

GAM, Redução de Danos e Prevenção Combinada em jogos pela vida: Gestão Autônoma de Múltiplas Formas de Viver

Diante da recorrência de práticas prescritivas e do aprofundamento da necropolítica, fazemos a aposta em dispositivos que agenciem outros

modos de cuidado, mais horizontalizados (ou lateralizados), compartilhados e emancipatórios. Assim, em pesquisa-intervenção junto a pessoas usuárias de drogas, em situação de rua e vivendo com HIV, frequentadoras do CAPS ad IV de Porto Alegre (voltado à população em situação de rua e uso de álcool e outras drogas), propusemos o encontro entre três ferramentas: a Gestão Autônoma da Medicação (GAM), a Redução de Danos (RD) e a Prevenção Combinada do HIV (ADAMY, 2024). Esses dispositivos, quando acionados de forma integrada, constituem estratégias que possibilitam fugir da captura dessas populações pela necropolítica, rompendo com a lógica medicalizante e prescritiva, favorecendo a escuta, o protagonismo e a autonomia dos sujeitos.

Sob inspiração do Guia GAM (GUIA DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO, 2018) e no Guia de Apoio à Moderadores (ONOCKO-CAMPOS et al., 2014), construímos repertórios inventivos para possibilitar maior acesso e acolhimento, de forma a incluir pessoas com ou sem letramento, com ou sem acesso a bens culturais. Neste processo, com a participação de trabalhadores/as do serviço e de usuários/as participantes do grupo-intervenção, incorporamos, à metodologia GAM, algumas produções inventivas, cujo uso pode ser estendido a outros espaços de trabalho com a estratégia GAM.

Assim, em uma das rodas de conversas com usuários/as e trabalhadores/as do serviço, propusemos ao grupo escrever em tarjetas palavras ou frases breves que respondessem à pergunta "O que você precisa para viver?", inclusa no Guia GAM. As tarjetas preenchidas foram colocadas dentro de cápsulas de medicamentos e ofertadas para cada pessoa do grupo. Ao abrir as sua cápsula, a pessoa comentava as palavras ou frases que encontrou: "Amor"; "Ajuda"; "Música"; "Encontro com os filhos"; "Não se sinta só"; "Vamos conversar"; "Família", "Poesia", entre outras. As palavras compartilhadas retomavam o desejo de conexão, de compartilhamento, de pertencimento, reforçando a importância do coletivo como lugar de identificação e resistência. Intervimos no sentido de trazer que cada cápsula tirada talvez não tivesse a conexão com a pessoa que a tirou, já que a tarjeta contida dentro teria sido escrita por outra

pessoa. Dessa forma, colocamos a pergunta: *como é receber um medicamento que não se sabe o motivo de ter sido prescrito?*

No correr da pesquisa, tornou-se importante reunir as experiências relacionadas à GAM, RD e Prevenção Combinada em um único instrumento que pudesse servir de dispositivo para disparar questões relacionadas às três temáticas. Um educador social, trabalhador de CAPS ad III[17], ajudou-nos a construir uma ferramenta que, de forma lúdica e inventiva, efetivava esse encontro: o Baralho GAM. Assim, produzimos cartas de baralho, cada uma com uma das perguntas que aparecem no Guia GAM, somadas a cartas com outras perguntas, inspiradas no que emergia nos grupos-intervenção. Questões relacionadas à redução de danos, direitos, racismo, transfobia, sexualidade, prevenção combinada foram incluídas, de forma a incorporar, de fato, os caminhos por onde andamos na pesquisa: 1) "Você já viveu ou assistiu algum tipo de violência institucional (Racismo, lgbtqiapn+fobia, xenofobia, imposição por polícia)?"; 2) "Que substâncias você utiliza que podem interagir com seus medicamentos?"; 3) "Você sabe o que é redução de danos? Quais estratégias de redução de danos você pensaria para você?"; 4) "Você já utilizou alguma substância como forma de remédio?"; 5) "Você já foi chamade por outro nome no serviço que o/a constrangeu?"; 6) "O que é sexo seguro para você? Você acha que respeito e consentimento têm a ver com sexo seguro?"; 7) "Você sabe a diferença entre HIV e aids? E como se pega?"; 8) "Você sabe o que é prevenção combinada? Tratamento antirretroviral? PEP? PrEP?"; 9) "O que você sabe sobre Indetectável = Intransmissível?". Oferecemos o Baralho GAM para que cada pessoa pegasse uma carta e, lendo a pergunta daquela carta, pudesse falar o que lhe ocorresse. O Baralho, utilizado na forma de jogo, proporcionava maior participação e circulação das palavras, como o próprio Método da Roda propõe.

Ao incluirmos questões relacionadas à racialidade, gênero e sexualidade junto à GAM, apostamos na possibilidade de romper formas de silenciamento. Entendemos que dessa forma e fazendo valer os modos inventivos que podem se

17 Bento Fagundes foi esse trabalhador, a quem agradecemos a enorme colaboração ao longo de todo processo.

produzir no grupo, nós, trabalhadoras/es de saúde, saímos da posição passiva de neutralidade e nos reposicionamos numa clínica-ética-política que reconhece as iniquidades e afirma a busca por garantias e ampliação de direitos dessas populações.

A estratégia GAM, enquanto prática coletiva e antimanicomial, possibilita a construção de espaços de cogestão e democratização das decisões sobre o uso de medicamentos. A RD, como ética do cuidado, propõe estratégias de proteção e minimização de riscos relacionados ao uso de drogas e implica um repertório de cuidado integral e intersetorial, incluindo um conjunto de estratégias singulares e coletivas voltadas às pessoas que usam, abusam ou dependem de drogas e sua rede social e afetiva (BRASIL, 2017). Já a Prevenção Combinada articula múltiplas estratégias no enfrentamento ao HIV, com intervenções comportamentais, biomédicas e estruturais, apostando em ofertas integradas e singulares (BRASIL, 2017). Juntas, essas ferramentas se entrelaçam na construção de uma Gestão Autônoma de Múltiplas Formas de Viver – uma proposta que valoriza os saberes dos sujeitos, tensiona normas hegemônicas e afirma a autonomia como escolha ético-política frente ao apagamento de vidas invisibilizadas e/ou consideradas indesejáveis.

Considerações finais

Ao relacionarmos conceitos como interseccionalidade e necropolítica, sustentamos que a disputa em torno da medicalização da vida vai além do campo da clínica, pois está atravessada pelas dinâmicas sociais que produzem desigualdades, racismo estrutural e vidas descartáveis. A aproximação entre GAM e RD revela que ambas são mais do que estratégias para pensar no uso de medicamentos ou de álcool e outras drogas: são dispositivos ético-políticos que recolocam os sujeitos, com suas experiências e seus saberes, como protagonistas do seu próprio cuidado. Levadas à sua radicalidade, oferecem caminhos para uma Gestão Autônoma de Múltiplas Formas de Viver, em que o

cuidado se constitui como prática de resistência, reconhecimento e afirmação da diversidade dos modos de existir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMY, P. E. **O que você precisa para viver?** Pelo direito à respiração da população em situação de rua: encontro entre gestão autônoma da medicação, redução de danos e prevenção combinada. 2024. Tese (Doutorado em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção combinada do HIV**: bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CANGUILHEM, G. **O conhecimento da vida**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

CAPONI, S. et al. (orgs.). **Medicalização da vida**: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. Tubarão: Unisul, 2010.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. Tradução de R. Souza. São Paulo: Boitempo, 2021.

CRENSHAW, K. Demarginalizing the intersection of race and sex: a Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. **University of Chicago Legal Forum**, Chicago, v. 1989, n. 1, p. 139–167, 1989.

ESCOHOTADO, A. **O livro das drogas**: usos e abusos, desafios e preconceitos. São Paulo: Dynamis Editorial, 1997.

GUIA da Gestão Autônoma da Medicação – GAM. 2. ed. rev. Campinas: DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; IPUB/UFRJ; DP/UFF; DPP/UFRGS; UFRGS, 2018. Disponível em: https://observatoriogam.unifesp.br/. Acesso em: 20 jan. 2025.

LEONARDIS, O.; MAURI, D.; ROTELLI, F. Prevenir a prevenção. In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. (orgs.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 65–88.

LINDENMEYER, T. **Experiência e produção de conhecimento na gestão autônoma da medicação**: uma análise da relação saber-poder em saúde mental no contexto da pesquisa GAM-RS. 2024. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2024.

LINDENMEYER, T.; PALOMBINI, A. L. Experiência e produção de conhecimento na GAM: a implementação no Rio Grande do Sul. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 13, n. 3, p. 171–194, 2023.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. São Paulo: N-1 Edições, 2016.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

OLIVEIRA, D. C. **No corre**: o encontro entre a gestão autônoma da medicação e a redução de danos nas práticas de um CAPS AD. 2023. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2023. Disponível em: http://hdl.handle.net/10183/276688. Acesso em: 20 jan. 2025.

OLIVEIRA, R. W. de. **Experiências de pessoas que usam drogas**: a aposta nas narrativas. 2021. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/237475. Acesso em: 20 jan. 2025.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 43, p. 967–980, 2012.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. **Gestão autônoma da medicação**: guia de apoio a moderadores. Campinas: DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: https://observatoriogam.unifesp.br/. Acesso em: 20 jan. 2025.

PALOMBINI, A. L.; RODRIGUEZ DEL BARRIO, L. Gestão autônoma da medicação, do Quebec ao Brasil: uma aposta participativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 128, p. 1–12, 2021.

PALOMBINI, A. L.; FERRER, A. L.; AZAMBUJA, M. A. Gestão autônoma da medicação: um olhar sobre dez anos de produção participativa em saúde mental a partir do Brasil. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 53–75, 2020.

PALOMBINI, A. L. et al. O que pode a gestão autônoma da medicação? Protagonismo e transformação das práticas de cuidado em saúde. In: CECCIM, R. B.; FREITAS, C. R. (orgs.). **Fármacos, remédios, medicamentos**: o que a educação tem com isso? Porto Alegre: Rede Unida, 2021. p. 101–120.

RRASMQ; AGIDD-SMQ; ÉRASME. **Gestion autonome des médicaments de l'âme**: mon guide personnel. Montréal: RRASMQ; AGIDD-SMQ; ÉRASME, 2017.

SUGIMOTO, L. Pesquisas revelam hipermedicação de pacientes com transtorno mental. **Jornal da Unicamp**, Campinas, 18–24 jun. 2012.

VIDAL, S. A regulamentação do cultivo de maconha para consumo próprio: uma proposta de redução de danos. In: MACRAE, E.; TAVARES, L. A.; RÊGO, M. (orgs.). **Toxicomanias**: incidências clínicas e socioantropológicas. Salvador: EDUFBA; CETAD, 2009.

VIÉGAS, L. S. O Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade em movimento. In: OLIVEIRA, E. C.; VIÉGAS, L. S.; MESSEDER NETO, H. S. (orgs.). **Desver o mundo, perturbar os sentidos**. Salvador: EDUFBA, 2021.

ZANCHET, L. **A noção de experiência no contexto da gestão autônoma da medicação no Brasil**: uma travessia rumo ao pensamento decolonial. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

ZANCHET, L.; PALOMBINI, A. L. A noção de experiência na GAM brasileira: relações raciais e subalternidades. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 33–52, 2020.

CAPÍTULO 18

GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO NA RAPS: AUTONOMIA, DIREITOS E CUIDADO EM CONTEXTOS DE DESIGUALDADE

Bruno Ferrari Emerich

Introdução

Aproximava-se o dia da medicação de depósito de Joana[18]. Mulher de 40 anos, negra, quando em crise apresentava episódios de hipomania, com momentos de agressividade, rompimento de vínculos e delírios. Carregava consigo marcas profundas em relação à função materna, a qual não conseguiu exercer como gostaria, violência de gênero e violência racial. Sempre apontava o desejo de retornar ao mercado formal de trabalho.

Na visão da maior parte da equipe, a ausência da medicação era o principal fator de desencadeamento de crise. A usuária, tida como "resistente à medicação", reivindicava não mais tomar medicação injetável, o que era negado pela equipe, que avaliava risco da ingestão incorreta dos psicotrópicos por via oral.

Um dos profissionais então, se pergunta: ela ficava agressiva por ser medicada à revelia, todo mês; ou seria o resultado da crise?

A real vinheta apresentada acima descortina aspectos importantes e recorrentes no cotidiano dos serviços de saúde mental. Desafios para o

18 Nome fictício.

trabalho interdisciplinar e interprofissional, reducionismo de ofertas de cuidados. Sobretudo, pode lançar luz à baixa abertura ao protagonismo do usuário na construção e efetivação de seu tratamento; desinvestimento (ou desconhecimento) dos direitos dos usuários, por parte dos serviços e profissionais; pouca permeabilidade à dimensões interseccionais entre saúde mental, raça e gênero.

O Brasil é um país fundado pela violência e extremamente desigual, no qual o 1% mais rico da população detém 28,3% da renda total do país (IPEA, 2022a; 2022b). Em 2022, 5,5% da população vivia com menos de R$6,67 reais por dia (linha de pobreza extrema), sendo que dentre as pessoas negras o percentual era mais que o dobro em relação às pessoas brancas. A renda mensal das mulheres negras é bem abaixo da das mulheres brancas. Se comparada à renda dos homens em geral, ou dos homens brancos, mais especificamente, a disparidade é ainda maior (IPEA, 2025). Tais iniquidades também se mostram em indicadores de violência, falta de acesso a direitos sociais, dentre outros.

A exposição do sujeito à uma série de vulnerabilidades não se torna sinônimo de adoecimento psíquico, ou necessária inserção em cuidados em saúde mental. A singularidade, construída a partir do encontro do individual com o coletivo, é composta pela experiência e sentidos atribuídos a ela, considerando as redes de suporte (ou fragilidade delas), recursos simbólicos, garantia de direitos, dentre outros.

O SUS coloca-se como uma política civilizatória, a partir da compreensão da saúde como direito e da universalidade de acesso do cidadão a este direito. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como um de seus arranjos organizativos, objetiva a criação, ampliação e articulação de diferentes pontos de atenção do SUS, considerando como centralidade as necessidades dos usuários relacionadas ao sofrimento psíquico e a estruturação de serviços e ações para atendê-las. Assim, pontos da Atenção Primária (Unidades Básicas, Equipes Multiprofissionais, Consultório na Rua, dentre outros), da atenção

Especializada (diferentes modalidades de CAPS), da Urgência ou Emergência, e da Atenção Hospitalar devem se complementar, a partir das demandas específicas dos usuários.

Para compreender e tomar decisões frente à complexidade do processo saúde-doença das pessoas e dos coletivos, o tripé proposto pela Saúde Coletiva (CAMPOS et al., 2017) propõe saberes que devem se estar costurados: epidemiologia (saber quem adoece, onde, quando e com que magnitude), ciências sociais em saúde (sentidos e significados acerca dos fenômenos vividos ou experimentados, práticas no cotidiano, relações de poder e aspectos culturais) e política, planejamento e gestão (como organizar serviços e sistemas de saúde, como estruturar processos de trabalho, quais ações de cuidado a serem ofertadas).

Em um cenário contemporâneo no qual a medicação psicotrópica é a oferta privilegiada de tratamento (SANTOS et al., 2019), sendo transversal e profundo o atravessamento da patologização do sofrimento e medicalização da existência, alguns grupos passam a ser tratados de modos diferentes. Não pelo princípio da equidade (o que seria o esperado, quem precisa de diferente, tem diferente), mas pela reprodução do controle dos corpos (DAVID, 2020).

Zanello (2018) aponta que as mulheres apresentam maior prevalência de diagnósticos de depressão e ansiedade, sendo também as maiores consumidoras de psicofármacos. Essa predominância não se explica por fatores biológicos, mas pela construção histórica e cultural do feminino, que associa as mulheres a papéis de fragilidade, emotividade e submissão, o que é frequentemente naturalizado e tratado com medicalização, sem considerar as violências de gênero, a sobrecarga do trabalho doméstico e de cuidado, além das desigualdades sociais. A medicalização aparece, assim, como um dispositivo cultural de ajuste das mulheres às normas sociais, assim como pode acontecer com a própria classificação diagnóstica.

Outros autores do campo da saúde mental brasileira têm evidenciado como o racismo estrutura práticas cotidianas. David (2018, 2023) demonstra

como o racismo institucional atravessa tanto o acesso quanto o cuidado, resultando em formas de invisibilização ou de medicalização do sofrimento racializado. Já Passos (2017, 2023) aponta que políticas e práticas de saúde mental muitas vezes reproduzem lógicas de subalternização e de remanicomialização, reforçando a medicalização do social quando não reconhecem os marcadores raciais.

Este texto tem por objetivo discutir a utilização da estratégia GAM na Rede de Atenção Psicossocial do Brasil, considerando o contexto cultural e político de um país capitalista periférico marcado por imensas desigualdades sociais e pelo atravessamento dos marcadores sociais na existência-sofrimento dos usuários, com consequentes entraves relacionais aos seus tratamentos.

A Gestão Autônoma da Medicação no cenário Brasileiro: entre impasses, riscos e desafios

A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) é uma estratégia de cuidado em saúde mental que propõe a participação ativa dos usuários na tomada de decisão sobre o uso de psicofármacos. Inspirada por experiências canadenses, foi adaptada ao contexto brasileiro no início dos anos 2000, ganhando corpo em experiências vinculadas aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a movimentos da Reforma Psiquiátrica. Seu objetivo é deslocar a centralidade do saber médico para a valorização do protagonismo do usuário, (Onocko Campos et al, 2012). Busca, ainda, promover um espaço de diálogo onde efeitos, dúvidas, expectativas e direitos possam ser compartilhados entre usuários e profissionais (EMERICH; ONOCKO CAMPOS, 2014).

Seu desenvolvimento se dá a partir de grupos conduzidos por moderadores, nos quais usuários discutem experiências de seu sofrimento, que inclui a relação da medicação, com rede de suporte, outras estratégias

de cuidado e poder contratual junto à prescritores e equipe. Trata-se de um processo de construção de maior grau de autonomia para tomadas de decisão, que desafia o saber técnico hegemônico, abrindo espaço para saberes situados e para a narrativa dos sujeitos (ONOCKO CAMPOS et al., 2012).

Outro aspecto relevante é o impacto da GAM sobre os trabalhadores da saúde. Moderadores e profissionais envolvidos relatam transformações em suas práticas, com maior abertura para a escuta, disposição para flexibilizar condutas e maior reconhecimento do usuário como protagonista. Ou seja, a GAM não modifica apenas os usuários, mas também a cultura institucional (SANTOS et al., 2020).

Retornemos ao impasse apresentado na vinheta. O trio de profissionais que atuava como referência (FURTADO, 2007), responsável pela construção do Projeto Terapêutico Singular de Joana, coloca-se a conversar sobre como lidar com a questão. Conversa entre si, conversa com a usuária.

Castiel, Guilam e Ferreira (2010) argumentam que o conceito de risco pode acabar por reduzir problemas de saúde a probabilidades estatísticas, em uma lógica de moralização da vida que na saúde pública pode levar à prescrição de comportamentos ideais, produzindo discursos normativos e culpabilizantes em uma lógica que desloca o foco das condições sociais e estruturais da saúde para o controle individual do corpo. Temos, então, uma noção de risco que não apenas organizaria intervenções médicas, mas também atuaria como dispositivo de medicalização do social. Em contraponto a esta compreensão, apontam que produzir saúde implica em correr riscos, deslocar-se, transformar-se ou lançar-se à novas projetualidades, como nos diria Ayres (2007).

Para produzir cuidado em ato com Joana, não se tratava de desconsiderar vivências prévias, atravessadas pelos sentidos por ela atribuídos ao uso da medicação, ou pela leitura que a equipe sobre isso, ou pelo hiato de construção de sentido compartilhado. Mas, sim, de considerar a radicalidade de seus direitos, a construção cogestiva de cuidado e os pressupostos de seus desejos no projeto de vida por ela apontado: experimentar outra relação com

o filho, mover-se em diferentes intensidades rumo ao trabalho, ter maior governabilidade e autonomia nas suas atividades cotidianas.

A emergência do sujeito de direitos se dá para além da informação, passa pela vivência prática, experiência encarnada a partir das escolhas e desdobramentos destas (EMERICH; ONOCKO CAMPOS, 2014). Saber que poderia recusar intervenções com as quais não concordava, considerando o Manual de Direitos dos Usuários do SUS, foi inédito. Poder sustentar a vivência desta escolha (legitimada no direito, não retalhada) permitiu um reposicionamento. Acessar a bula da medicação, o que não costuma ser disponibilizado para os usuários quando da dispensação fracionada dos psicotrópicos, e questionar a equipe a partir do que leu, também se colocou como uma nova posição. O CAPS, neste sentido, pode se colocar como intercessor, criando espaços para novas e diferentes falas, e reconhecimentos. Uma construção que se vive a partir de uma relação de suporte (no sentido winnicottiano), para então ampliar-se para outros espaços, sejam eles físicos ou relacionais.

Uma das propostas do PTS foi a participação de Joana no Grupo GAM o que produziu uma série de questões e aprofundamentos na maneira da própria equipe olhar para o problema.

No dispositivo grupal, passam a ser discutidas questões relativas ao histórico de tratamento, aos atributos que compõe a vida das pessoas (para além do diagnóstico), às redes de suporte e proteção, aos direitos e aos efeitos dos psicotrópicos.

Joana apresenta no processo o desejo de cessar a medicação, o que traz a pergunta: como a partir de uma tentativa que se repetia, experimentar algo diferente? O caminho, então, embasado pelo conceito de autonomia (CAMPOS; ONOCKO CAMPOS, 2017) vai pela construção prévia junto à familiares e ela mesma, considerando seu direito de decisão, incisivamente por ela reivindicado, ao mesmo tempo em que a sustentação do que se colocava no processo se conectava, em profundidades distintas, também à quem ela reconhecia como rede.

Ao mesmo tempo, ampliaram-se as ofertas de cuidado. A aposta no dispositivo grupal se dá, dentre outros aspectos, pela possibilidade dos sujeitos se haverem com suas questões de modos diferentes: a diminuição das defesas psíquicas ao adentrarem em um espaço coletivo, a perspectiva de continência, o pertencimento, a alteridade frente às histórias do outro. Se trazemos para o grupo atual todos os grupos que nos formam (KAES, 1991), o exercício de diferentes papéis (ou a estereotipia dos mesmos), a projeção de fantasias, a surpresa com o diferente podem fazer com que os integrantes construam reposicionamentos. Isto vale para a experiência da medicação em si (considerando desejo de cessação de uso), mas sobretudo para a posição do sujeito no mundo das relações.

Neste espaço, por exemplo, foi possível, ao escutar relatos de outras colegas, Joana identificar-se com violências de gênero e de raça que até então para ela haviam sido naturalizadas, o que levou a mobilização intensa de afetos. Zanchet e Palombini (2020) argumentam que a noção de experiência deve ser entendida também como categoria política, não apenas clínica, e para tal é preciso que a compreensão de raça e subalternidade sejam incorporadas de forma explícita às práticas dos serviços, dentre elas nos grupos GAM. A dimensão transversal destes aspectos, que emergirem no grupo e foram restituídas ao grupo no manejo pelos coordenadores provocou os demais participantes, para além de Joana e da outra usuária vítima da violência, a se haverem com tais questões, seja por terem sido vítimas, seja por serem perpetradores. Dispositivo que passa pela discussão sobre medicação, considerando aspectos de controle racializado e gendrado dos corpos (PASSOS; LIMA, 2023), mas também pelo compromisso com a quebra da reprodução de violências, com a saúde mental considerada no âmbito coletivo, com a aposta e fortalecimento de sociabilidades diversas.

Enquanto ocorria a retirada da medicação, e tantos outros agenciamentos estruturantes para Joana como os acima colocados, ela passou a apresentar intensificação do sofrimento, o que se refletiu nas suas

relações: mais irritada, com episódios de choro, insônia, construção de algumas ideias delirantes.

Cabe aqui ressaltar que a aposta no desenvolvimento da estratégia GAM pressupõe articulação institucional, deve ser sustentada pelo serviço, e não ser um projeto de apenas alguns profissionais. Tal momento marcou intensas discussões entre a equipe do CAPS, com pensamentos díspares acerca do que seria uma crise, assim como trouxe a retomada da ideia de gestão de risco (para parte da equipe, a retirada da medicação por si fez com que ela entrasse em crise, e isso não deveria ser aposta).

Foi necessária a discussão sobre o que seria o conceito de crise no paradigma da Atenção Psicossocial. Para além da exacerbação da sintomatologia psiquiátrica, deveria ser compreendida como um aumento da intensidade do sofrimento e rompimento da capacidade de simbolização para lidar com o que se sentia, o que poderia produzir novas possibilidades. Para tal, as dimensões subjetivas, relacionais, institucionais e sociais (determinantes e desigualdades) precisaram ser trazidas para discussão do caso, e composição do PTS (EMERICH; ONOCKO-CAMPOS, 2019).

No que concerne à dimensão institucional, a crítica da usuária em relação à não informação dos efeitos colaterais dos psicotrópicos passaria a se estender a toda equipe, não apenas ao prescritor. O acolhimento noturno, como necessário em alguns momentos, deveria ser feito pela equipe daquele período de modo integrado à equipe que ficava durante o dia, considerando o PTS em curso; as críticas trazidas pela usuária na assembleia deveriam ser escutadas e lidadas a partir daquele espaço coletivo, no que se espera que um dispositivo como este produza (garantia de direitos e democracia institucional), e não lidas como decorrentes de uma pessoa em crise (o retorno à desrazão e à deslegitimação da verdade do sujeito). Ao mesmo tempo, também cabia à usuária a construção de modos de se implicar com os efeitos e afetos (incluindo os que se voltavam de modo agressivo à familiares e equipes) experimentados naquele momento de vida, reconhecer-se de outros modos

na dimensão relacional. A interface entre clínica e gestão, entre modos de compreender o sofrimento e a gestão do processo de trabalho para atender quem sofre é fundante; porém, não é trivial. Tempo e espaço, sustentação do gestor da unidade, discussões clínicas, aberturas do serviço ao território, supervisão clínico-institucional, são indispensáveis neste processo.

Em determinado momento, quando em hospitalidade noturna no CAPS, Joana procurou por uma de suas referências. Pediu para retomar o uso contínuo de medicação, em uma compreensão de que poderia ser uma opção para ali, mas que sabia que não necessariamente isso seria uma escolha irreversível. Em um olhar restrito, sintomatológico, escutar tal pedido pode remeter a tentativa de retorno ao estado anterior, ou ao que seria o reconhecimento de uma falha no tratamento ou na escolha dela: não deu certo. Leitura que levaria à, mais uma vez, culpabilização do sujeito, reducionismo do que se têm como tratamento "que dá certo", negação da experiência e do singular que pode emergir (ou se ressignificar).

Outra escuta nos remete à produção de vida. Já nos diria o poeta Renato Teixeira que "o novo amanhece". Nos serviços de saúde mental nos propomos a acolher o que é insólito, não o que é trivial; nos propomos a acompanhar o sujeito nos caminhos que ele trilha para a vida, e não a dizer para onde ele deve ir. Mesmo que Joana voltasse a fazer o uso da mesma quantidade de medicação, ela não mais seria a mesma: pôde escolher, de modo compartilhado, o uso de sua medicação; pôde, de outros modos, entrar em contato com questões subjetivas para além da bioquímica; enfrentou o encontro com a misoginia e racismo de outro modo, deparou-se com ofertas e escutas para além da centralidade da medicação no tratamento; conheceu mais diretamente seus direitos; pôde (e teve que) se haver de modo mais implicado com os desdobramentos do cuidado que protagonizou.

Para a equipe, também muitas coisas se passaram, o que abriu possibilidades de reinvenção, de tensionamentos entre trabalhadores (por que não?), de janelas para fortalecimento do trabalho interdisciplinar e para

a rememoração cotidiana dos princípios que orientam a prática da atenção psicossocial: cidadania e garantia de direitos, e cuidado, clínica em saúde mental.

Conclusão

A experiência de Joana evidencia tensões e complexidades envolvidas no cuidado em saúde mental em um país marcado por profundas desigualdades sociais, raciais e de gênero.

A crítica à centralidade da medicação como única via é fundamental. A insistência da equipe na manutenção da medicação injetável, à revelia da vontade da usuária, reforçava a lógica da disciplina e do controle, a gestão do risco.

Ao mesmo tempo, foi experimentada na prática e trazida aqui uma aposta epistemológica centrada no sujeito a partir da Gestão Autônoma da Medicação. Trata-se de uma estratégia que desafia a hegemonia do saber biomédico, criando espaços de diálogo horizontal, escuta qualificada e reconhecimento da experiência vivida dos sujeitos como componente central do processo terapêutico. A GAM não atua apenas sobre o uso de psicofármacos, mas desloca o eixo do cuidado para o campo da corresponsabilização, da construção coletiva e da subjetivação no tratamento.

Ao nomear violências antes naturalizadas, ao escutar e ser escutada por seus pares, e ao poder experimentar, de forma sustentada, a retirada da medicação, Joana passa a ocupar outro lugar dentro da sua própria trajetória de cuidado: o de sujeito de direitos, com legitimidade na tomada de decisões, dotada de afetos e de contradições, o que é da humanidade (e não exclusivo de quem faz acompanhamento em saúde mental)

Importa destacar que o sofrimento psíquico intensificado durante o processo de retirada da medicação não deve ser lido como fracasso do trajeto investido, mas sim como parte das dinâmicas de construção de novas possibilidades de vida e cuidado. A crise, compreendida para além da

exacerbação sintomatológica, emerge aqui como oportunidade de ruptura com lógicas de silenciamento, como campo fértil para reconfigurações subjetivas e relacionais. Esse olhar exige da equipe uma postura ética, capaz de sustentar processos, acolher dúvidas, sustentar ambivalências e construir novos sentidos para o cuidado — para além da normalização ou do retorno a um suposto "funcionamento ideal". Também exige equipes preparadas para lidar com conflitos, divergências internas, tensões entre saberes, e, sobretudo, para reinventar continuamente suas práticas à luz dos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

CAMPOS, R. T. O. et al. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 967–980, 2012.

CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p. 669–688.

CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C. R.; FERREIRA, M. S. **Correndo o risco**: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

DAVID, E. C. **Saúde mental e racismo**: a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil. 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018.

DAVID, E. C. Desnortear, aquilombar e o antimanicolonial: três ideias-força para radicalizar a Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1799–1808, 2023.

DAVID, E. C.; VICENTIN, M. C. G. Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. esp. 3, p. 264–277, 2020.

EMERICH, B. F.; ONOCKO-CAMPOS, R. Espantando 100 anos de solidão. In: EMERICH, B. F.; ONOCKO-CAMPOS, R. (orgs.). **Saúde e Loucura 10**: tessituras da clínica – itinerários da reforma psiquiátrica. São Paulo: Hucitec, 2019. p. 45–63.

EMERICH, B. F.; ONOCKO-CAMPOS, R.; PASSOS, E. Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Interface – Comunicação,**

Saúde, Educação, Botucatu, v. 18, n. 50, p. 685–696, 2014.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239–255, 2007.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Desigualdade de renda no Brasil**: notas da Carta de Conjuntura. Brasília: IPEA, 2025.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Renda, pobreza e desigualdade**: indicadores socioeconômicos. Brasília: IPEA, 2022a.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. Brasília: IPEA, 2022b.

KAËS, R. et al. **A instituição e as instituições**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

PASSOS, R. G. De escravas a cuidadoras: invisibilidade e subalternidade das mulheres negras na política de saúde mental brasileira. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 38, p. 143–168, 2017.

PASSOS, R. G.; LIMA, T. A. S. (orgs.). **Direitos humanos, saúde mental e racismo**: diálogos à luz do pensamento de Frantz Fanon. Curitiba: Editora CRV, 2023.

SANTOS, D. V. D. dos et al. Da prescrição à escuta: efeitos da gestão autônoma da medicação em trabalhadores da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 261–271, 2019.

SANTOS, D. V. D. dos et al. A gestão autônoma da medicação em Centros de Atenção Psicossocial de Curitiba (PR). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. esp. 3, p. 170–183, 2020.

ZANCHET, L.; PALOMBINI, A. L. A noção de experiência na GAM brasileira: relações raciais e subalternidades. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 33–52, 2020.

ZANELLO, V. **Saúde mental, gênero e dispositivos**: cultura e processos de subjetivação. Brasília: Editora UnB, 2018.

CAPÍTULO 19

IMPLEMENTAÇÃO DE GRUPOS DE OUVIDORES DE VOZES EM SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: LIÇÕES DA EXPERIÊNCIA BRASILEIRA

Clarissa Mendonça Corradi-Webster, Pedro Junior Rodrigues Coutinho, Nicole Stef Vieira Candeloro e Lívia Sicaroni Rufato

Este capítulo discute a implementação de um grupo de suporte por pares, o Grupo de Ouvidores de Vozes (GOVs), em serviços públicos de saúde mental no Brasil. A análise parte do reconhecimento de que implementar práticas que colocam o protagonismo de usuários de serviços no centro do cuidado constitui um desafio em serviços públicos de saúde mental em diferentes países. O Brasil, nesse cenário, oferece uma experiência singular, marcada por sua diversidade cultural e social e pelas transformações impulsionadas pela Reforma Psiquiátrica e pela criação da Rede de Atenção Psicossocial.

Pessoas que ouvem vozes e procuram serviços de saúde mental relatam vivenciar estigma, isolamento e exclusão social (SHEAVES et al., 2020). Estima-se que em torno de 25% continuam ouvindo vozes, mesmo com uso contínuo de medicamentos (SAMARA et al., 2019). Observa-se impactos negativos no engajamento social, autocuidado, autonomia e satisfação com a vida. Esse cenário impõe uma pressão significativa sobre os serviços de saúde mental, que precisam atuar na redução do isolamento social e do estigma, além de promover o desenvolvimento de estratégias de manejo das vozes e fortalecer o exercício da cidadania.

O suporte por pares tem sido apontado como uma alternativa para lidar com estas questões. Refere-se à atuação de pessoas com experiência vivida de sofrimento psíquico, que oferecem apoio a outras em condição semelhante. Parte do pressuposto de que pessoas em sofrimento possuem saberes importantes sobre suas próprias vivências e são capazes de utilizá-los na condução de suas vidas (FIGUERÓ; DIMENSTEIN, 2010). Está ancorado no movimento do recovery, que compreende que pessoas com transtornos mentais podem reconstruir sentido e propósito em suas vidas, viver com autonomia e autodeterminação e exercer plenamente seus direitos de cidadania, independentemente da presença de sintomas (DAVIDSON et al., 2012). Aproxima-se da clínica centrada na pessoa, que busca promover inclusão social, fortalecimento do protagonismo e empoderamento, em vez de se restringir a metas clínicas tradicionais, como a redução de sintomas.

De acordo com Evans (2023), o suporte por pares na saúde mental cumpre cinco funções centrais. A primeira é "estar presente", oferecendo conexão humana e escuta. A segunda é o apoio à autogestão, auxiliando na tradução de orientações profissionais em estratégias práticas, na identificação de barreiras e em formas de adaptação. A terceira refere-se ao apoio social e emocional, pois entre pares há maior conforto e compreensão ao compartilhar sentimentos e dificuldades, especialmente diante de um diagnóstico psiquiátrico. A quarta é a articulação com o cuidado clínico e com recursos comunitários, ajudando a reconhecer quando buscar um serviço, como acessá-lo e mobilizar apoios disponíveis, fortalecendo a confiança nos serviços. Por fim, destaca-se o suporte contínuo, com vínculos sustentados ao longo do tempo, favorecendo o enfrentamento de adversidades e a construção de uma vida mais plena.

Apesar dos benefícios já reconhecidos, a implementação do suporte por pares em serviços de saúde mental ainda avança de forma lenta no mundo. A persistência da lógica hospitalocêntrica e da cultura biomédica, centrada em sintomas e internações, ainda estrutura grande parte dos sistemas de saúde

mental. Mesmo em países com políticas explícitas de desinstitucionalização a predominância de hospitais psiquiátricos permanece forte, resultando em sistemas híbridos, nos quais os serviços comunitários coexistem com altas taxas de leitos (VANDONI et al.., 2024). No Brasil, mesmo em serviços concebidos para oferecer cuidado de base comunitária e promover a autonomia, observa-se uma gestão centrada na equipe técnica e uma concepção restrita do que é considerado terapêutico, o que contribui para a manutenção de dinâmicas internas que dificultam a participação dos usuários (FIGUERÓ; DIMENSTEIN, 2010). Nessas condições, a valorização da experiência vivida como saber legítimo encontra resistência, havendo dificuldades de integração entre os pares e as equipes de saúde.

Desafios sociais e estruturais, especialmente em países marcados por profundas desigualdades, também podem dificultar a implementação. No Brasil, o racismo estrutural, aliado às desigualdades de classe social e nível educacional entre trabalhadores e usuários, reforça relações hierárquicas nos serviços de saúde mental, limitando a participação e o empoderamento das pessoas com experiência vivida (CORRADI-WEBSTER et al., 2025). Além disso, há um enfraquecimento da Rede de Atenção Psicossocial, expresso na redução de investimentos, alta rotatividade de profissionais e desigualdade territorial no acesso aos serviços (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020; DIMENSTEIN et al., 2021).

Nesse cenário, os Grupos de Ouvidores de Vozes (GOV) despontam como uma prática de suporte por pares com grande potencial para tensionar o modelo vigente. Originados no contexto do International Hearing Voices Movement (HVM), na Europa, na década de 1980, os GOV configuram-se como prática inovadora de apoio por pares. Tem como objetivo reconstruir o paradigma dominante em torno da experiência de audição de vozes. O movimento propõe que essas experiências sejam reconhecidas e valorizadas, promovendo espaços coletivos de troca, acolhimento e ressignificação das vivências (CORSTENS et al., 2014).

Os fundamentos que constroem a prática dos grupos se orientam a partir dos pressupostos do HVM. Compreende-se o fenômeno de ouvir vozes como parte da experiência humana, não restrita a quadros diagnósticos tradicionais. Reconhece-se que os significados atribuídos às experiências são únicos e singulares, sendo a aceitação dessa diversidade uma condição essencial para os processos de recovery. É ressaltada a necessidade de se apropriar da própria experiência para a construção de um sentido pessoal. Este é negociado em espaços coletivos de troca onde cada pessoa respeita e valoriza o sentido do outro. O HVM destaca ainda a importância de compreender as vivências dentro dos contextos de vida de cada pessoa que ouve vozes, associando-as aos aspectos subjetivos e emocionais de cada um (CORSTENS et al., 2014).

No Brasil, os Grupos de Ouvidores de Vozes vêm se expandindo desde 2015, impulsionados inicialmente por eventos e oficinas que contaram com a participação de pessoas importantes do Hearing Voices Movement (HVM), como Marius Romme e Paul Baker (BAKER, 2009; OLIVEIRA et al., 2018). Em 2023, foi realizado um levantamento que identificou 19 Grupos de Ouvidores de Vozes em funcionamento no Brasil (CANDELORO, 2024).

Este capítulo analisa a experiência brasileira de implementação dos Grupos de Ouvidores de Vozes (GOVs) como uma prática de suporte por pares em serviços de saúde mental. Busca examinar os aprendizados decorrentes da implementação realizada pelos autores em dois serviços de saúde mental de base comunitária, analisar a experiência de outras equipes que realizaram a implementação em treze serviços no Brasil e apresentar, com base na análise de dez encontros de um grupo, os benefícios observados. Ao discutir essa experiência, pretendemos contribuir para o debate internacional sobre possíveis caminhos de atualização da clínica psicossocial, apontando para a viabilidade da implementação do suporte por pares nos serviços de saúde mental de base comunitária.

Experiências de Implementação de Grupos de Ouvidores de Vozes em Serviços de Saúde Mental no Brasil

A implementação de GOV no Brasil oferece exemplos concretos de como princípios do movimento internacional podem ser adaptados a diferentes realidades institucionais e culturais. Essas experiências não devem ser compreendidas apenas como casos locais, mas como oportunidade de reflexão sobre caminhos possíveis para integrar práticas de suporte por pares em serviços de saúde mental de base comunitária.

Diálogo Institucional e Estratégias de Inserção em Serviços Comunitários

A implementação de Grupos de Ouvidores de Vozes em serviços públicos de saúde mental de base comunitária exige atenção aos diálogos institucionais e às estratégias de inserção dessa prática no contexto dos serviços (CORRADI-WEBSTER et al., 2021; COUTINHO, 2025). Trabalhamos na implementação de dois grupos, ambos em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), localizados em dois municípios distintos. Os CAPS são serviços públicos que integram a Rede de Atenção Psicossocial brasileira e são considerados serviços de base comunitária estratégicos no cuidado em saúde mental. Os CAPS contam com equipe multidisciplinar que organiza o cuidado clínico e ações de reinserção social dos usuários, oferecendo consultas médicas e atividades terapêuticas individuais e grupais, além de realizarem oficinas, ações comunitárias e artísticas, orientação sobre o uso de medicamentos, atendimento domiciliar e familiar. Para cada usuário do serviço, é elaborado um projeto terapêutico individual, que indica os dias, horários e atividades dos quais poderá se beneficiar ao participar.

Em ambas as experiências de implementação, a proposta foi desenvolvida como uma estratégia de cuidado inspirada nos princípios do Hearing Voice Movement e alinhada ao paradigma do recovery. Apesar de os serviços de base comunitária brasileiros se basearem em diretrizes que priorizam o cuidado territorial e a singularidade do usuário, ainda é marcante a influência de práticas biomédicas e medicalizantes, que restringem o protagonismo e a participação ativa das pessoas com experiência vivida (FIGUEIRÓ; DIMENSTEIN, 2010). Diante desse cenário, os grupos foram concebidos como alternativas para fortalecer a autonomia, ressignificar a experiência de ouvir vozes e promover relações de cuidado mais horizontais. Buscava instituir um espaço de escuta não patologizante, no qual a experiência de ouvir vozes fosse reconhecida como legítima, dotada de sentido e acolhida como parte fundamental da construção do cuidado (CORRADI-WEBSTER; LEÃO; RUFATO, 2018).

Desde o início dos processos de implementação, observou-se que o desafio não se restringia ao planejamento metodológico ou à condução das atividades com os usuários do serviço. A implementação demandava a criação de estratégias para inserir o grupo nos serviços, o que envolvia o reconhecimento da proposta pelas equipes, sua aceitação pelas gestões locais e sua articulação com a cultura institucional vigente. Esse tipo de desafio não é exclusivo do contexto brasileiro. Em diversos países, a consolidação de práticas de suporte por pares em serviços de saúde mental demanda o fortalecimento da confiança e do reconhecimento institucional, de modo que os GOV possam ser efetivamente incorporados e sustentados como parte integrante das práticas de cuidado (JONES; MARINO; HANSEN, 2015).

Nossa experiência tem ressaltado a relevância de uma escuta atenta às dinâmicas políticas, institucionais, culturais e relacionais dos serviços, bem como da habilidade de articular diferentes formas de saber, incluindo o técnico, o acadêmico e o popular. Os resultados positivos da implementação têm sido fortemente associados à habilidade de transitar entre essas camadas

institucionais, mobilizando estratégias de aproximação e negociação que respeitem os territórios, tempos e culturas locais.

Nos dois serviços, os Grupos de Ouvidores de Vozes foram apresentados como um recurso adicional ao tratamento oferecido (CORRADI-WEBSTER; LEÃO; RUFATO, 2018; COUTINHO, 2025). Quando o primeiro grupo foi implementado, em 2015, o HVM era desconhecido no Brasil. Após discussão com gestor, optou-se por esse cuidado a fim de evitar que os profissionais percebessem o grupo como uma ameaça ao trabalho desenvolvido. As equipes foram convidadas a refletir se havia usuários do serviço em uso de medicação que continuavam ouvindo vozes e a relatar como costumavam lidar com essas situações. Os profissionais lembraram-se de diversos casos e reconheceram sentir-se despreparados para enfrentá-los (CORRADI-WEBSTER; RUFATO; SEABRA, 2023). Esse diálogo foi fundamental para que as equipes identificassem uma demanda concreta que, até então, era naturalizada. Embora se reconhecesse que muitos usuários continuavam ouvindo vozes mesmo em tratamento, essa situação não era vista como exigente de outras formas de cuidado além da farmacoterapia, o que gerava nos profissionais e usuários, um sentimento de impotência diante da experiência. A partir do reconhecimento dessa demanda, a proposta foi bem recebida pelas equipes.

Com o reconhecimento da pertinência do grupo, a implementação exigiu a construção de estratégias de aproximação respeitosa com as equipes e gestores, incluindo a realização de reuniões com os profissionais, com coordenações dos serviços e com Conselho Comunitário de Saúde. O objetivo era apresentar a proposta de maneira acessível, valorizando o diálogo com a cultura institucional de cada serviço e buscando minimizar eventuais preocupações.

Nesse percurso, o respaldo institucional da universidade na qual os pesquisadores estavam inseridos, também desempenhou um papel importante, facilitando a entrada da proposta, apresentando literatura internacional sobre o tema e conferindo legitimidade ao projeto. Contudo, mesmo com esse apoio, foi necessário dialogar permanentemente com o poder institucional,

adaptando a proposta às condições concretas do contexto, uma vez que a atuação nos territórios implica lidar com dinâmicas complexas, marcadas por disputas de poder, práticas cristalizadas e resistências à mudança.

No município em que o primeiro grupo foi implementado, após 10 anos, observa-se aumento da valorização da autonomia dos participantes e da construção coletiva dos encontros. O grupo passou por um processo de expansão, desdobrando-se em múltiplas frentes de atuação: (1) grupo no CAPS com periodicidade semanal, aberto para pessoas que ouvem vozes, tanto usuários como não usuários do serviço; (2) grupo remoto com periodicidade semanal, aberto para pessoas que ouvem vozes de todo país; (3) grupo na Biblioteca do município com periodicidade mensal, divulgado e aberto a toda comunidade; (4) grupo no WhatsApp (espaço de troca de informações sobre experiências relacionadas a audição de vozes e como suporte 24 horas), aberto a todos que participam ativamente dos grupos presenciais ou remoto. Após 10 anos, o grupo é reconhecido no município como um movimento social independente e, atualmente, membros do grupo organizam a implementação deste em outro CAPS do município.

No outro município a implementação no CAPS teve início há três anos. Até o momento, observou-se uma inserção mais institucionalizada, com a incorporação progressiva da proposta ao cuidado clínico e terapêutico dos serviços. O grupo foi reconhecido pela equipe como um recurso nos projetos terapêuticos individuais, favorecendo sua continuidade e enraizamento no serviço. Essa forma de apropriação, ainda que mais regulada, permitiu o fortalecimento da proposta como ferramenta legítima de cuidado psicossocial. A gestora de saúde mental municipal acompanhou de perto a implementação e, no terceiro ano, sugeriu que o grupo fosse ampliado para outros CAPS do município.

A participação nos grupos é voluntária. No primeiro grupo implementado, os participantes chegam por diferentes vias: são convidados por profissionais do serviço ou por outros integrantes do grupo, ou ainda tomam conhecimento da proposta por meio de divulgação, indicação de

profissionais externos, amigos ou familiares. Esse grupo é aberto a pessoas que não estão vinculadas ao serviço. Já no segundo grupo, os participantes são exclusivamente usuários do CAPS. Embora também seja um grupo aberto, sua composição é mais estável, com indicações feitas pelos profissionais do serviço. Em ambos os casos, os participantes são convidados, e a não participação não acarreta prejuízos ao tratamento ou à relação com o serviço.

Em ambos municípios, a legitimidade do Grupo de Ouvidores de Vozes foi conquistada por meio da atuação ativa de seus membros em diversos espaços e iniciativas. No primeiro município, foi produzido um documentário sobre a vida de três integrantes do grupo, com financiamento de uma emissora de televisão nacional (TARPANI, 2017). O filme teve ampla divulgação na mídia e foi lançado em uma sala de cinema local, contribuindo significativamente para sensibilizar profissionais e fortalecer a legitimidade da proposta. Além disso, diversos estudos científicos foram realizados e apresentados no município, ampliando o reconhecimento institucional do grupo. Membros também passaram a se envolver com iniciativas internacionais, produzir músicas e podcasts sobre o tema e promover ações públicas pela cidade. Como resultado desse engajamento, foi aprovada uma lei municipal que institui o Dia dos Ouvidores de Vozes como marco de luta contra o estigma (CORRADI-WEBSTER et al., 2023).

No segundo município, a experiência do grupo foi apresentada em reuniões do Conselho de Saúde, encontros regionais de trabalhadores da rede de atenção psicossocial, conferências de saúde e em eventos acadêmicos (COUTINHO, 2025). Essa presença nos espaços públicos ampliou o reconhecimento da proposta como prática legítima de cuidado, reforçando seu caráter coletivo e seu compromisso com os princípios de políticas de saúde mental de base comunitárias. A visibilidade alcançada favoreceu a mobilização de outros serviços da rede, que passaram a solicitar apoio para a implementação de grupos semelhantes, demonstrando o potencial multiplicador da proposta quando bem negociada com gestores, profissionais e comitês locais. Nesse

processo, observou-se ser importante constituir redes de apoio entre os usuários que partilham suas experiências, os profissionais aliados comprometidos com uma escuta não patologizante, e pesquisadores dispostos a construir saberes situados em diálogo com a realidade concreta dos serviços.

Essas diferenças refletem concepções distintas sobre o que é cuidado em saúde mental e sobre os modos possíveis de escuta e intervenção. Enquanto em um município a ênfase recaiu sobre o potencial emancipatório da partilha de experiências e no ato político de compartilhá-la em diferentes espaços, visando diminuir o estigma, no outro município valorizou-se sua potência clínica e sua contribuição para o trabalho terapêutico cotidiano. Em ambos os casos, manteve-se o compromisso com a valorização da experiência vivida e com a construção de espaços de fala capazes de deslocar a centralidade do discurso técnico, abrindo brechas para escutas mais singulares e potentes.

Mais do que uma intervenção pontual, estas experiências têm reafirmado a necessidade de uma escuta ética e politicamente comprometida, capaz de reconhecer as tensões e as potências do território. O trabalho em serviços de saúde mental de base comunitária exige atenção constante às dinâmicas institucionais, aos atravessamentos sociais e aos modos como os sujeitos produzem sentido e cuidado em meio às adversidades. Isso implica escutar tanto os usuários quanto os profissionais, acolher as resistências e construir, de forma compartilhada, novas possibilidades de cuidado. A legitimidade das propostas foi construída com o tempo, com base em muitas ações no município e diálogo constante com gestores, profissionais e políticos.

O êxito de práticas como essa não se mede apenas por sua continuidade no serviço ou pela adesão dos participantes, mas sobretudo pela capacidade de produzir deslocamentos subjetivos, institucionais e políticos. São propostas que exigem tempo, confiança mútua, escuta ativa e abertura para o inesperado. Estas duas experiências brasileiras demonstram que, mesmo diante de desigualdades históricas e desafios estruturais, é possível construir práticas de suporte por pares em serviços de saúde mental de base comunitária,

fundamentadas na experiência vivida, na valorização da singularidade dos sujeitos e na potência transformadora da escuta e da palavra.

Experiência de Profissionais que Implementaram os Grupos

Com o objetivo de compreender melhor como vem se dando a implementação de Grupos de Ouvidores de Vozes em serviços de saúde mental no Brasil, entramos em contato com profissionais que iniciaram essa experiência em diferentes municípios do país. Foram entrevistados 17 profissionais, de 13 municípios (CANDELORO, 2025).

Em todos os casos, identificou-se que a implementação partiu do engajamento pessoal dos profissionais, e não de diretrizes institucionais. Observou-se que os profissionais envolvidos apresentavam um perfil comprometido com a transformação do cuidado em saúde mental, pautado por uma perspectiva comunitária, democrática e alinhada ao paradigma do recovery. Motivados por esse alinhamento ético-político, se voluntariaram para iniciar os grupos em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Em comum, buscavam criar espaços onde fosse possível falar abertamente sobre a experiência de ouvir vozes, sem julgamentos e além da lógica biomédica. Também os motivava a possibilidade de formar um grupo de suporte por pares, com protagonismo das pessoas com experiência vivida.

Assim como nos grupos por nós implementados, observou-se que eles também se engajaram ativamente na apresentação dos fundamentos do Hearing Voices Movement (HVM) às equipes dos serviços, buscando parcerias que fortalecessem a proposta e sua inserção nas rotinas institucionais. Empenhados no desafio de sensibilizar as equipes, promoveram reuniões para apresentar os princípios do HVM, compartilhar resultados de pesquisas e discutir os benefícios da iniciativa. Parcerias com universidades e com a própria gestão dos serviços desempenharam papel fundamental para conferir legitimidade e fortalecer a implementação.

A divulgação do grupo se configurou por diversas frentes, com convites feitos diretamente aos usuários desses serviços, menções da proposta em assembleias, a utilização de redes sociais, apresentações em reuniões de equipe dos serviços e articulações em espaços dos outros níveis de atenção à saúde. Além disso, aos poucos, os próprios participantes do grupo passaram a convidar outras pessoas, ampliando o alcance e consolidando a proposta. O vínculo prévio entre os profissionais que implementaram e os usuários dos serviços contribuiu para que houvesse confiança no início, favorecendo a adesão.

Esse percurso, no entanto, também foi marcado por resistências (CANDELORO, 2025). Os profissionais responsáveis pela implementação relataram dificuldades em sensibilizar colegas, especialmente psiquiatras, que expressavam receio de que os grupos pudessem incentivar a interrupção do tratamento farmacológico. Também foram percebidas resistências veladas em serviços com alta rotatividade de usuários, equipes médicas numerosas, mas que encaminhavam poucos ou nenhum participante para os grupos. Apesar das resistências, os grupos se sustentaram pela insistência e criatividade dos integrantes, encontrando alternativas para garantir sua continuidade mesmo diante da falta de encaminhamentos ou de apoio institucional.

Nas entrevistas com profissionais, observou-se que a consolidação desses espaços abriu caminho para transformações importantes. Após o período inicial de implementação e adaptação, participantes que inicialmente se mostravam reservados começaram a assumir papéis de liderança, acolhendo novos integrantes, oferecendo apoio aos pares e tornando-se co-facilitadores dos encontros grupais.

A criação dos grupos não só repercutiu na vida das pessoas que ouviam vozes como também impactou na atuação dos profissionais. Os profissionais, atentos à estrutura de poder implícita na dinâmica do serviço, se esforçaram para que essa estrutura fosse diluída e para que o Grupo de Ouvidores de Vozes fosse diferente de outros grupos terapêuticos oferecidos, tornando-se um grupo em que as pessoas com experiência vivida tivessem maior protagonismo (CANDELORO, 2025).

Os profissionais relataram que, no início, precisaram atuar como uma "incubadora da autonomia", dada sua centralidade inicial na dinâmica grupal até que as pessoas com experiência vivida estivessem preparadas para liderar. No começo, os participantes frequentemente recorriam aos profissionais, esperando que respondessem ao que era dito. Com o tempo, os facilitadores buscaram estratégias para reduzir sua presença e protagonismo. Alguns passaram a permanecer em silêncio durante os encontros, sinalizando que não iriam opinar; outros deixaram de comparecer em algumas ocasiões, incentivando que os participantes assumissem a condução do grupo. Destacou-se a importância de reconhecer lideranças entre os participantes e ampliar gradualmente suas responsabilidades como cofacilitadores.

Os profissionais entrevistados demonstraram preocupação em promover maior horizontalidade nas relações. A auto revelação surgiu como estratégia importante para alcançar esse objetivo. Embora não ouvissem vozes, profissionais passaram a compartilhar, no grupo, dificuldades do cotidiano, expressando seus próprios sofrimentos e se colocando também como seres humanos que sofrem.

A percepção de que era necessário que o profissional compartilhasse suas próprias experiências para promover horizontalidade, levou a dilemas e contradições internas sobre a maneira com que relatariam suas vivências e quais eram os limites disso. Portanto, inicialmente passaram a relatar experiências do cotidiano, sem profundidade ou complexidade. No entanto, ao partilhar seus problemas, os profissionais se sentiram realmente ajudados pelos membros do grupo e, a cada encontro, se sentiam mais confortáveis para compartilhar questões mais íntimas. Para estes profissionais, os grupos se tornaram um espaço em que também se sentem ajudados e acolhidos (CANDELORO, 2025). Com isso, passaram a reconhecer o grupo não apenas como uma atividade profissional, mas também como um espaço de cuidado e aprendizado pessoal.

A Contribuição dos Grupos de Ouvidores de Vozes para o Cuidado em Saúde Mental

Com o objetivo de analisar o papel dos Grupos de Ouvidores de Vozes como suporte por pares, foram gravados e transcritos dez encontros de um grupo que, no momento da pesquisa, estava em funcionamento havia dois anos em um CAPS (RUFATO et al., 2021). O grupo oferecia um espaço seguro e acolhedor. No início de cada encontro, os pares se revezavam na leitura do contrato grupal, explicando objetivos, regras e reforçando o respeito mútuo e a liberdade para compartilhar experiências com as vozes, sem julgamentos. Essa postura favorecia o relato de histórias de sofrimento e a oferta de apoio emocional, como encorajamento, solidariedade e reconhecimento da dor alheia.

O suporte por pares também se expressava na busca de significados para a experiência de ouvir vozes e no compartilhamento de estratégias de enfrentamento (RUFATO et al., 2021). Durante os encontros, os participantes faziam perguntas que aprofundavam os relatos, ofereciam interpretações baseadas em vivências semelhantes e trocavam estratégias para lidar com as vozes. Também incentivavam a busca de apoio fora do grupo, envolvendo familiares e amigos. Ao compartilhar experiências positivas, transmitiam esperança e mostravam ser possível ter uma vida significativa e ativa na comunidade, mesmo ouvindo vozes.

A análise das transcrições dos encontros dos GOV indicou que eles contribuíram para a ampliação das redes de suporte social (RUFATO; CORRADI-WEBSTER, 2024). O grupo apareceu como rede de apoio essencial, sobretudo diante da falta de outros vínculos significativos. Muitos participantes relataram nunca ter compartilhado suas experiências por medo de julgamento, encontrando no grupo acolhimento, pertencimento e validação. A identificação entre pessoas com vivências semelhantes possibilitou a expressão de histórias silenciadas, rompendo com o isolamento. Além disso,

a participação pontual de familiares no GOV ampliou a rede de apoio, por relatarem mudanças na forma de compreender a experiência do familiar. O grupo também incentivava a busca por novas redes de apoio, estimulando os participantes a se conectarem com amigos, profissionais ou vizinhos.

Também buscamos identificar se os participantes compartilhavam estratégias para lidar com as vozes (RUFATO et al., 2023). Foram reconhecidos cinco tipos principais: distração, manejo direto, apoio social, pertencimento comunitário e estratégias religiosas. A distração envolvia atividades como limpeza, leitura ou ouvir música; o manejo direto incluía dialogar com as vozes, ignorá-las ou evitar gatilhos. A busca por apoio social se dava por meio de familiares, colegas do grupo e profissionais dos serviços. Sentir-se parte da comunidade, por meio do trabalho ou da autonomia financeira, foi descrito como fonte de estabilidade. Estratégias religiosas também foram mencionadas, como orações e ressignificação espiritual das vozes. O compartilhamento dessas práticas favoreceu a construção coletiva de enfrentamentos e o fortalecimento da autonomia no processo de recovery.

Considerações Finais

Neste capítulo analisamos a implementação de Grupos de Ouvidores de Vozes em serviços de saúde mental de base comunitária (CAPS) no Brasil. Com base em duas experiências de implementação em municípios diferentes, apontamos para a importância do trabalho junto à gestão e aos profissionais do serviço, construindo a legitimidade e a importância da proposta, garantindo suporte para sua implementação e continuidade desta. Em nossa experiência, este suporte também foi buscado fora do serviço, apresentando a proposta para o Conselho Comunitário de Saúde e em eventos do município.

Além de acompanhar de perto duas implementações, também fomos conversar com profissionais que implementaram Grupos de Ouvidores de

Vozes em outros CAPS. Observamos que a iniciativa partiu deles próprios, geralmente com um perfil profissional engajado na construção de um cuidado em saúde mental de base comunitária e centrado na pessoa. Esses profissionais compreendiam que a proposta consistia na formação de um grupo de suporte por pares, facilitado por alguém com experiência vivida. No entanto, entendiam também que caberia a eles dar início ao grupo, atuando como uma espécie de "incubadora de autonomia", até que surgissem lideranças entre os participantes com potencial para assumir a facilitação.

Profissionais que implementaram os Grupos de Ouvidores de Vozes nos serviços estavam cientes das relações de poder intrínsecas ao contexto da saúde mental. Por isso, preocuparam-se em adotar diversas estratégias para promover maior horizontalidade nas relações e deixar de ocupar a posição central nos encontros. É fundamental que os profissionais responsáveis pela implementação tenham formação prévia em recovery e no HVM, a fim de evitar que os grupos sejam conduzidos como mais uma atividade terapêutica ofertada pelo serviço, centrada em diagnósticos ou sintomas. Essa formação é importante para que os grupos mantenham seu caráter de suporte por pares, e não se tornem espaços de psicoeducação voltados à adesão medicamentosa.

Sugere-se também que, ao decidir implementar um grupo de ouvidores de vozes no serviço, os profissionais comecem convidando todas as pessoas com experiência em ouvir vozes para participarem de um workshop introdutório sobre o HVM. Assim como os profissionais, as pessoas com experiência vivida devem ter acesso a uma formação inicial sobre a proposta. Isto poderia acelerar a formação de facilitadores e reduzir o tempo de espera até o surgimento de novas lideranças. Contribuiria para estabelecer uma relação mais simétrica entre profissionais e participantes, favorecendo uma maior horizontalidade nas interações, algo desejado pelos próprios profissionais.

A análise das transcrições mostrou que o grupo era um espaço de livre partilha de experiências, construção de sentidos sobre ouvir vozes, discussão de temas como o uso de medicamentos, troca de estratégias de manejo, apoio

mútuo, formação de vínculos e fortalecimento da autoaceitação. Entretanto, é importante que a participação seja voluntária. Em nenhum dos dois serviços onde realizamos a implementação, as pessoas eram obrigadas a frequentar o grupo sob pena de perder benefícios ou atendimento. A participação deve ser sempre voluntária, não apenas por favorecer o engajamento e o fortalecimento dos participantes, mas por ser um princípio inegociável dentro do paradigma do recovery, que valoriza o protagonismo da pessoa com experiência vivida.

Diante dos benefícios dos grupos, torna-se necessário que as políticas públicas ofereçam maior respaldo à sua consolidação e sustentabilidade. Isso inclui o investimento na formação de profissionais alinhados ao paradigma do recovery, ao suporte por pares e ao movimento dos Ouvidores de Vozes, preparando-os para implementar e manter esses grupos com apoio institucional e supervisão continuada. Também se faz necessário garantir recursos financeiros para oferecer ajuda de custo aos facilitadores pares, que atualmente atuam de forma voluntária. Esses facilitadores devem contar com formação específica e com espaços regulares de discussão e reflexão sobre a prática da facilitação, fortalecendo assim suas ações.

Diversos países ao redor do mundo vêm reorganizando a assistência em saúde mental, com o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos e a construção de redes de atenção psicossocial de base comunitária. No entanto, ainda é necessário avançar na consolidação dessas redes e na qualificação dos serviços oferecidos. O suporte por pares contribui para o fortalecimento do protagonismo das pessoas com experiência vivida, oferecendo recursos para lidar com o sofrimento, ampliar a rede de apoio e enfrentar o estigma. Os Grupos de Ouvidores de Vozes são uma estratégia reconhecida, inclusive pela Organização Mundial da Saúde, como eficaz para apoiar pessoas que ouvem vozes a lidar com essa experiência e construir sua trajetória de recovery.

A experiência brasileira oferece contribuições sobre como construir práticas emancipatórias baseadas no suporte por pares, valorizando a diversidade e consolidando novos modos de protagonismo em saúde mental.

A inserção de Grupos de Ouvidores de Vozes em serviços de saúde mental de base comunitária é viável e a experiência brasileira pode servir de inspiração para sua adaptação em outros contextos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAKER, P. **The voice inside:** a practical guide to coping with hearing voices. Lewis, Scotland: P&P, 2009.

CANDELORO, N. S. V. **Características da implementação de grupos de ouvidores de vozes no Brasil**. 2025. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2025.

CORRADI-WEBSTER, C. M. et al. Peer support in Brazil: experiences and strategies of inclusion, empowerment and citizenship. **Journal of Public Mental Health**, [s. l.], v. 22, n. 3, p. 98–108, 2023.

CORRADI-WEBSTER, C. M. et al. A reflection on the role of individuals with lived experience in shaping the Brazilian psychiatric reform. **Irish Journal of Psychological Medicine**, [s. l.], p. 1–7, 2025.

CORRADI-WEBSTER, C. M.; LEÃO, E. A.; RUFATO, L. S. Colaborando na trajetória de superação em saúde mental: grupo de ouvidores de vozes. **Nova Perspectiva Sistêmica**, [s. l.], v. 27, n. 61, p. 22–34, 2018.

CORRADI-WEBSTER, C. M.; RUFATO, L. S.; LEÃO, E. A.; BIEN, C.; REIS, G. Grupo de ouvidores de vozes: experiências de um grupo de suporte de pares em contexto brasileiro. **Revista Iberoamericana de Psicología**, [s. l.], v. 14, n. 2, p. 85–92, 2021.

CORRADI-WEBSTER, C. M.; RUFATO, L. S.; SEABRA, E. R. Peer support in Brazil: experiences and strategies of inclusion, empowerment, and citizenship. Journal of Public Mental Health, v. 3, p. 340-354, 2023.

CORSTENS, D. et al. Emerging perspectives from the Hearing Voices Movement: implications for research and practice. **Schizophrenia Bulletin**, [s. l.], v. 40, n. 4, p. S285–S294, 2014.

COUTINHO, P. J. R. **Implementação de um grupo de ouvidores de vozes em serviço de saúde mental comunitário**. 2025. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2025.

CRUZ, N. F. de O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 18, n. 3, e00285117, 2020.

DAVIDSON, L. et al. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. **World Psychiatry**, [s. l.], v. 11, n. 2, p. 123–128, 2012.

DIMENSTEIN, M. et al. Saúde mental em municípios de baixo desenvolvimento: estudo avaliativo da RAPS no Nordeste. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, [s. l.], v. 13, n. 37, p. 113–137, 2021.

EVANS, M. **Peer support services reaching people with schizophrenia:** considerations for research and practice. Cham: Springer, 2023.

FIGUEIRÓ, R. A.; DIMENSTEIN, M. O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura? **Fractal: Revista de Psicologia**, [s. l.], v. 22, n. 2, p. 431–446, 2010.

JONES, N.; MARINO, C. K.; HANSEN, M. C. The Hearing Voices Movement in the United States: findings from a national survey of group facilitators. **Psychosis**, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 106–117, 2015.

OLIVEIRA, M. M. et al. Ouvidores de vozes no Brasil: as sementes do movimento. **Journal of Nursing and Health**, [s. l.], v. 8, e188424, 2018.

RUFATO, L. S.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Grupo de ouvidores de vozes: tecendo redes de suporte social em momentos desafiadores. **Caderno Pedagógico**, [s. l.], v. 21, e8171, 2024.

RUFATO, L. S. et al. Suporte de pares em saúde mental: grupo de ouvidores de vozes. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, [s. l.], v. 13, p. 156–174, 2021.

RUFATO, L. S. et al. Strategies for the management of voices shared in a Brazilian hearing voices group. **Psychiatric Quarterly**, [s. l.], v. 94, p. 1–15, 2023.

SAMARA, M. T. et al. How many patients with schizophrenia do not respond to antipsychotic drugs in the short term? **Schizophrenia Bulletin**, [s. l.], v. 45, n. 3, p. 639–646, 2019.

SHEAVES, B. et al. The challenges and opportunities of social connection when hearing derogatory and threatening voices. Psychology and **Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, [s. l.], v. 94, n. 2, p. 341–356, 2020.

TARPANI, B. (dir.). **Ouvidores de vozes**. 2017. 1 vídeo (documentário). Produção de L4 Filmes; Canal Futura. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=DrzWKWeg_PI. Acesso em: 28 fev. 2026.

VANDONI, M.; D'AVANZO, B.; BARBATO, A. The transition towards community-based mental health care in the European Union: current realities and prospects. **Health Policy**, [s. l.], v. 144, 105081, 2024.

CAPÍTULO 20

"NÃO CONHEÇO E NEM QUERO CONHECER": COMPREENSÃO DA VIZINHANÇA DE UM CAPSAD SOBRE O TRATAMENTO DE PESSOAS QUE FAZEM USO DE SUBSTÂNCIAS

Renata Fabiana Pegoraro, Sophia Luiza Jager Silva e Dayanna Lorrainy Rodrigues Barbosa

O Centro de Atenção Psicossocial é um serviço para tratamento do uso de álcool e outras drogas (CAPS ad), alinhado aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e na perspectiva da Redução de Danos. Os CAPS, por seu caráter substitutivo, tornaram-se os principais dispositivos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), permitindo a transição de uma assistência marcada por internações de longa permanência para o modelo de atenção psicossocial. Por serem serviços abertos e territoriais, as atividades promovidas pelos CAPS devem construir uma rede de relações com a comunidade na qual as pessoas assistidas estão inseridas, favorecendo os processos de autonomia dos usuários (CÉZAR; MELO, 2018). A lei 10216 do ano de 2001 garante que o cuidado em saúde mental no Brasil deve ser realizado prioritariamente por serviços territoriais, como o CAPS, eliminando como forma de tratamento a internação de longa permanência, e permitindo a internação de curto/médio prazo quando os recursos de

cuidado comunitário estiverem esgotados. A partir da Portaria 3088/2011 a constituição de serviços que promovam o cuidado em saúde mental alinhados em rede (a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS) é garantida como forma de atenção integral, de acordo com a necessidade das pessoas em sofrimento psíquico, incluindo aquelas que experienciam prejuízos pelo uso de uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Antes do modelo CAPS de cuidar, a atenção a pessoas que faziam uso de drogas era restrita à modalidade de internações hospitalares em serviços particulares, públicos ou conveniados com o poder público. Além de leitos hospitalares, a partir da década de 1960, surgiram no Brasil as chamadas "comunidades terapêuticas" (também conhecidas como "fazendinhas") que reproduziam a internação prolongada, estavam assentadas na abstinência e também em preceitos religiosos, apresentando-se como opção para aqueles que voluntariamente ou por intenção familiar buscavam afastar-se do uso de substâncias (AMARANTE, 2017). Outras opções buscadas por pessoas ou familiares de pessoas que usam drogas eram os Alcoólicos Anônimos, que funcionam em diversos municípios, e em menor número os Narcóticos Anônimos, ambos ancorados na metodologia dos 12 passos e na perspectiva da abstinência. Percebe-se, assim, que o poder público, no Brasil, ocupou-se tardiamente, com a criação dos CAPSad, um espaço de cuidado que não fosse o da internação e da abstinência como critério de admissão e meta a ser atingida no tratamento, pautando-se em um cuidado na lógica da redução de danos.

No Brasil, a redução de danos estava associada inicialmente à troca de seringas e outros cuidados dirigidos a pessoas no auge da epidemia de HIV-AIDS. Com a criação dos CAPS ad, a redução de danos, na perspectiva da RPB, aponta para a necessidade de construção de nova compreensão sobre os usuários, também sujeitos de direitos, que passam a ser assistidos no território, na perspectiva do fortalecimento de vínculos, da participação social e de sua inclusão nas decisões sobre seu tratamento (PRUDÊNCIO, 2017).

Partindo da ideia de que não se pode alcançar a utopia de uma sociedade sem drogas, a RD propõe mitigar prejuízos, físicos e sociais, decorrentes do uso de álcool e outras drogas, sem a imposição da abstinência e buscando uma melhoria de qualidade de vida, bem como a apropriação pelo usuário de seus direitos de cidadania (PIRES; SANTOS, 2021; NEVES, 2017). Dessa forma, as estratégias de cuidado realizadas em CAPS ad protagonizam o usuário, que é/deve ser um sujeito ativo em seu tratamento. Além disso, os CAPS devem levar em consideração o contexto em que o usuário está inserido, trabalhando em conjunto com a família e a comunidade (QUINTAS; TAVARES, 2020).

Além de ofertar cuidados clínicos, o CAPS utiliza estratégias de reabilitação psicossocial com o objetivo de transformar a forma como a comunidade se relaciona com a loucura, bem como garantir a participação social dos usuários. Assim, faz-se necessária a articulação de uma rede de suporte social, tendo o território como cenário principal das ações. No entanto, tal processo se depara com impasses e desafios, tais como a escassez de atividades que permitam a reinserção pelo trabalho/geração de renda, o distanciamento das famílias, pouco investimento público para ampliação e aperfeiçoamento desses serviços e o estigma atribuído aos usuários do serviço (ALMEIDA; ARRUDA, 2019). Não raramente, no entanto, tem sido observado que os serviços têm estado en-*caps*-ulados, isto é, têm ofertado atividades no espaço físico da própria unidade, em desarticulação com outros pontos de cuidado seja da rede pública de saúde, seja de parceiros no território como ONGs e espaços comunitários de lazer e cultura.

Prudêncio (2017) destaca a necessidade de um cuidado realizado no território de modo transversal, integral e com respeito à história, cultura e vínculos dos usuários. O estigma associado ao usuário de substâncias precisa ser enfrentado tanto ao se debater, no espaço público, o significado das drogas, quanto com o desenvolvimento de ações em rede, para o fortalecimento de vínculos formais (instituições públicas, privadas ou ONG vinculadas à políticas

públicas) e informais (familiares, amigos, vizinhos, comércio, espaços de lazer e cultura) no território.

A respeito do estigma, vale ressaltar sua relação com a segregação do usuário de drogas de espaços da vida cotidiana (BARROS; SERPA, 2023; SANCHES; VECCHIA, 2020). Esse termo é definido por Goffman (1988) como um atributo profundamente depreciativo, que diferencia o sujeito dos demais, e que pode, simultaneamente, confirmar a normalidade desse outro. Há, no caso do uso de drogas, conotação moral, que provoca uma estigmatização do usuário, constituindo obstáculos para sua circulação em espaços sociais (SANCHES; VECCHIA, 2020) relacionada à lógica proibicionista de "guerra às drogas", que amplia o poder punitivo direcionado aos usuários de substâncias psicoativas. Não se trata, verdadeiramente, de uma guerra às drogas, mas sim de uma guerra às pessoas, principalmente as marginalizadas, e que objetiva o controle social, via apreensão ou via extermínio (ALMEIDA; AMARAL, 2017).

Costa e Faria (2021) apontam para a lenta incorporação do cuidado ao usuário de drogas pelo campo da Saúde Mental no Brasil, propiciando uma marginalização desta área quando comparada à abordagem dos chamados transtornos mentais gerais. Uma consequência disso seria a presença dos principais retrocessos manicomiais, influenciados por interesses econômicos e pela ascensão conservadora e fundamentalista religiosa, justamente no campo referente ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. Um desses retrocessos manicomiais refere-se à crescente ascensão das Comunidades Terapêuticas (CTs), que têm ganhado um espaço cada vez maior nas políticas públicas referentes a álcool e outras drogas, por meio de financiamentos públicos, inclusão na Rede de Atenção Psicossocial em 2011 (através da Portaria GM/MS nº 3.088/2011, atualizada pela Portaria GM/MS nº 3.588/2017 e revogada pela Portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023) e criação do Departamento de Apoio às Comunidades Terapêuticas em janeiro de 2023, junto ao Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, cuja extinção é recomendada pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2023).

Dessa forma, o atual momento político demanda maior atenção à temática de álcool e drogas, com a recrudescência de ideais da RPB e do enfraquecimento da RD como orientadora de práticas em saúde. Amarante (2017) nos adverte sobre a dimensão sociocultural da RPB, ou seja, a necessidade de transformar o lugar social da loucura. Para tal, são estratégicas ações para transformar o imaginário social sobre o louco muitas vezes relacionado à periculosidade – e neste caso, sobre as pessoas que buscam tratamento em função de uso prejudicial de substâncias, sobre as quais recai ainda estigma de vagabundagem/desocupação/falta de vontade. Um dos problemas para o avanço da RPB é o desenvolvimento de ações fora dos muros do CAPS, ou seja, a articulação do cuidado em território e o suporte para fortalecimento da rede de apoio ao usuário.

Nesse sentido, tendo em vista o fato de que cada espaço social possui sua própria história, cabe às equipes de serviços territoriais compreendê-la, sendo também fundamental considerar a violência estrutural a que os usuários estão submetidos. Assim, é de suma importância a disponibilidade do serviço para iniciativas que objetivem construir redes, articulando o dentro e o fora, criando maneiras de resistir às violências que os usuários enfrentam sem, contudo, fornecer a tutela e a proteção como únicas saídas (ALMEIDA; ARRUDA, 2019).

Em função do que foi exposto, esta pesquisa foi orientada pela pergunta: Quais concepções sobre os usuários de CAPS ad e o tratamento ofertado por esse serviço segundo sua vizinhança? A pergunta foi formulada a partir da ausência, na literatura, de pesquisas que investigaram, junto à comunidade na qual o CAPS se insere, qual a finalidade do serviço e seu público-alvo. Mas considerando-se que a reabilitação psicossocial e a reinserção social são pilares da atenção em liberdade, como defendido pela RPB, e que a Rede de Atenção Psicossocial prevê cuidados realizados em articulação com o território, torna-se relevante entender as concepções da comunidade do entorno do CAPS sobre usuários e o serviço. Diante disso, o objetivo deste capítulo foi compreender

os sentidos produzidos pela vizinhança de Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas sobre o tratamento ofertado no serviço e seu público-alvo.

Cenário e participantes da pesquisa

No ano de 2014 existiam, no município onde a pesquisa foi desenvolvida, dois CAPS ad, um localizado no bairro A, vinculado à prefeitura municipal (CAPS-A), e outro no bairro B (CAPS-B), vinculado à universidade federal. No Bairro A, de caráter residencial, moravam pessoas de classe média e famílias de maior poder aquisitivo do que no Bairro B, onde os imóveis residenciais eram de menor porte, a população de camadas populares e havia comércio intenso (como distribuidoras de bebidas, tabacarias, barbearias, lanchonetes, lojas de roupas e restaurantes).

A associação de moradores do Bairro A realizou mobilizações e colheu abaixo-assinados alegando que o CAPS ad não realizava o atendimento dos usuários e que a insegurança havia tomado conta do bairro. Essas queixas estavam relacionadas, em parte, à existência de usuários que pernoitavam em frente ao CAPS, ao consumo de substâncias a céu aberto e à possibilidade de assaltos e outras violências, conforme estudo de Silva (ano) que analisou reportagens em mídias locais sobre essas movimentações. Muitas casas foram colocadas à venda ou para alugar no entorno do CAPS do Bairro A, dando ares de espaço abandonado nas ruas do entorno do serviço.

No ano de 2018, o CAPS ad do Bairro B, ligado à universidade, teve seu funcionamento encerrado e o imóvel onde o serviço funcionou por muitos anos recebeu a equipe do CAPS do bairro A, deslocada para lá após as mobilizações envolvendo a associação de moradores. O município passou, neste momento, a ter em funcionamento um único CAPS ad, de tipo III, localizado no Bairro B, cuja equipe multiprofissional era composta pelos antigos profissionais do CAPS do Bairro A.

Nesse cenário, no ano de 2023 foi realizada uma pesquisa com 26 adultos residentes em um município com mais de 500 mil habitantes no Estado de Minas Gerais, Brasil, sendo 15 pessoas residentes no Bairro A (onde havia funcionado um CAPS ad por cerca de quatro anos) e 11 pessoas que residiam ou trabalhavam no Bairro B (para onde a equipe do CAPS ad foi transferida). No Bairro A foram entrevistadas 14 mulheres e um homem, sendo uma entrevistada na casa dos 20 anos e os demais entre 52 e 73. Dois entrevistados eram autodeclarados pardos e os demais brancos, com ensino médio completo e ensino superior em sua maioria, residindo no bairro entre cinco e 40 anos. Foi realizado o convite a partir da técnica de bola de neve, com sugestão de nomes de moradores que experienciaram a mobilização para a mudança do CAPS e as entrevistas foram realizadas nos domicílios dos participantes. A segunda etapa da pesquisa foi realizada com 11 moradores do Bairro B, que residiam ou trabalhavam ali entre seis meses e 42 anos, sendo cinco mulheres e seis homens, entre 24 e 83 anos; três autodeclarados brancos, quatro pretos, três pardos e um preferiu não declarar; escolaridade fundamental incompleto e ensino superior incompleto em sua maioria.

O projeto foi avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CAAE: 59025722.1.0000.5152) e todos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias antes da audiogravação das entrevistas, as quais foram realizadas sem seus domicílios ou, no caso de alguns participantes da segunda etapa, em um local público, aberto e amplo, garantindo a privacidade e preservação de identidade.

Como critério de inclusão, os participantes deveriam ser maiores de 18 anos, residir em domicílios particulares permanentes (DPP) no bairro, ou seja, domicílios que servem unicamente para habitação/ moradia para uma ou mais pessoas (IBGE, 2010) na área de abrangência do estudo; ou, no caso da etapa 2, trabalhar em pontos de comércio localizados na área de abrangência.

Os roteiros utilizados como guia para condução das entrevistas, realizadas em 2023, investigaram tempo de moradia/trabalho no bairro, se o/a entrevistado/a

conhecia o CAPS ad (tipo de atendimento prestado, finalidade do serviço, que pessoas buscavam atendimento no CAPS), sua avaliação sobre os tipos de tratamento existentes para pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Após transcrição literal e análise temática de conteúdo inspirada em Braun e Clark (apud SOUZA, 2019), destacaram-se categorias, apresentadas a seguir.

Os "efeitos colaterais" da instalação do CAPS ad: insegurança e medo frente ao estigma de dependente-criminoso

Uma intensa movimentação, por parte da vizinhança do CAPS ad instalado no Bairro A, aconteceu em direção à transferência do serviço para outro bairro, como a comunicação com a prefeitura, a busca pela mídia local e a coleta de assinaturas em abaixo-assinados. A princípio, os vizinhos não seriam contrários a ações de saúde, mas a que elas acontecessem naquele território e dos "efeitos colaterais" gerados pela presença do CAPS naquele bairro:

> [...] dava um efeito colateral no bairro. Assim, eles [equipe] podiam fazer uma tentativa de melhorar a saúde deles, mas dava um efeito colateral para as pessoas que estavam em volta [...] a gente teve reunião com a prefeitura, mas nada de retorno positivo. E aí a gente partiu para o abaixo assinado, chegou a ir para a TV, a TV ia lá fazia entrevista com o pessoal perto, [...] teve gente que ajudou a gente a falar com o promotor, fomos lá pessoalmente, levamos o abaixo assinado, argumentamos, mostramos fotos de como era a situação ali, fotos de barracas, muito lixo, objetos que eles guardavam, tiravam fotos [...] (E5, Bairro A).

Dentre esses "efeitos colaterais" estavam o incômodo e a sensação de insegurança frente à presença das pessoas assistidas pelo CAPS, muitas delas em situação de rua e que permaneciam no bairro, por vezes chegando a "bater na porta da gente, pedir, e se a gente não desse ficava bravo, fazia mal criação

com a gente, ameaças, xingava…" (E6, Bairro A). Além de pedidos feitos em algumas residências, havia receio de assaltos: "eu já fui assaltada, creio, não sei te informar certamente, se foi um deles, mas provavelmente sim" (E8, Bairro A) e de atos violentos, cuja associação com as pessoas em tratamento no CAPS foi questionada em alguns depoimentos:

> Já chegou vezes de eu ter que desviar o caminho, porque tinha meu neto, eles [pessoas assistidas pelo CAPSad] cercavam, eu não sei o que acontecia lá, eles cercavam de paulada e quem tentava passar, eles sentavam, quebravam o carro. Aquele quarteirão ali [onde funcionava o CAPS] ficou terrível, entendeu? (E6, Bairro A).

> Um roubo ou alguma coisa por aqui, as pessoas já associavam que eram essas pessoas que estavam no CAPS que estavam fazendo essas coisas. Muitas vezes, nem tinha nenhum embasamento que eram essas pessoas, mas todo mundo já julgava, estigmatizava essas pessoas (E3, Bairro A).

No Bairro B, as entrevistas também apontaram a compreensão de pessoas que realizam tratamento no CAPSad como dependentes químicos, associados à situação de rua e à criminalidade: "esse pessoal que fica usando droga na rua" (E2, Bairro B) ou "muita gente que pratica coisa errada... quem sai da cadeira vem para cá" (E11, Bairro B). Apontando, portanto, uma configuração de dependente-criminoso, com o qual há receio de se "misturar": "Parece que a gente fica até com medo de entrar lá [no CAPS ad]..." (E9, Bairro B), pois no CAPS ad "Trabalham com dependente químico, não é [...] E com isso, acho que vem muito drogado, muita gente que pratica coisa errada [...]. Que rouba, que às vezes assalta as pessoas, o pessoal fala" (E11, Bairro B). Essa associação com a violência e criminalidade, no entanto, não se sustenta, quando houve algum contato com os usuários: "Mas eles não são pessoas de mexer com ninguém, nunca ouvi falar" (E9, Bairro B).

> Não, nunca vi um caso concreto. Mas falam que é perigoso, que agora o bairro está correndo risco porque tem muita gente, tem perigo de

> assalto. Mas nunca vi, não [...]Mas eu mesma já dei algumas coisas aqui, já abri o portão, já atendi, já dei alguma coisa de comer, mas não [aconteceu nada]. É porque a gente ficava tendo preconceito, não é? Por conta do jeito que a pessoa estava, o jeito que está vestido. Você acaba julgando mal, às vezes (E11, Bairro B).

A visão estereotipada do usuário que frequenta o CAPS, de acordo com as entrevistas realizadas, dialoga com a expectativa de que todo usuário seja alguém que não trabalha devido aos efeitos provocados pelo uso da substância e que, em virtude disso, tem disponibilidade para estar no serviço todos os dias. (FIGUEIRO; DIMENSTEIN, 2020). Os sentidos produzidos sobre os usuários de substâncias assistidos pelos CAPS estão ligados à criminalidade e à vulnerabilidade, sustentando e ampliando sua exclusão. Ações de cuidado a esse público, portanto, requerem interlocução intersetorial, sendo insuficientes o que os serviços do setor saúde conseguem propor (FIGUEIRO; DIMENSTEIN, 2020). O CAPS instalado no Bairro A, por exemplo, tinha grupos terapêuticos em "horário do trabalhador", iniciando às 19 hs, para acolher aqueles que mantinham suas jornadas diárias em atividades laborais, perfil que não aparece no discurso dos entrevistados. Na contramão da percepção dos entrevistados, os serviços CAPS deveriam ser pautados por um cuidado personalizado, traduzido por Projetos Terapêuticos Singulares (RODOVALHO; PEGORARO, 2016), que orientem os cuidados ofertados pela equipe de acordo com as possibilidades e desejos do usuário naquele momento de vida. Outro ponto que se destaca dessa visão estereotipada é a associação dos usuários à criminalidade presente durante muitas décadas nos sentidos partilhados socialmente, no Brasil, sobre uso de drogas, remontando ao período da escravização, com o uso de maconha e álcool pela população negra (CFP, 2019).

CAPS ad, esse desconhecido: o CAPS como albergue e a culpabilização individual

O CAPSad surge, no discurso dos entrevistados, como um serviço desconhecido em seu funcionamento e propósito: "Não conheço e nem quero conhecer" (E3), "Conheço por fora" (E7, Bairro B), "[Conheço] de passar ao lado" (E5, Bairro B), "Não [conheço], mas vejo falar" (E5, Bairro B). Alguns entrevistados demonstraram não saber que aquele serviço tem como foco o atendimento de usuários de substâncias, destacando a possibilidade de cuidados psicológicos de modo mais amplo: "Acredito que seja para ajudar as pessoas que eventualmente tenham essas doenças mais relacionadas às questões psicológicas" (E1, Bairro B). Além disso, por ser gratuito, e poder, portanto, "ajudar quem tem menos condição" (E8, Bairro B), o CAPS aparece com um viés assistencialista, para "as pessoas de baixa renda e quem realmente precisa. E não só as [pessoas] que bus*cam, mas os familiares em si"* (E6, Bairro B). O CAPS vai sendo desenhado no discurso de alguns entrevistados como um serviço para quem não pode arcar com custos particulares de um tratamento. Figueiro e Dimenstein (2019, 2020) alertam para a vergonha que muitas famílias sentem em publicizar um tratamento, levando aquelas com recursos a optarem por médicos ou clínicas particulares e comunidades terapêuticas, longe do julgamento de pessoas de seu círculo social.

O desconhecimento sobre o CAPS ad estava presente também em relatos de moradores que ali estavam desde a fundação do bairro, e que acompanharam as transformações ocorridas no serviço, cujo prédio já foi sede de outros pontos de atenção à saúde: "Já tem muito tempo, desde quando mudou [para cá]. Antigamente era [...], o pronto-socorro" (E2, Bairro B).

> Conheço só de ouvir falar. [...] Eu sei que são [pacientes] adultos, mas não sei tão detalhado como é. [...] [Conheço] desde que foi formado. Aquele espaço era usado para outra finalidade, daí depois,

> com essa política dos CAPS, que inaugurou aqui. [...] Às vezes eu vejo ambulância chegando. Mas tudo muito superficial, não sei detalhado o que acontece. (E1, Bairro B)

Três entrevistados do Bairro B conheciam o funcionamento de outro CAPS, em virtude de problemas enfrentados por familiares, naquele ou em outro município, e vincularam o CAPS ad à possibilidade de atendimento psicológico gratuito (E6, Bairro B), e destacando a oferta de atividades como oficinas e orientações a pacientes e familiares.

Os entrevistados do Bairro A também desconheciam como o tratamento acontecia, ainda que supusessem a presença de médicos e psicólogos na equipe, e associavam o CAPS a um albergue, que deveria permitir o pernoite e oferecer vagas para todos em tratamento. Como isso não ocorria, surgia dessa constatação a ideia de que o serviço não cumpria sua missão: "Eles atendiam as pessoas, né? Só que não tinha pouso, não tinha lugar para eles dormirem. [...] eles dormiam nas casas abandonadas, nas casas vizinhas ou passeios, faziam muita algazarra, muita bagunça. Então, houve muita reclamação na época" (E2, Bairro A). Essa falta de compromisso em cumprir a missão que se acreditava ser a do CAPS-albergue foi a base da movimentação em torno da transferência do serviço para outro bairro, justificada por mau uso do dinheiro público pago aos funcionários, como um "cabide de emprego" (E5, Bairro A).

Essa aglomeração de usuários em frente ao CAPS não acontecia no bairro B. Dentre os entrevistados dessa localidade a ideia de um CAPS-albergue não existia, mas o desconhecimento sobre o funcionamento do CAPS também se destacou nos diálogos: "Na realidade, como que ele funcionava aqui, eu não sei, porque a gente via mesmo era os pacientes mais na porta. Mas, assim, a dinâmica de funcionamento, eu não tenho conhecimento disso." (E 12, Bairro A); "[...] eu não sei assim, como oficialmente ele funcionava: se tinha psicólogo, se tinha atendimento médico… não sei assim falar como era o atendimento interno. Eu sei que eles iam e ficavam lá, né? Não sei se tinham atividades" (E1, Bairro A).

Outro depoimento descreve a uma opção de cuidado semelhante aos leitos de hospitalidade noturna, os quais funcionavam no CAPS, mas eram desconhecidos por parte da entrevistada:

> Eu acho que algumas... não é internada, mas é, por exemplo, eu acho assim quando eles possuem uma crise mais séria, que eles tivessem, dois, três dias, um lugar para ficarem, no CAPS mesmo. Não é internar no Hospital ou em lugar nenhum não, mas que eles tivessem um lugar para ficar junto ao CAPS [...], um lugar que eles possam dormir, pudessem ficar durante o tratamento deles. (E2, Bairro A)

Dentre os entrevistados que acreditavam que o tratamento no CAPS destinava-se a pessoas que faziam uso prejudicial de álcool e outras drogas, percebeu-se a presença de uma perspectiva individualista sobre a questão, onde o usuário é culpabilizado por sua condição: "O tratamento é bom, porém depende do paciente. Se ele quiser, ele resolve e se ele não quiser..." (E5, Bairro B); "Quem quer, adere. Acho que é uma boa para quem quer. Vai de cada um, de quem quer ser tratado" (E4, Bairro B). Tais falas refletem a ideia de que o indivíduo é o único responsável por seu tratamento, ignorando as questões sociais que permeiam o uso prejudicial de álcool e outras drogas. Nos sentidos produzidos sobre o uso de substâncias a determinação social desse fenômeno não se faz presente (RONZANI et al., 2023), persistindo a perspectiva individual que culpabiliza o sujeito pelo uso, revelando, em último caso que apenas o punitivismo seria a solução, novamente relacionando a um ato criminoso – a ser corrigido pela punição: "Acho que o cara que usa droga, o tratamento dele devia ser é chicote em cima [risadas]" (E3, Bairro B).

Outra perspectiva individual recai sobre a possibilidade de resgate da pessoa que usa droga, eliminando o uso da droga, portanto, marcando a abstinência como solução: " Eles dão o tratamento para tentar resgatar a pessoa, não é?[...] Eliminar o uso da droga, tentar ressocializar." (E2, Bairro B).

Trabalho, religião e abstinência: as comunidades terapêuticas como solução?

Com relação ao conhecimento acerca de outros locais voltados ao tratamento de quem faz uso prejudicial de álcool e outras drogas, alguns entrevistados disseram não conhecer outros espaços nada além do CAPSad e outros apontaram o Alcoólicos Anônimos como possível espaço de tratamento. Uma delas, ao ser questionada acerca das diferenças entre o AA e o CAPSad, uma delas disse ser "a mesma coisa" (E10, Bairro B), demonstrando mais uma vez o desconhecimento acerca do serviço.

Além do AA, as Comunidades Terapêuticas (CT) apareceram como alternativa de tratamento para uso de substâncias, sendo utilizados para designar esses locais nomes como "casa relacionadas à igreja" (E1, Bairro B), "chácaras" (E6, Bairro B), "clínicas de reabilitação" (E8, Bairro B), "casas de recuperação" (E5, E11, Bairro B). Uma diferença entre as CTs e o CAPSad apontada pelos entrevistados foi a "a questão da evangelização, a palavra de Deus" (E1, Bairro B); "o lado religioso, que eu acho muito importante [...]. Aqui [no CAPSad] já não tem o lado religioso, é mais social e psicológico" (E11, Bairro B). Outro aspecto apontado foi o preço a ser pago pelo tratamento: "Eu sei que o CAPS é gratuito e essas outras clínicas, não" (E8, Bairro B).

A terceira diferença mencionada foi o trabalho, presente na proposta das CT: "Tem umas que eles trabalham, que eles ensinam profissão, que eles fazem tijolo. Agora aqui [no CAPSad], eu não sei o que fazem." (E11, Bairro B); "Lá eles têm contato com algumas empresas, para que os usuários trabalhem. Aí ele não vai ter tempo para [usar] [risadas], ele vai cansar" (E2, Bairro B).

Por fim, o último aspecto comentado pelos entrevistados sobre o que diferencia os CAPS das CT foi a internação: "Então aquilo também é um tratamento para a pessoa porque ela sai fora, não é? Eles ficam internados" (E4, Bairro B); "A diferença que eu sei é que lá [nas CT] é mais intenso. A

pessoa dorme e fica internada, como se estivesse em hospital mesmo" (E11, Bairro B); "Esses [as CT] eu sei que ficam hospedados, ficam meses longe e com medicamento" (E8, Bairro B). A localização desses espaços, distanciando a pessoa de seu círculo de relações, pode afastar do uso das drogas:

> Seria uma internação, um local mais afastado de locais que atraem as drogas para eles, [...] porque o usuário de droga, ele não pode ver, ele fica tentado, então, você não pode deixá-lo perto de locais que têm possibilidade de ele usar as drogas, tem que ficar mais distante, em lugar de natureza, eu acho que isso faz bem para pessoa. E ali, ela tendo aulas, tratamento psicológico, espiritual é muito importante, usavam trabalho braçal também, porque eu acho que o organismo precisa disso. (E5, Bairro A)

Com uma ética e funcionamento diferentes do que se encontra nos CAPS, as CT são instituições asilares que prometem tratamento e cura ao usuário de álcool e outras drogas sem tratamento. Ocupando lacunas históricas causadas pela negligência estatal no que tange ao cuidado aos usuários de substâncias no Brasil desde os anos 1960 (Conselho Federal de Psicologia, 2019), as CT podem ser enquadradas no que Goffman (1974) caracteriza como instituições totais. Nessas instituições dá-se o isolamento dos usuários do mundo externo, sendo privados de liberdade e autonomia, além de perderem seus bens e seu papel civil. O modelo adotado em CT possui como base o trabalho, a disciplina e a espiritualidade, em que atividades laborais são tidas como terapêuticas; o interno deve seguir um conjunto de regras da instituição, incluindo a obrigatoriedade da abstinência e da reclusão; e a fé, principalmente cristã, é vista como recurso indispensável, seja para amenizar o sofrimento do indivíduo, seja para o seu enquadramento moral (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA [IPEA], 2017).

Considerações finais

Mesmo sem relatos concretos de conflitos entre os moradores e os frequentadores do CAPS, os entrevistados apresentaram o desejo de não interagir e não se aproximar deste grupo. Contudo, foi possível perceber, dentre o conjunto de entrevistados, que no Bairro B houve certa valorização do serviço CAPS, um equipamento público, sem custos, que poderiam ofertar atendimento psicológico à população. Assim, o CAPSad parece melhor aceito em uma região com menor poder aquisitivo, na qual o usuário de drogas parece ser "mais tolerado" do que em um bairro de classe média.

O fechamento de um dos CAPS ad do município teve implicações no acesso ao cuidado, ampliando o tempo de deslocamento e o custo para muitas pessoas assistidas por esse serviço. Essa ampliação do território sob responsabilidade do CAPS (que passou a incluir todo o município) impossibilitou que, em muitos casos, o cuidado acontecesse mais próximo do bairro onde residiam muitos usuários (ou do espaço urbano habitado pelos sujeitos em situação de rua), dificultando ainda o início e a continuidade do tratamento. Nas entrevistas o desconhecimento de atividades ou profissionais que integram a equipe CAPS pode ser relacionada à centralização da oferta de atividades de cuidado dentro do espaço onde o CAPS funciona.

Os rótulos atribuídos aos usuários do CAPS, que os associam à criminalidade, e a compreensão de que, muitas vezes, o serviço fracassa por não ter a função de albergue apontam para a necessidade de diálogo entre a equipe e a comunidade do entorno do serviço antes do início do funcionamento da unidade e durante seu tempo de existência. O predomínio de compreensões que ligam o tratamento (e seu sucesso) à abstinência também apontam para uma compreensão cristalizada sobre a pessoa que faz uso de álcool e outras drogas.

Fomentado pelo proibicionismo e pela cultura de repressão e criminalização do uso de substâncias, o estigma atribuído ao usuário é um

importante impasse para seu processo de reinserção social. Auxiliar em tal processo é uma das funções do CAPS, o que é dificultado pelo distanciamento existente entre o serviço e a comunidade. Dessa forma, a interação entre a comunidade e o CAPS tem o potencial de ser uma grande aliada no processo de transformação da dimensão social da loucura e, neste caso, do entendimento social acerca do uso de álcool e outras drogas e do cuidado de quem faz o uso prejudicial. Esta aproximação não é apenas importante para a reinserção social desta população, mas para o fortalecimento de ideais da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. Sair dos muros dos serviços e interagir com a comunidade circundante pode fazer com que o "drogado" do bairro seja visto como um vizinho, como um trabalhador, enfim, visto para além de seu uso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, D. T.; AMARAL, T. V. F. Drogas: paradoxos no campo do trabalho. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 23, n. 1, p. 374–386, 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9563.2017v23n1p374-386.

ALMEIDA, D. T. de; ARRUDA, A. E. Fronteiras permeáveis e suas implicações no cuidado em saúde mental: a experiência de um serviço aberto e territorial. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, [s. l.], v. 14, n. 2, p. 1–12, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082019000200003. Acesso em: 29 jan. 2026.

AMARANTE, P. **Teoria e crítica em saúde mental**: textos selecionados. São Paulo: Zagodoni, 2017.

BARROS, O. C.; SERPA, O. D. JÚNIOR. Estigma e injustiça epistêmica: experiência de adoecimento e tratamento no CAPS AD III sob a ótica do usuário. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 33, e33040, 2023. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202333040.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 001, de 26 de janeiro de 2023**. Brasília, DF, 2023. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br. Acesso em: 29 ago. 2025.

BRASIL. [Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001]. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília, DF, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 29 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede

de Atenção Psicossocial. Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 29 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6. Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 29 jan. 2026.

CÉZAR, M. A.; MELO, W. Centro de Atenção Psicossocial e território: espaço humano, comunicação e interdisciplinaridade. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 127–142, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000100008.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) em políticas públicas de álcool e outras drogas**. 2. ed. Brasília, DF: CFP, 2019. Disponível em: https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologasos-em-politicas-publicas-de-alcool-e-outras-drogas/. Acesso em: 29 jan. 2026.

COSTA, P. H. A.; FARIA, N. C. "E agora, José?" Saúde mental e reforma psiquiátrica brasileiras na encruzilhada. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 1–21, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310412.

FIGUEIRÓ, M.; DIMENSTEIN, M. Uso de drogas, famílias e práticas de cuidado: interpelações às políticas públicas. **Athenea Digital**, [s. l.], v. 19, n. 1, e2335, 2019.

FIGUEIRÓ, M.; DIMENSTEIN, M. Rede de saúde mental e acolhimento para as famílias que sofrem com problemas decorrentes do uso de drogas no município do Natal, Rio Grande do Norte. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 77–97, 2020. DOI: https://doi.org/10.26864/pcs.v10.n1.4.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988. Obra original publicada em 1963.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. Brasília, DF: IPEA, 2017. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8025/1/NT_Perfil_2017.pdf. Acesso em: 29 jan. 2026.

NEVES, G. N. **O conflito ético entre proibicionismo e redução de danos**: análise e contribuições bioéticas. 2017. Dissertação (Mestrado em Bioética) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://repositorio.unb.br/handle/10482/24667. Acesso em: 29 jan. 2026.

PIRES, R. R. C.; SANTOS, M. P. G. Desafios do multiprofissionalismo para a redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 30, n. 2, e200072, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200072.

PRUDÊNCIO, J. D. L. Caminhos e tropeços na atenção aos usuários de álcool, crack e outras drogas. In: PASSOS, R. G.; COSTA, R. de A.; SILVA, F. G. da (org.). **Saúde mental e os desafios atuais da atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Gramma, 2017. p. 183–202.

QUINTAS, A. C. M. O.; TAVARES, P. S. P. B. Entre CAPS AD e comunidades terapêuticas: o cuidado pela perspectiva dos usuários de um CAPS AD. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 198–209, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042020E317.

RODOVALHO, A. L. P.; PEGORARO, R. F. O Centro de Atenção Psicossocial segundo familiares de usuários. **SMAD – Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 1–8, 2020. DOI: https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.150161.

RONZANI, T. M. et al. Social determinants and drug dependence: systematic review of literature. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 39, e39407, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/0102.3772e39407.

SANCHES, L. R.; VECCHIA, M. D. Reabilitação psicossocial e inclusão social de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. **Interface (Botucatu)**, [s. l.], v. 24, e200239, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/interface.200239.

SOUZA, L. K. de. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a análise temática. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 51–67, 2019. DOI: https://doi.org/10.36482/1809-5267.ARBP2019v71i2p.51-67.

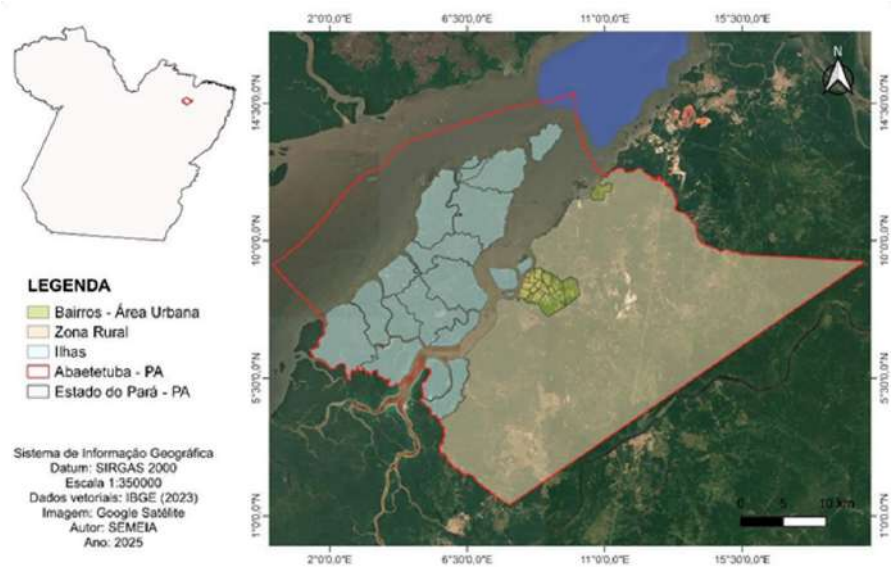
CAPÍTULO 21

CONSTRUINDO A ITINERÂNCIA DO CUIDADO NO CAMINHO DAS ÁGUAS: A EXPERIÊNCIA DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL FLUVIAL DE ABAETETUBA

Francineti Maria Rodrigues Carvalho, Károl Veiga Cabral, Flávia Cristina Silveira Lemos, Rachel de Siqueira Dias e Allana Beatriz Costa Maia

Contextualizando o Território das Águas

Figura 1. Mapa do município de Abaetetuba



Nota. Acervo SEMEIA, 2025.

Abaetetuba é uma cidade amazônica que pertence à região de integração Tocantins. Limita-se ao norte com os municípios de Ponta de Pedras e Barcarena, tendo ao leste Barcarena e Moju, além de Moju e Igarapé-Miri ao sul e Igarapé-Miri e Muaná a oeste. A cidade que possui uma área de 1.610,603 Km², está localizada ao norte do Brasil, no estado do Pará é a sétima cidade mais populosa do estado com 158.188 habitantes. Sua geografia é bastante complexa e apresenta três realidades distintas. É urbana composta por 18 bairros, mas também é rural com suas estradas e ramais. A zona rural é formada pelo distrito Beja e por cerca de 35 colônias e agrovilas, e pela zona rural ribeirinha, que possui 72 ilhas que formam a hidrografia do município, chamada de "território das águas", com uma população fluvial que habita as ilhas, entrecortada pelos rios, furos e igarapés.

Essa diversa realidade geográfica, cultural e social da cidade torna muito complexa a execução e o monitoramento das políticas públicas. É importante mencionar que, para executar uma ação política nestes três diferentes territórios, é preciso usar diferentes estratégias de gestão. A título de exemplo, vamos destacar uma ação na qual o Brasil é bastante reconhecido internacionalmente e na qual tem muita expertise, que se refere a uma das ações do sistema de imunização pela adoção da estratégia de campanhas de vacinação que ocorrem em todo o país. A programação é estipulada dentro do calendário da saúde para todo o território brasileiro pela política de imunização, que existe desde 1973 e que foi ampliada e aperfeiçoada com o SUS (BRASIL, 2003). No caso de Abaetetuba, quando a campanha de vacinação é iniciada é preciso adotar diferentes estratégias para de fato atender a diversidade das populações nos seus modos de habitar o território que também é líquido. Na cidade, na zona considerada urbana, costumamos realizar o "dia D"[19] aos sábados.

Entretanto, nas ilhas e na região de estradas, o sábado não é um bom dia para essa ação no município, pois geralmente é o dia que as pessoas costumam levar

19 O dia D no Brasil é uma estratégia para ampliar a adesão ao esquema vacinal, com ampla divulgação, garantindo a abertura dos serviços de saúde da atenção básica nos sábados, ampliando horários de funcionamento de serviços, focando nos grupos prioritários e também em algumas doenças específicas.

seus produtos agrícolas e de pesca para vender na cidade. A forma de comunicar com nossas gentes também é diferente: nas ilhas, precisamos utilizar os informes através da rádio católica, que é mais escutada. Na cidade, isso se faz por meio da rádio comunitária, enquanto na estrada, utilizamos carros de som volantes. A infraestrutura necessária também é diferente. Na cidade e na estrada, precisamos de carros, bicicletas, e nas ilhas, transportes fluviais e as estratégias de conservação das vacinas são totalmente diferentes. Isso sem falar no fator amazônico (OLIVEIRA, 2008), uma vez que é um território marcado por uma geografia desafiadora recortada por rios e longas distâncias, concentração de tecnologias, recursos humanos e rede de serviços na capital e nas grandes cidades, com baixos padrões de escolaridade, de saneamento, incluíndo acesso água potável, que convive com as doenças ditas modernas (doenças não transmissíveis) e endemias clássicas e negligenciadas como a hanseníase, tuberculose, doença de chagas, dengue entre outras. Sofre ainda da exploração danosa ao ecossistema para a retirada de madeira, as queimadas, o garimpo e o agronegócio que impõe a monocultura e mata a floresta e com ela todo o bioma da região. Assim o território líquido do município e os modos de vida de sua população nos levam a utilizar diferentes estratégias que exigem um pensamento de gestão e logística apropriado às características locorregionais, o que implica em custos diferenciados para a execução da ação que é pensada para todo o território nacional, muitas vezes sem considerar as especificidades de cada região de um país continental e diverso como o Brasil.

Povos Tradicionais

Em Abaetetuba, em especial nas 72 ilhas que compõem o município, encontramos os povos tradicionais quilombolas e ribeirinhos, que no território líquido da região vão se mesclar na ocupação do espaço e na função de guardiões da terra e das águas. No Brasil, de acordo com o Decreto nº 6.040, de 2007 (BRASIL, 2007) os povos tradicionais são entendidos como grupos

culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tal, possuem formas próprias de organização social, de ocupação e uso dos recursos naturais do território para fins de manutenção física e de sua cultura (econômica, social, religiosa) ancestral, utilizando especialmente a tradição oral e a transmissão de geração em geração de suas formas de tradição.

Entender os quilombos ultrapassa as barreiras geográficas ou as histórias escravagistas imposta pelos invasores ao chegar nas Américas, pois é uma imersão em um universo de resistência e luta, memória e identidade, onde a batalha pela liberdade e a manutenção dinâmica de vidas únicas e estilos de vida se entrelaçam numa rede complexa de valores ambientais cruciais para a vida humana. Os quilombos são depósitos vivos de conhecimentos ancestrais, interligados a outros universos, como os indígenas americanos, ribeirinhos e afrodiaspóricos. Entender os ribeirinhos também ultrapassa as barreiras geográficas de um povo beiradeiro, que habita as margens dos rios, entre a terra e as águas, que resiste através do extrativismo sustentável do território, mantendo sua cultura e modos de vida próprios. Abaetetuba tem 18 comunidades que se autointitulam quilombolas, mas apenas 14 são certificados tanto pela Fundação Cultural Palmares, quanto pelo Instituto de Terras do Pará (ITERPA). Destas dezoito comunidades 11 são ao mesmo tempo ribeirinhas e quilombolas.

Os ribeirinhos são povos que habitam as margens dos rios e são verdadeiros guardiões da natureza. Resistem ao longo dos tempos e produzem e se reproduzem de maneira harmônica com o ambiente em que vivem, tentando manter o território vivo e preservar a biodiversidade. Em um estudo com comunidades ribeirinhas de Abaetetuba, na luta pela defesa e permanência do território tradicionalmente ocupado, Pereira (2021) descreve que os conflitos ambientais têm sido constantes na Amazônia e são gerados por projetos oriundos do agronegócio, que, a partir da lógica capitalista, visa o domínio do território e não a manutenção dos modos de viver dos povos tradicionais que habitam esses espaços. Na análise feita pelo autor, os conflitos ambientais nas ilhas de Abaetetuba, envolvem interesses de ordem particular

de grandes empresas versus interesses coletivos. Enquanto as empresas buscam se apropriar do território para explorar os recursos naturais, os ribeirinhos buscam manter o território vivo, com a preservação de sua biodiversidade.

Os povos ribeirinhos sobrevivem do extrativismo, da agricultura, da pesca e da produção e venda de artesanato. O manejo sustentável do açaí é uma das principais formas de recurso desta população, e uma das principais formas de alimentação de toda a região do Pará, garantindo a segurança alimentar e nutricional, além das memórias afetivas com a fruta-alimento dos povos das águas. No caso de Abaetetuba, o artesanato feito de miriti é uma produção relevante dos modos de vida locais e da criatividade da população em inventar brinquedos e peças de decoração com este material. Essa população reside em geral em casas de madeira no formato de palafitas incrustadas na margem entre o terreno e a água dos rios e usam como meio de transporte barcos, canoas e rabetas. Atualmente, as canoas vêm sendo substituídas pelos famosos "rabudinhos", que são canoas motorizadas. A vida dos povos ribeirinhos é fortemente marcada pela relação com os rios. Moram às margens do rio, banham-se em suas águas, consomem os alimentos advindos do rio, movimentam-se através de suas águas. A sazonalidade do fluxo desses rios e as marés interferem em suas vidas.

Os povos que habitam o território das águas em Abaetetuba apresentam o modo de vida baseado no uso e na conservação dos recursos naturais e da biodiversidade do ambiente em que vivem, utilizam-se de conhecimentos, saberes locais e ancestrais, práticas geradas pela tradição e pelo cotidiano que é passada de geração em geração.

A rede instalada no local

Marcada por sua especificidade geográfica nas ilhas de Abaetetuba, os serviços de saúde são levados para o território das águas através das equipes que integram a Estratégia Saúde da Família e da visita periódica da Unidade

Básica de Saúde Fluvial. São 72 localidades, que contam com 180 Agentes Comunitários de Saúde, sendo estes a principal referência para o acolhimento da população, bem como o processo de informação, comunicação, educação e mobilização em saúde. A comunicação em saúde é fundamental para o SUS, trazendo diferentes dimensões do cuidado em rede a partir do compartilhamento de valores, saberes e práticas educativas.

De acordo com informações da Secretaria Municipal de Saúde de Abaetetuba, a política pública de saúde na região de ilhas (território das águas) tem seu trabalho organizado no contexto do processo de territorialização do Sistema Único de Saúde, em implementação na atual gestão, especificamente, com os serviços da rede de Atenção Básica em Saúde. Conta atualmente com 11 microterritórios de Saúde, que comportam 8 Unidades Básicas de Saúde/ Centros de Saúde, com equipes multiprofissionais compostas por médicos, odontólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnico em saúde bucal, 180 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), bem como 23 pontos de apoio – postos de atendimento com um profissional técnico de enfermagem ou agentes de postos, como são conhecidos.

A ausência ou a oferta insuficiente de serviços e políticas públicas de promoção e amparo à saúde mental contribuíram historicamente para a superlotação de leitos psiquiátricos, justamente pela adoção do modelo biomédico hegemônico. Logo, esta realidade deveria ser pensada com atenção e transformada pela produção da promoção da saúde integral, equitativa e intersetorial como dispositivos ligados ao SUS para alterar a lógica hospitalocêntrica em voga na internação maciça realizada no Hospital das Clínicas Gaspar Vianna, que ainda é tomado como referência no estado, e que priorizava a atenção ainda com fortes vestígios manicomiais medicalizados.

Justamente pela diversidade geográfica, estas populações das ilhas são na sua maioria de difícil acesso, muitas vezes dependendo do fluxo de maré para chegar à sede do município. São marcadas também por dificuldades relacionadas às questões socioeconômicas, renda familiar e atendimento à

saúde no território, que ocorria anteriormente de forma fragmentada e centrada na visão ambulatorial e hospitalocêntrica, desconsiderando as potencialidades das comunidades tradicionais e das equipes interprofissionais. Destacamos que grande parte dos usuários nunca havia sido assistido por profissionais da área da saúde mental quando o trabalho do CAPS Fluvial iniciou sua itinerância. Portanto, o CAPS Fluvial configura-se como a única oportunidade de cuidado, escuta e olhar mais direcionado à saúde mental ofertada a estes povos.

Embora no modelo de rede da política do SUS o ordenamento do cuidado seja regido pela atenção básica, pela sua capilaridade no território brasileiro, por conta da herança manicomial ainda fortemente entranhada na cultura local, os serviços da atenção básica não eram utilizados para o cuidado em saúde mental, empurrando a demanda para as especialidades. Assim é preciso desfazer a cultura de que a saúde mental é apenas da especializada, para acolher na AB os usuários da saúde mental, o que também implica em processos de educação permanente e matriciamento para apoiar os trabalhadores.

Em Abaetetuba foi adotado o dispositivo do CAPS fluvial trabalha em conjunto com a UBS fluvial e busca realizar um cuidado em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, alinhado às premissas do cuidado em liberdade da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, construindo junto com a população – no território em que vive –, a partir das trocas de saberes e conhecimentos compartilhadas nas rodas de conversa, cidadania e bem-viver. Este escrito tem por objetivo central apresentar a constituição deste dispositivo de cuidado chamado CAPS Fluvial, mapeando os modos de subjetivação das populações dos territórios das águas, escutando os ribeirinhos sobre os seus sofrimentos e processos de padecimento, mas também sobre seus saberes, recursos culturais e estratégias de enfrentamento que são propulsoras de saúde mental coletiva. Buscamos ainda, ao relatar e refletir todo este processo de construção e implementação do CAPS Fluvial, contribuir para o fortalecimento de políticas públicas voltadas para os povos das águas, em especial para os ribeirinhos, partindo da imersão e da escuta do/no território.

Principais legislações e Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas no Brasil

No caso brasileiro a política adotada de saúde mental, durante muitas décadas, foi refém do modelo manicomial centrado na figura do hospital psiquiátrico, importado de experiências estrangeiras, embora em muitos destes países essa instituição como única forma de oferta de tratamento já fosse condenada pela iatrogenia de suas práticas, pela ineficiência de respostas, cronificação dos quadros e pela violação sucessiva de direitos humanos básicos. Inspirados nos contextos internacionais dos países que questionaram e aboliram o modelo do hospital psiquiátrico o Brasil, durante o processo de redemocratização após o golpe de 1964, através do movimento da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica, constrói um acúmulo técnico-político no campo da saúde que culmina na promulgação da Constituição Federal, de 1988 (BRASIL, 1988) considerada a constituição cidadã, na qual se funda a saúde como um direito de todos e um dever do estado. Os avanços civilizatórios, com a força e pressão dos movimentos sociais, junto a um cenário de esperança Freiriana (FREIRE, 2011) que reinava no país também nas instituições oficiais, gera reflexos na constituição de uma rede de serviços descentralizada, através do processo da municipalização da saúde, pela Lei nº 8.080, de 1990 (BRASIL, 1990a) e uma democracia participativa através da adoção de um modelo de controle social inédito no mundo, pela Lei nº 8142, de 1990 (BRASIL, 1990b), com a criação dos conselhos de saúde nos três níveis federal, estadual e municipal, bem como reinaugura as Conferências de Saúde com ampla e paritária participação de usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviço tendo como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, anterior ainda ao nascimento do Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto capítulo da Constituição de 1988. Na verdade, foi a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, com o tema: Saúde como direito de todos e dever do Estado que nasce o SUS, seus princípios e suas diretrizes.

Na esteira do processo de redemocratização a luta do movimento antimanicomial que já operava no Brasil, com a implementação de experiências exitosas de serviços substitutivo ao manicômio em municípios como: Santos-SP; São Lourenço-RS; (FAGUNDES, 2020) entre outros inicia-se o longo processo de luta no país para a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, conhecida hoje como a Lei nº 10.216, de 2001 (BRASIL, 2001), que só vai acontecer a nível nacional em 2001. Isto se deve às forças conservadoras que historicamente atuam no Congresso Nacional, inviabilizando o avanço dos direitos da cidadania e operando na lógica da manutenção do status quo de uma elite que lucra com o sofrimento e a falta de acesso a políticas públicas do povo brasileiro. A estratégia dos movimentos da luta antimanicomial foi tramitar a aprovação de leis municipais e estaduais em todo o país, construídas nos moldes da lei nacional original, forçando o Congresso Nacional a colocar em votação a lei nacional. Esta lei da reforma psiquiátrica brasileira contesta o modelo manicomial e oficializa a progressiva substituição do manicômio por uma rede de serviços substitutivos no país, pautada em um modelo de atenção psicossocial, tendo os centros de Atenção Psicossocial, como equipamento estratégico para o cuidado em saúde mental. Esse avanço civilizatório vai acelerar a replicação das experiências exitosas adotadas pelos municípios antes mesmo da promulgação da lei nacional e ampliar a rede de serviços substitutivos, agora contando com o respaldo legal e a possibilidade de financiamento do governo federal para a implementação da mesma.

Em 2010 o estado brasileiro adota o modelo da Redes de Atenção em Saúde (RAS) através da Portaria nº 4.279, de 2010 (BRASIL, 2010) e desenha as linhas de cuidado para algumas redes prioritárias, entre elas a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) através da Portaria 3.088/2011 (BRASIL, 2011b). Esta rede deve se articular através dos seus pontos de atenção para promover o cuidado às pessoas com transtornos mentais e/ou uso de substâncias psicoativas, acionando a intersetorialidade para garantir o acesso aos direitos de todos os cidadãos. Tal rede envolve os serviços da atenção básica (Unidades Básicas

de Saúde/Estratégia de Saúde da Família (UBS/ESF), presentes no território de todo o país e que conseguem promover o cuidado longitudinal de base territorial e comunitária recomendado na Política Nacional de Saúde Mental, álcool e outras drogas, mas também os Consultórios na Rua, além das equipes e-Multi, composta por profissionais de diferentes áreas que visa garantir o cuidado integral através de ações de matriciamento. Pelas características da região norte temos ainda acesso às Unidades de Saúde Fluvial e as Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR). O componente estratégico dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as moradias transitórias através da Unidades de Acolhimento (UA) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), o Programa de Volta para Casa (PVC), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), o serviço de urgência e emergência da SAMU, os leitos de saúde mental integral em Hospitais Gerais e mais recentemente os centros de Convivência e Cultura.

Dado a especificidade das populações atendidas nas ilhas de Abaetetuba cabe uma articulação com outras políticas e decretos que dão sustentação ao trabalho com essas populações, como o Decreto nº 6.040 (BRASIL, 2007) que define as comunidades tradicionais como:

> grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição (BRASIL, 2007, inciso I, art. 3º).

Como já mencionado Abaetetuba possui muitas ilhas nas quais vivem os ribeirinhos, que são considerados comunidades tradicionais. Eles habitam esse território, preservando tradições, mantendo uma relação direta com a natureza, da qual tiram grande parte do seu sustento, através do extrativismo e do manejo sustentável da produção da região. Possuem uma rica cultura que é repassada de pai para filho, tendo os saberes ancestrais como ponto de partida. Evidentemente estes povos também possuem acesso a outros

elementos culturais e tecnológicos proveniente dos povos das cidades, porém a grande diferença é que aqueles que conseguiram ter acesso e manter a tradição conseguem viver melhor e relacionar-se sem intermediários com o restante da natureza. Para dar um exemplo bastante simples poderíamos citar que os ribeirinhos se deslocam com suas embarcações pelos rios, furos e igarapés sem precisar de GPS, cartas náuticas, informações atualizadas de institutos ou centros meteorológicos, pois sabem ler a natureza sem estes recursos, enquanto nós não sairíamos do lugar sem algumas destas tecnologias. Em resumo, os ribeirinhos possuem um modelo de vida atrelado à natureza e aos recursos naturais, com os quais buscam viver em harmonia, são conhecedores dos desafios e intempéries do território que habitam, pelo qual possuem grande respeito (POJO et al., 2014). Para além de conhecer a geografia e os sinais naturais do clima mantêm vivo um importante conhecimento tradicional relacionado com as crenças, saberes, mitos e ritos (LIRA; CHAVES, 2016).

Os ribeirinhos, no que se refere a acesso a saúde, se enquadram na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), instituída pela Portaria nº 2.866, de 2011 (BRASIL, 2011a), que tem como objetivo a promoção da saúde destas populações, por meio de ações que dialoguem e respeitem seus modos de vida e saberes locais, garantindo acesso, resolutividade, qualidade e humanização da atenção (BRASIL, 2011a). Os ribeirinhos habitam entre o território líquido da Amazônia e suas florestas, sendo importante aqui recuperar um elemento apresentado na PNSIPCF que é o conceito de florestania, que pode ser correlacionado ao conceito de cidadania, aplicado às populações das florestas, definido como o sentimento de pertencer e ser responsável pela manutenção da floresta, através da aquisição de valores éticos e comportamentos apreendidos na convivência com a mesma, respeitando os direitos de todos os seres vivos que ali convivem. Outro ponto que merece destaque no texto da portaria é a ideia de sustentabilidade, uma vez que estas populações administram os recursos de forma estratégica, garantindo a continuidade e a diversidade da vida local, pois articulam as

dimensões econômicas, sociais, políticas, culturais e ambientais através do seus saberes ancestrais, para manter a floresta de pé, combinados com os saberes ditos doutos a que tem acesso para a manutenção da biodiversidade local, sendo por isso considerados guardiões da natureza.

No escopo das políticas públicas de saúde os ribeirinhos têm direito a Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR) que podem atuar tanto em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada nas comunidades ou em UBS Fluvial. As eSFR são financiadas pelo governo federal através da Portaria nº 837, de 2014 (BRASIL, 2014), e precisam contar com uma equipe mínima de profissionais: médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, podendo receber auxílio também para profissionais de saúde bucal e outros profissionais de nível superior ou médio, além dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

As Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF) comportam as Equipes de Saúde da Família Fluvial (ESFF) que trabalham em uma embarcação que deve possuir uma ambiência e mobiliário, bem como equipamentos, material permanente e espaços adequados para atender as populações e garantir a permanência da equipe no barco durante a jornada de trabalho. Contam com consultórios (médico, de enfermagem e odontológico), sala de vacina, sala de procedimentos, laboratório, ambiente para armazenamento e dispensação de medicamentos, banheiros, expurgo, cabine com leitos para toda a equipe, cozinha. As equipes devem passar 20 dias por mês embarcadas realizando as atividades nas comunidades ribeirinhas e nos demais dias ficam ancoradas realizando atividades de planejamento e educação permanente em contato com outros profissionais e equipes da rede do município.

O município de Abaetetuba conta com os serviços de saúde que são levados para o território das águas através das equipes que integram a Estratégia Saúde da Família e da visita periódica da Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF). Como já mencionado os 180 Agentes Comunitários de Saúde tem um papel essencial no cuidado promovido as populações ribeirinhas, sendo a principal referência para o acolhimento, pois vivem e convivem na mesma

região das ilhas na qual a população reside. É importante salientar que de acordo com a política de saúde brasileira o ACS deve ser morador da localidade na qual trabalha, pois isso lhe facilita o trabalho por ser profundo conhecedor do território, sendo reconhecido pela população como alguém que experiencia os mesmos desafios e potencialidades do território. A UBS Fluvial tem um calendário de ida aos territórios, previamente pactuados com os ACS, sendo responsável por cobrir esta área em suas rotas a cada mês. Dadas as distâncias e também as urgências que podem acontecer, deslocamentos pontuais podem ser feitos utilizando uma ambulância aquática chamada carinhosamente de Ambulancha. Lanchas rápidas também ofertam suporte à equipe da UBSF quando esta se encontra em rota de trabalho nas diferentes ilhas.

Nos últimos anos, em especial após a pandemia de Covid-19, a equipe da UBSF e os ACS perceberam um aumento de demanda por atendimento em saúde mental por parte dos ribeirinhos. Nos períodos em que se encontravam ancorados em terra durante os processos de planejamento ou mesmo em atividades de educação permanente essas queixas foram comunicadas e compartilhadas com as demais equipes e com a coordenação da política de saúde mental, álcool e outras drogas do município que imediatamente agendou uma ida a campo junto com a UBSF para escutar a comunidade e planejar as formas de intervenção possíveis para responder a demanda levantada pelas equipes. Uma vez nas ilhas, através de rodas de conversa as trabalhadoras e a coordenadora da saúde mental perceberam que de fato havia uma queixa importante por atendimento em saúde mental por parte da população ribeirinha e já se colocaram a pensar como poderiam ofertar apoio, sem patologizar o sofrimento das pessoas, respeitando seus modos de vida. A logística e o custo da operação também foram motivo de preocupação por parte das profissionais, uma vez que não existe um financiamento específico para este tipo de ação no país. No retorno das ilhas a coordenação de saúde mental marcou uma reunião com a gestão municipal para compartilhar a preocupação, as demandas levantadas, mas também o rascunho de uma

proposta de equipamento itinerante que veio a se configurar no CAPS Fluvial, com o objetivo central de dar suporte em saúde mental as comunidades ribeirinhas no local onde elas vivem, em profundo diálogo com seus modos de vida, seus saberes e seu bem viver.

A construção implementação do CAPS Fluvial – confluência das águas no caminho do cuidado em saúde mental

O trabalho inovador do CAPS Fluvial é desenvolvido por uma equipe multiprofissional da saúde de Abaetetuba, com a implementação de uma prática própria de ação que traz em seu bojo a reconstrução da prática clínica. Um dos modos de fazer saúde é pela resistência às modelagens de cuidado baseadas na serialização da subjetividade em um contexto neoliberal. A prática do CAPS Fluvial realiza esse movimento de uma clínica ampliada que escuta a diferença e descoloniza sujeitos e relações sócio-comunitárias, tomando como premissa o conceito de saúde mental coletiva (FAGUNDES, 2020).

O CAPS Fluvial implantado em Abaetetuba consiste em uma proposta exequível para enfrentar inúmeros desafios, dentre eles, a falta de pesquisas que avaliem esse tipo de prática e, principalmente, a ausência de financiamento específico para garantir a execução e o monitoramento dos serviços ofertados à população do território das águas. Nasce da confluência de saberes entre a população ribeirinhas e os profissionais de saúde, apoiados pela gestão municipal num ir e vir ao ritmo das marés e dos modos de vida locais.

No caso de Abaetetuba, a prática itinerante passou a ter uma importância estratégica, evitando os deslocamentos difíceis e dispendiosos em tempos nos quais as comunidades ribeirinhas estão sentindo os efeitos da crise financeira. Assim, passa-se a oferecer parte dos atendimentos que o CAPS realiza na sua sede, em especial, a escuta e o acolhimento no local no qual

as pessoas vivem. Lidar com o cuidado se tornou ação de educação popular em saúde focada no território centralmente, portanto, em sua comunidade. A fluidez do território, neste caso nossos rios, são vetores de comunicação, que garantem o encontro e não a liquidez das relações sabiamente apontada por Bauman (2001). O território líquido da Amazônia tocantina composto por rios, furos e igarapés é a forma de vida local. Como dizem os poetas Paulo e Ruy Barata: "esse rio é minha rua, minha e tua mururé, piso no peito da lua, deito no chão da maré..." (BARATA; BARATA, 1976). As vidas fluem e dependem do rio, para se deslocar, para escoar a mercadoria, para se alimentar, se divertir, se banhar. O rio é parte do bem viver do ribeirinho. É na beira do rio que ele vive, é no leito do rio que ele cresce e desliza de um lado para o outro. A subjetividade dos ribeirinhos está amalgamada com o rio, neste entre lugares dos povos que habitam a margem: hora na terra firme, hora nas águas.

A proposta do serviço é que as ações itinerantes do CAPS promovam uma integração da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), oferecendo apoio matricial, orientação e compartilhamento de ações com os profissionais da atenção básica, especialmente os agentes comunitários de saúde (ACS) das localidades que recebem o projeto, combatendo preconceitos e estigmas criados sobre as pessoas com transtorno mental ou com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Assim como suporte e trabalho conjunto a UBSF que atua na região, compartilhando atendimentos, mapeando possíveis demandas, agendando visita domiciliar às famílias, realizando atividades conjuntas e mesmo participando das festas e eventos comunitários, pois todos estes espaços podem ser promotores de saúde e, portanto, de saúde mental.

O CAPS Fluvial surge como uma estratégia de garantir serviços de saúde mental às populações do território das águas e sustenta-se no caráter interventivo. Desse modo, torna-se possível fomentar a reflexão acerca do sofrimento psíquico, dos transtornos mentais e do uso abusivo de álcool e outras drogas, favorecendo a promoção de reflexão a respeito do preconceito com as pessoas, os quais, muitas vezes, produzem sofrimento, promovem

a desumanização nos modos como se configuram as relações e os sentidos produzidos, quando aquelas são vistas como "doidas", "loucas", "perigosas" e "diferentes". Tudo isso gera mais sofrimento e isolamento, de modo que o sujeito pode acabar se identificando com este rótulo e com os atributos que a ele estão atrelados, resultando em preconceito, descrédito e estigmatização, transformados em medicalização e lucro para a indústria farmacêutica, patologizando a existência das pessoas.

A intervenção é atravessada por uma dimensão política, no sentido de levar aos ribeirinhos o conhecimento sobre saúde mental, formas de prevenção e tratamento, promoção e educação em saúde, mas especialmente de aprender com os seus modelos explicativos sobre saúde, adoecimento e atenção e produzir uma troca genuína de saberes em um diálogo fluído, preferencialmente no modelo de roda de conversa. O modelo das rodas de conversa facilita o estabelecimento de relações horizontais entre profissionais e comunidade, através de um diálogo genuíno entre os saberes, provocando o suporte a ajuda mútua entre os participantes das rodas. Devemos destacar que, nesta caminhada, aprendemos o quanto a população constrói conjuntamente o SUS e é uma aliada central na produção do cuidado em rede. O povo tem saberes diversos sobre saúde e sobre como cuidar a partir de valores, cotidianos, modos de vida, heranças geracionais, crenças e expressões que são racionalidades a serem consideradas pelas equipes interprofissionais na atenção em saúde mental coletiva.

A originalidade do projeto CAPS Fluvial se dá pela mudança de paradigma na atenção à saúde mental, visto que desloca as intervenções do espaço institucional (CAPS da cidade) para o cuidado do sujeito na sua própria comunidade, propiciando equidade de acesso, o que o torna inovador. Além disso, proporciona o uso do território a fim de resgatar as relações sociais que, muitas vezes, foram perdidas pelo adoecimento psíquico, ou mesmo pela adoção de modelos individualistas praticados pelas sociedades capitalistas, compartilhando novos modos de cuidado da população ribeirinha, com

o fortalecimento da rede de atenção psicossocial, o redirecionamento do cuidado para o território de vida das pessoas. Esse processo ocasiona uma diminuição nos casos de crises psiquiátricas e uma maior comodidade para usuários e familiares, que não precisam sair constantemente do seu território, e neste tempo de trabalho do CAPS Fluvial isto já vem se demonstrando uma realidade. O trabalho de base comunitária, feito no território onde a população vive e em diálogo profundo com a cultura de saúde, atenção e cuidado das populações tradicionais tem se revelado um excelente trabalho de promoção em saúde na linha do bem viver, ou seja, respeitando os modos de cuidado praticados pela comunidade.

Ao desenvolver o trabalho com o CAPS Fluvial, em conjunto com a UBS Fluvial, através de equipe multiprofissional, observamos que os momentos nas rodas de conversa proporcionam os encontros dos saberes profanos e doutos (CORREA-URQUIZA, 2023) e tem produzido efeitos interessantes tanto nas populações assistidas quanto nas equipes. A recuperação dos saberes ancestrais, a reconexão com a natureza, com outros modos de viver tem reverberado nas pessoas que fazem parte deste projeto. A abertura para um tempo de reflexão, que promove uma parada nas atividades cotidianas para o diálogo, tem produzido efeitos salutares em todos os participantes (população e equipe), pois promove a recuperação de uma atividade essencialmente humana que é a narrativa. A vida comunitária está ancorada de certa forma na nossa capacidade de nos comunicarmos, de convivermos e de partilharmos. Desde o princípio a vida humana necessita de espaços para compartilhar, ao redor do fogo, o seu cotidiano, seus medos e desejos. As rodas de conversa também abrem espaço para o encontro, para o olho no olho, para a escuta do território em toda a sua essência. Em suma, as rodas são políticas de encontros.

Os ribeirinhos, sabem e praticam esse conhecimento ancestral de compartilhar e viver de forma comunitária. Mas a entrada imperativa de estilos de vida que não são oriundos da localidade, como a chegada das tecnologias como o uso do celular, as plataformas sociais entre outros, tem afetado a vida

das comunidades tradicionais. Mesmo o setor saúde e suas práticas podem se sobrepor aos modelos explicativos e práticas locais, se chegam ao território colonizando as formas de vida local. É preciso saber criar de fato espaços de compartilhamento e pactuação entre os saberes locais e as práticas importadas de outros modos de vida. E aqui não se trata de produzir uma crítica sem reconhecer que estas tecnologias também servem para aproximar e garantir acesso à saúde das populações locais, mas sim, de apontar o risco da aposta em um modelo único de viver, sem levar em conta os saberes locais. Em relação ao campo da saúde aprendemos que o saber biomédico não deve ser hegemônico e apostar unicamente no orgânico como forma de condução nos tratamentos. Produzir saúde no caso da política brasileira é garantir acesso a direitos básicos e também reconhecer as narrativas e as formas de viver e habitar produzidas pelos povos sobre o seu bem viver.

A título de conclusão, no fluxo das marés

Nestes anos de implantação desta metodologia de cuidado leve, leve dura como nos ensina Merhy (2014), através dos encontros promovidos pelas rodas de conversa temos observado os efeitos e reverberações tanto nos povos das águas quanto nas equipes da atenção básica e da saúde mental que atuam em parceria nas ilhas. As trocas de saberes, os encontros horizontalizados, os diálogos que se estabelecem têm ajudado no fortalecimento das tradições desta população, promovendo a possibilidade de habitar esta margem, entre a terra e as águas, para todos os envolvidos. A abertura de um espaço para a recuperação das narrativas tem provocado um "banzeiro" de trocas. E o banzeiro aqui no Norte é entendido como esse movimento que sacode a canoa, que estabelece um novo ritmo para os navegantes (BRUM; NUNES, 2021). Exige do corpo uma postura muitas vezes de pausa, de paciência para o banzeiro passar, ao mesmo tempo que coloca estes corpos em movimento. Exige escuta do

território e adoção de um tempo outro para enfrentar a travessia. O banzeiro não é ruim ou bom, ele é da vida. Sacode, mas também acalma e permite a vida fluir nesse vai e vem, assim como a vida das populações beradeiras que vivem nestas margens, em contato com a tradição, mas também tocadas pelas lógicas e regras vindas do asfalto.

As equipes da AB e da SM através do trabalho do CAPS Fluvial têm se permitido habitar esta margem junto com eles. Escutar e aprender dos seus modos de vidas, das suas curas e culturas promovendo uma troca de saberes e a tessitura de uma rede de apoio que vai se ampliando e se fortalecendo. E essa tessitura artesanal se constrói cotidianamente, suspendendo coletivamente o desejo de conclusão, para viver o processo cotidiano da vida, suportando conjuntamente a travessia, apoiados no pertencimento a um grupo (CABRAL, 2021).

Em diálogo, têm promovido um encontro de saberes sustentado pela metodologia da roda de conversa, algo que é muito simples e muito humano, o conversar, mas que muitas vezes fica interditado pelo ritmo de vida das grandes cidades e tem sido recuperado como estratégia de cuidado nestes espaços. Uma estratégia horizontal e dialógica, que respeita os saberes advindos do território, que estabelece trocas genuínas entre seus participantes e com isso vai fortalecendo as formas de bem viver. Não temos dúvida que a estratégia de cuidado tem resultado positiva para a saúde mental e que a aposta na metodologia do CAPS Fluvial pode ser uma política pública que flui na direção dos povos das águas, navegando com eles, inspirando-se no gesto do cuidado vivo em ato (MERHY, 2014) que se constrói no encontro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARATA, P. A.; BARATA, R. P. **Esse rio é minha rua**. [Gravação musical]. 1976.

BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**.

Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007**. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. Brasília, DF: Presidência da República, 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/bvsms-upload-hci/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 837, de 23 de abril de 2014**. Redefine o arranjo organizacional das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e das Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0837_09_05_2014.html. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRUM, E.; NUNES, A. C. **Banzeiro òkòtó**: uma viagem à Amazônia centro do mundo. São Paulo: Companhia das Letras, 2021.

CABRAL, K. V. **Artesãos da saúde**: saúde mental e participação social em Porto Alegre e em

Barcelona. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2021.

CORREA-URQUIZA, M. Justicia social, comunicación y desestigmatización en salud mental: la experiencia de Radio Nikosia. **Revista de la Asociación Española de Investigación de la Comunicación**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 134–159, 2023. DOI: https://doi.org/10.24137/raeic.10.19.7.

FAGUNDES, S. M. S. **Águas da pedagogia da implicação**: intercessões da educação para políticas públicas de saúde. Porto Alegre: Rede Unida, 2020.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

LIRA, T. M.; CHAVES, M. P. S. R. Comunidades ribeirinhas na Amazônia: organização sociocultural e política. **Interações**, Campo Grande, v. 17, n. 1, p. 66–76, 2016. DOI: https://doi.org/10.20435/1518-70122016107.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Imunizações**: 30 anos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

OLIVEIRA, P. T. R. **Desigualdade regional e o território da saúde na Amazônia**. Belém: EDUFPA, 2008.

PEREIRA, R. C. Comunidades ribeirinhas de Abaetetuba-Pará na luta pela defesa e permanência do território tradicionalmente ocupado. **Das Amazônias**, [s. l.], v. 4, n. 2, p. 91–100, 2021. DOI: https://doi.org/10.29327/268903.4.2-10.

POJO, E. C.; ELIAS, L. G. D.; VILHENA, M. N. As águas e os ribeirinhos: beirando sua cultura e margeando seus saberes. **Margens**, [s. l.], v. 8, n. 11, p. 176–198, 2014. DOI: http://doi.org/10.18542/rmi.v8i11.3249.

CAPÍTULO 22

OS CUIDADOS CLÍNICOS E CULTURAIS FRENTE À PREVALÊNCIA DA EXPERIÊNCIA DA FOME E DOS MAUS TRATOS NA INFÂNCIA

Karla Patrícia Holanda Martins e Jessica Freire Sales Ponte

Introdução

Na perspectiva dos cuidados culturais em saúde mental, propomos pensar as experiências de sofrimento psíquico advindas da fome, vivida em territórios marcados por profundas desigualdades econômicas e sociais. A reflexão aqui presente provém de pesquisas realizadas desde 2006, principalmente a partir do diálogo com o cuidado clínico de crianças e mães desnutridas pela privação do alimento, em atendimento em uma instituição do terceiro setor situada em Fortaleza (MARTINS et al., 2011; MARTINS et al., 2023; PONTE, 2025). Ao longo desses anos e a partir dos termos propostos pelo médico sanitarista Josué de Castro (1908-1973) já nos anos 40 do século XX, trabalhamos com a seguinte hipótese: o tabu relativo à experiência da fome consolida uma cripta histórica produtora de silenciamentos capazes de produzir cisões psíquicas graves e danos ao sentimento de si, com consequências nos processos de subjetivação transgeracionais.

Na primeira parte deste trabalho, apresentaremos as coordenadas no campo da cultura que nos permitirão estabelecer relações entre os aspectos

históricos e culturais e as implicações subjetivas da fome e da violência. Em seguida, pensaremos de que modo o silenciamento relativo à privação do alimento produzem obstáculos nos processos de subjetivação desta experiência de humilhação e desautorização subjetiva.

A partir da obra do psicanalista Sándor Ferenczi, analisaremos as relações entre o referido tabu e a "conspiração de silêncio" (CASTRO, 1949/2004, p.12) em torno da fome como expressão de um desmentido traumático produzido pelo não reconhecimento social das desigualdades, pela indiferença às tragédias vividas por esses indivíduos, suas famílias e comunidades/territórios.

Como proposto em artigo anterior, a "cripta" (ABRAHAM; TOROK, 1995, p.239) onde se encapsulam os nossos segredos históricos não deixam de produzir efeitos subjetivos e de modular formas de sofrimento atuais, devastando os núcleos mais recônditos das experiências subjetivas (MARTINS; KUPERMANN, 2017, p.200). Com vistas à discussão do conceito de cripta e seus efeitos traumáticos, tomaremos os acontecimentos relacionados aos campos de concentração da seca no Ceará, ocorridos no estado entre os anos de 1877-78 e 1932, posto considerar que esta zona de silêncio em nossa história se relaciona a alguns dos obstáculos na elaboração singular e social da experiência da fome. Sua dimensão traumática será abordada em continuidade com as formas de violência física e simbólica, considerando os marcadores sociais da diferença e os seus aspectos territoriais.

No livro *Fome*, o argentino Martin Caparrós (2016) ressalta que qualquer caminho que seja tomado para pensar a fome será sempre parcial e inconcluso frente à complexidade do tema. A sua permanência e atualidade como um problema global nos coloca ainda diante de fracasso sistêmico. Associada a catástrofes mundiais, a fome continua sendo usada como arma de guerra de regimes fascistas e totalitários (SOUZA, 2025).

Durante 10 anos (entre 2006 – 2016) observando, numa perspectiva longitudinal, as famílias que frequentavam a instituição, testemunhamos a mudança

no cenário cearense da pobreza, a partir da consolidação do Sistema Único de Saúde e dos programas sociais institucionalizados nos dois governos do Presidente Lula com a ampliação de serviços de saúde da família no interior do estado. A instituição, que antes recebia para internação crianças vindas do sertão, com o declínio dessa demanda, passava ao atendimento ambulatorial das famílias que residiam em Fortaleza e região metropolitana. Em 1996, ano em que a instituição foi criada, a estimativa era de 25,2% de crianças desnutridas, vivendo nas áreas rurais do Nordeste, quando a média brasileira era de 7,7%. O quadro relativo se modificou inicialmente, mas o Brasil retornou ao mapa da fome entre 2016 e 2025.

Dados do ano de 2022 indicavam que, apenas no estado do Ceará, mais de um milhão de crianças de até 14 anos (61%) ainda viviam na miséria. Em números absolutos, em 2024 foi identificado um total de 91.927 crianças cearenses de 0 a 6 anos em situação de extrema pobreza. Em toda a série, a taxa de extrema pobreza infantil é consideravelmente maior do que a taxa de extrema pobreza média da população. Vale salientar que essa diferença vem se reduzindo ao longo dos anos, atingindo o menor valor em 2024 (INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ, 2024).

A edição de 2025 do *Relatório das Nações Unidas sobre o Estado da Insegurança Alimentar e da Nutrição no Mundo* (FAO et al., 2024) aponta a saída do Brasil do mapa da fome, todavia, indica que no mundo mais de 673 milhões de pessoas passam fome, o equivalente a 8,2% da população mundial (FAO et al., 2025). Isso demonstra que a fome não é um problema isolado e circunscrito a determinadas regiões do mundo, possui um caráter endêmico e continua a ser produzida na perversa fábrica da globalização, da injusta distribuição das terras e da produção de alimentos, alavancando a desigualdade social entre os povos. Nas chamadas economias avançadas, os altos índices de pobreza demonstram a falência de um modelo econômico e de desenvolvimento mundiais. Em sua lógica e múltiplas consequências, a situação não se diferencia sobremaneira do que apresentara o médico e sociólogo Josué de Castro (1949/2004) em sua *Geografia da Fome*.

Quando ingressamos na instituição, em 2006, muitos desses estudos (nos referimos mais diretamente ao trabalho do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo – NUPENS – USP) apresentavam rigorosas definições sobre os quadros de pobreza, fome e desnutrição no Brasil, mas não indicavam os efeitos subjetivos dessas experiências e a desnutrição era apenas um diagnóstico médico (MONTEIRO, 1995, 2003).

Em diálogo com Freud (1913/2012, 1921/2011), Castro (1949/2004) reafirma que o tabu da fome surge no contexto da tirania e da dominação, como uma estratégia psíquica de regulação da ambivalência em relação a temas sociais fundamentais, tais como a morte e o sexo e a fome entre eles.

Partindo dessas reflexões nos interrogamos sobre como uma discussão sobre a fome-tabu pode orientar o trabalho de escuta do sofrimento desses grupos e indivíduos?

A cripta da fome na história e na cultura

Os psicanalistas húngaros Abraham e Torok (1995, p. 248) aos pensar os destinos subjetivos para as catástrofes traumáticas, propõem o conceito de "cripta", definida como uma espécie de furna secreta onde se depositam, a partir do traumatismo, "as palavras que não puderam ser ditas, todas as cenas que não puderam ser rememoradas, todas as lágrimas que não puderam ser vertidas, [...] engolidas [...] *postos em conserva*. O luto indizível instala no interior do sujeito uma *sepultura secreta*" (grifos das autoras). Tomaremos como caso-cripta um acontecimento histórico revelado inicialmente pela literatura cearense.

A partir do final do século XIX, no Brasil, coube à literatura dar visibilidade e rosto à fome nas chamadas Províncias do Norte. Em 1890, o farmacêutico e escritor Rodolfo Teófilo, no seu livro *A fome*, uma narrativa sobre o êxodo de uma

família em busca de sobreviver à severa seca que se abateu sobre o sertão cearense, já denunciava os processos de segregação dos retirantes famélicos vindos do interior do Estado e o apagamento da presença de seus corpos na polis, a partir da grande seca de 1887-88. O problema da fome no Nordeste, sempre associado às secas e às intempéries do tempo, não pode ser dissociado do regime escravocrata dos latifúndios que forçou grandes ondas de migrações internas, do sertão para a capital, e externas ao estado. É também nesse período que ocorre a imigração de muitas famílias cearenses para a região Norte, especialmente para os estados da Amazônia e Acre, onde ficaram conhecidos como os paroaras.

No mais conhecido romance sobre o tema, *O quinze*, Rachel de Queiroz relata também a migração de uma família cearense durante a seca de 1915, a partir do sertão, e sua chegada a Fortaleza, onde passam a viver os horrores dos campos de confinamento. A despeito das denúncias sobre os horrores de 1915, em 1932, a partir de outra severa seca no Estado, novos campos foram demarcados para supostamente defender a cidade de uma possível invasão dos bárbaros famintos e doentes. No estado do Ceará foram instalados sete campos ou "currais" humanos, como também eram conhecidos.

Os campos eram construídos em lugares estratégicos, próximos às ferrovias onde aportavam retirantes do interior, com o objetivo de uma ação rápida e segregacionista para impedir o acesso aos bairros mais ricos de Fortaleza (RIOS, 2014; NEVES, 1995). Os dois ditos "currais" da capital também serviram, na ocasião, de vitrines para demonstrar a ação do poder público em governar e tratar a pobreza, com as vestes de um moderno projeto humanitário, associados ao higienismo que andava de braços dados com as reformas da *Belle Époque* fortalezense (NEVES, 1995; RIOS, 2014).

A prática necropolítica dos "currais" humanos foi adotada pela primeira vez no isolamento dos retirantes de 1877-1878, quando a seca trouxe para a capital, então com 30.000 habitantes, cerca de 100.000 pessoas. A fome e as pestes, em especial a varíola, chegaram a matar na capital, em um só dia, nada menos de 1.004 pessoas. Em 18 de julho de 1878, o jornal carioca Gazeta de

Notícias anunciava que o Ceará caminhava para um completo aniquilamento. A população do interior se dirigia a Fortaleza e às cidades da costa/litoral em busca de condições de sobrevivência, todavia, muitas não conseguiam chegar e seus corpos iam ficando ao longo das estradas de ferro que ligavam o sertão à capital.

Curiosamente, esse drama narrado com detalhes jornalísticos foi desacreditado por muitos. Para oferecer um quadro mais preciso da tragédia, o jornal enviou para província o escritor e abolicionista José do Patrocínio. Patrocínio conheceu o fotógrafo Joaquim Antônio de Correia, que estabelecera na cidade uma espécie de estúdio para onde levava retirantes para fotografá-los. O trabalho de Joaquim Correia é considerado hoje pioneiro na história do fotojornalismo brasileiro de denúncia social. Patrocínio selecionou doze (12) fotos e subscreveu um texto para cada uma delas, dando voz às imagens de Correia e construindo uma espécie de painel vivo do que ali testemunhara. A grande seca deixou um saldo de mais de 500 mil mortos entre os habitantes do Ceará e da vizinhança. Só em Fortaleza, cerca de 119.000 pessoas morreram, 50% da população.

Todavia, só muito recentemente esses acontecimentos passaram a integrar uma narrativa oficial da história do estado. Em 1994, centenas de ossadas relativas às mortes ocorridas naquele período foram encontradas em uma obra de saneamento público de Fortaleza. No ano de 2023, o Campo do Patu, na cidade de Senador Pompeu (a 267 km da capital), foi tombado e reconhecido como um lugar histórico de confinamento. Ali estiveram presas 16.221 pessoas impedidas de se deslocarem para a Capital, durante a seca de 1932, onde morriam cerca de 20 pessoas diariamente. Sem reconhecimento de responsabilidade, muito menos de reparação, o Estado brasileiro permaneceu em silêncio. Em 1982, o padre italiano Albino Donati arregimentou os seus paroquianos para uma romaria até o Cemitério do Campo de Patu para recordarem as vítimas e refletirem sobre a atualidade de suas opressões. A caminhadas das almas, como é conhecido o ritual de rememoração, circunscreve uma comunidade de destino capaz de realizar o trabalho de luto, elaboração simbólica e resistência ao esquecimento do extermínio.

Como realizarmos o trabalho de luto e reparação frente ao desaparecimento dos corpos e de suas histórias? De que maneiras os obstáculos à elaboração simbólica desta experiência se relacionam com a saúde mental desses grupos e indivíduos?

Incidências subjetivas da fome

Os destinos subjetivos das experiências que não puderam ser reveladas e traduzidas para uma língua comum permanecem produzindo expressões de sofrimento individuais e coletivas. Suprimidas da escrita histórica dita oficial, continuam sendo transmitidas por uma via que exclui a palavra e acentua a violência. Esse saber vivido, porém não introjetado, retorna no corpo e mais particularmente nos gestos, considerados aqui como expressão da unidade mínima das matrizes culturais do inconsciente.

> os ditos 'bons costumes' no Ceará aconselham pudor e mesmo prudência frente ao alimento: 'sempre deixar um pouco de comida, jamais raspar o prato', 'não demonstrar nas ocasiões em público um gosto demasiado pelo comer', 'não demonstrar pressa em terminar a refeição'. É comum observar uma espécie de pudor entre os funcionários da casa enquanto se alimentam; os gestos que demonstram fome são considerados feios, obscenos (MARTINS; KUPERMANN, 2017, p.205).

Através da vergonha e da humilhação, educa-se a boca, esconde-se o desejo, extinguindo os rastros do apetite: ressonâncias de um passado colonizador e escravagista brasileiro - marcas impossíveis de serem apagadas dos corpos e de suas sensibilidades. O eufemismo da insegurança alimentar despotencializa a dor de um corpo minguante, objetificado, enfraquecido. Todavia, se "o gesto é um cristal do tempo" devemos segui-lo considerando-os signos do movimento dos corpos, tal como propõe o historiador Durval Muniz (2023).

Ao longo desses anos de trabalho, encontramos em algumas crianças que frequentavam a instituição uma certa inibição na função da fala e do brincar, impasses relacionados, por exemplo, ao estabelecimento das operações psíquicas de demanda (MARTINS et al., 2017). Os quadros de desnutrição eram acompanhados de uma espécie de retraimento emocional. Acompanhamos crianças que até os três anos ainda não construíam frases, apenas pronunciavam palavras soltas, e que, por vezes, desenvolviam simultaneamente um quadro que poderia ser aproximado da anorexia infantil (CARVALHO, 2011). Nos últimos anos, a partir das mudanças ocorridas nos manuais diagnósticos, a exemplo do DSM 5, a expansão do espectro do autismo passou a associar esses quadros aos seus sintomas. No estado agudo de desnutrição, as mães dessas crianças relatavam esse estado como um momento de desistência pontual da criança de empreender a ação expressiva: paravam de se mexer, silenciavam, não balbuciavam, tampouco choravam. Nessas circunstâncias, o desamparo relativo à ausência do alimento é mais do que uma condição relacionada a uma patologia, relaciona-se à imaturidade e à dependência do bebê diante da precariedade frente à solidão daquele que o ampara, repercutindo na perda da confiança no ambiente (WINNICOTT, 1999). Do lado das mães, um esvaziamento das expressões faciais, do tônus de seus corpos, marcadas pelo cansaço e por um quadro de impassibilidade que nos levou a supor uma hipótese clínica sobre a presença de uma vergonha de si mesmas. As histórias de privação e perdas silenciadas, a indiferença do outro frente à sua dor pareciam imobilizar o presente. A experiência da fome inclui diversos níveis de desrespeito e não reconhecimento subjetivo, uma forma de violência em que as pessoas são feridas numa compreensão de si mesmas. Ferenczi (1992c/1934, p. 109), nas suas notas sobre o trauma, descrevia esse estado traumático de choque como o equivalente à aniquilação do sentimento de si, "da capacidade de resistir, agir e pensar com vistas à defesa do Si mesmo [*Soi*]" e, em consequência, experimentar "a perda de sua *forma* própria e a aceitação fácil e sem resistência de uma forma outorgada, à maneira de um saco de farinha". Observa-se, em algumas

crianças que viveram muito precocemente experiências traumáticas, a presença de fenômenos que expressam formas de agonia frente às primitivas urgências (fome, sono, necessidades fisiológicas). A sinalização de que algo possa faltar funciona como antecipação de um impossível de suportar; nesses momentos, o isolamento, a agressividade reativa, a resistência ao contato são acionadas como formas de negar o desprazer e de, muitas vezes, defender-se de uma tristeza e um desamparo subjacentes. Quadros clínicos de desnutrição, acompanhados de retraimento emocional, são compostos por indícios de depressão materna que se colocam em par com a agitação dos corpos infantis.

Ferenczi, um pensador das relações entre as falhas ambientais e o trauma, descreve o sofrimento produzido pela fome:

> Uma criança maltratada, digamos, pela fome. O que se passa quando o sofrimento aumenta e ultrapassa a força de compreensão do pequeno ser? "O uso corrente caracteriza o que se segue pela expressão 'a criança está fora de si' (vistos do exterior) são: ausência de reação do ponto de vista da sensibilidade, cãibras musculares generalizadas, frequentemente seguidas de paralisia generalizada ('ausentar-se'). A crer nas declarações de meus pacientes que me descrevem tais estados, pois bem, esse 'ausentar-se' não é forçosamente um 'não-estar' mas um 'não-estar-lá'. [...] lá onde estão não existe tempo; passado, presente e futuro estão presentes para ele ao mesmo tempo, numa palavra, têm a impressão de ter superado o espaço e o tempo (FERENCZI, 1933/1990, p. 65).

O quadro descrito por Ferenczi também nos remete aos processos psíquicos de simbolização primários relativos à introjeção, descritos por Abraham e Torok (1995): "o início da introjeção se deu graças a experiências do vazio da boca, duplicadas pela presença materna. Esse vazio é inicialmente vivenciado como gritos e choros, depois como ocasião de apelo, meio de fazer surgir a linguagem" (p.245-246). Para estes autores, se a boca permanece vazia, um estado precoce de luto poderia se instalar como perda narcísica, levando, por exemplo, aos estados mais graves de depressão.

A fome é o estado de tensão máxima que antecede a satisfação oral do bebê. A permanência neste estado tende a colocar o bebê num estado de urgência e tensão que, ao exceder um limiar quantitativo, pode extrapolar os limites das possibilidades de subjetivação desta experiência. Em suas estratégias, propõe Freud (1895/1984), o bebê poderá, em sua onipotência, alucinar a experiência vivida anteriormente através da memória de sucção, por exemplo. Todavia, essa forma de alucinação tem um prazo a vencer e continuar investindo na realidade alucinada conduzirá à dor, uma dor nomeada por Freud como uma espécie de desengano, uma primeira ferida na crença em si mesmo. O erro relativo ao teste de realidade é doloroso e ele poderá ser experimentado como um desagravo moral, consequente à retirada desta força auxiliar, indicando a importância fundamental da presença do semelhante na modulação das demandas pulsionais e, em consequência, nos seus destinos (MARTINS, 2014).

Aqui também reside a importância da presença do adulto, como testemunha na introjeção dos choques traumáticos. O adulto é um conceito, amplo e complexo e, inclui, no contexto desse trabalho, a ideia de uma política social de Estado responsável, confiável, a solidariedade dos outros semelhantes, "aquele algo capaz de estabelecer o contraste entre o presente e um passado insuportável e traumatogênico" (FERENCZI, 1992b/1933, p.100).

O psicanalista Bertrand Piret (2007) sugere que nas situações traumatogênicas nas quais o que está em jogo é o abandono pela comunidade dos outros homens, só se pode compreender a transmissão do traumatismo a partir da vergonha que este provoca no traumatizado. Portanto, a vergonha pode ser compreendida como expressão de uma ferida moral, relacionada às formas de reconhecimento.

Quais as possíveis consequências psíquicas de um encontro com o traumático num tempo tão precoce da constituição psíquica? Quando poder-se-ia considerar que a experiência da fome e das violências correlatas configurar-se-iam como traumática à mãe e à criança? A metapsicologia freudiana nos ajuda a responder: frente à angústia do não-reconhecimento

e ao silêncio da ordem social. Nas condições em que os sujeitos são violados pelo silêncio e pela indiferença, se impõe o isolamento e a vulnerabilidade, fazendo confluir os sentidos da fome e da violência.

Quando o grito urgente da criança é transformado em gesto significativo, em ação, ela experimentará, simultaneamente, a sua singularidade e o pertencimento à ordem humana. Arendt (1958/1999, p.190) afirma: "É com palavras e atos que nos inserimos no mundo humano; e esta inserção é como um segundo nascimento, no qual confirmamos e assumimos o fato original e singular do nosso aparecimento físico original".

Podemos compreender, assim, o que representa para o bebê humano uma ação bem sucedida, ou seja, empreender um movimento em direção ao outro e obter, com isto, a modificação da realidade de desprazer e desamparo. Diante das dificuldades ambientais de cuidado e do desamparo social das famílias e cuidadores atendidos na instituição, é preciso considerar as situações sociais e históricas que podem se transformar em obstáculos aos processos de subjetivação e desenvolvimento emocional das crianças. Bernard Golse (2007) propõe pensarmos os sintomas de retraimento emocional de crianças como defesa às falhas ambientais potencialmente traumáticas e assim os descreve.

A lógica diagnóstica do autismo tem desconsiderado a escuta do sofrimento social (ROSA, 2022) no cuidado clínico das crianças e de seus cuidadores nos contextos de precarização da vida. Em pesquisa realizada no ano de 2024 nas escolas municipais de Fortaleza, o número de crianças com diagnóstico de autismo aumentou de 7.873 para 13.263 casos. Os dados foram fornecidos pelo SGE - Sistema de Gestão Educacional - SME Fortaleza, nos meses de setembro de 2023 e julho de 2024 (MARTINS et al., 2025). Podemos questionar o aumento expressivo desse diagnóstico nessas famílias como sinalizador do que vem ocorrendo nos processos de cuidado na nossa rede de saúde mental infantil. Tomaremos a história de Antônio para essa reflexão.

Olhar para que?

Antônio, um bebê de 1 ano e 2 meses, chegou ao setor ambulatorial dessa instituição do terceiro setor de Fortaleza, encaminhado da Unidade Básica de Saúde, por apresentar sinais de risco de autismo. A criança chorava bastante e gritava com qualquer aproximação de estranhos. Ao levá-lo para a sala de atendimento, juntamente com sua avó (que chamaremos de Elza) e a tia maternas, a angústia da criança aumentava e, apesar das tentativas, as acompanhantes não conseguiam tranquilizá-lo. Inicialmente, a avó disse que tinha algo importante para falar com a psicóloga, mas que não faria na frente da criança. Foi combinado um momento para o atendimento individual da avó, que narrou as dificuldades financeiras da família e as formas de violência sofridas por Antônio. O bebê parecia sempre assustado e com medo, sentimento compartilhado com Elza.

O contexto de vida da família era o da pandemia de covid 19 e na casa moravam onze (11) pessoas, entre avó, tios e primos. A renda total era de R$ 550,00 oriundos do Bolsa Família. Os tios de Antônio trabalhavam com reciclagem, porém, no contexto do isolamento social não podiam estar nas ruas. A mãe biológica da criança (que nomeamos de Luciana) é usuária de drogas e atuava em prostituição desde os 14 anos, tendo descoberto há pouco tempo ser soropositiva. O pai de Antônio participava da prostituição de Luciana, arranjando-lhe os programas. Quando engravidou, ele não quis assumir a paternidade da criança e, mesmo com a gravidez, continuou conseguindo clientes para Luciana se prostituir. Após o nascimento da criança, Luciana resolveu se separar e, pouco tempo depois, constituiu um novo relacionamento. De acordo com Elza, o novo companheiro tinha prometido cuidar de Luciana e de seu filho.

A avó disse que, com o passar do tempo, recebia várias reclamações do novo companheiro de Luciana, que dizia trabalhar o dia inteiro, enquanto ela

passava o dia usando drogas e não cuidava da casa. Quanto aos cuidados com o filho, o novo companheiro de Luciana dizia a Elza que a mãe "abandonava a criança o dia inteiro na rede, às vezes a criança fazia necessidades fisiológicas e não era trocada, se enchendo de assaduras" (sic). Os vizinhos também reclamavam muito, pois a criança chorava bastante e era pouco alimentada. A avó revelou que a criança tinha muitas cicatrizes de queimaduras de cigarro na pele e que não sabia se a mãe ou o companheiro dela eram os agentes dos maus tratos. Diante da situação, relatou ter chamado o Conselho Tutelar várias vezes, mas quando a equipe procurou a mãe, esta não atendeu à porta.

Elza contou que quando encontrava Luciana na rua, sentada nas calçadas com Antônio no colo, pedindo esmolas, se oferecia para cuidar do neto, mas a mãe recusava, só mudando de ideia quando a criança tinha sete meses, que foi quando a criança chegou ao nosso atendimento. A avó relatou que a criança estava provavelmente desnutrida, com marcas de queimadura de cigarro nas pernas e muitas assaduras. Já na casa da avó, a criança chorava constantemente, mesmo alimentada e limpa. Elza o acalmava balançando-o na rede junto com ela; se ela saísse ou o tirasse do colo, porém, o choro retornava. Com oito meses, a criança ainda não comia alimentos sólidos, se alimentava somente de leite e, aos poucos, estava sendo introduzido mingau. Antônio apresentava um quadro de refluxo e tinha muitos episódios de vômito. Elza disse que seus olhos chamavam atenção, pareciam "grudados, não abriam totalmente" (sic) e, mesmo tendo consultado um médico e feito um tratamento, ainda naquele período do nosso atendimento a criança lacrimejava bastante. A avó ressaltou que os olhos de Antônio não abriam logo que ele acordava, mas sim aos poucos, ao longo do dia.

Quando chegava aos atendimentos, Antônio se escondia atrás da avó, parecendo assustado. Nos primeiros encontros, pedimos que a avó permanecesse na sala e construímos uma cabana feita de lençol para Antônio, supondo que ele se sentiria mais seguro nesse ambiente. Notamos que ele parecia se desorganizar quando nos dirigíamos diretamente a ele ou quando falávamos com a avó algo relacionado a ele ou à sua mãe.

Com a continuidade dos atendimentos, Antônio foi aceitando melhor a ideia de ficar na sala e, pouco a pouco, já ficava sem a cabana de lençol, porém, sentado atrás da avó, com as mãos no rosto. Algumas vezes, ele tirava as mãos dos olhos e ensaiava uma troca de olhar, mas recuava logo.

A possibilidade de um diagnóstico de autismo passou a ser questionada por Luciana, que após algumas sessões, começou a comparecer aos atendimentos, às vezes apenas com Antônio e outras vezes acompanhada também de Elza. Ela destacava alguns comportamentos do filho como sendo semelhantes àqueles que ela ouvia falar como sendo de crianças autistas: retraimento, pouca ou nenhuma interação com as pessoas, dificuldades com alimentação, desinteresse por brinquedos e brincadeiras, choro excessivo.

A participação cada vez mais frequente de Luciana nos atendimentos de Antônio permitiu que acontecessem algumas sessões de atendimento conjunto com a mãe e a criança, o que favoreceu com que os dois começassem a brincar juntos e iniciassem uma interação mais próxima e afetuosa, por meio da nossa mediação. A confiança da mãe a conduziu a uma narrativa sobre a história do nascimento de Antônio e todos os abusos e as agressões sofridas por ela. Luciana dizia sentir raiva quando olhava para o filho, pois lembrava do ex-companheiro, pai de Antônio, que lhe maltratava e a explorava financeiramente: "Eu sei que meu filho não tem culpa, ele é inocente, mas eu não sou uma pessoa má, eu também fui muito maltratada" (sic).

A chegada de Antônio na vida de Luciana, ao invés de ser geradora de investimentos narcísicos, foi impactada pela dificuldade de comparecimento e sustentação de uma função cuidadora por parte dela, visto que estava marcada por um contexto de precariedades e violências: "eu não cuidava do meu filho, eu não tinha vontade de cuidar nem de mim, o que dirá dele. Mas eu nunca o maltratei". (sic). Foi preciso, nestes atendimentos, olhar também para Luciana, Elza e todo o ambiente social de Antônio para que ele pudesse abrir os olhos, olhar ao redor e ser olhado de outro lugar.

À guisa de algumas recomendações para o cuidado em saúde mental infantil

Ainda que considerássemos a confirmação de uma hipótese diagnóstica de autismo, o cuidado a essa criança e sua família precisava colocar em sua dinâmica as violências e as formas de silenciamento relacionadas às graves feridas psíquicas transgeracionais. Como desenvolvido anteriormente, os lutos que não puderam ser elaborados, as palavras que não puderam ser ditas e permaneceram encriptadas podem desembocar em acentuados estados de depressão do cuidador e da criança.

Golse (2002, p.174) alerta para que os profissionais da saúde mental não caiam em meras lógicas de causa e efeito ou em conclusões culpabilizantes. Acerca disso, ele afirma: "as depressões maternas, por mais emblemáticas que sejam, não podem ser, de forma alguma, manipuladas de um modo culpabilizante, nem explícita, nem implicitamente". As mães não podem ser acusadas de ser ou de estar deprimidas. Não podemos censurá-las por isso. Se integrarmos as suas depressões num modelo causal linear corremos o risco de introduzir "sub-repticiamente uma visão etiopatogênica simplista, no campo da psicopatologia infantil" (GOLSE, 2002, p.175). O trabalho psicanalítico de intervenção precoce possibilita que um caminho de subjetivação estabeleça a relação da criança com seus cuidadores. O fluxo de violência pode ser interrompido e o não-dito pode dar lugar à palavra (CRESPIN, 2004).

A ausência psíquica materna se fez presente pela impossibilidade da assunção de uma função de cuidado frente a um contexto de múltiplas vulnerabilidades e silenciamentos. Golse (2007) retoma os trabalhos de Kreisler (1989) para exemplificar o modo como as depressões do bebê podem ocorrer nas situações marcadas por carências qualitativas, apesar da presença física do cuidador principal da criança. Nesses casos, precisamos ser prudentes

para não sentenciarmos de forma precipitada um diagnóstico que marcará a vida emocional, escolar e social da criança e de sua família.

No seu texto "Olhos d'água", Conceição Evaristo (2016) conta-nos sua busca pela cor dos olhos da mãe banhados d'água. Culpada e saudosa, vai ao seu encontro para sanar o seu esquecimento acerca da cor dos olhos maternos: "E quando, após longos dias de viagem para chegar à minha terra, pude contemplar extasiada os olhos de minha mãe, sabem o que vi? Sabem o que vi? Só vi só lágrimas e lágrimas", e continua:

> [...] Às vezes, as histórias da infância de minha mãe confundiam-se com as de minha própria infância. Lembro-me de que muitas vezes, quando a mãe cozinhava, da panela subia cheiro algum. Era como se cozinhasse ali, apenas o nosso desesperado desejo de alimento. As labaredas, sob a água solitária que fervia na panela cheia de fome, pareciam debochar do vazio do nosso estômago, ignorando nossas bocas infantis em que as línguas brincavam a salivar sonho de comida. E era justamente nos dias de parco ou nenhum alimento que ela mais brincava com as filhas. Nessas ocasiões a brincadeira preferida era aquela em que a mãe era a Senhora, a Rainha. Ela se assentava em seu trono, um pequeno banquinho de madeira. [...] Nós, princesas, em volta dela, cantávamos, dançávamos, sorríamos. A mãe só ria de uma maneira triste e com um sorriso molhado… Mas de que cor eram os olhos de minha mãe? Eu sabia, desde aquela época, que a mãe inventava esse e outros jogos para distrair a nossa fome. E a nossa fome se distraía.

Luciana não pôde brincar com Antônio e seus olhos se encheram d'água. Talvez Luciana muito cedo tenha abandonado o seu próprio brincar e desistido dos olhos de sua mãe. Os olhos de Antônio permanecem molhados se defendendo de um mundo que o machuca e o silencia.

Retomamos aqui a preocupação de Caterina Koltai (2011) "de escutarmos a História com H maiúsculo que acompanha e emoldura a história com h minúsculo, a do sujeito, ao mesmo tempo em que nos coloca perante a responsabilidade de poder ouvir a transmissão transgeracional **tanto da**

destruição, quanto da resistência a ela" (p.146, grifos nossos).

Como nos indica Koltai (2011, p.147), a inscrição simbólica do horror de uma experiência precisa ser reconhecido como fato social e político. No cuidado clínico é necessário que sejamos capazes de "relacionar a história individual com a História do mundo, abandona o analisando em uma solidão que, em vez de ajudá-lo a construir sua singularidade, cria nele um sentimento ilusório e tóxico de estar condenado a uma solidão de exceção". O que precisamos vencer, como profissionais da saúde mental, para sermos capazes de deixar falar o horror sem que este nos conduza à impotência ou, às vezes, à impostura de um saber que ignora o sujeito e sua história?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHAM, N.; TOROK, M. **A casca e o núcleo**. Tradução de M. J. R. F. Coracini. São Paulo: Escuta, 1995.

ARENDT, H. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999. Obra original publicada em 1958.

CAPARRÓS, M. **A fome**. São Paulo: Bertrand Brasil, 2016.

CARVALHO, A. **Desnutrição infantil e os impasses nas trocas alimentares**: uma discussão psicanalítica. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2011.

CASTRO, J. **Geografia da fome**: o dilema brasileiro: pão ou aço. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004. Obra original publicada em 1949.

CRESPIN, G. **A clínica precoce**: o nascimento do humano. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

EVARISTO, C. **Olhos d'água**. Rio de Janeiro: Pallas, 2016.

FAO; IFAD; UNICEF; WFP; WHO. **O estado da segurança alimentar e nutricional no mundo**. Roma: Food and Agriculture Organization, 2024. DOI: https://doi.org/10.4060/cd1254en.

FAO; IFAD; UNICEF; WFP; WHO. **O estado da segurança alimentar e nutricional no mundo**. Roma: Food and Agriculture Organization, 2025. Disponível em: https://openknowledge.fao.org/items/ea9cebff-306c-49b7-8865-2aef3bfd25e2.

FERENCZI, S. **Diário clínico**. Tradução de A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1990. Obra original publicada em 1933.

FERENCZI, S. Análises de crianças em adultos. In: FERENCZI, S. **Obras completas**: psicanálise IV. Tradução de A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1992a. Obra original publicada em 1931.

FERENCZI, S. Confusão de língua entre os adultos e a criança. In: FERENCZI, S. **Obras completas**: psicanálise IV. Tradução de A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1992b. Obra original publicada em 1933.

FERENCZI, S. Reflexões sobre o trauma. In: FERENCZI, S. **Obras completas**: psicanálise IV. Tradução de A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1992c. Obra original publicada em 1934.

FREUD, S. Projeto para uma psicologia científica. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1984. Obra original publicada em 1895/1950.

FREUD, S. Totem e tabu. In: FREUD, S. **Obras completas, v. 11**: Totem e tabu, história do movimento psicanalítico e outros textos. São Paulo: Companhia de Freud, 2012. Obra original publicada em 1913.

FREUD, S. Psicologia de massas e análise do eu. In: FREUD, S. **Obras completas, v. 11**: Psicologia de massas e análise do eu e outros textos (1920–1923). São Paulo: Companhia de Freud, 2011. Obra original publicada em 1921.

GOLSE, B. **Do corpo ao pensamento**. Lisboa: Climepsi Editores, 2002.

GOLSE, B. **O ser-bebé**. 1. ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2007.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ. **A extrema pobreza infantil no Ceará em 2024**. Fortaleza: IPECE, 2024. Disponível em: https://www.ipece.ce.gov.br/2025/06/02/em-apenas-dois-anos-5917-mil-criancas-cearenses-saem-da-extrema-pobreza/. Acesso em: 20 jul. 2025.

KOLTAI, C. Memória do inominável. In: PERDOMO, M. C. et al. **Trauma, memória e transmissão**: a incidência da política na clínica psicanalítica. São Paulo: Primavera Editorial; Sedes Sapientiae, 2011. p. 145–151.

KREISLER, L. Depressão infantil. In: LEBOVICI, S.; WEL-HALPERN, F. (org.). **Psicopatologia infantil**. Paris: Presses Universitaires de France, 1989. p. 341–351.

MARTINS, K. P. H. Infância e privação: a fome, o silêncio e a vontade de viver. In: PINHEIRO, C. V. Q.; CARVALHO, J. Q.; SILVA, M. F. V. (org.). **Estudos psicanalíticos na clínica e no social**. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2011. p. 79-97

MARTINS, K. P. H. **Sertão e melancolia**: espaços e fronteiras. Curitiba: Appris, 2014.

MARTINS, K. P. H.; KUPERMANN, D. Fome: o umbral da vergonha. **Trivium – Estudos Interdisciplinares**, v. 9, n. 2, p. 199–209, 2017.

MARTINS, K. P. H.; LEITE, A. M.; NEVES, B. S. D. C.; RABÊLO, F. C. **A experiência da fome na clínica e na cultura**. Fortaleza: Edições UFC, 2023.

MARTINS, K. P. H.; LIMA, M. C. P.; SIMÃO, G. M.; SOUSA, A. Privação do alimento e incidências na constituição psíquica. **Estilos da Clínica**, v. 21, n. 3, p. 618–638, 2017.

MARTINS, K. P. H.; MURITIBA, P.; VIEIRA, M. C. **Saúde mental na infância e na adolescência nos contextos da educação e da intersetorialidade em saúde**. Relatório de pesquisa. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2025. No prelo.

NEVES, F. C. O curral de bárbaros: os campos de concentração no Ceará (1915 e 1932). **Revista Brasileira de História**, v. 15, n. 29, p. 93–122, 1995.

PIRET, B. **Approche psychanalytique du traumatisme**: de l'irruption du réel à l'errance psychique. 2007. Disponível em: http://www.parole-sans-frontiere.org/spip.php?article297.

PONTE, J. F. S. **Atravessamentos das vulnerabilidades sociais traumáticas nas relações primárias do bebê avaliado com risco para o autismo**. 2025. Manuscrito não publicado.

QUEIROZ, R. **O quinze**. 7. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2004.

RIOS, K. S. **Isolamento e poder**: Fortaleza e os campos de concentração na seca de 1932. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2014.

ROSA, M. D. Sofrimento sociopolítico, silenciamento e a clínica psicanalítica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 42, 2022.

SOUZA, J. L. **O tabu da fome**: uma questão para a política e para a psicanálise. Projeto de qualificação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2025.

TEÓFILO, R. **A fome; Violação**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1979. Obras originais publicadas entre 1890 e 1899.

WINNICOTT, D. W. A construção da confiança. In: WINNICOTT, D. W. **Conversando com pais**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

CAPÍTULO 23

"COM VOCÊ ANDO MELHOR": GRUPALIDADE E SORORIDADE COMO ANTÍDOTOS À VIOLÊNCIA POLÍTICA DE GÊNERO

Simone Mainieri Paulon, Bruna de Almada Ghiorzi, Tayara Maronesi e Manuela D'ávila

"Povoada.
Quem falou que eu ando só?
Nessa terra, nesse chão de meu Deus,
sou uma mas não sou só"
Sued Nunes, 2023

Uma plateia constituída principalmente de homens cisgênero brancos, em sua maioria já passados dos sessenta e tantos anos, autodeclarados heterossexuais, em alianças espúrias com jogos, balas, bíblias, bois e outros artefatos de que se valem para estufarem cada vez mais o peito, mantendo-se soberanos na ocupação do espaço público como se dele fossem proprietários. Em frente a essa plateia, uma mulher. Ela também, com seus sessenta e tantos anos. Negra. Com o corpo marcado pela luta contra a exploração capitalista e neocolonial aos povos originários e à terra. A ela, é dito por esses senhores que "*se ponha em seu lugar!*". A cena é transmitida ao vivo. O cenário é o Congresso Nacional da República do Brasil.

A mulher é uma Ministra de Estado, ex-senadora, eleita democraticamente para o cargo de deputada federal pelo maior estado da nação. Sua voz, aguda e firme, ecoa na bancada e propaga-se, como rastilho de pólvora, pelas redes sociais: "*Submissa eu não sou!*"

A cena descrita ocorreu em Brasília, em maio de 2025, enquanto escrevemos sobre a nossa trajetória na construção de redes de proteção e enfrentamento às Violências Políticas de Gênero e Raça. Como se fosse um acaso, o ataque misógino à Ministra Marina Silva coloca em cena tudo aquilo que as mulheres que participam da política no Brasil denunciam repetidamente: "*Não nos querem lá.*"

Não é um acaso, pois, infelizmente, os exemplos são cotidianos. Ainda assim, de certa forma, põe luz nos jogos de poder que persistem no âmbito da política institucional e na dinâmica de gênero e raça que hierarquiza as vozes e competências daqueles que foram eleitos em um mesmo sistema representativo e que deveriam, em tese, possuir iguais condições de respeito e participação nos debates.

Assistimos à cena estarrecidas, porém não inertes nem silenciadas. Há algum tempo, vimos aprendendo a nomear e reivindicar o vocabulário que permite designar esses movimentos sob a regência do mandato de masculinidade (Rita SEGATO, 2025). Mandato este, que, de maneira simbólica, maneja as hierarquias sociais e preserva, acima de tudo, o poder do lugar do homem branco como legítimo operador da violência e da lei.

E, se atualmente dispomos de nomes para designar a Violência Política de Gênero e Raça (VPGR), é porque muitas mulheres vêm combatendo e produzindo conhecimento no tema — dentro da arena institucional da política e fora dela: nos movimentos sociais organizados, nos bancos acadêmicos e na militância das ruas. Segundo a ONU, o Brasil ocupa a 133ª posição no ranking global de representação parlamentar de mulheres (UN WOMEN; IPU, 2025), o que significa que estamos entre os piores desempenhos globais nesse quesito e muito abaixo da representação de gênero em relação à média do continente.

A sub-representação das mulheres no parlamento brasileiro não é algo ocasional, nem fruto de escolhas individuais — ela se inscreve na longa tessitura histórica de apagamentos, silenciamentos e interditos que o patriarcado-colonial soube erguer com destreza. Entrelaçam-se, nesse cenário, não apenas

os vetores de gênero, mas também as marcas indeléveis da raça e de classes, que seguem desenhando fronteiras no acesso à política, ao poder, à palavra pública. O Estado brasileiro, em sua própria fundação, se fez guardião dos interesses das elites. A elas concedeu não só o acesso aos espaços de decisão, mas também o privilégio de encarnar aquilo que se convencionou chamar de sujeito político legítimo — portador dos modos aceitáveis de existência, de pensamento e de ação. E, assim, naturalizou-se que o exercício da política institucional seja, ainda hoje, território onde se reproduzem e se atualizam as hierarquias coloniais e patriarcais.

A violência política de gênero e raça — que agora ganha nome, forma e reconhecimento no Código Eleitoral[20] — é a expressão concreta desse mecanismo. São gestos, palavras, silêncios e atos que buscam interditar o corpo feminino e racializado no espaço público. Assédio, constrangimento, humilhação, perseguição, ameaça, menosprezo, discriminação. Tudo aquilo que opera, por meios visíveis ou sutis, para dificultar ou impedir que mulheres negras, indígenas, periféricas e tantas outras ocupem seus lugares de direito — na campanha, no mandato, na condução dos rumos de uma sociedade que reluta para reconhecer sua pluralidade.

Diante disso, reafirmamos a urgência de desenhar diretrizes que orientem práticas de cuidado e acolhimento afetivo às mulheres na política. Porque não se trata apenas de reparar feridas, mas de reconhecer que essas feridas são parte de uma guerra cotidiana e estrutural. Que o cuidado, aqui, é também gesto político, contra-narrativa, estratégia de resistência, produção de saúde. E que acolher significa, sobretudo, tecer redes capazes de amparar mulheres que insistem em não ser expulsas da cena pública — ainda que, o tempo todo, tendo que escutar as vozes, há tanto hegemônicas nos inóspitos locus do poder, a bradar que este lugar não pertence a elas.

Foi esta perspectiva de acolhimento e cuidado, ancorada em uma ética feminista, que reuniu as autoras do presente capítulo - três psicólogas

20 No Brasil, a Lei de Nº 4.192 estabeleceu as normas para prevenir, reprimir e combater a violência política contra a mulher e entrou em vigor no dia 04 de agosto de 2021 (Brasil, 2021).

e uma cientista política, cuja notável trajetória parlamentar a tornou alvo preferencial da violência misógina ao longo de anos. A ideia de promover espaços protegidos de escuta e elaboração coletiva dos efeitos que a VPGR tem sobre os corpos e projetos políticos das mulheres gestou-se a partir da atuação no Abrigo da Escola Luciana de Abreu, exclusivo para mulheres e crianças. O local de acolhimento temporário foi criado no contexto das enchentes ocorridas no Rio Grande do Sul em 2024 e fez com que o encontro entre o Instituto "E se fosse você?" e a Clínica Feminista Antirracista Interseccional, programa de extensão acadêmica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CliFAI/UFRGS), se tornasse um modo de materializar espaços coletivos de cuidado, voltados às mulheres na política.

A potência da escuta mútua, os modos de operar o dispositivo grupal, as tessituras femininas compondo uma trama coletiva de apoio são alguns dos efeitos das Oficinas de Cuidado Mútuo que este texto analisa. Pensar estratégias feministas para cuidar da vida e da democracia é o mote que nos levou a organizá-las nos espaços de encontro entre mulheres na política e o fio condutor dos debates que este texto quer compartilhar.

Das águas de maio às Rodas de Cuidado

Feminismo é o contrário da solidão.
Marcia Tiburi

Uma crise climática e política. Lama e caos. Casas dentro da lama. As águas derrubando tudo, estradas, pontes, casas, sonhos. Pessoas sem lar. Falta de itens básicos, como água potável, comida, gás, combustível, roupas. Ausência do Estado. Perdas incontáveis. Lutos. A vida em caos. Desespero, angústias, tristezas, medos, a descrença de que aquilo não passava de um pesadelo. A emergência climática não é futuro, é presente.

A enchente de maio de 2024 no estado do Rio Grande do Sul, extremo sul do país, impactou a vida de toda sua população. Como sempre, as interseccionalidades são marcantes e aguçam as desigualdades com seus efeitos mais profundos nas populações mais empobrecidas, pessoas negras e entre as mulheres.

Moradias provisórias, espaços de abrigamento, grandes ginásios de esportes, escolas, salões de igrejas foram, repentinamente, transformados em Abrigos. Mutirões de pessoas voluntárias brotavam em diversas frentes de suporte. Doações chegaram de todos os cantos do país, transpondo, inclusive, fronteiras internacionais. Em meio à avalanche de solidariedade que extrapolou o estado diretamente atingido, no entanto, as violências de todas as ordens, incluindo assédios e abusos sexuais, tão conhecidas pelas mulheres brasileiras, também emergiram no interior dos Abrigos. Isto alertou os movimentos feministas e grupos de defesa dos direitos das mulheres para a urgência da criação de espaços de abrigamento exclusivo para elas e suas/seus filha/os, onde pudessem se sentir minimamente seguras, sendo atendidas em suas fragilidades aguçadas pela catástrofe político-climática do momento.

Mulheres tiveram a iniciativa de organizar, gestar e construir os Abrigos femininos para tornar um lar temporário em momento de crise. Mulheres educadoras da Escola Luciana de Abreu que encontraram formas de disponibilizar o local onde as aulas não estavam ocorrendo devido às enchentes. Mulheres voluntárias na cozinha, limpeza, engenharia, organização de doações, proporcionando lazer para mulheres e crianças, psicólogas, mulheres que dedicaram e compartilharam seus saberes com outras mulheres. Mulheres, mães, professoras, amigas, voluntárias, mulheres. No intervalo de menos de uma semana, entre a concepção, convocação de equipes, recursos financeiros, adequação de espaço físico e equipamentos necessários para prover necessidades básicas de pessoas totalmente desprovidas de seus pertences, tínhamos um abrigo para receber até 60 mulheres com suas crianças.

> Se mulheres são como águas que crescem quando se juntam, as águas fizeram com que o destino de muitas delas se encontrasse. De um lado, as mulheres do 'Instituto E Se Fosse Você?' sabendo que precisávamos fazer algo diante das notícias de abuso sexual nos abrigos (...) De outro centenas de voluntárias (...) Mulheres com toda diversidade e um objetivo comum: ajudar outras mulheres a enfrentar a enchente. Juntas, em menos de doze horas, transformamos uma escola em um abrigo para receber mulheres e crianças (Gabriele GOTTLIEB, 2024, p. 100).

Entre esses encontros e, atendendo ao chamado do Instituto, a CliFAI - programa de extensão da Universidade Federal do Rio Grande do Sul que presta assistência às mulheres em situação de violências de gênero - se apresentou, à primeira hora, como parceira junto ao grupo de psicólogas que acabara de se conhecer. Com a perspectiva de uma clínica que considera as interseccionalidades e tendo como princípio o cuidado coletivo a partir da ética feminista, o grupo esboçou um fluxo de trabalho e pactuou as diretrizes gerais para o acolhimento das mulheres no Abrigo, considerando os desafios e expectativas que poderiam ser encontrados. Ainda longe de sabermos o quanto precisaríamos nos acolher também como equipe, propusemo-nos a discutir e inventar modos de enfrentar o implacável daquela experiência:

> Quando começaram a chegar as primeiras mulheres e crianças, com suas fragilidades, dores, perdas, expectativas, medos, vícios, desejos, sintomas e pets (muitos pets!!) nossas atenções já não estavam absorvidas com as angústias e dúvidas acerca de nossos modos de intervir. Estavam disponíveis a ofertar uma escuta sensível e acolher as demandas de mulheres e meninas que sabíamos virem de outros abrigos, muitos dos quais reproduziram violências que marcavam suas vidas, desde sempre (Simone PAULON, 2024, p.145).

A Clínica Feminista Antirracista Interseccional da UFRGS - CliFAI - nasceu da articulação entre duas de suas unidades acadêmicas - o Programa Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional (PPGPSI) e a Clínica-

Escola de Atendimento Psicológico (CAP) - em resposta à demanda de apoio trazida pelo movimento social organizado das mulheres no estado - por meio da ONG Themis - Justiça de Gênero e Direitos humanos das Mulheres - para enfrentarem a situação emergencial da pandemia de 2020. Evidenciava-se, naquele momento, a necessidade de estabelecer assistência direta às vulnerabilidades das mulheres, seja pelas carências impostas pelo desmonte neoliberal às políticas públicas, pelo convívio doméstico com seus agressores ou pelas precariedades da vida, sabidamente agravadas com qualquer crise econômica como Simone de Beauvoir (2016)[21] há tanto anunciou e a história tem comprovado. A aposta na grupalidade virtual partiu das perspectivas teórico-clínicas da equipe e proporcionou alguma ruptura no isolamento imposto pelas medidas sanitárias de distanciamento social.

O cuidado é primordial para a manutenção da vida e, historicamente - em sociedades patriarcais como a nossa - atribuído às mulheres. O trabalho do cuidado assume papel central na manutenção do capitalismo, desvalorizado e invisibilizado, ele é executado, na maioria das vezes, por mulheres negras que todos os dias abrem as cidades para que as empresas, escritórios, corporações e seus funcionários realizem suas tarefas - essas valorizadas e produtivas - na lógica neoliberal de trabalhos invisíveis e vidas descartáveis (VERGÈS, 2020). No Abrigo Luciana de Abreu foi diferente. O trabalho do cuidado foi compartilhado, assim como boa parte das tarefas de gestão do cotidiano do Abrigo foram gestadas, debatidas e resolvidas de forma horizontal, reunindo, sempre que possível, os diferentes segmentos que compunham o espaço - coordenadoras do Instituto ESFV, voluntárias e acolhidas. O cuidado com a alimentação, com a limpeza, com as roupas, com as crianças foi coletivizado, do planejamento à execução e avaliação. Nos desencontros causados pela emergência climática e pelas violências de gênero, outros tantos encontros e aprendizados foram possíveis. Estávamos em rede, em rodas de cuidado mútuo.

21 "Nunca se esqueça que basta uma crise política, econômica ou religiosa para que os direitos das mulheres sejam questionados. Esses direitos não são permanentes. Você terá que manter-se vigilante durante toda a sua vida" (BEAUVOIR, 2016, p. 29).

Mulheres em Roda: a experimentação de um dispositivo de cuidado coletivo

O feminismo precisa de escutadeiras,
estas personagens capazes de escancarar dez vezes os sentidos
para abrir os portões da pedagogia feminista.
Débora Diniz e Ivone Gebara, 2022.

No pátio da escola Luciana de Abreu naquele final de maio de 2024 se viam muitos varais improvisados cheios de roupas para secar, alguns brinquedos soltos, um carrinho de bebê, e, no centro da quadra, uma roda de mulheres sentadas nas cadeiras escolares. Era frio, mas elas buscavam os poucos raios de sol que espantavam a umidade. Ali se reuniam as mulheres e crianças residentes, as coordenadoras e voluntárias do turno. O objetivo do encontro proposto pela equipe de psicólogas foi a preparação para a desinstalação do abrigo temporário, restituição da escola à Secretaria de Educação (anunciada de forma abrupta) e intermediação do retorno das residentes às suas casas ou encaminhamento das situações onde o retorno não era uma perspectiva.

Encontros como esse aconteceram diariamente naquela semana, uma vez por turno, a fim de acolher as angústias, discutir conflitos, listar necessidades e construir juntas alguns possíveis frente à avalanche de impossibilidades impostas pela situação de encerramento do Abrigo em uma cidade destruída pelas águas e inépcia governamental. Nas rodas de conversa entre mulheres, o choro, a indignação, a amizade e a reflexão sobre o cuidado mútuo experimentado dividiam o espaço *par i passu* com o planejamento dos mutirões de limpeza das moradias (do pouco que restara de algumas delas) e com as decisões burocráticas que se faziam imprescindíveis para o momento. As crianças já não mais recorriam apenas às suas mães para atenção, circulavam entre braços, múltiplos colos, cadeiras, pátio, refeitório. Roupas eram lavadas e recolhidas por diferentes mãos, refeições, limpeza, amparo coletivo para as

tarefas da vida que eram o modo de existência na comunidade improvisada que, repentinamente, precisava se desfazer.

As rodas foram o instrumento para lidar coletivamente com os efeitos do que era recebido como mais uma violência institucional: os governantes seguiam se eximindo da responsabilidade com a sobrevivência digna das famílias que buscavam condições de reconstruir suas vidas. Diante desse cenário a equipe tomava a empreitada de reparar em si e nas residentes um pouco da sensação de desamparo constituindo uma via de escuta mútua e sensível. Inspiradas pelo dispositivo das rodas de acolhimento, oficinas e grupos virtuais - que acontecem, desde 2020, na CliFAI - o dispositivo grupal logo se mostraria, naquela situação limite de abrigamento, como um dispositivo privilegiado de cuidado entre mulheres.

> Mas o que escutamos e nos transforma em feministas? Escutamos as verdades das mulheres fora dos dogmas do patriarcado; escutamos a criatividade, paciência, a coragem e a sobrevivência de mulheres submetidas a um regime de poder cruel que as discrimina, oprime e mata [...] (Débora DINIZ & Ivone GEBARA, 2021, p. 23)

Também foi por meio das rodas que o projeto "Onde Ela Quiser" estabeleceu uma de suas metodologias de cuidado. O projeto, elaborado na parceria entre Instituto e CliFAI, disponibilizou um plantão de acolhimento às mulheres que participavam das eleições municipais de 2024 com o intuito de compartilhar as dificuldades enfrentadas no campo da política institucional e escutar o sofrimento manifestado no embate com as violências políticas de gênero e raça. Havia a necessidade, já anunciada pela experiência da fundadora do Instituto, de elaborar ferramentas que contribuíssem com a permanência das mulheres na política e com o fortalecimento democrático do país: "Não quero mais nenhuma de nós pelo caminho. Quero todas inteiras, denunciando e podendo permanecer nesses lugares. E para que elas permaneçam, precisamos de vocês" (Manuela D'Ávila, comunicação pessoal, 2025, aula inaugural da Formação de Cuidado Feminista).

Durante o ciclo eleitoral experimentou-se com êxito as Rodas virtuais de Cuidado Mútuo para Mulheres na Política que proporcionaram a troca de experiências e o reconhecimento de que o fenômeno da VPGR era uma realidade que se manifestava em todas as regiões do país, nas formas mais cruéis e inimagináveis, ao menos às psicólogas que assinam este texto, diferente da cientista política, alvo preferencial deste tipo de violência. As participantes relataram seu cansaço, os adoecimentos físicos e emocionais, seus medos, além de sentimentos de abandono e solidão que se dirigiam não apenas a elas, parlamentares, assessoras, militantes, mas, às suas famílias e colegas ativistas.

Durante a escuta e acolhimento mútuo teciam-se as bases para uma compreensão das afinidades e um novo fôlego inspirado pela solidariedade e pela capacidade de indignação que surgia da elaboração coletiva. Na confluência das experiências de acolhimento oferecidas nos grupos de escuta da CliFAI ao longo de quatro anos, nas rodas oferecidas às mulheres atingidas pelas enchentes de maio no abrigo feminino Luciana de Abreu e no apoio psicológico junto às mulheres empreendido no projeto "Onde Ela Quiser" costuramos a metodologia de duas Oficinas de cuidado entre mulheres atingidas pela violência política de gênero e raça.

A primeira das duas Oficinas nos foi encomendada para criar um espaço de respiro coletivo e encontro das mulheres, logo após as eleições municipais do Brasil em 2024. Organizada pelo Instituto "E se Fosse Você" para reunir, a princípio, até cem mulheres na política, quase o dobro deste número de parlamentares e assessoras se deslocaram, das cinco regiões do país, até Brasília decididas e desejosas a debater o tema e trocar estratégias de enfrentamento à VPGR. Na abertura da Jornada das Mulheres na Política, a anfitriã e promotora do evento, Manuela Dávila, narrou algumas das inúmeras violências de que ela e muitas companheiras ali presentes têm sido alvo em suas trajetórias na política institucional, e encerrou afirmando: "Ser forte e suportar todas estas violências não pode ser condição para uma mulher ocupar o parlamento". Orientadas por esta fala que justificava, em boa parte, o que

congregava tantas mulheres no evento, criamos um momento de expressão e elaboração coletiva dos efeitos por elas vivenciados em seus processos de disputa por vagas nos parlamentos e executivos municipais.

Uma manhã inteira, dos quatro turnos de trabalho que estruturou o evento, foi destinada à realização da "Oficina de Escuta e Cuidado Mútuo". A partir de um exercício de psicodrama, que operou uma ruptura no tipo de narrativa e método de trabalho exigido das parlamentares em seus embates cotidianos com os espaços marcadamente machistas em que atuam, convidamos as participantes a se conectarem com movimentos corporais que as remetesse a momentos de cuidado de si. Audre Lorde (2020) afirmou que cuidar de si mesma é um "ato de guerra política". A autora nos lembra que a prática do autocuidado para as mulheres marginalizadas e oprimidas é um ato revolucionário, um ato de amor e cuidado consigo. Ao primeiro sinal de quebrarem o silêncio a que a maioria tinha se resignado quanto às situações de violência vividas para se constituírem candidatas, quase nenhuma conteve o choro. A fala de Manuela ao justificar nosso encontro para fortalecermos uma rede feminista capaz de desmontar a lógica naturalizada de que é preciso endurecer, ser forte, masculinizar-se para ocupar os espaços públicos ecoou fortemente. Na sequência, as mulheres trocaram histórias de agressões, desmandos, traições - muitas delas por parte de seus companheiros de partido - de toda sorte e, ao final, encenaram situações vividas e ficcionadas sobre como a reunião entre elas oferecia um suporte fundamental que lhes permitira chegar até ali.

Em 2025, a convite do Instituto, a CliFAI foi novamente chamada a participar da estruturação de uma Oficina para as mulheres na política e na vida pública. A iniciativa integrou o 1º Festival "Mulheres em Lutas" — o MEL, como ficou conhecido. Foram três dias de atividade, com duas mil participantes, oriundas de todos os estados brasileiros. O MEL nasceu dos efeitos da Jornada em Brasília, da vontade das mulheres de permanecerem em contato e não desistirem de seus lugares conquistados nos espaços públicos e da capacidade de Manuela D'Ávila transformar demandas emergenciais das

mulheres em articulação política. O encontro, realizado em abril de 2025 em São Paulo, virou uma verdadeira festa feminista, com inúmeros coletivos de mulheres que, em toda pluralidade que cabe ao termo, se organizaram com as amigas, companheiras de militância, trabalho, vida, com suas crianças e suas histórias para estarem juntas, se ouvirem, trocar experiências de como re-existirem na política e inventarem juntas uma nova política. Além dos debates, discussões, intervenções artísticas e alinhamento de estratégias para o enfrentamento da VPGR, o encontro também ofereceu um espaço de cuidado mútuo, conduzido pela equipe da CliFAI e Instituto, que articulou uma rede de pesquisadoras e psicólogas atuantes no tema em diversos territórios do país. Em meio ao movimento incessante das mulheres, em suas diversidades de corpos, sotaques, cores, badulaques e vozes, a Oficina se constituiu como ponto de encontro para a criação e elaboração de possibilidades de cuidado. Foram propostas atividades que favoreceram trocas, olhares e a multiplicação de saberes e experiências, apostando nas diferenças como disparadoras de processos ativos de compartilhamento e criação. Os relatos das mulheres, acerca das formas encontradas para acolher as companheiras em seus territórios e acolherem-se mutuamente, se inscreveram nos corpos que trocaram olhares acolhedores, dançaram ritmos animados, pintaram expressões de cuidado em colmeias de papel, cantaram suas dores e anunciaram em poemas que há saídas a elas: um gesto vivo de escuta coletiva.

Colocar as mulheres em grupo, fazer a palavra circular em roda e investir na ética do cuidado é defender uma possibilidade clínica de falar abertamente sobre as violências. É produzir uma comunidade que reconheça, testemunhe e se afete com a dor umas das outras, desfazendo a experiência solitária do sofrimento psíquico. Tal gesto intenta deslocar a lógica patriarcal-colonial que desqualifica os saberes do corpo e das mulheres, desafiando, ao mesmo tempo, o pensamento neoliberal e individualizante, segundo o qual uma escuta dos efeitos psíquicos provocados pelas violências de gênero só pode ser efetiva entre as quatro paredes, em geral brancas, de

consultórios assépticos e privados. A "Roda de Cuidado entre Mulheres", como intitulamos esta 2ª Oficina, no contraponto a esta cena primária arquitetada nos primórdios de uma circunscrita Psicologia Clínica, confronta um modo de conceber e intervir na saúde mental calcado na lógica dos especialismos, que hierarquiza saberes, em atitude quase confessional. Uma lógica que, ao visar reduzir os efeitos das múltiplas violências de gênero a uma fictícia intimidade psíquica, serve mais à manutenção do sistema de poder que expulsa mulheres da política, do que a lhes dar o devido apoio para que possam ocupar espaços públicos. Torná-los menos violentos, mais equânimes, múltiplos e acolhedores das diversidades, como devem ser os espaços democráticos, é uma urgência de nosso tempo que já tarda demais em se tornar realidade, sem que as mulheres tenham que pagar o preço que hoje a política feita por homens e para os homens lhes cobra.

Verónica Gago, professora e ativista argentina, reafirma a diferença da produção de conhecimento ao modo feminista, situado, que passa pelo corpo, que carrega consigo os efeitos do vivido, das desigualdades, das trajetórias e, por isso mesmo, carrega potência. É no encontro entre os corpos, nessa capacidade de fazer alianças políticas e reconceitualizar coletivamente as violências, que é possível se deslocar da condição de vítima para uma subjetividade que se constitui na luta (Verónica GAGO, 2020). Nas duas Oficinas promovidas para o cuidado mútuo entre parlamentares, assessorias e mulheres mais diretamente expostas à VPGR foi possivel experimentar o efeito sensível de acolhimento e a confluência de saberes e experiências através da amizade política, do encontro nas boas lutas e da imaginação feminista.

Despatriarcalizar o Cuidado, Descolonizar o feminismo

Las revoluciones no son una "marea rosa" ni un "un momento" – como creen algunos– de eyaculación precoz por el cual los pueblos

viven un orgasmo y luego vuelven a una cotidianeidad que recicla opresiones, explotaciones y antiguas dominaciones. No se trata de sustituir al opresor en un acto de magia; se trata de acabar con la opresión.
Julieta Paredes, 2015

A clínica psicológica é associada majoritariamente, no imaginário social, ao ambiente do consultório à meia-luz, localizado nos prédios comerciais, em centros urbanos ou bairros de elite, um par - paciente e profissional do cuidado - falando em voz baixa e resguardados do movimento das ruas. Esse imaginário ignora que existem psicólogas atendendo a céu aberto, nas praças, nos pátios dos serviços de saúde, nas frentes de atendimento a desastres, engajadas em protestos, acompanhando em delegacias. Porque aquilo que é imprescindível para a clínica é o encontro, não a poltrona, o divã, o "um a um" do setting vienense do século XIX. Nas experiências de cuidado elaboradas entre o Instituto e a CliFAI, a escuta se dava indissociada das urgências do agora, encharcada da vida como ela é, uma escuta de corpo inteiro (NAFFAH NETO, 2014).

É por isso que a ética feminista do cuidado se enlaça fortemente à possibilidade de construção das Oficinas de Cuidado Mútuo e na direção de uma clínica que mira os sofrimentos e adoecimentos decorrentes dos efeitos do modo hegemônico de subjetivação, definido por Suely Rolnik (2018) como "antropo-falo-ego-logocêntrico". Romper com essa forma de subjetivação consiste em reativar o saber-do-vivo, diz a autora, e convocar as práticas que nos levam à insurgência do pensamento-ação. No caso das mulheres que ocupam os espaços públicos, trata-se de operar o resgate das suas forças de criação capturadas pelo modo colonial-masculinista de fazer política institucional. Trata-se de impulsionar um modo de cuidado coletivo, atento à potência das novas formas de subjetivação que podem emergir no encontro, e com elas, quem sabe, inventar uma nova democracia.

> Não é a natureza que determina a capacidade de cuidar da vida que as mulheres, em toda pluralidade que cabe ao termo, têm. É da

> plasticidade inventiva, da capacidade de se apoiarem mutuamente, da resistência criativa, que fomos impelidas a desenvolver, muito às custas de sobreviver às violências de gênero vivenciadas por todas e quaisquer modos de performar o ser mulher, que retiramos a competência (às vezes sina!) para cuidar do mundo. Como as acolhidas no abrigo Luciana de Abreu, generosamente, nos ensinaram o cuidado, quando coletivo, é transformador. (Simone PAULON, 2024, p.153)

Ao constituírem uma grupalidade em devir para a condução das Oficinas, as psicólogas também experimentaram em seus próprios corpos e saberes a abertura e a disposição para a emergência de um saber-com, uma composição afetiva-intelectual e corporificada. Estavam, assim, em consonância com a hibridez e a porosidade necessárias para a configuração de um corpo coletivo que sustentasse a intervenção proposta a um grupo heterogêneo de mulheres combativas, dispostas às trocas, sedentas por compartilhamentos, mas receosas de expor suas vulnerabilidades.

Um cuidado na perspectiva feminista, no entanto, precisa considerar as diferenciações produzidas pela episteme moderno-colonial e atentar que não somente o gênero está em questão, mas também o modo como as hierarquias sociais operam nessa relação de dominação-exploração (Ochy CURIEL, 2018). Nesse sentido, não se pode desconsiderar, por exemplo, os efeitos do racismo, da homofobia, da cisgeneridade, do capacitismo e dos demais sistemas hegemônicos assentados na ideia de um humano universal - homem cisgênero, branco, europeu, heterossexual - que excluem dos *locus* de poder toda alteridade, tomando como "outro" o que não lhe é espelho. Mais do que isso, para afirmar a superioridade de suas epistemologias e modos de existência, reforçando seu Eu narcísico como medida de valor universal, tais sistemas costumam transformar o outro em inimigo potencial, como magistralmente demonstrado por Mbembe, em Políticas da Inimizade (2020).

Daí a importância de uma clínica psicológica que, conectada às demandas de seu tempo, possa manter viva a potência revolucionária legada

por um médico neurologista que ofertou escuta ao grito dos úteros[22] reprimidos pela moral vitoriana de sua época. Ao propor a *talking cure*, como modo de acessar traumas inconscientes de mulheres paralisadas por sofrimentos que não podiam ser expressados, Freud inventou um método que, ao mesmo tempo em que tratava as dores das mulheres cujos corpos atestavam os efeitos de seus silenciamentos, denunciava a lógica do poder médico alicerçada na violência patriarcal. Este Freud, que tem sido tão esquecido nas terapias e tecnologias de cuidado em tempos de coachs e individualismo neoliberal, pode ser resgatado como um aliado, desde que revisitado e contextualizado em seus ensinamentos, racializado pelas experiências corporificadas no sul global e alimentado das rupturas e apostas político-existenciais-intelectuais feministas e dissidentes de gênero.

As experiências de coletividade e cuidado, muitas vezes invisibilizadas, constituem práticas de resistência que atravessam gerações e contextos sociais. Se não se trata, como anunciado na epígrafe de Julieta Paredes com que abrimos este trecho, de esperarmos que algum ato de magia possa acabar com a opressões que recaem sobre os corpos de mulheres, é preciso resgatar no inconsciente cultural brasileiro formado pela transmissão das mulheres negras aquilo que marca uma existência *amefricana*[23] que reside na prevalência da coletivização sobre o individualismo, na solidariedade mais do que na competição (Lélia GONZALEZ, 2020) e nos ensinamentos ancestrais daquelas que, através dos tempos, tiveram que se juntar para se manterem vivas.

22 A histeria é fundante na história da Psicanálise e na compreensão de que o corpo poderia expressar o sofrimento psíquico silenciado. O termo deriva do grego hysteros que significa "útero" e se relaciona a uma patologia que nomearia uma doença "das mulheres" com sintomatologia diversa ao longo do tempo (Jorge & Travassos, 2021). A relação útero–mulher–feminino, em uma lógica cis-heteronormativa, precisa ser superada, assim como a ideia de que certas psicopatologias seriam exclusivas do feminino, e não fruto de um sistema sexo-gênero que estrutura a sociedade e impõe desigualdades.

23 Amefricanidade é uma categoria proposta por Lélia Gonzalez para designar o processo histórico de adaptação, resistência, reinterpretação e criação de novas formas de cultura afrocentrada e singular à especificidade da diáspora negra na América Latina, no encontro com as experiências da América pré-colombiana (GONZALEZ, 2020).

Considerações finais: por uma política-povoada

Ao longo da história, os modos de resistência das mulheres às opressões se manifestaram nas mais diversas maneiras: das pequenas às grandes transgressões, na literatura, na política, nos movimentos sociais e, até mesmo, nas amizades femininas. Foi por meio desses gestos solidários que se tornaram possíveis a sobrevivência e a reinvenção cotidiana de suas existências. Os laços comunitários permitiram às mulheres brasileiras — sobretudo às mulheres negras, periféricas, indígenas e ribeirinhas — sobreviver e conquistar espaços que extrapolam os limites impostos pelo patriarcado. Ao falarmos em feminismos, em suas múltiplas vertentes, mas entendidos como movimento social organizado, costumamos nos remeter ao Ocidente do século XIX, em sua contribuição para a produção de conhecimento acadêmico e para a atuação política. Contudo, ao propormos as Oficinas sobre as quais este capítulo discorre, nossa mirada se volta para as redes de sororidade que existem desde sempre, sustentando uma sociedade que depende do trabalho de cuidado realizado pelas mulheres, embora não o reconheça como essencial para além da esfera doméstica.

Ainda que as mulheres na política estejam suscetíveis à violência política, elas não estão submetidas da mesma maneira e nem sofrem igualmente com os seus efeitos. Singularizar as experiências e produzir afetação, a partir da radicalização da experiência de outramento que a vida em sociedade nos exige, é parte do que compõe uma proposta metodológica coletiva e feminista. Uma proposta que resgata a ousadia psicanalítica de acolher o indizível, de abrir uma escuta "àquilo que não tem governo nem nunca terá", como cantado por Chico Buarque e Milton Nascimento[24]. Uma escuta aberta às singularidades das muitas mulheridades.

24 Buarque, C. (1976). O que será (À flor da pele) [Letra de música]. Em *Meus caros amigos* [Álbum]. Philips.

No enfrentamento às VPGR, escutamos que as situações de violência costumam produzir sentimentos de solidão, injustiça, raiva, medo, tristeza, desesperança, confusão, exaustão, desgaste, isolamento, indignação, ansiedade, impotência, inadequação, hipervigilância, desamparo, vulnerabilidade. No entanto, reduzir a experiência massivamente relatada pelas mulheres às psicopatologias individualizantes, que descontextualizam a saúde mental dos processos sociais que a compõem, desfavorece também as possibilidades de cuidado e reparação. Se faz necessário, portanto, criar condições teóricas e metodológicas para apoiar e criar redes que garantam a dignidade das escolhas das mulheres que optam por participar da vida pública.

É preciso viabilizar uma forma de fazer política institucional que não custe a vida e a saúde mental das mulheres. Ao fomentar a grupalidade de escutadoras como estratégia de cuidado entre mulheres expostas às violências características do contexto misógino, como do parlamento brasileiro que não se reconhece como legítimo lugar de fala de uma ministra de Estado, as Oficinas realizadas nos dois eventos nacionais apostaram na formação de redes de sororidade como antídoto às violências por elas vividas nesses espaços.

Nosso horizonte utópico - para o qual temos caminhado a passos miúdos e determinados - é de que a sororidade que emana na grupalidade entre as mulheres - cis, trans, pretas, indígenas, com deficiência, lésbicas, do norte ao sul -, além de atenuar seus sofrimentos, possa alavancar a invenção de uma nova política institucional brasileira. Uma democracia feminista.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**: a experiência vivida. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016.

BRASIL. **Lei nº 14.192, de 4 de agosto de 2021**. Estabelece normas para prevenir, reprimir e combater a violência política contra a mulher. Brasília, DF: Presidência da República, 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14192.htm.

DÁVILA, M. **Maio**: a união feminina diante da maior enchente da história de Porto Alegre. São

Paulo: Instituto E se Fosse Você, 2024.

DINIZ, D.; GEBARA, I. **Esperança feminista**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2022.

GAGO, V. **A potência feminista, ou o desejo de transformar tudo**. Tradução de I. Peres. São Paulo: Elefante, 2020.

GONZALEZ, L. **Por um feminismo afro-latino-americano**: ensaios, intervenções e diálogos. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

GOTTLIEB, G. L. Abóbadas da enchente. In: DÁVILA, M. **Maio**: a união feminina diante da maior enchente da história de Porto Alegre. São Paulo: Instituto E se Fosse Você, 2024. p. 98–111.

JORGE, M. A. C.; TRAVASSOS, N. P. **Histeria e sexualidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 2021.

LORDE, A. **Sou sua irmã**: escritos reunidos e inéditos. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

MATOS, M.; PARADIS, C. G. Desafios à despatriarcalização do Estado brasileiro. **Cadernos Pagu**, [s. l.], n. 43, p. 57–118, 2014. DOI: https://doi.org/10.1590/0104-8333201400430057.

MBEMBE, A. **Políticas da inimizade**. Tradução de S. Nascimento. São Paulo: n-1 edições, 2020.

MELO, P. B. de (org.). **Descolonizar o feminismo**: VII Sernegra. Brasília: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Brasília, 2019. E-book. (Semana de Reflexões sobre Negritude, Gênero e Raça, 7.).

NAFFAH NETO, A. A psicanálise e a herança de Nietzsche sob a forma de dez mandamentos. In: PAULON, S. M. (org.). **Nietzsche psicólogo**: a clínica à luz da filosofia trágica. Porto Alegre: Sulina, 2014. p. 145–165..

PAREDES, J. Despatriarcalización: una resposta categórica del feminismo comunitario (descolonizando la vida). **Bolivian Studies Journal**, [s. l.], v. 21, p. 100–115, 2016. DOI: https://doi.org/10.5195/bsj.2015.144.

PAULON, S. M. Abrigar, acolher, articular. In: DÁVILA, M. **Maio**: a união feminina diante da maior enchente da história de Porto Alegre. São Paulo: Instituto E se Fosse Você, 2024. p. 138–154.

ROLNIK, S. **Esferas da insurreição**: notas para uma vida não cafetinada. São Paulo: n-1 edições, 2019.

SEGATO, R. **As estruturas elementares da violência**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2025. E-book.

SANTOS, S. N. N.; DWULATKA, B. G.; PRADO, T. N. **Povoada**. [Letra de música]. In: Povoada. Single. Dawn Patrol Records, 2023.

TIBURI, M. **Feminismo em comum**: para todas, todes e todos. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018.

TIBURI, M. **Como derrotar o turbotecnomachonazifascismo**. Rio de Janeiro: Record, 2020.

UN WOMEN; INTER-PARLIAMENTARY UNION. **Mulheres na política: 2025**. Brasília, DF: ONU Mulheres, 2025. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br.

VERGÈS, F. **Um feminismo decolonial**. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

CAPÍTULO 24

SAÚDE, MIGRAÇÕES E INTERCULTURALIDADE NO SUS

Inea Giovana da Silva-Arioli e Neuza Maria de Fátima Guareschi

Definir saúde é um grande desafio, porque como afirma Ayres (2007, p.49-50) "estamos sempre, o tempo todo, debruçados sobre a experiência a que nos referimos com a expressão saúde, que esta não se deixa positivar como conceito". No entanto, em seu sentido etimológico o termo designa uma afirmação positiva da vida, um modo de existir, aplicável a todos os seres vivos, ou seja, o termo 'saúde' expressa as distintas maneiras de andar a vida, e são exatamente estas diferentes formas de viver que se encontram nos processos interculturais. No entanto, esses processos ocorrem, em sua esmagadora maioria, dentro de quadros de assimetria e discriminações culturais que marcam a modernidade, à exceção de algumas experiências que produzem o que Walsh (2009) afirma ser uma interculturalidade crítica, que propicia a transformação das assimetrias em possibilidades de existências na contramão da hegemonia, ao dar as bases para sua desconstrução, uma agenda distinta de 'com-vivência" (no sentido de fazer 'com') e que segue o caminho da produção de uma sociedade mais justa.

É no lastro desta compreensão que esse capítulo de livro busca refletir acerca da potência da interculturalidade no Sistema Único de Saúde (SUS/ Brasil), explicitando como as pessoas migrantes podem contribuir para a produção de sentidos e transformações contra hegemônicas na sociedade receptora. Analisaremos aqui o Projeto *Anfòm,* que aconteceu em uma capital do Sul do país, constituído a partir da parceria entre o poder público, setores de

uma universidade pública e uma Associação de imigrantes, fundada e gerida por mulheres migrantes haitianas.

A aproximação ao projeto evidenciou que as discussões ali disparadas, e que alteraram definitivamente as atividades e materiais produzidos, deslocavam entendimentos, apontavam para a necessidade de atentar para aspectos que costumam ser relegados e explicitavam questões centrais, como as condições do acesso à saúde, acolhimento (ou a falta dele) e coparticipação na produção do cuidado entre profissionais e usuárias. A metodologia de trabalho embasada na radical escuta de usuárias por meio de *cartas denúncias* teve mulheres migrantes como protagonistas na construção do conhecimento e na formulação de estratégias de intervenção. Nesse sentido, nossa proposta neste capítulo é analisar o Projeto Anfòm e seus desdobramentos na produção de saúde e na emancipação de coletivos em conexão com a interculturalidade crítica produzida ativamente em experiência exitosa dentro do SUS.

Diferentes compreensões e formas de produzir saúde estão em disputa dentro deste campo, que se organiza por meio de práticas e técnicas localizadas em um determinado espaço/tempo histórico e implica determinados jogos de poder e forças para determinar o que é saúde e o que é válido ou não para distintos grupos e sujeitos. Uma questão importante no contexto aqui discutido é compreender quais as maneiras e como acontece o acesso aos serviços, pois a saúde é uma realidade que opera determinados processos existenciais, vinculada que está a determinado território e, ao mesmo tempo só é possível a partir de determinadas operações que a objetificam e dão sentido, mas a depender da maneira como o acesso à saúde é compreendido e concretizado pelos serviços, pode gerar um "desreconhecimento" dos sujeitos (KNOBLOCH, 2015; MEDEIROS; BERNARDES; GUARESCHI, 2005).

As distintas maneiras de andar a vida, expressas e vividas pela população migrante, localizam e estão no horizonte dos coletivos e implicam em (im)possibilidades distintas de acessar os serviços de saúde, que se encontram diretamente vinculadas à produção de tecnologias acolhedoras das

demandas e inovadoras no cuidado em saúde aos distintos grupos enquanto uma estratégia fundamental para a qualificação do trabalho na área, que pela característica intersetorial do campo da saúde têm seus efeitos irradiados e transbordados para as condições de vida das populações e para outras políticas públicas. Nesse sentido, as reflexões suscitadas no projeto têm potencial para contribuir na produção de um SUS mais includente e que possa refletir mais fielmente seus pressupostos fundantes.

Saúde e suas intersecções

A saúde é polissêmica, remete tanto para as maneiras de andar a vida como para os cuidados necessários à sua manutenção, organizados em um conjunto de ações com essa finalidade: os sistemas de saúde, presentes nos distintos países com características e abrangências diversas. O SUS é marco histórico nas políticas de seguridade social do Brasil e que garante em lei a universalidade, integralidade e equidade no atendimento em saúde e participação dos usuários para o controle social das ações, um espaço que encarna a disputa por condições de vida mais digna para a população, enquanto um bem coletivo e um direito que implica uma dimensão de cidadania.

Apesar de tais garantias na lei, o acesso à saúde não implica a simples utilização do serviço, mas a possibilidade de utilizá-los em circunstâncias que permitam o uso adequado às suas demandas, implica a articulação de várias dimensões além da disponibilidade dos serviços, abarcando aspectos culturais e educacionais que se referem à aceitabilidade. Essa aceitabilidade envolve o respeito mútuo, o engajamento paciente-profissional de saúde e o diálogo que se estabelece ou não. É importante compreender que o acesso universal não se transforma necessariamente em equidade em saúde, pois as desigualdades nas condições de vida repousam fora do escopo e da responsabilidade direta do sistema de saúde, e certas desigualdades são fruto da forma como os sistemas

criam barreiras aos usuários, muitas vezes na própria forma como a prática é exercida no cotidiano dos serviços (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Dois aspectos importante a serem considerados no que refere-se ao acesso aos cuidado em saúde é a influência exercida por raça e gênero, visto que a utilização ou não de muitas tecnologias podem ser resultado tanto de fatores relacionados ao sistema como também do comportamento individual das profissionais de saúde, sua interação com usuários, a interpretação daquilo que é falado, ou seja, a utilização ou não de tecnologias em saúde variam ao sabor dos discursos inscritos nos corpos de sujeitos que influenciam as decisões no cuidado (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Tal questão é de fundamental importância quando abordamos condições de saúde de mulheres migrantes, pois o maior fluxo de migração para o Brasil é de mulheres não brancas oriundas de outros países da América Latina (TONHATI; MACÊDO, 2020).

Os fluxos migratórios compõem um fenômeno marcado pelo deslocamento prolongado de pessoas que saem de seus territórios para desenvolver sua existência em contextos diferentes daqueles que nasceram, essa mobilidade humana que implica a circulação pelo/entre território(s) traz consigo complexidade e polissemia que envolvem o termo, que está intrinsecamente imbricado a histórias e trajetórias ímpares, permeadas de afetos e (im)possibilidades (BARROS; GEORGES, 2020; OROPEZA; SELVA; ROJAS, 2014).

O preconceito e a xenofobia compõem o cotidiano de muitos migrantes, visto que o diferente que coabita nossos espaços pode causar angústia pela falta de conhecimento que invoca, tende a criar receio pela imprevisibilidade, pelo 'risco', por relembrar nossa vulnerabilidade e ignorância diante do mundo. Nesse sentido, a própria liberdade de movimento, de deslocamento sem restrições transforma-se em um dos fatores de estratificação em torno das quais se definem novas hierarquias sociais (BAUMAN, 2017). No Brasil essa xenofobia revela-se desde o tratamento abusivo dispensado a alguns grupos de migrantes na Polícia Federal até a dificuldade cotidiana de encontrar trabalho digno onde não sejam explorados, também se descortina na forma como a

grande mídia aborda a migração e nas discriminações sofridas no próprio sistema de saúde (WALDELY et al., 2015).

Compreender os processos implicados no pacto da branquitude (BENTO, 2022) e no racismo desencadeados pelo processo de colonização/expropriação é parte importante para pensar as desigualdades dentro das sociedades e sua inserção em sistemas internacionais de privilégios sobrepostos, que mantêm a lógica colonial intacta e refletem diretamente sobre os fluxos migratórios. Alguns grupos de migrantes são percebidos como o 'outro', que é desqualificado por meio de um sistema que mantém e aprofunda os privilégios de parte da população mundial, o 'outro' com fenótipo e origem marcados pelo racismo, sexismo e estratégias da branquitude. Ou seja, para migrantes oriundos de países do Sul Global, o que impera é a inexistência de proteções sociais mínimas, que se agravou muito durante a pandemia de Covid-19, visto que tais grupos sentiram fortemente as repercussões da crise sanitária que assolou o mundo.

O atravessamento dos discursos de poder sobre os corpos e as implicações destes atravessamentos no cotidiano implicam na necessidade de localizar alguns marcadores de distinção social a serem debatidos, e dentro deste contexto os corpos identificados como 'mulheres' estão em intrínseca interconexão com a raça na produção da diferença colonial e na subalternização dos corpos. As relações de dominação que marcam a construção da pretensa 'superioridade masculina' atravessam os corpos identificados como mulheres durante os últimos séculos na trajetória colonial eurocêntrica, corpos estes que no caso das mulheres migrantes também são marcados por sua invisibilização como protagonistas em seu percurso migratório.

Mas é impreterível lembrar que o corpo constituído pelo colonialismo também remete para a ação política e possibilita o movimento de luta, pois ele também é território de resistência, que visibiliza e potencializa a crítica da descolonização (LÓPEZ, 2015). Cenários de desigualdades e opressões que se entretecem oportunizam também uma determinada sensibilidade analítica, algumas pessoas estão posicionadas em 'encruzilhadas' (epistemologia

ancestral e política do povo negro), interceptadas pelo racismo, sexismo, heteropatriarcado, colonialismo, entre outras opressões. A análise interseccional aporta uma localização distinta e configura potente ferramenta para produção de análises amplas e para a construção de políticas públicas mais equânimes, pois o conjunto de políticas públicas é fragmentada e produzida por um Estado de herança colonial (AKOTIRENE, 2019).

Nesse sentido, o debate sobre mulheres migrantes aponta não apenas para uma posição de vivência de opressões múltiplas, mas também para uma localização que implica certa percepção do contexto, uma determinada sensibilidade analítica para compreender a realidade, que traz vestígios de outras formas de viver. A potência na produção de estratégias vem da localização que intersecciona eixos de opressão e que também fornece uma percepção diferenciada da realidade e que tem o potencial para ampliar os contornos do visível, inclusive do que profissionais da área entendem e produzem como 'saúde'.

Políticas públicas e mulheres migrantes racializadas

Especificamente no Brasil, a produção das políticas públicas inclusivas de saúde envolveu a reivindicação popular em momento de abertura democrática que produziu historicamente subjetividades e práticas pautadas pela cidadania e sujeito de direitos. Mas Hillesheim and Pereira (2022) nos advertem que as políticas públicas não apenas são produzidas dentro de um determinado contexto, políticas de ampliação de direitos também alteram condutas mediante aplicação mínima de poder e de investimento nessas vidas (biopolítica/biopoder), segundo uma racionalidade pautada no mercado neoliberal, num entrelaçamento que implica o controle dos corpos tanto quanto o controle da economia. Portanto, políticas de inclusão também são formas de governo das populações, mesmo as áreas que levantaram

bandeiras de luta por uma sociedade mais igualitária se efetivam por meio de parâmetros de governamentalidade que distribuem os sujeitos em um campo de valor e utilidade.

Uma questão que nos parece crucial neste cenário: até que ponto a questão de gênero é problematizada, incorporada ou silenciada na produção de políticas públicas? Ao assumir uma postura 'universal', tais políticas refletem e contribuem para as formas de dominação típicas da modernidade, visto que ter como foco um 'sujeito universal' tem como função apagar alguns corpos, já que o parâmetro é masculino e branco. Tal discussão levanta outro ponto crucial: a questão racial! Esse cenário demonstra que a universalidade que embasa as políticas públicas esconde uma falsa simetria ao produzir, implementar e reproduzir políticas que reiteram as discriminações e opressões sociais que coadunam com a manutenção de nossa sociedade em moldes coloniais.

Importante relembrar que apesar de o Brasil ser um país marcado pelas migrações, a inclusão de migrantes com garantia por lei em igualdade de tratamento e enquanto política pública em território brasileiro ocorre apenas em 2017, permitindo também uma regulação 'necessária para a liberdade' embasada em mecanismos de segurança. Mesmo com essa inclusão, também assegurada no acesso à serviços de saúde pelo SUS a toda pessoa em território nacional, o fato de as políticas públicas serem construídas para um sujeito universal acrescenta obstáculos de acesso e permanência no sistema, muitas vezes decorrentes de especificidades culturais, de linguagem, entre outros (HILLESHEIM; PEREIRA, 2022).

Lages and Bulla (2021) apontam que o Estado brasileiro historicamente tem pensado políticas para pessoas migrantes em termos genéricos, em um 'lugar' muito similar às maneiras de compreender a população pobre deste país. Também afirmam que muitas políticas públicas específicas foram formuladas a partir das lutas de grupos específicos, como pessoas negras, mulheres, indígenas e pessoas com deficiência, mas que a população migrante

do Sul Global continua sendo compreendida apenas como pessoas vulneráveis em uma visão massificadora. Tal constatação implica que nas discussões sobre migrações é comum que a singularidade das pessoas em deslocamento seja debatida pelo viés da vulnerabilidade, borrando ou minimizando suas potencialidades, o que só piora a xenofobia com que são encarados.

Barreiras significativas permeiam o acesso aos serviços de saúde para a população migrante, a xenofobia, aliada a falta de informações acerca do SUS e a exigência de documentação indisponível para muitos migrantes são situações que aparecem de forma recorrente nas pesquisas, relatadas por Ventura and Yujra (2019), Bacron (2021), Teixeira et al. (2022), Shuña (2023) e Carpentieri (2024). Tais barreiras são foco de discussão e pauta de movimentos e coletivos na luta por seus direitos, visto que evidenciam a tensão na produção das ações em saúde para esta população, e que recorrentemente está vinculada a uma chave de leitura estereotipada dos grupos migrantes, o que dificulta/impede o estabelecimento do vínculo necessário para o adequado atendimento das demandas, e que pode conduzir a desistência do tratamento e/ou a não procura dos serviços em situações posteriores.

Ivana Teixeira et al. (2022) em pesquisa que analisa como o SUS acolhe imigrantes, afirmam que o conteúdo emocional que permeia os atendimentos é um dos principais fatores no processo de resolução da demanda e 'cura', mas concomitantemente demonstram que as mulheres migrantes usufruem de menor autonomia e possibilidade de tomar decisões sobre seu corpo, sendo conduzidas imperativamente a adotarem determinadas ações, dentro de uma gramática violenta que reforça vulnerabilidades sanitárias, a mercê de profissionais que replicam nas ações de saúde os próprios preconceitos.

A pesquisa realizada por Gonçalves, Marques e Schucman (2018) também apontam discriminações nos atendimentos em saúde, ao evidenciar que na abordagem de profissionais as experiências pessoais, afetivas e informais são a base para as intervenções referentes às questões étnico-raciais. Ou seja, aquilo que se pensa é replicado na relação com os sujeitos racializados,

sem mediação de uma formação adequada que debata tais questões e que possibilite reflexões sobre preconceitos carregados pelas próprias profissionais. O resultado na maioria das vezes é a produção de uma gramática violenta de privação de conexão emocional, que aparece muitas vezes de forma sutil, e que impacta negativamente a subjetividade dessas mulheres.

Tal cenário se mostra relevante e preocupante, pois a qualidade dos serviços prestados no SUS está diretamente vinculado a corresponsabilização e estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários, no entanto, não é possível produzir saúde quando o vínculo está permeado por preconceito, distância afetiva, falta de entendimento, por isso que a produção de saúde deve percorrer as trilhas do acolhimento para a ampliação do acesso aos serviços (PAIM, 2009). Outra questão que julgamos relevante é que a dificuldade de estabelecer vínculos com usuários migrantes implica no desperdício da potencialidade de percepções distintas sobre a saúde, oriunda de outros territórios, e que poderia incrementar formas distintas de sua produção.

O sentido da expressão saúde refere-se a um complexo processo de construção de significados, que se vinculam a distintas formas de viver e são divergentes em distintos territórios e momentos históricos, portanto seu entendimento é diverso em culturas diferentes. Esta diversidade de experiências vivenciadas por pessoas migrantes em outros territórios costuma desestabilizar a ideia de cuidado universal nos serviços de saúde onde são atendidos e, tais concepções divergentes acabam muitas vezes por serem abafadas, silenciadas ou distorcidas, pela exigência de adequação aos serviços ofertados, dificultando as possibilidades de acesso e acolhimento. Tais concepções migrantes com marcas culturais distintas são descartadas enquanto potência intercultural de produção de saúde e cuidados, sendo ressaltado muitas vezes apenas as dificuldades de adaptação aos serviços.

Descentralização das ações em saúde e Projeto *Anfòm*

Diretamente articulado com esse espaço micropolítico da produção do cuidado nas relações cotidianas e suas tecnologias, está uma das diretrizes organizativas do SUS: a descentralização das ações; uma característica estratégica que propicia autonomia aos municípios e estados, possibilitando contextualizar e atualizar historicamente as necessidades e demandas em saúde em um território específico. Essa característica operacional é de extrema importância para o sucesso das ações preconizadas, pois possibilita adequar e configurar o *lócus* da ação ao contexto e contribui para a proliferação de espaços de diálogo e participação da comunidade. Essa descentralização político-administrativa diz respeito à redistribuição, entre os vários níveis de governo, da responsabilidade pelas ações de saúde, partindo-se do suposto que a proximidade das demandas aumenta a possibilidade de sucesso destas ações. (SILVA-ARIOLI; SCHNEIDER, 2020).

A descentralização possibilita a construção do sistema local de saúde sem perder de vista a integralidade e a participação da população nos temas referentes à saúde, e é com base nesta descentralização das ações possibilitada pelo SUS que o Núcleo de Equidade da Secretaria Municipal de Saúde de uma capital do Sul do país inicia a parceria que produziu o Projeto *Anfòm*, a partir de uma leitura da necessidade urgente de ampliar o acesso da população migrante aos serviços de saúde durante a vigência da pandemia e na busca pela concretização da integralidade da atenção e universalidade e equidade no acesso aos serviços de saúde na cidade. O Projeto *Anfòm* além de evidenciar as entranhas do acesso deficitário da população migrante aos serviços, também revela as inúmeras potencialidades do SUS ao reforçar as bases da concepção de saúde como bem coletivo.

As atividades do Projeto *Anfòm* aconteceram entre os anos de 2020 e 2021, mas seus desdobramentos são debatidos e percebidos até os dias atuais.

Este projeto teve como objetivos instrumentalizar profissionais quanto às especificidades da população migrante haitiana, combater a falta de informação e promover o acesso dessa população aos serviços de saúde na cidade. O *Anfòm* foi fruto da aproximação inicial, em abril de 2020, entre a Área Técnica em Saúde da População Imigrante (Secretaria Municipal de Saúde) e o Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Migrações da Universidade do Rio Grande do Sul – Nepemigra (PROFT, 2021).

O início do projeto partiu de duas demandas da Área Técnica em Saúde da População Imigrante: a) a constatação de que menos de 10% da população migrante tinha cadastro no SUS em pleno período de pandemia de Covid-19 e; b) dificuldades para realizar a tradução de materiais informativos para a população migrante residente no município. O Nepemigra aceitou a solicitação de parceria da Secretaria Municipal de Saúde e na primeira reunião entre as duas entidades trouxe a premissa básica de sua metodologia de trabalho: a participação da população foco da proposta. Dentro desse contexto, foram agregadas ao grupo quatro mulheres haitianas, estudantes da área da saúde da UFRGS à época, sendo uma delas integrante também do Nepemigra e da Ainteso (Associação da Integração Social - entidade formada por haitianos/as). Ainda se juntou ao *Anfòm* em outubro do mesmo ano o Projeto PARTE de Design Comunitário do curso de Design da UFRGS (CARVALHO et al., 2023; PROFT, 2021).

Um aspecto importante do processo de trabalho dentro do projeto foi a forma coletiva de produção do material, pautado não apenas em 'conhecimento científico', mas também em saberes e relatos de vivências, fruto de reflexão e debate do grupo que buscou de maneira cuidadosa agregar a contribuição de todas. O trabalho de elaboração, revisão e tradução performou um fluxo cíclico de atualização que recebia contribuição de todos os eixos de produção de materiais paralelamente e que eram aprovados em reunião pelo coletivo (PROFT, 2021; CARVALHO et al., 2023). Todo esse processo cuidadoso de produção de conhecimento a serviço do rastreio de produção de melhores

condições de acesso à saúde para a população migrante destaca a importância da figura das mediadoras interculturais, que se consolidaram como figuras-chave dentro do projeto.

A análise desse projeto buscou explicitar a dinâmica produzida pelo coletivo, onde as mulheres migrantes haitianas tiveram protagonismo ao realizar a mediação intercultural que evidenciou as violências sofridas pela sua comunidade nos serviços de saúde. A metodologia utilizadas por essas mulheres foi trazer para o grupo as histórias de violência por meio de cartas-denúncia que abriram um canal de comunicação desta população com as profissionais de saúde e a universidade e que corporificam as denúncias ao trazer o coletivo junto com elas, visto que as cartas-denúncia são utilizadas como dispositivos acionadores de denúncia-diálogo e fazem ressoar as condições da comunidade tanto no projeto como nos materiais de educação em saúde produzidos e distribuídos na rede de serviços como parte das ações desenvolvidas.

A constatação de que o desconhecimento da cultura e os inúmeros preconceitos produziam violência institucional foi mobilizador e o grupo que compunha o *Anfòm* se propôs a pensar ações além do previsto. A intenção que inicialmente era produzir em um dos eixos de ação (Eixo 2 – Violência contra a Mulher Migrante) uma cartilha sobre violência doméstica mudou completamente a partir da constatação de que a violência institucional se sobrepunha, escancarada pela força dos relatos (PROFT, 2021; NEPEMIGRA, 2021). A estratégia definida foi elaborar, além da cartilha, um material de formação destinado a trabalhadoras para debater violência institucional, que além de trazer informações sobre a cultura haitiana explicitasse como nós, enquanto profissionais da saúde, também produzimos violência. O grupo decidiu que alguns trechos das cartas-denúncia deveriam fazer parte do material que seria produzido para profissionais da rede, agregando os relatos de violência nas palavras de quem sofreu, uma estratégia de sensibilização para a produção da necessária empatia de 'fazer saúde'.

Interculturalidade crítica na saúde

O reconhecimento das assimetrias e suas consequências violentas entre as usuárias migrantes e profissionais nos serviços foi facilitada pelas características interculturais do projeto em tela, onde o diálogo entre distintas culturas é campo em disputa e terreno fértil para reflexões que evidenciam as diferentes formas de andar a vida, se configurando em instrumento de superação de histórias únicas da hegemonia ocidental. O pertencimento múltiplo das mediadoras interculturais do projeto, como usuárias do SUS, estudantes do campo saúde e enquanto parte do coletivo migrante haitiano na cidade foi tensionando, esgarçando os conhecimentos técnico-científicos, exigindo o reconhecimento de seus saberes por distintos modos de vida em deslocamento, foi produzindo um coletivo que, no reconhecimento de sua alteridade, luta por novos sentidos onde todas as pessoas envolvidas saíram fortalecidas.

Catherine Walsh (2009), intelectual feminista, defende que a interculturalidade crítica pode ser uma ferramenta que deslinda e evidencia as relações de poder, possibilitando a construção de práticas alternativas à hegemonia, com condições de produzir uma ruptura epistêmica com a lógica colonial, porque possibilita visibilizar distintas maneiras de ser, viver e saber, criando as condições para produzir diálogos entre diferenças num marco de legitimidade. Quando existe um espaço para a diversidade de pensamentos, formas de ser e estar há um borramento das fronteiras, com potencial para entrecruzar lutas, esse processo constitui ferramenta educativa valiosa que questiona a racialização e subalternização, tecendo a partir das diferenças um marco de equidade e respeito. As reflexões do projeto implicaram na luta conjunta por um SUS mais equitativo e por melhores condições de acesso da população migrante aos seus serviços, produzindo aliadas estratégicas na transformação da realidade.

A noção de interculturalidade crítica quando aplicada ao campo da saúde explicita os nuances do que é entendido por saúde, quem tem direito a

ela e quais as escolhas políticas que a envolvem, ou seja, evidenciam as disputas e tensionamentos que vão moldando as estratégias e práticas de cuidado. Tais tensões, a depender da maneira que são manejadas e geridas, podem tanto reforçar as hierarquias quanto abrir espaço para formas mais equitativas de produzir saúde. Esse processo de negociação de diferentes sentidos, tensiona o conceito de saúde, distinto em territórios diversos, desnaturaliza as formas de cuidado e denuncia violências e hierarquias institucionais (CARPENTIERI, 2024). Ao descortinar as formas distintas de cuidados no Haiti e no Brasil, ao evidenciar as violências sofridas pelas mulheres migrantes, ao debater sentidos distintos do que seja saúde e as formas de alcançá-la, o projeto colocou em andamento a interculturalidade crítica, onde a alteridade teve espaço para desvelar-se.

Evidenciar as violências sofridas por mulheres negras migrantes foi um passo importante e sinalizou para a responsabilidade de profissionais de saúde na desconstrução da lógica colonial: é possível inverter o jogo de forças. Entendemos que essa é a intenção quando o grupo define agregar ao material sobre violência institucional os fatores que agravam a vulnerabilidade decorrente do processo de migração, seus impactos para a saúde e práticas que limitam o acesso dessa população migrante ao SUS. Esta disponibilidade para abrir o diálogo fica evidente no "bate-papo" agregado ao final do material, que busca ampliar os canais de comunicação e desconstruir mitos, o processo educativo intercultural transborda para a rede de serviços, disputa os sentidos e forma alianças.

Esse processo de trabalho foi também transformador das próprias profissionais que compunham o projeto, que por meio da potência interpeladora dos relatos fez refletir sobre a posição de cada sujeito pertencente àquele grupo. Historicamente a relação entre mulheres brancas e não brancas é tecida pela invisibilização da opressão decorrente da supremacia branca (CARNEIRO 2019, GONZALEZ, 2020), e apesar deste grupo formar laços de parceria na luta pela melhoria do acesso à saúde para a população migrante, os próprios corpos anunciavam as diferenças nas condições sociais. Tais diferenças produziram não apenas tensionamentos, mas também potência e

revisões de ações, ancoradas na problematização de si e da branquitude no cotidiano das práticas, reconhecendo que facilitar o acesso aos serviços para a população migrante passa pela sensibilização e desconstrução dos preconceitos de profissionais e ressaltando a importância do acolhimento e dos aspectos relacionais que tecem o cuidado nos equipamentos de saúde.

As mediadoras interculturais do *Anfòm* compartilham múltiplas experiências: a origem haitiana, um processo de deslocamento internacional, a vivência do racismo, da xenofobia e do sexismo, a escolha por trabalhar na área da saúde, mas também carregam uma compreensão da realidade que contesta as histórias únicas que silenciam vozes subalternizadas ao longo dos séculos, produzindo um *coletivo* com as pessoas que compunham o projeto. A transformação do grupo em coletivo teve que enfrentar a tensão provocada pela evidência das violências impostas por profissionais da rede à comunidade migrantes e a própria visão estereotipada presente em parte do grupo, questões manejadas e desarmadas pelas mediadoras ao trazerem as vozes de sua comunidade para a discussão do contexto em saúde vivenciado, o que possibilitou produzir saúde a partir da enunciação de grupos frequentemente invisibilizados.

Considerações Finais

A atuação das mediadoras interculturais foi expoente diferencial nas discussões e ações do Projeto *Anfòm*, visto que fizeram ressoar vozes da população migrante haitiana nos serviços de saúde por meio de materiais de educação em saúde. O múltiplo pertencimento, como estudantes da saúde, migrantes e usuárias do SUS, localiza essas mulheres num entrelugar, em posição fronteiriça que tensiona e provoca reflexões ao denunciar que as políticas de saúde são inacessíveis à sua comunidade, evidenciando falhas na produção do acolhimento e da escuta, tecnologias do cuidado fundamentais para o adequado atendimento das demandas em saúde.

Entendemos que o encontro de culturas distintas que compôs o *Anfòm*, aliada a abertura das profissionais e a metodologia participativa utilizada possibilitou transformar os debates e ações do projeto. As práticas cotidianas nos serviços apesar de almejarem construir saúde em meio a adversidade, habitam um campo disciplinar que, em grande medida, permanece alheio a produção de saúde fora do escopo da ciência moderna. Por isso a importância de estar atenta aos aspectos relacionais, cavoucar espaços *junto à* e de ressonância das vozes subalternizadas, pois não faltam vozes dissonantes, o que faz falta na maioria das vezes são espaços de escuta que possam ser permeáveis as contradições que deslocam o entendimento e forçam a encarar as opressões que são praticadas dentro de padrões estabelecidos socialmente como 'normais', essa é uma das potencialidades da interculturalidade, quando estabelecida de forma crítica: configura caminho promissor para a reestruturação produtiva do cuidado que carrega a potência de impactar os modos de 'fazer saúde'.

O direito a não ser discriminado por costumes e valores distintos, o orgulho das raízes, que é entendido como força para resistir em coletivo, as lutas pelo acesso e pelo respeito à interculturalidade em saúde são reivindicações que aparecem em muitas pesquisas relativas à migração, e que estão em jogo também no *Anfòm*. É urgente a abertura para o diálogo com epistemes distintas na formação em saúde, com saberes locais e aqueles produzidos por grupos subalternizados, sem hierarquias, que possa refletir nos serviços em saúde a necessária abertura a interculturalidade crítica, onde o diverso não é apenas tolerado, mas utilizado para desarmar a opressão e produzir uma verdadeira ética do cuidado. Esse nos parece o caminho para superar formas 'únicas' de cuidar, baseadas em histórias monoculturais hegemônicas.

Entendemos que a construção de uma ciência agregadora, que abra caminho contracolonial não é tarefa fácil, mas absolutamente necessária se a intenção for alterar as formas muitas vezes violentas que negam ou dificultam o acesso em saúde, e outros direitos, para alguns grupos. A construção de tal ciência é desafio coletivo que implica duvidar e colocar em suspenso os conhecimentos,

suspeitar radicalmente daquilo delimitado como 'verdade', fazendo difíceis as conclusões que se mostram fáceis demais. A trajetória do *Anfòm,* parcialmente aqui descrita, exemplifica a importância de saberes forjados na intersecção de eixos opressivos, e que na contramão hegemônica atualizam o afeto e as histórias vinculadas a sua origem haitiana/africana e colocam no centro do debate questões que costumam ser relegadas, colocadas à margem.

A criação de laços afetivos entre sujeitos na construção da horizontalidade e democratização do cuidado em saúde contribuem na formulação de estratégias de reorganização e ampliação da qualidade do cuidado e da transformação das maneiras de produzir saúde (SOUZA et al., 2020). A trajetória do *Anfòm*, pautada em uma metodologia participativa, atuou desde o início de forma a escutar, acolher, estabelecer vínculos e propiciar a autonomia de usuárias da comunidade migrante haitiana. Um processo que produziu novos significados para saberes e práticas ao propor o cuidado para além de um conhecimento técnico-científico, fortalecendo as pessoas de maneira pessoal e coletiva. Entendemos que esse projeto atualiza a práxis no SUS ao resgatar a radicalização de seus princípios democráticos, pautado na cogestão coletiva e nas tecnologias relacionais para o trabalho em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKOTIRENE, C. **Perfil & opinião**. Vídeo. Salvador: TVE Bahia, 29 maio 2019. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=q4VAm2BnO5E.

AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43–62, 2007.

BACRON, R. **O ativismo das mulheres sul-americanas imigrantes**: um estudo de caso sobre a construção da política pública municipal em São Paulo. 2021. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

BARROS, C. R.; GEORGES, P. A Lei da viagem: situação de migrantes, refugiados e apátridas na pandemia. In: GUIMARÃES, L. V. M.; CARRETEIRO, T. C.; NASCIUTTI, J. R. (org.). **Janelas da pandemia**. Rio de Janeiro: Editora Instituto DH, 2020.

BAUMAN, Z. **Estranhos à nossa porta**. Tradução de C. A. Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2017.

BENTO, C. **O pacto da branquitude**. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

CARNEIRO, S. Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. In: HOLLANDA, H. B. (org.). **Pensamento feminista**: conceitos fundamentais. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.

CARPENTIERI, I. M. **Entre o encontro, a escuta e a tradução**: o cuidado em saúde promovido pelos mediadores interculturais em Porto Alegre. 2024. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2024.

CARVALHO, R. et al. Corpos em movimento, territórios em disputa: um olhar para a experiência do Projeto Anfòm. In: GUARESCHI, N. M. F. et al. (org.). **Cidades e resistências**: intervenções que resistem às práticas de normalização neoliberais nos espaços urbanos. Florianópolis: ABRAPSO Editora, 2023.

GONÇALVES, M. M.; MARQUES, M. C. C.; SCHUCMAN, L. V. Raça e racismo na formação em saúde: do conceito à práxis. In: MOTA, A. et al. (org.). **Educação, saúde e medicina**: tendências historiográficas e dimensões interdisciplinares. São Bernardo do Campo: UFABC, 2018.

GONZALEZ, L. **Por um feminismo afro-latino-americano**: ensaios, intervenções e diálogos. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

HILLESHEIM, B.; PEREIRA, L. K. A. Migração e processos de in/exclusão: estratégias biopolíticas na gestão de vidas migrantes. **Textura**, [s. l.], v. 24, n. 57, p. 94–108, 2022.

LAGES, R.; BULLA, G. S. Migration and schooling in Brazil: an exploratory study on the governmental response to the educational inclusion of contemporary migrants. **Culture and Education**, [s. l.], v. 33, n. 4, p. 729–757, 2021.

LÓPEZ, L. C. O corpo colonial e as políticas e poéticas da diáspora para compreender as mobilizações afro-latino-americanas. **Horizontes Antropológicos**, [s. l.], v. 21, n. 43, p. 301–330, 2015.

NEPEMIGRA. **Apresentação pública dos resultados do Projeto Anfòm**. Vídeo. Porto Alegre, 1 jul. 2021. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=0L-KshsFdog.

OROPEZA, I. D.; SELVA, G. V.; ROJAS, K. A. **Inmigrantes**: psicología, identidades y políticas públicas. San José: Editorial UCR, 2014.

PAIM, J. S. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PROFT, N. P. **Projeto para elaboração de materiais informativos para a população haitiana**. 2021. Trabalho de Conclusão (Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s. l.], v. 31, n. 3, p. 260–268, 2012.

SHUÑA, R. P. B. **O cuidado como exercício de direito à saúde e a vida de mulheres migrantes**

usuárias do SUS. 2023. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.

SILVA-ARIOLI, I. G.; SCHNEIDER, D. R. **Promoção de saúde**: contradições de um processo instituinte. Curitiba: Appris, 2020.

SOUZA, J. W. R. et al. Tecnologias leves na atenção básica: discurso dos enfermeiros. **Revista Saúde & Ciência Online**, [s. l.], v. 9, n. 3, 2020.

TEIXEIRA, I. et al. Experiências de mulheres imigrantes no Sistema Único de Saúde: uma gramática violenta. **Revista Latino-Americana de Geografia e Gênero**, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 174–194, 2022.

TONHATI, T.; MACÊDO, M. Imigração de mulheres no Brasil: movimentações, registros e inserção no mercado de trabalho formal (2010–2019). In: CAVALCANTI, L. et al. **Imigração e refúgio no Brasil**: relatório anual 2020. Brasília, DF: OBMigra, 2020.

VENTURA, D. F. L.; YUJRA, V. Q. **Saúde de migrantes e refugiados**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.

WALDELY, A. B. et al. Migração como crime, êxodo como liberdade. **REMHU – Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, [s. l.], v. 23, n. 45, p. 235–247, 2015.

WALSH, C. Interculturalidade crítica e pedagogia decolonial: in-surgir, re-existir e re-vivir. In: CANDAU, V. M. **Educação intercultural na América Latina**: entre concepções, tensões e propostas. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2009.

CAPÍTULO 25

MULHERES EM DESLOCAMENTO INTERNACIONAL, VIOLÊNCIAS E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Maria Helena Zamora, Gabriela Mendes Cardim, Monique Sidney Moreira e Patrícia Constantino

Atualmente, cerca de 123 milhões de pessoas em todo o mundo são forçadas a se deslocar devido a perseguição, conflito, violência, violações de direitos humanos ou outros eventos. Desses, 30% são refugiados, 7% são solicitantes de refúgio e 5% se deslocam por outros motivos; 57% são deslocados internos que, por diversas dificuldades, não conseguem deixar o país de origem, e, entre os que migram, 69% vivem em países vizinhos (ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS REFUGIADOS [ACNUR], 2024b).

O deslocamento forçado de pessoas em fronteiras internacionais ocorre por diversos motivos, muitos dos quais não se enquadram nas categorias jurídicas existentes, como *refugiado* ou *migrante*. Por isso, o termo *deslocamento forçado internacional* é adotado neste estudo, justificando-se pela necessidade de abranger de forma ampla as mulheres que veem como única alternativa deixar o país de origem. Essa abordagem permite incluir aquelas que se deslocam devido a desastres ambientais, crises econômicas, violências que não se enquadram na categoria de *refúgio*, entre outras situações não reconhecidas juridicamente. Existe uma diversidade de mulheres que migram por diferentes razões e que, muitas vezes, apresentam maior vulnerabilidade por estarem em um "limbo" jurídico, mas que vivem situações e atravessamentos similares às que estão em categorias já instituídas.

A Convenção de Refugiados da ONU, de 1951, estabelece a definição de refugiado à pessoa que, temendo perseguições "por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opiniões políticas", se encontra fora do seu país de nacionalidade, e que "não pode ou não quer 'valer-se da proteção desse país', ou 'se não tem nacionalidade e se encontra fora do país' onde residia, não pode ou não quer voltar a ele", sempre por temor bem fundamentado (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS [ONU], 1951/2021).

A categoria *refugiado* é muito mais complexa do que uma definição legal. A pessoa refugiada é pensada a partir de um espaço determinado, onde existe um centro, comumente atrelado à concentração de poder, à localização das autoridades governamentais e ao capital. Ela "vem de fora" da fronteira, sendo uma potencial ameaça de desestabilizar o Estado – sua política, economia ou consciência cívica (BALIBAR, 2004). Afinal, a ideia de uma ameaça externa por parte daquele que é estranho ou perigoso é fundamental para criar uma identidade nacional e conferir legitimidade às ações do Estado (CAMPBELL, 1992), mesmo as arbitrárias.

Atualmente, mais da metade da população deslocada mundial é composta por mulheres. Essas mulheres buscam trabalho, sustento dos familiares, acesso à educação e fuga de relações violentas em seus contextos familiares ou aquelas agravadas ou causadas pelo próprio contexto da migração (BERTOLDO, 2018). Muitas acabam vivenciando novas violências nos deslocamentos e/ou no país de destino. Além dos desafios enfrentados nas fronteiras, essas mulheres ainda passam por um longo processo de elegibilidade, que envolve o estabelecimento de um regime de verdade e prova, a análise de credibilidade e a determinação do *status* de refúgio (CASTRO; TAVARES, 2019).

Atualmente, 37,9 milhões de pessoas são consideradas refugiadas (ACNUR, 2024a; 2004b). A pessoa refugiada é submetida a uma análise da veracidade de suas declarações ao longo de todo o processo de solicitação de refúgio. Nesse contexto, Fassin (2011), ao tratar da "verdade do corpo", observa que, frente ao Estado, pleitos de refugiados que apresentam marcas de tortura e violência recebem mais

credibilidade do que suas próprias narrativas, sendo a confirmação material do sofrimento determinante para facilitar o processo de refúgio.

Ao mesmo tempo que a categoria de refugiado apresenta vulnerabilidades, também apresenta fatores de proteção. No Brasil, a pessoa sob refúgio possui direitos que asseguram sua segurança, sendo o mais importante o *non-refoulement*—o direito de não ser expulsa ou devolvida para um país ou território onde sua vida ou integridade física corram o risco de violação. Já as pessoas deslocadas forçadamente, que não se enquadram na categoria de refugiadas, encontram-se fora de um sistema de proteção e estão mais expostas a múltiplos riscos e violações de direitos.

Algumas pessoas, embora tenham vivenciado situações correspondentes às de refúgio, não solicitam proteção por desconhecimento de seus direitos, permanecendo excluídas de um sistema de proteção mais robusto e suscetíveis a diversas vulnerabilidades. Outras ainda não têm como pedir proteção. Em um mundo de mudanças climáticas e catástrofes em curso, as chamadas "pessoas ambientalmente deslocadas" (BURNETT et al., 2021) ainda não possuem sequer uma definição legal de sua situação.

Este trabalho propõe uma reflexão sobre a violência de gênero no contexto do deslocamento forçado internacional, a partir das experiências das autoras. Busca-se contribuir com reflexões que auxiliem no atendimento a essas mulheres e explorar estratégias utilizadas por essa população em enfrentamentos individuais e coletivos, capazes de mitigar o sofrimento psíquico e outros efeitos adversos do deslocamento.

No presente trabalho, realizou-se uma revisão bibliográfica narrativa, em âmbito nacional e internacional, abrangendo a literatura referente a violência no deslocamento forçado, violência de gênero e interseccionalidade, no periódico de 2015 a 2025. Foram utilizadas diferentes bases de dados, sendo as principais: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), PubMed, Scopus, Portal Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Psycinfo, Sociological Abstracts e o Portal de Periódicos da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de

Pessoal de Nível Superior (Capes), contemplando as áreas de Saúde, Ciências Humanas e Ciências Sociais. Também foi utilizado o mecanismo de busca baseado em inteligência artificial Perplexity.

A seguir, apresenta-se uma discussão a respeito das múltiplas formas de violência que incidem sobre mulheres em situação de deslocamento, articulada a relatos de experiências práticas das autoras. São propostas reflexões acerca das estratégias de enfrentamento adotadas por essas mulheres, culminando em recomendações voltadas ao acolhimento das múltiplas vulnerabilidades que atravessam suas trajetórias.

Mulheres em Deslocamento

A Resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU), n.º 48/104, de 1993, que trata da Eliminação da Violência contra a Mulher, compreende e posiciona as mulheres e meninas migrantes e refugiadas como pertencentes a grupos minoritários e com riscos "alarmantemente altos" de sofrerem violência de gênero nas jornadas migratórias, porém, existe uma "escassez impressionante" de dados sobre a temática (UN WOMEN, 2024).

Mulheres e meninas, independentemente de terem migrado ou não, comumente são afetadas pela violência de gênero, entendendo esta como resultado da atribuição de posições e papéis sociais que são designados diferentemente a mulheres e homens em um sistema demarcado pelo gênero, em que a dominação é masculina.

De maneira sintética, e para facilitar o entendimento da explicação do fenômeno massivo e vitimizante da violência de gênero, entende-se que gênero define "as relações sociais entre os sexos, rejeitando explicitamente explicações biológicas, [o que] indica construções culturais e origens *exclusivamente* sociais das identidades subjetivas de homens e mulheres" (SCOTT et al., 1995, p. 75, grifo nosso). Trata-se, portanto, de uma categoria social imposta sobre corpos sexuados.

Considerando a violência e o gênero como construções fundamentalmente socioculturais, esse tipo de violência configura-se como uma forma de expressar um poder que, embora ilegítimo, é instaurado pela força. Trata-se de um ato masculino—e masculino porque os homens ocupam historicamente a posição de opressores—voltado à aculturação e à "prática educativa" das mulheres "nos referentes do mais antigo e maior poder do masculino, que é o patriarcado" (SCHRAIBER et al., 2009, p. 1023).

Para compreender devidamente o fenômeno do deslocamento de mulheres, é preciso considerar a interseccionalidade, que é uma abordagem teórica e metodológica transdisciplinar. Ela leva em conta, em cada caso, a ação de diferentes sistemas e eixos de poder – gênero, raça, classe, etnia, sexualidade, deficiência, nacionalidade, entre outros – de forma complexa, entrelaçada, na constituição das desigualdades sociais.

Seja no atendimento individual, de grupos ou de coletivos, deve-se ter em mente a articulação de múltiplos marcadores sociais, como os citados e as estruturas de poder em complexa e dinâmica interação (HIRATA, 2014). Deve-se refutar a hierarquização dos eixos sociais ou a atribuição de maior ou menor importância a cada um deles.

A violência contra as mulheres migrantes é comumente atrelada ao país de origem e às travessias, uma vez que muitas delas estão fugindo de diversas formas de violência e ainda enfrentam outras ao longo do trajeto (BARANOWSKI et al., 2019). Porém, as violências em países de acolhimento são pouco exploradas, como aponta a UN Women (2024). Em Roraima, Brasil, por exemplo, venezuelanas no pós-fronteira são aliciadas para o turismo sexual (LIRA et al., 2019). Nos Estados Unidos, hispânicas são sexualmente agredidas por pessoas próximas (BREIDING et al., 2014). Em Malta, mulheres migrantes são exploradas sexualmente por seus empregadores (ROSSONI et al., 2022), e no Líbano, meninas sírias refugiadas são submetidas ao casamento infantil e à violência por parceiro íntimo (VPI) (ROUPETZ et al., 2020).

Em contextos de conflitos armados e deslocamentos, a violência sexual baseada no gênero (SGBV) assume diferentes roupagens, incluindo exploração sexual, casamento forçado e precoce, violência sexual e doméstica (LA CASCIA et al., 2020), e persiste em todas as fases da migração forçada, mesmo após o período de aculturação e adaptação (ZIVOT et al., 2020).

Na etapa anterior à migração, práticas como casamento forçado e estupro são, por vezes, justificados com base em "valores culturais". Durante a rota migratória, a suscetibilidade à violência expande-se para diversos perpetradores, não apenas parceiros íntimos ou conhecidos, e incluem experiências como prostituição forçada e a violência sexual enquanto meio de troca (LA CASCIA et al., 2020).

A vulnerabilidade causada por situações de guerra, perseguições a determinados grupos por sua cor, cultura, nacionalidade, religião e outros fatores (PANKHURSTA, 2010), bem como por desastres naturais (LARIJANI et al., 2022), pandemias (STOCK et al., 2024) e do próprio contexto de migração e refúgio (FERNANDES; ONUMA, 2024; GOÉS; BORGES, 2021), implica diversas formas de violências e outras violações de direitos humanos contra mulheres. Meninas e mulheres vivenciam diversos tipos de violência nos países anfitriões, e a escassez de dados e estudos dificulta a compreensão das suas reais necessidades, assim como a formulação e gestão de políticas públicas adequadas.

Se o contexto de violência de gênero tende a provocar o isolamento das mulheres, além de dificultar o acesso a instituições de assistência em saúde, de segurança ou jurídica (ALBUQUERQUE NETTO et al., 2017), as migrantes já vivenciam a estigmatização, discriminação e apagamento social e político, o que as leva a certo isolamento social, tornando-as mais vulneráveis a violências e, consequentemente, agravando ainda mais o seu isolamento social (FEBRES-CORDERO et al., 2018). No Brasil, essas mulheres estão sujeitas a situações de vulnerabilidade, como exploração, assédio sexual, dificuldades no acesso a serviços básicos e limitações para obter informações a respeito da legislação e seus direitos (CINTRA, 2024).

O contexto migratório não raro altera costumes tradicionais ligados à ordem patriarcal, o que pode fazer com que expressões de violência apareçam ou se intensifiquem (CECILIA, 2023). Novas dinâmicas são colocadas entre os casais, sendo comum os homens não serem mais os provedores no país estrangeiro. Ao sentir a masculinidade "ameaçada", eles podem responder com agressão nas relações íntimas (CUEVAS et al., 2012; NILSSON et al., 2018).

O processo de busca por ajuda por mulheres migrantes (CARDENAS et al., 2024), aliado ao fato de muitas migrantes e refugiadas serem oriundas em países com legislações frágeis em relação à violência de gênero, pode dificultar tanto a percepção de situações violentas quanto a denúncia e a busca por assistência. Esse cenário favorece a subnotificação desse agravo à saúde e à violação de direitos humanos. Essas questões deveriam ser preocupações presentes para o profissional no acolhimento a pessoas refugiadas e imigrantes, especialmente para profissionais da saúde, assistência social, educação ou de qualquer área que atenda mulheres deslocadas com ou sem queixas ou sinais de serem vítimas de violência doméstica.

Uma das autoras acompanhou um caso de atendimento clínico individual no contexto institucional do acolhimento inicial de refugiadas no Brasil (MOREIRA, 2025). No caso em questão, na Venezuela, o homem era o provedor da família enquanto a mulher ficava restrita às tarefas domésticas. Mas, quando se estabeleceram, ainda que precariamente, esses papéis se inverteram, e a mulher tornou-se a única provedora. Começaram episódios de violência psicológica com ameaças, o que interferiu diretamente na produção laboral dela, resultando na sua demissão, perda de contato social e de alguns vínculos de amizade. Posteriormente, ela foi colocada por ele em cárcere privado. Esse é o momento em que o homem possui controle total sobre a vítima e a encerra no espaço privado que o patriarcado historicamente destina à mulher. Em tempos em que as lógicas opressivas necessitam de mudanças, ressurge o conservadorismo; em tempos de migração, talvez o controle sobre a mulher seja a forma de "segurança" do homem para proteger a sua "masculinidade".

No caso clínico, mesmo após a mulher ter sido informada sobre seus direitos de proteção, optou por não denunciar a violência e retornar ao seu país em busca de acolhimento por seus familiares. Pode-se refletir que o acesso à informação, por si só não é suficiente para garantir a proteção, dado o grau de naturalização da violência nos diferentes patriarcados e as adversidades enfrentadas fora do seu país de origem. Nesses contextos, a existência de uma rede de apoio constitui um fator de proteção fundamental.

É comum profissionais que atuam com essa população imaginarem que a solidariedade entre mulheres que enfrentam situações semelhantes de privação e sofrimento seja um fato imediato ou que possa ser construída rapidamente. Porém, como mencionado, as venezuelanas que pleiteavam refúgio mostravam pouca aproximação. Mesmo em situações similares, não parecia haver maior contato, muito menos solidariedade e rede de apoio. Isso era muito diferente do observado em outro trabalho no acolhimento a congolesas.

Muitas venezuelanas chegaram a ficar no mesmo abrigo em Roraima, mas nunca haviam se aproximado. Quando questionadas sobre a distância entre elas, relataram desconfiar uma das outras. Depois de algum tempo, em um dos encontros, uma delas, que veio sozinha com cinco filhos, relatou casos de roubo e até mesmo de estupro no abrigo. Ela contou que não pensava em nada além de proteger seus filhos. Esse primeiro relato de violência quebrou o silêncio e a distância. Pela primeira vez a frase "eu lembro de você lá" foi dita entre elas.

Uma das formas de atuação do patriarcado é desarticular alianças entre mulheres e promover a competição, valorizando o casamento e a maternidade como as maiores conquistas possíveis para elas (FEDERICI, 2017; HOOKS, 2018). Essa desconfiança pode continuar a minar laços potencialmente importantes para a sobrevivência.

Historicamente, na América Latina, o patriarcado se impôs de forma violenta, inclusive com o estupro como forma de controle (ZAMORA;

PFEIL, 2023). Guardadas as diferenças entre os países, o genocídio dos povos originários e dos povos sequestrados do continente africano, bem como a escravização dessas populações racializadas (CARNEIRO, 2019), contribuíram para altos índices de violência doméstica (BARBOSA et al., 2021; CARNEIRO, 2019; PAULA, 2018) e para várias formas de violência contra mulheres e meninas na atualidade.

Na lógica patriarcal, que acompanhou a colonização, o corpo feminino não tem valor senão por suas possibilidades de atração sexual e de reprodução; por isso, ele é objetificado, controlado e utilizado, além de violável, inclusive como forma de controle e punição. É válido dizer que um padrão de violência bastante generalizado vai ser o cenário para as deslocadas que chegam ao Brasil.

O isolamento social que mulheres migrantes experimentam está além das barreiras físicas que as distanciam de seus familiares e/ou da rede de apoio que ficaram no país de origem. Ele também se dá pela barreira linguística, pela falta de conhecimento e acesso às leis de proteção e migração, e à falta de atendimento adequado aos serviços de modo geral.

Dando continuidade à experiência vivenciada por uma das autoras, observou-se uma situação que evidencia a falta de atendimento adequado. Em certo contexto, profissionais responsáveis pela prestação direta de assistência exigiam que migrantes se comunicassem exclusivamente em português como condição para receber qualquer tipo de assistência. Essa exigência constitui uma barreira significativa. Se, para as nacionais, a denúncia já representa um desafio, essa dificuldade se torna ainda mais acentuada para migrantes, que enfrentam obstáculos adicionais relacionados à língua, ao racismo, à xenofobia e à falta de acolhimento institucional, atravessado por lógicas de poder dominante.

Outra autora deste artigo viveu, durante dois anos, bastante próxima a refugiadas e imigrantes em Boa Vista, Roraima, ao trabalhar com a temática e viver nesta capital. Com isso, pôde observar, *in loco*, como as mulheres se organizavam coletivamente diante de adversidades tanto a nível subjetivo

quanto material, especialmente as que viviam próximas umas às outras, em ocupações espontâneas ou abrigos desativados.

Com a oportunidade de trabalhar especialmente com um grupo de venezuelanas vivendo no bairro João de Barro, periferia da cidade de Boa Vista, as "beneficiárias" do projeto participavam com entusiasmo das atividades propostas. Desde rodas de conversa sobre seus direitos, inserção laboral e acesso a serviços, até a divisão de cuidados no interior dos lares – construídos, muitas das vezes, por elas mesmas e suas famílias –, todas as temáticas lhes pareciam interessantes. Durante as atividades, compartilhava-se um pouco de cada história: lembranças da Venezuela rememoradas, um desafio de adaptação mencionado.

Aos poucos, a partir da fala e da identificação entre vivências tão parecidas, mas singulares, percebeu-se que as relações entre elas se entrelaçaram. Carinho, admiração, segredos e vulnerabilidades eram compartilhados e aprofundados nos grupos. A escuta atenta, a fala emocionada e os relatos de cada uma acabavam por refletir a experiência de todas. Algumas, que já se conheciam e eram amigas antes das rodas de conversa, se ofereciam para trabalhos e atividades, cuidavam dos filhos umas das outras quando apareciam diárias de faxina. Ou seja, teciam uma rede de apoio e solidariedade para fazer frente à adaptação em Boa Vista.

No João de Barro, especificamente, também nasceram vias formais de suporte e ajuda mútua por meio da criação de associação de venezuelanas engajadas em demandas políticas e diálogos com o poder público, união em torno de projetos de agroecologia e até um coletivo cultural liderado por mães que não queriam ver os filhos perderem o interesse pela Venezuela.

O que a autora concluiu após os dias de campo foi a necessidade de criar e manter laços coletivos como estratégia sustentável para enfrentar as experiências de sofrimento produzidas no deslocamento forçado entre as mulheres. Portanto, a integração entre aquelas que formavam redes de apoio entre si pareceu ser a maneira mais exitosa de se estabelecer em Boa Vista enquanto venezuelana.

Estratégias

O processo de integração em um novo país inclui contradições e barreiras, além de provocar a construção de novas identidades para as mulheres. É nesse período que se desenvolvem as estratégias de enfrentamento para lidar com as experiências passadas, mitigar os efeitos adversos à saúde e reiniciar suas vidas. É um momento de confronto por parte dos países receptores, entre as leis de hospitalidade (Derrida, 2003) e a assistência dada aos sujeitos. A escolha por um regime de hospitalidade em detrimento do outro—quando um país tem maior disposição política e condições concretas de prover assistência a populações refugiadas e imigrantes, ou quando é restritivo em suas medidas de imigração e bem-estar social – determina, em boa medida, o apoio social.

O apoio social, entre múltiplas definições, pode ser entendido, segundo Stewart (2014), como as interações entre amigos, colegas, família e profissionais que prestam informação, afirmação, ajuda prática e entendimento; e enquanto um recurso positivo para lidar com situações estressantes, momentos críticos e problemas diários (DODGE, 2012). Em suma, trata-se de uma gama de atividades que beneficiam indivíduos em situação de alta vulnerabilidade e estresse, unindo tanto estratégias informais - religião e crenças, laços familiares, de amizade e intracomunitários, laços entre indivíduos com experiências semelhantes - quanto estratégias oficiais - dispositivos de cuidado oferecidos pelo poder público ou outras organizações por meio da assistência social e profissional de diversas áreas (SIMICH et al., 2003; STEWART, 2014).

O apoio social, entretanto, não se limita ao sistema de assistência e saúde. É um conceito que deriva de diversas fontes e tipos, inversamente relacionado à ocorrência de transtornos mentais. Sintetizando vários estudos recentes, é possível afirmar que o menor apoio social conduz a piores níveis de saúde mental (CARDIM, 2021). Ele tem a ver com o suporte da comunidade, da religião, da família, de amigos – e até mesmo, especificamente, da figura materna (WARNER,

2007) – e de redes de assistência no processo de adaptação de mulheres refugiadas ao país de destino. E mais importante do que isso, o apoio social é uma estratégia de enfrentamento para mulheres em situação de vulnerabilidade.

Os estudos apresentados apontam estratégias de enfrentamento para mulheres refugiadas, como satisfação espiritual (SHISHEHGAR et al., 2017) e crença em si mesmas, além da autonomia para forjar sua própria identidade (SHERWOOD; LIEBLING-KALIFANI, 2012), que extrapolam os fatores externos.

Os desdobramentos da violência sexual na busca por assistência e apoio social também se mostram pertinentes a esta categoria (YOHANIA; OKEKE-IHEJIRIKA, 2018). Primeiramente, refugiadas priorizam a satisfação das necessidades mais urgentes, como: encontrar moradia, escola e outras necessidades básicas para crianças são ações que têm caráter prioritário quando comparadas a tratar traumas experimentados.

O apoio social da comunidade emerge enquanto essencial no processo de integração, assim como espiritualidade e maternidade. Esta última pode parecer um pouco contraditória, porque, ao passo que traz esperança de um futuro, as habilidades de ser mãe são influenciadas diretamente pelo trauma psicológico e sintomas associados (dissociação, dificuldades para dormir, dificuldades cognitivas e desafios emocionais e comportamentais). Mas ter objetivos educacionais impulsiona as mulheres a proverem senso para suas vidas, objetivos tangíveis e a esperança de um futuro econômico satisfatório (YOHANIA; OKEKE-IHEJIRIKA, 2018).

Sobre a busca por apoio social de fonte formal, uma revisão sistemática de literatura conduzida por Zivot et al. (2020) abarcou as dificuldades e entraves de mulheres refugiadas em acessarem serviços de saúde e assistência. O objetivo do estudo consistiu em observar como o gênero opera enquanto determinante de saúde no restabelecimento de refugiadas nos países de destino. O estudo identificou três níveis de análise que impactam o acesso à saúde no contexto de integração em um novo país, quais sejam: micro, meso e macro.

O primeiro nível, o *micro*, refere-se à influência de fatores privados na procura por assistência, notadamente influenciados pelo gênero e pelo sistema de opressão que recai sobre as mulheres, como as dinâmicas familiares, a relação com o marido e a maternidade.

O nível *meso* abordou o impacto da relação das refugiadas com a comunidade à sua volta, incluindo a confiança em redes de apoio próximas, como comunidades de refugiados e a religião que frequentam. Nesse ponto, notou-se o impacto do entorno na busca pela assistência, e do estigma, da vergonha e de outros entraves sociais também determinados pelo gênero para narrar experiências de violência sexual (YOHANIA; OKEKE-IHEJIRIKA, 2018).

O terceiro nível, o *macro*, é mais abrangente e discutiu o preparo do sistema de saúde dos países de destino na recuperação e na assistência a mulheres em questão. Como fontes de apoio social formal e institucional, barreiras como discriminação, diferenças culturais e linguísticas e desconfiança quanto à confidencialidade dos profissionais impactaram o acesso aos serviços de saúde.

As estratégias de sobrevivência e apoio, como foi exemplificado, podem ocorrer espontaneamente entre essas mulheres, e precisam ser conhecidas, facilitadas e valorizadas no contexto dos diversos atendimentos.

Considerações Finais

A revisão construída neste estudo mostrou que as mulheres em deslocamento são, em sua maioria, racializadas, a exemplo da maioria das venezuelanas. Também é frequente que a pobreza, a instabilidade, o trabalho precarizado, as dificuldades de integração e a violência atravessem suas vidas – não raro, desde o país de origem ou desde o nascimento. As soluções para desafios interdisciplinares – como a violência que aflige mulheres refugiadas e imigrantes – precisam também ser interdisciplinares. Por isso, a interseccionalidade é uma ferramenta importante para analisar os casos e para planejar as ações pertinentes ao cuidado.

A formação de uma rede de apoio social sólida, composta por mulheres deslocadas que compartilham experiências similares e instituições que recomendam entre si trabalhos, serviços de saúde, assistência social e proteção contra violências, constitui, portanto, uma estratégia fundamental desde o momento da chegada ao país anfitrião. Para as que se encontram isoladas socialmente, sem vínculos no novo país, essa rede pode representar a diferença entre a vulnerabilidade extrema e uma nova possibilidade de reconstrução de vida em segurança. Intervenções psicossociais requerem, como apontou a literatura, o fortalecimento de estratégias do nível micro ao macro, sempre considerando a construção espontânea entre as mulheres.

No âmbito das políticas públicas, destaca-se a importância de promover serviços que assegurem proteção social a todos os usuários, garantindo a não discriminação e a universalidade. Além de prover os serviços, é necessário incentivar, especialmente em territórios com maior densidade populacional de refugiados e imigrantes, que as mulheres conheçam seus direitos, saibam acessá-los e tenham esse acesso garantido em caso de necessidade. Por fim, é fundamental garantir que os mecanismos de proteção possuam canais de reporte eficazes para situações de falhas ou violência nos atendimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, L. et al. Isolamento de mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo: uma condição em redes sociais. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 1–8, 2017. DOI: 10.5935/1414-8145.20170007.

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS (ACNUR). **Relatório tendências globais**. Genebra: ACNUR, 2024a. Disponível em: https://www.unhcr.org/global-trends-report-2024. Acesso em: 15 jul. 2025.

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS (ACNUR). **Localizador de dados de refugiados**. Genebra: ACNUR, 2024b. Disponível em: https://www.unhcr.org/refugee-statistics. Acesso em: 15 jul. 2025.

BALIBAR, É. **We, the people of Europe?** Reflections on transnational citizenship. Princeton: Princeton University Press, 2004.

BARANOWSKI, K. A. et al. Experiences of gender-based violence in women asylum seekers from Honduras, El Salvador and Guatemala. **Torture Journal**, [s. l.], v. 29, p. 46–58, 2019.

BARBOSA, T. P. et al. A Psicologia na rede de atendimento à mulher em situação de violência conjugal: uma revisão sistemática na América Latina. **Aletheia**, [s. l.], v. 54, n. 1, 2021.

BERTOLDO, J. Migração com rosto feminino: múltiplas vulnerabilidades, trabalho doméstico e desafios de políticas e direitos. **Revista Katálysis**, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 313–323, 2018. DOI: 10.1590/1982-02592018v21n2p313.

BREIDING, M. J. et al. Prevalência e características de violência sexual, perseguição e vitimização por violência por parceiro íntimo. **Morbidity and Mortality Weekly Report: Surveillance Summaries**, [s. l.], v. 63, n. 8, p. 1–18, 2014.

BURNETT, A. et al. Refugiados climáticos, aquecimento global, desertificação e migrações: reflexos globais e locais. **Interseções**, [s. l.], v. 23, n. 2, p. 318–333, 2021.

CAMPBELL, D. **Writing security**: United States foreign policy and the politics of identity. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1992.

CARDENAS, I. et al. Systematic review of intimate partner violence interventions for Latinas in the U.S. **Trauma, Violence & Abuse**, [s. l.], 2024. DOI: 10.1177/15248380241253037.

CARDIM, G. **Mulheres em deslocamento, violência como constante**: impactos da violência de gênero e da condição do refúgio na saúde mental de mulheres refugiadas. 2021. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2021.

CARNEIRO, S. **Escritos de uma vida**. São Paulo: Pólen Livros, 2019.

CASTRO, F.; TAVARES, N. O processo de refúgio no Brasil à luz da distopia kafkiana. **Revista Internacional de Direito e Literatura**, [s. l.], 2019.

CECILIA, D. El género como dispositivo de poder: un análisis a partir de tres órdenes patriarcales. **Revista Estudos Feministas**, [s. l.], v. 31, n. 2, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br. Acesso em: 15 jul. 2025.

CINTRA, A. de M. Migração feminina venezuelana no Brasil e a teoria da reprodução social. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 10., 2024, Vitória. **Anais...** Vitória: UFES, 2024.

CUEVAS, C. A.; SABINA, C.; BELL, K. A. The effect of acculturation and immigration on the victimization and psychological distress link in a national sample of Latino women. **Journal of Interpersonal Violence**, [s. l.], v. 27, p. 1428–1456, 2012.

DERRIDA, J. **Anne Dufourmantelle convida Jacques Derrida a falar da hospitalidade**. São Paulo: Escuta, 2003.

DODGE, R. et al. The challenge of defining wellbeing. **International Journal of Wellbeing**, [s. l.], v. 2, n. 3, p. 222–235, 2012. DOI: 10.5502/ijw.v2i3.4.

FASSIN, D. The trace: violence, truth, and the politics of the body. **Social Research**, [s. l.], v. 78, n. 2, p. 281–298, 2011.

FEBRES-CORDERO, B. et al. Influence of peer support on HIV/STI prevention and safety amongst international migrant sex workers. **PLoS One**, [s. l.], v. 13, n. 1, e0190787, 2018. DOI: 10.1371/journal.pone.0190787.

FEDERICI, S. **Calibã e a bruxa**: mulheres, corpo e acumulação primitiva. Rio de Janeiro: Elefante, 2017.

FERNANDES, J. M.; ONUMA, F. M. S. Mulheres em situação de refúgio: as mais vulneráveis dentre as vulneráveis. **Cadernos EBAPE.BR**, [s. l.], v. 22, n. 2, 2024. DOI: 10.1590/1679-395120230124.

GOÉS, L.; BORGES, R. Entre a cruz e a espada: múltiplas violências contra mulheres refugiadas. **Ser Social**, [s. l.], v. 23, n. 49, 2021. DOI: 10.26512/sersocial.v23i49.35871.

HIRATA, H. Gênero, classe e raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo Social**, [s. l.], v. 26, n. 1, 2014.

HOOKS, B. **O feminismo é para todo mundo**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção relativa ao estatuto dos refugiados (1951)**. Brasília: ACNUR, 2021.

STOCK, T. O. et al. Violência contra as mulheres na pandemia de Covid-19: uma revisão sistemática. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 34, e34037, 2024. DOI: 10.1590/S0103-7331202434037pt.

UN WOMEN. **Women on the move**: FAQs on migration and gender. New York: UN Women, 2024. Disponível em: https://www.unwomen.org. Acesso em: 15 jul. 2025.

ZIVOT, C. et al. Exploring the state of gender-centered health research in the context of refugee resettlement in Canada. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 17, n. 20, 7511, 2020. DOI: 10.3390/ijerph17207511.

CAPÍTULO 26

SAÚDE MENTAL E BEM VIVER: DESATANDO NÓS E ENTRELAÇANDO CULTURAS COM MULHERES MIGRANTES DE TRÊS REGIÕES DO BRASIL

Simone Mainieri Paulon, Élida Azevedo Hennington, Lisiane Aguiar, Dário Frederico Pasche, Rodrigo Lages e Silva, Suellen Ferreira Luz, Corina Evelin Demarchi Villalón e Juliane Chaves

Apresentação

A mobilidade humana tem sido um dos principais desafios globais na atualidade, incluindo o crescente processo de feminização das experiências migratórias em nível mundial. Estima-se que no ano de 2020 cerca de 281 milhões de pessoas encontravam-se na condição de migrante, o que equivale a 3,6% da população mundial e, desse total, quase metade são mulheres (OIM, 2024). Durante muito tempo, a mulher migrante foi invisibilizada nos estudos, análises dos processos migratórios, como se o ato de migrar não lhe conferisse agência ou o exercício de escolhas em relação às suas vidas (SANTOS; FETZNER, 2019).

Estudos recentes indicam que cada vez mais mulheres jovens migram de modo independente, buscando novas possibilidades de estudo e trabalho e ocupando o lugar de chefes de família (ASSIS, 2007). Em comparação com os migrantes do sexo masculino, é frequente que elas enfrentem uma dupla discriminação no país de destino: como migrantes e como mulheres. No

caso das mulheres negras, as desigualdades de gênero se entrelaçam com a discriminação racial. Violência de gênero, xenofobia, racismo, misoginia e segregação laboral são experiências comuns entre mulheres migrantes, principalmente pessoas refugiadas, negras e de baixa renda (DUTRA, 2013; MUASSINLE; SILVA; GUILHERME, 2023).

Acompanhando a tendência global de feminização das migrações, cresce o contingente de mulheres que buscam melhorar ou reconstruir suas vidas no Brasil (TONHATI; CÓRDOVA, 2023). Em suas inúmeras nacionalidades, origens étnico-raciais e culturais, observam-se fragilidades nas políticas públicas, ainda pouco sensíveis às demandas dessa população. As sobreposições de opressões que incidem sobre mulheres migrantes e refugiadas exigem um olhar feminista, transcultural e interseccional que permita uma aproximação às especificidades que esses deslocamentos envolvem, superando fórmulas universais e biologizantes de se abordar uma realidade complexa (HENNINGTON; PAULON, 2024).

A partir deste cenário, um grupo de pesquisadora/es de três distintos centros de pesquisa e de três regiões distantes do Brasil (Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS; Universidade Federal de Roraima - UFRR e Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz) estruturou um estudo multicêntrico sobre a complexidade das experiências de mulheres migrantes no Brasil, tendo como foco as questões da Saúde Mental, Trabalho e Bem Viver. O objetivo era compreender as estratégias de produção de saúde e resistência às opressões de gênero, raça e classe construídas por mulheres migrantes e refugiadas nas cidades de Porto Alegre, Rio de Janeiro e Boa Vista. A pesquisa foi desenvolvida entre 2022 e 2025 e contou com a participação de mulheres pesquisadoras migrantes de diferentes nacionalidades na própria composição da equipe.

Além dos distintos sotaques e culturas já presentes entre as regiões sul, sudeste e norte do Brasil, contempladas no estudo multicêntrico, os três programas de pós-graduação envolvidos incluem, também, diferentes áreas do conhecimento – psicologia social, saúde coletiva, comunicação social e

educação. Mais do que reunir um grupo interdisciplinar e multicultural para um estudo cujo tema-foco demandava uma abertura às singularidades das participantes, apostou-se numa composição de vozes que buscou fomentar o caráter da experimentação implicada ao longo do processo investigativo.

Sustentada no método da cartografia, a Pesquisa-Intervenção Participativa (PIP) aqui apresentada parte da premissa ético-política de "planejar-executar-avaliar com", instaurando processos gestionários coletivos, desde a construção do problema, às análises e restituições dos resultados. As estratégias que viabilizam tal proposta metodológica foram traçadas de modo a favorecer o compartilhamento de diferentes experiências de migrar, as trocas interculturais e a inclusão das participantes na produção de conhecimentos acerca de si e de seus contextos de vida. Para tanto, as tecnologias de pesquisa incluíram desde a elaboração de materiais informativos das cidades até a construção de instrumentos de acompanhamento e avaliação do estudo, rodas de conversa, criação de roteiros, condução e/ou participação em oficinas de produção audiovisual.

Na busca de que o próprio desenho da pesquisa pudesse afirmar a inseparabilidade entre cuidar, acolher e conhecer, a cartografia fez-se, ela mesma, como uma trama de diversidades de línguas e saberes, tendo em vista a composição da equipe como um coletivo de pessoas de diferentes nacionalidades que atuam em distintas áreas do conhecimento[25]. Análogo à ruptura epistêmica, política e metodológica legada pelo institucionalismo francês[26] e reiterada por autores/as latino-americano/as[27], ao afirmar que era

25 Ao longo de seus 3 anos de duração, entre 2022 e 2025, dezessete pessoas participaram da investigação, caracterizando um grupo interdisciplinar (Psicologia, Educação, Comunicação, Letras, Saúde Coletiva e Ciência Política), interinstitucional (UFRGS, UFRR, Fiocruz) e multicêntrico (Porto Alegre, Boa Vista e Rio de Janeiro), composto por 5 docentes pesquisadora/es, 2 pesquisadoras com mestrado, 2 mestrandas, 3 doutorandas, 3 graduandas em participação voluntária, e outras 2 como bolsistas de iniciação científica.

26 As proposições do institucionalismo ou Movimento Institucionalista, desenvolvido principalmente entre as décadas de 50 a 70, do século XX, a partir da França, englobam diferentes disciplinas, ciências e orientações teóricas que aspiravam promover um conjunto de práticas voltadas a fomentar processos de auto análise e autogestão dos coletivos, com vistas a produzir transformações sociais. Entre as principais correntes e pensadores desse movimento, destacam-se os trabalhos precursores da Psicoterapia Institucional (Tosquelles, J. Oury, Guattari); da Pedagogia Institucional (Fonvieille, Vasquez e F. Oury); seguidos da análise institucional, proposta por George Lapassade e René Lourau; e a esquizoanálise de Deleuze e Guattari. Para mais detalhes do tema ver Paulon (2009) e Rodrigues (2000).

27 Na América Latina, a partir da década de 1960, intelectuais como Paulo Freire (1968), Orlando Fals Borda (2009), Maritza Montero (2006) e Mario Kaplún (1987), entre outros, passaram a propor alternativas de pesquisa e de transformação social em contraposição às perspectivas desenvolvimentistas então hegemônicas na região (Beltrán, 2005).

preciso "transformar para conhecer", a ideia aqui era não de uma primazia do conhecimento para orientar um certo modo de cuidar, mas o de tecer coletivamente um cuidado intercultural como forma mais coerente e emancipadora de conhecer.

A composição, portanto, de uma equipe híbrida em termos de nacionalidades, áreas de conhecimento, níveis de formação, culturas regionais, gênero e raça afirma-se, no presente estudo, como um gesto ético-político, visando uma abertura no modo de pensar-elaborar-fazer a circulação de saberes interculturais. O princípio estruturante não só do desenho metodológico, mas das parcerias teóricas em estudos decoloniais que percorrem esta investigação, é o de que a diversidade acrescenta rigor ao saber científico-acadêmico, fortalecendo o diálogo com a complexidade e contemplando os vetores de forças que atravessam a temática em foco.

Nesta perspectiva, para abordar os efeitos dos deslocamentos forçados na saúde mental de mulheres migrantes, o capítulo que segue apresenta a interlocução privilegiada que pesquisadoras de diversas nacionalidades estabeleceram com outras mulheres migrantes, nas três capitais brasileiras envolvidas no estudo. Uma concepção de saúde mental que se aproxima à noção de Bem Viver será apresentada entre os resultados colhidos no percurso de pesquisa-intervenção participativa que procurou enfatizar as estratégias produtoras de saúde, e não apenas os sofrimentos emergentes dos processos migratórios das participantes.

Bem Viver: estratégias coletivizantes de enfrentamento para além do bem-estar

O conceito de Bem Viver foi uma aposta presente nessa pesquisa desde a elaboração do seu projeto. Com ele vislumbramos a possibilidade de falar da "saúde mental" com um vocabulário menos atrelado a concepções eurocentradas,

psicologizantes e psiquiatrizantes da experiência subjetiva, ao mesmo tempo que evitávamos certas capturas neoliberais e individualizantes associadas ao uso da expressão "bem-estar". Na revisão narrativa[28] que realizamos, contudo, o conceito de Bem Viver demonstrou-se ausente dos resultados encontrados a partir dos buscadores utilizados (Scielo, Scopus e BVS). O que apareceu com relativa frequência foi o termo bem-estar ou "well-being", o que não é de se estranhar uma vez que é um conceito consolidado na tradição da social-democracia europeia e do estado de bem-estar estadunidense.

Na entrevista publicada pelo Movimento Trópico (FALEIROS, 2023), o líder indígena, jornalista e ambientalista brasileiro, Ailton Krenak afirma que traduzir "Sumak Kawsay" como "Bem Viver" (ou *well-being*) é um empobrecimento do sentido original, porque se trata de um modo de ser no mundo, uma experiência sensorial, relacional e espiritual, que não cabe numa palavra de uso corrente: "Traduzir *sumak kawsay* para 'bem viver' é uma redução[29]. É uma experiência de imersão, de relação com o território e com a vida, que se perde quando se coloca em uma fórmula simplificada" (FALEIROS, 2023).

28 A pesquisa bibliográfica da investigação foi construída uma base de dados com objetivo de cartografar os sentidos que vêm sendo produzidos acerca das temáticas 'migração internacional-mulheres-saúde mental-bem viver' em estudos no campo acadêmico-científico. O processo de construção desse conjunto de dados foi realizado utilizando o gerenciador de referências Zotero e buscando no Portal de Periódicos CAPES e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) os termos (Imigrantes OR Emigrantes OR expatriados OR refugees OR Emigração e Imigração OR Human Migration OR Emigration and Immigration OR Settlement and Resettlement OR Migração Internacional) AND (Mulher* OR Human Female OR Gênero OR Woman OR Women OR Violência doméstica) AND (Saúde Mental OR Transtorno Psiquico OR Transtorno Mental OR Sofrimento Psíquico OR Sofrimento Mental OR Louc* OR Enlou*), resultando em 58 resultados no portal Periódicos CAPES e 26 na Biblioteca Virtual em Saúde. Com o intuito de encontrar textos mais relacionados com saúde mental, fizemos uma busca na base da American Psychol.

29 A tradução do conceito Sumak Kawsay para a expressão "bem viver" constitui um processo complexo de transposição semântica e cultural que envolve tanto reduções quanto deslocamentos de sentido. Criado como neologismo em quíchua na década de 1980 por organizações indígenas, o termo articula dimensões cosmológicas, políticas e éticas de um modo de vida ancestral, centrado na plenitude, na harmonia e na interdependência entre seres humanos e natureza. Embora difundido em português e espanhol como "bem viver", estudiosos do quíchua argumentam que a tradução mais precisa seria "vida em plenitude", dada a amplitude semântica de sumak (beleza, ideal, realização) e kawsay (vida digna, equilibrada). A tradução para bem-viver, ainda que tenha possibilitado sua circulação em espaços institucionais — a exemplo de sua inclusão nas constituições do Equador (2008) e da Bolívia (2009) —, também pode restringir a densidade conceitual do termo, aproximando-o excessivamente de categorias ocidentais de bem-estar. O uso do termo bem-viver deve ser entendido não apenas como equivalência linguística, mas como operação política e epistêmica que coloca em disputa paradigmas de desenvolvimento, sustentabilidade e justiça social no contexto latino-americano contemporâneo.

A revisão narrativa que realizamos encontrou, via de regra, neste indexador, artigos relacionados à percepção de bem-estar de mulheres migrantes com destino migratório sul-norte global, ou para indicar o que grupos de mulheres entendiam como obstáculos ao bem-estar decorrentes da experiência migratória. Alguns desses artigos trabalhavam sob a perspectiva do "sofrimento social" (KLEINMAN, 1997) ou da "síndrome de Ulisses" (ACHOTEGUI, 2008) como modo de mencionar os agravos ao "bem-estar" experimentado por mulheres migrantes, tentando, mesmo sem sucesso, evitar o uso de um vocabulário psicopatologizante.

Entendemos que os conceitos de "sofrimento social "e de "síndrome de Ulisses" são insuficientes para análise do tema em foco, sobretudo, porque não são capazes de expressar ou de nomear as estratégias afirmativas de cuidado exercidas por mulheres migrantes. O limite desta leitura do bem-estar como um estado no qual estão ausentes os agravos ou os prejuízos decorrentes da experiência migratória, ou das violências e precariedades vividas no país de origem é que não contempla os saberes, práticas, princípios e estratégias usadas por mulheres para construir uma vida digna de ser vivida.

Um acontecimento de pesquisa digno de nota foi o fato de que essa ausência de resultados de artigos com o termo "Bem Viver" nas buscas realizadas nas plataformas Scielo, Scopus e BVS demonstrou também refletir um viés hegemônico nos sistemas de busca. Utilizando-se dos mesmos termos no Google acadêmico, a pesquisadora venezuelana componente da equipe, Dra. Norah Gamboa, obteve diversos artigos relacionando o Bem Viver às práticas de mulheres migrantes. Muitas das revistas consultadas por esta pesquisadora da UFRR, também são indexadas nas três plataformas utilizadas como base de busca inicial desta pesquisa.

O fenômeno da "perfilação" (BRUNO, 2016) em algoritmos de busca acadêmica nos sugere que conforme o histórico de pesquisas e o perfil da pesquisadora, os algoritmos entregam resultados distintos. Deduz-se daí este como apenas mais um dos atravessamentos da colonialidade nas pesquisas com

mulheres migrantes. Outros atravessamentos colonizadores incluem o próprio método científico que parte de uma base estrutural (objetividade, individualidade, repetição, sistematização, neutralidade) associada a valores iluministas tipicamente coloniais (ANDREWS, 2023). São também atravessamentos que apontam uma perspectiva de institucionalização do cuidado em saúde e de trabalho especializado em saúde (medicina, em especial, a psiquiatria, psicologia, enfermagem etc.) que repete políticas disciplinares e biopolíticas típicas do olhar colonial (BEZERRA et al., 2023; FOUCAULT, 2008).

Na atual sociedade algorítmica, acrescenta-se ainda a ótica da gestão da informação e da produção de dados, que conserva uma perspectiva racista e colonial no modo como conduz condutas e agencia cognições (O'NEIL, 2017; SANTOS et al., 2023). Algumas observações preliminares sobre a noção de Bem Viver na promoção do cuidado por mulheres migrantes publicamos no artigo sobre o tema (LAGES; SILVA et al., 2023), quando observamos que

> (...) com o conceito de bem-viver, a partir das nuances legadas pelo saber indígena, encontramos pistas profícuas para o estabelecimento de políticas ditas de "promoção de saúde" que de fato tenham como fundamento à sustentação na esfera e no espaço público da presença e do modo de vida das pessoas migrantes enquanto legítimas, autônomas e dignas, sem necessidade de serem traduzidas para o léxico universalizante dos saberes colonizados e colonizadores (p.22).

Na ocasião da revisão sistemática, aprofundamos a diferenciação entre o conceito de bem-estar e o de Bem Viver, compreendendo que o primeiro está, via de regra, próximo da noção de qualidade de vida. Essa noção, contudo, ao contrário do que se poderia supor, não levou a uma análise de fatores que qualificam a vida ou a deixam melhor de ser vivida, mas a uma identificação de elementos que agravam a saúde mental. Qualidade de vida aparece como um estado neutro e espontâneo que surge quando estão ausentes os elementos que se interpõem à vida pensada como "normal" e, nesse sentido, reifica uma perspectiva normativa e hegemônica do que seria a vida "boa", reproduzindo

desta forma vieses culturais, de raça, de classe e de gênero, e invisibilizando práticas e valores importantes para grupos migratórios, em especial de mulheres negras e/ou do sul global.

O que vimos, por outro lado, pela via do Bem Viver e das práticas de cuidado coletivo, é que a integração entre cultura, espiritualidade, saberes tradicionais curativos e práticas alimentares são elementos que colaboram para a construção de uma saúde afirmativa do sentido da vida face à experiência de deslocamento.

Para Alberto Acosta (2016), o Bem Viver é uma filosofia em construção e está presente nas mais diversas culturas. É uma filosofia que se manifesta em múltiplas culturas como no *teko porã* dos guaranis, no ubuntu africano, no ecossocialismo, nas práticas solidárias como mutirões e mingas andinas, nas expressões culturais afro-brasileiras e na encíclica '*Laudato Si*' do Papa Francisco sobre o cuidado da casa comum (ACOSTA, 2016).

O Bem Viver carrega consigo essa indissociabilidade entre cuidado de si e cuidado coletivo que não é usualmente contemplada pela ótica da "saúde mental" e do "bem-estar". O conceito do Bem Viver, resgatado na ótica das epistemologias do sul, carrega a marca da transculturalidade, na medida em que não se utiliza da forma de pensar, ser e agir de uma determinada comunidade em especial, mas busca sua construção em diferentes partes do planeta, por diversas etnias, raças, povos, comunidades e populações. Por mais que tenha a sua origem em comunidades amazônicas e andinas, se observam práticas com o mesmo sentido acontecendo em diferentes partes do mundo. Essa aposta em afirmar o Bem Viver como um *suleador* (contrapondo a bússola epistêmica voltada ao norte global) na aproximação com a temática e com o campo de investigação não apenas marcou nossa pesquisa conceitual e teoricamente, como impactou seus caminhos e processos, tornando-se ao mesmo tempo uma discussão intelectual, uma militância política, um compromisso ético e um desafio metodológico.

A seguir trazemos alguns aportes que a construção coletiva do cuidado na ótica do Bem Viver nos legou, ao horizontalizar saberes e práticas em dispositivos de

"roda de conversa" com mulheres migrantes. Essas rodas contaram com a presença de mulheres migrantes em ambos os grupos, nos três campos de pesquisa, tanto participantes como pesquisadoras. Com efeito, as pesquisadoras também eram participantes, e construíam e se beneficiaram do cuidado no coletivo, superando dicotomias: *experts*-usuários, assistentes-assistidos.

Caminhando entre Fronteiras: itinerâncias pesquisantes

> E estando na pesquisa, (...) principalmente estando num país que não é meu, (...) eu acabo me estudando e acabo achando diferentes formas também pra me cuidar. E toda vez que eu escuto diferentes mulheres migrantes em roda de conversas, é sempre impactante, (...) é sempre um papo novo, é sempre uma nova experiência, é sempre um outro caso, e que sempre vai nos tocar. Então, o que a pesquisa produz em nós? Eu posso dizer que é uma reflexão para a vida.
> (Brice Gaelfie Bouaha, congolesa, pesquisadora migrante)

A temática que a pesquisa, sinteticamente intitulada de "Saúde mental das mulheres migrantes", propôs-se a trabalhar implicava o enfrentamento de dois desafios importantes em relação a processos investigativos com populações vulneráveis. O primeiro diz respeito ao público-alvo e o segundo ao tema da saúde mental, como um tema sensível.

Não foram raras as vezes em que as aproximações da equipe de pesquisa às mulheres migrantes das três capitais estudadas tiveram como reações imediatas um rechaço à ideia de participarem de mais um estudo sobre suas vidas e condições de precariedade em que a maioria da população migrante se encontra no Brasil. Acrescente-se a isto a proposição metodológica de uma pesquisa-intervenção qualitativa e participativa, que requer contratualizações, tempo para criação de vínculos, espaços de diálogo, tudo isto com um grupo de pessoas que estão

precarizadas em busca de emprego – em um contexto atravessado pelas lógicas da "uberização do trabalho" e pelo "empreendedorismo de si" (ANTUNES, 2023; ABÍLIO, 2021) —, sem redes de apoio para ajudar com os cuidados da casa e de filhos e têm dificuldades de se deslocarem nas cidades onde moram. A esse cenário soma-se, na atualidade, a vida regida pelos algoritmos — ou, em outros termos, a "economia psíquica dos algoritmos" — que intensifica os processos de individualização, ao mesmo tempo em que as redes sociais operam como dispositivos de captura do tempo (BRUNO; BENTES; FALTAY, 2019).

Entre os inúmeros desafios enfrentados por este estudo, um dos principais foi romper a barreira que a instituição pesquisa suscita com toda, historicamente justificada, resistência que a academia provoca ao realizar levantamentos unidirecionais, de caráter extrativista, que nunca ou raramente resultam em algum tipo de ganho aos sujeitos, transformados em meros objetos das investigações. Paradoxalmente, o tema da saúde mental evoca, ao mesmo tempo, a carga estigmatizante associada à loucura, desvios da norma e patologias, mas traz também consigo a possibilidade de um alívio ao sofrimento que a solidão e exigências que os processos migratórios carregam.

A proposição de uma modalidade de pesquisa que almeja dissolver fronteiras das tradicionais dicotomias entre sujeito-objeto, ação-reflexão, pesquisador-pesquisado, que caracterizam metodologias positivistas é, neste sentido, bem-vinda aos estudos com populações migrantes. No contraponto dessa perspectiva positivista, as pesquisas de caráter participativo partem de um olhar crítico à realidade social, assumem a posição de poder inerente à/o pesquisador/a acadêmico/a e intentam reduzir as desigualdades e distâncias entre saberes. Para tanto, requerem um exercício ético de que se renuncie à posição de *expert* e se aposte na produção de um conhecimento que emerja do diálogo, tecido em um processo autogestionário das análises e práticas de um campo que se apresenta desde a nascente da pesquisa.

Nesse sentido, a presença de pesquisadoras migrantes na equipe imprimiu nuances particulares à aproximação com as participantes em cada

campo. Ao promover uma diversidade encarnada dentro da própria equipe de pesquisa, foram introduzidas discussões fundamentais no processo investigativo, tanto em relação a mediações interculturais e modos situados de compreender a comunidade a partir de experiências de pertencimento, como em debates de ordem epistemológica.

É nesse ponto que emerge a indissociabilidade entre ser, acolher e conhecer. Essa "reflexão para a vida", que revela a impossibilidade de fragmentar as vivências e compartimentar a complexidade, como expressa uma das pesquisadoras migrantes da nossa equipe: "o tempo inteiro sou pesquisadora e o tempo inteiro também sou uma mulher migrante, as duas coisas estão aí o tempo todo" (Corina, argentina, pesquisadora migrante). As escolhas metodológicas desta pesquisa privilegiaram a escuta e o acolhimento que, ao aproximar-nos das interlocutoras, também nos aproximavam da nossa alteridade encarnada. Nesse movimento, o conhecimento produzido não se apresenta como neutro ou exterior, mas como conhecimento situado e encarnado (HARAWAY, 1995), produzido em experiências compartilhadas, autogestionárias e profundamente entrelaçadas entre sujeito e campo, evidenciando a inseparabilidade entre a pesquisa e a vida que ela investiga. Assim, foram privilegiados dispositivos de intervenção/ação no campo que se alinham com a perspectiva ético-política do acompanhamento de processos de produção de saúde-subjetividade e, para tanto, as rodas de conversa foram centrais no processo de colheita[30] de dados.

Seguindo a proposta de Campos (2000), as rodas de conversa buscam pôr lado a lado sujeitos diferentes, favorecendo o diálogo e a circulação da palavra. Mais do que um dispositivo comunicacional, constituem um espaço de lateralização, em que se embaralham os eixos tradicionais de poder, abrindo a possibilidade de produzir sentidos coletivos e de afirmar modos plurais de

30 Utilizamos "colheita de dados" em lugar de "coleta" para contrapor à ideia de produção de conhecimento como ato extrativo a noção de processo: semeadura, cuidado e colheita, assim como propõe Passos, E., & Kastrup, V. (2013). Um processo atravessado por temporalidades, cuidados e afetos. Essa escolha sublinha o caráter interventivo da pesquisa, em que os dados não são simplesmente retirados da realidade, mas produzidos em práticas coletivas e relacionais (SADE et al., 2013).

subjetivação. Pretende-se, assim, romper com as assimetrias entre pesquisador e participantes, ainda que esse processo nem sempre se realize de forma simples ou sem tensões.

O entendimento mais aprofundado sobre as experiências das mulheres migrantes reforça a importância de espaços de escuta e ação coletiva, capazes de revelar e aprofundar as estratégias de enfrentamento às estruturas que perpetuam desigualdades e exclusões, apoiando as formas de produção de saúde, na perspectiva do Bem Viver. Ao todo foram realizadas 9 rodas de conversa, 3 em cada campo (Boa Vista, Porto Alegre e Rio de Janeiro), para troca de saberes, reconhecimento dos desafios e violências que atravessam as experiências das migrantes, bem como as estratégias de enfrentamento e produção de saúde por elas construídas.

As rodas nos deram algumas pistas sobre pontos fundamentais considerados na análise dos resultados. A primeira delas, efeito das discussões sobre a participação das mulheres negras, indígenas, lésbicas, pessoas não binárias em pesquisas científicas, é a reafirmação da importância da não universalização da experiência migratória e a expressão das interseccionalidades dessas experiências. A segunda pista diz respeito às estratégias de sustentabilidade da vida por meio do trabalho, que apontaram o "empreendedorismo" como o modo de produção de renda mais prevalente entre as mulheres migrantes participantes. Nesse caso, as ocupações são representadas pelo trabalho por conta própria, informal e precário, em concorrência com outras modalidades de trabalho, sobretudo as de cuidado, mais prevalentes nos processos migratórios do norte global. Mas foi sobretudo nos modos de vida associados ao Bem Viver, com a criação de redes de apoio comunitárias, solidárias e em relação não extrativista com a natureza, que encontramos uma das estratégias mais potentes para enfrentar as dificuldades e violências que atravessam o processo migratório feminino no Brasil.

As violências relatadas — sobretudo a psicológica, moral, xenofóbica e racista — revelaram não apenas o impacto cotidiano dessas experiências na

vida das mulheres migrantes, mas também a urgência de políticas públicas específicas que assegurem formas de acolhimento interseccional. No campo da saúde mental, as participantes apontaram como fatores de desgaste a solidão, as barreiras linguísticas, a distância da rede familiar, as condições precárias de trabalho e a dificuldade de acesso a serviços e recursos básicos. As especificidades de cada trajetória adicionaram ainda camadas de complexidade: mulheres negras, mães, recém-chegadas, desempregadas ou marcadas por diferentes gerações vivenciaram de modos singulares esse conjunto de desafios, que se expressaram em sentimentos de ansiedade, tristeza, desânimo e perda de controle. No entanto, mesmo diante de tais adversidades, muitas demonstram resistência ativa, engajando-se em coletivos e buscando apoio psicológico e social como formas de cuidado e afirmação de suas subjetividades, como discutido na próxima seção. As próprias participantes também reconheceram as rodas de conversa organizadas pela pesquisa como estratégias de enfrentamento em si mesmas. Essa dimensão evidencia a relevância da PIP, em que a espiral escuta-reflexão-ação se materializa em espaços de escuta ativa capazes de promover o acolhimento coletivo das experiências migratórias e de seus desafios, ao mesmo tempo em que favorece a mobilização para agir em prol da comunidade.

Procurando a circulação e retorno do conhecimento aos grupos que o produzem, a concretização da dimensão interventiva e participativa da pesquisa se deu através da construção coletiva de três produtos: um e-book interativo, um podcast e um documentário. Os diferentes graus de implicação das mulheres participantes com a produção e divulgação de resultados foi fundamental para alcançar outras mulheres, que já estejam no Brasil ou que planejam fazer dele seu destino migratório, bem como instituições e organismos que trabalham com migrantes internacionais.

O e-book "De mulheres migrantes para mulheres migrantes: Mapeamento coletivo e afetivo de serviços e lugares de assistência, convivência e apoio à população migrante, refugiada e apátrida no Rio de Janeiro" (HENNINGTON et al., 2024) compôs um mapa interativo para

facilitar o acesso aos serviços e locais de lazer e apoio à população migrante disponibilizados naquela cidade[31]. A iniciativa de produzir esse guia surgiu das próprias rodas de conversa, quando as participantes identificaram a necessidade de compartilhar informações para que outras mulheres não passassem pelas mesmas dificuldades enfrentadas em seus processos de chegada. Trata-se de uma ação coletiva que revela sua agência política e o engajamento ativo em promover transformações em seu contexto imediato.

O ebook foi construído ao longo de três oficinas/rodas de conversa e implicou uma primeira etapa de conversa e escuta sobre os principais desafios de ser uma mulher migrante na cidade do Rio de Janeiro; uma segunda de mapeamento dos lugares e equipamentos públicos de atendimento e acesso a serviços e direitos para pessoas migrantes; e uma terceira de avaliação do material produzido. Não se trata apenas de uma lista de locais, mas de um guia atualizado, cuja eficiência e funcionamento foram corroborados por migrantes que utilizam e conhecem esses espaços e serviços. Esse processo implicou um cuidado especial em valorizar as experiências de quem vive e circula na cidade, transformando o saber prático dessas pessoas em conhecimento reconhecido, e não em meras informações que poderiam ser coletadas, por exemplo, na internet. Ao todo, 10 mulheres migrantes participaram como autoras do material publicado no repositório ARCA da Fiocruz. O ebook representou uma importante conquista das migrantes e um produto significativo àquele território, uma vez que, até então, não havia na cidade do Rio de Janeiro qualquer cartilha ou plataforma que reunisse de forma sistematizada os serviços voltados às pessoas migrantes.

O podcast "Mulheres em Deslo(U)camentos: Migração e Saúde Mental" (MULHERES MIGRANTES E BEM VIVER, 2025), por sua vez, reuniu histórias sobre Migração, Trabalho e Bem Viver em diálogos promovidos entre as pesquisadoras — em sua maioria também migrantes — e outras mulheres migrantes que participaram das rodas de conversa nos três

31 Saiba mais:Disponível em: https://arca.fiocruz.br/items/fdfdd3a0-6c97-4d00-be60-2822c15cea28. Acesso em: Maio de 2025

polos da pesquisa. As narrativas singulares evidenciam a complexidade das experiências migratórias no Brasil, articuladas em um mosaico que revela tanto os desafios quanto às possibilidades das variadas trajetórias costuradas e compartilhadas nos seis episódios que o compõem. Cada um dos episódios do podcast, veiculado nas plataformas Youtube e Spotify, está dedicado a um tema específico, sempre articulado aos resultados da pesquisa. O primeiro abordou Migrações Sul-Sul e Bem Viver no Brasil; o segundo episódio discutiu a presença e a atuação de pesquisadoras migrantes e militantes; o terceiro tratou do desafio de maternar entre fronteiras, com foco nas experiências de mulheres venezuelanas em Roraima; no quarto episódio foram explorados novos começos e estratégias de Bem Viver; o quinto apresentou reflexões sobre trajetos imprevisíveis e experiências de (re)migração; e o sexto e último episódio discutiu afetos e migração, trazendo à tona as múltiplas formas de vivenciar e produzir brasilidades no mundo. Mais do que apresentar resultados da pesquisa, o intuito do podcast foi divulgar histórias e formas de resistência das participantes, que evidenciam modos pelos quais mulheres, ao se deslocarem, produzem movimentos capazes de transformar realidades.

Por fim, o documentário "Mulheres Migrantes: Saúde Mental, Trabalho e Bem Viver" (MULHERES MIGRANTES E BEM VIVER, 2025), uma produção colaborativa e democrática de produção de cultura, permitiu uma maior e melhor visibilidade do processo de investigação por meio de produção artística intensiva que registra, divulga e afeta a história concreta de mulheres migrantes no Brasil. A peça audiovisual compilou, em 10 minutos, o processo da pesquisa participativa nas três cidades do estudo, cada uma com suas especificidades. O roteiro foi concebido coletivamente com as pesquisadoras migrantes que estiveram à frente das etapas de campo, o que exigiu um longo processo de ajustes, debates e revisões a fim de selecionarem, entre as quase cem horas de atividades de campo gravadas, os trechos mais expressivos de como as migrantes produzem saúde, em suas práticas cotidianas, que apontem à perspectiva do Bem Viver. Buscou-se captar testemunhos de

trajetórias que são repletas de emoções intensas e memórias dolorosas, mas, ao mesmo tempo, evitar um olhar vitimizante, que as colocasse em um lugar de pessoas exóticas a serem tratadas apenas a partir de suas vulnerabilidades. Sem negar os sofrimentos advindos de processo migratórios narrados pelas mulheres escutadas no decorrer da pesquisa, a compreensão de um modo de viver que busca a plenitude da convergência da beleza, da realização (*sumak*) ao equilíbrio (*kawsay*) fez-se ferramenta teórico-conceitual valiosa a uma cartografia interessada em focar às potências também presentes nos percursos daquelas que buscam fazer do Brasil sua nova morada.

O conjunto dessas produções, realizadas com o rigor ético e cuidados metodológicos que o tema e grupo escutado requer, visa ampliar o alcance da experiência investigativa à comunidade migrante diretamente interessada em seus resultados. Ao mesmo tempo, tais dispositivos permitem apontar, como efeito do encontro entre mulheres migrantes, o surgimento de uma coletividade que busca atuar e intervir no mundo, para fortalecer as suas comunidades e apoiar outras pessoas migrantes. Com isso, reafirmamos, **com** as participantes da pesquisa, a potência da produção de estratégias de saúde e Bem Viver, coletivas e comunitárias - incluídas as promovidas pela pesquisa - para o enfrentamento das vulnerabilidades produzidas no processo migratório feminino em nosso território.

Ouvindo as migrantes: saúde mental, coletividade e Bem Viver

A concepção de saúde mental que adotamos a partir dos resultados desta pesquisa contrasta uma visão patologizante que predomina nos estudos neste campo. Ao enfatizarmos as estratégias produtoras de saúde, tensionamos abordagens medicalizantes e individualizantes de pesquisas que enfocam, via de regra, diagnósticos psiquiátricos prevalentes entre as imigrantes. A noção de Bem Viver nos convida a reconhecer a vida das pessoas migrantes

numa perspectiva de partilha e aprendizagens mútuas. Desloca um olhar colonizador, ou lugar de senhorio, e insere uma dimensão complexa onde a diversidade ocupa espaços ativos na construção de uma sociedade múltipla e porosa (FERREIRA LUZ, 2022).

Em relação às estratégias de enfrentamento, observamos uma tendência de produção de modos de vida articulados a uma vida comunitária, característica do que vimos definindo por Bem Viver. Tais estratégias variaram em amplitude, quando comparamos os três pólos, possivelmente devido tanto às características territoriais e culturais da população migrante, quanto à estrutura de acolhimento e de acesso aos serviços e ao trabalho. Contrariando a tendência, na contemporaneidade, de produção de modos e práticas de vida preponderantemente individualizados - associados a um estado de satisfação, saúde física e emocional circunscrito por normas sociais gerais mais próximo, portanto, à noção de bem-estar -; a experiência migratória de mulheres aponta outras possibilidades. O estudo revelou que, seja em cidades como o Rio de Janeiro com mais de 6,7 milhões de habitantes, como Porto Alegre com mais de 1,3 milhão de habitantes, mas sobretudo em Boa Vista, uma cidade média com pouco mais de 485 mil habitantes, houve uma conformação de modos de relação e participação que se aproximam da ética do Bem Viver. Modos de viver em comunidade marcados pela reciprocidade e busca de harmonia entre as pessoas e a natureza.

Esta cosmovisão, que radicaliza as perspectivas de singularidade do cuidado, revelou-se, sobretudo, nas estratégias inventadas pelos coletivos migrantes para formação de redes de apoio femininas. O acompanhamento dos grupos nas três cidades revelou ampla participação das mulheres em coletivos já consolidados, tanto no Rio de Janeiro, quanto em Porto Alegre e sua região metropolitana. Contudo, destaca-se a maior prevalência desse tipo de participação em Boa Vista, o que pode ser associado à combinação entre a condição de maior vulnerabilização das mulheres em situação de refúgio, decorrente da crise humanitária em seu país de origem, e das dificuldades locais, seja no acesso a serviços essenciais, seja na inserção no mercado de trabalho.

Os espaços coletivos se mostraram de grande relevância, tendo em vista que as relações interpessoais trazem afetos sensíveis de histórias que se entrelaçam na busca de ampliar as possibilidades existenciais. A participação em atividades da pesquisa (rodas de conversa, oficinas, eventos, etc.) apareceu nos três campos como alternativa à inserção em coletivos de migrantes, referida como inusitada para algumas delas. As rodas de conversa, não raro, relacionavam a ampliação da potência política coletiva com experiências de pertencimento, quebra da solidão, tecitura de redes de apoio, o que demonstra que espaços coletivos como os propostos pela pesquisa, ainda que temporários, podem constituir-se como dispositivos de saúde mental.

É importante frisar que a dimensão continental e diversidade do território brasileiro já é uma problemática consolidada quando pensamos na produção de políticas sociais e gestão de políticas públicas, como o Sistema Único de Saúde (SUS). A migração, com isso, tanto reflete a amplitude dessa questão, quanto a incrementa, pois promove um tensionamento no sentido de nos forçar - pesquisadora/es, trabalhadoras/es, gestora/es, cidadãs e cidadãos - a pensar a inserção de novos e diferentes modos de existir neste complexo cenário.

Considerações finais: um sonho coletivo

Yo tengo un sueño grande y lo vivo todos los días:
una lucha que siento mía y retumba en todos los pechos
es um grito por los derechos.
Grande como todos los sueños que se murieron cuando tuve que ir,
pero ahora estoy aquí y tengo que resurgir.
(Lorena Garcia de Colmenarez, venezuelana,
pesquisadora migrante)

Propomos uma reversão conceitual-cosmológica em relação à noção de saúde, ao tomá-lo, não como conceito simples, mas que transborda porque, ao

mesmo tempo que sofre os efeitos dos diferentes cosmos, produz intervenções sobre estes. Desse modo, optamos por superar a noção de saúde restrita ao bem-estar, entendida como estado de satisfação física e emocional delimitado por normas sociais generalizantes. Assim, buscamos incluí-la, como propulsora de vida e de processos de subjetivação, no âmbito do Bem Viver, conceito que, ao valorizar a ancestralidade, retoma, por meio da afirmação do positivo da diferença (FANON, 2022), os saberes tradicionais e comunitários dos povos originários (ACOSTA, 2016).

A pesquisa foi ela mesma um exercício coletivo de pensarmos a mobilidade humana, sobretudo, em relação aos impactos vividos por mulheres migrantes. As escolhas teóricas, o horizonte conceitual, as práticas de cuidado e a resistência a categorias colonizadoras foram experiências construídas em processos de partilha. Dentro desse modo de operar, interrogamos a hierarquização dos saberes entre acadêmicos, científicos, empíricos, culturais e espirituais e abrimos espaço para o encontro entre epistemologias diversas. Apostamos, com isso, na sustentação de outras possibilidades de existência como ética de acolhimento a pessoas migrantes e nos posicionamos na defesa de que o Brasil pode inventar práticas de apoio e de cuidado que não reproduzam lógicas assistenciais eurocêntricas e neoliberais já tão naturalizadas quanto desgastadas. Um Brasil que, como canta Lorena Colmarez na canção-tema por ela criada durante a pesquisa, possa se tornar o lugar em que ela realize seu sonho grande de ressurgir (LORENA GARCIA PSICOLOGIA, 2025).

A mobilidade humana não é um tema individual, mas um acontecimento coletivo. O Bem Viver não se apresenta como uma solução total, uma instrumentalização do que é viver bem, tampouco uma cartilha moral. Trata-se, isso sim, da afirmação da abertura e da disponibilidade para o cuidado como um indicativo ético para a vida coletiva que é performado por mulheres migrantes e com o qual toda a sociedade tem algo a aprender no enfrentamento dos tempos desafiadores que vivemos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABÍLIO, L. C. Empreendedorismo, autogerenciamento subordinado ou viração? Uberização e o trabalhador just-in-time na periferia. **Contemporânea**, v. 11, n. 3, p. 933–955, 2021.

ACHOTEGUI, J. **Migración y crisis**: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). Barcelona: Editorial Bellaterra, 2008.

ACOSTA, A. **O bem viver**: uma oportunidade para imaginar outros mundos. Tradução de T. Breda. São Paulo: Autonomia Literária; Editora Elefante, 2016.

ANDREWS, K. **A nova era do império**: como o racismo e o colonialismo ainda dominam o mundo. São Paulo: Companhia das Letras, 2023.

ANTUNES, R. Uberização do trabalho e capitalismo de plataforma: uma nova era de desantropomorfização do trabalho? **Análise Social**, v. 58, n. 248, p. 512–532, 2023.

ASSIS, G. O. Mulheres migrantes no passado e no presente: gênero, redes sociais e migração internacional. **Revista Estudos Feministas**, v. 15, n. 3, p. 745–772, 2007.

BEZERRA, P. A.; CAVALCANTI, P.; MOURA, L. B. A. Colonialidade e saúde: olhares cruzados entre os diferentes campos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, e33025, 2023.

BRUNO, F. Rastrear, classificar, performar. **Ciência e Cultura**, v. 68, n. 1, p. 34–39, 2016.

BRUNO, F. G.; BENTES, A. C. F.; FALTAY, P. Economia psíquica dos algoritmos e laboratório de plataforma: mercado, ciência e modulação do comportamento. **Revista FAMECOS**, v. 26, n. 3, e33095, 2019.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

DUTRA, D. Mulheres, migrantes, trabalhadoras: a segregação no mercado de trabalho. **Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, v. 21, n. 40, p. 177–193, 2013.

FALEIROS, Á. **Ailton Krenak, tradutor do Bem Viver**. Outras Palavras, 7 jun. 2023. Disponível em: https://tropicomovimento.com.br/clipping/2023/ailton-krenak-tradutor-do-bem-viver.

FANON, F. **Os condenados da terra**. São Paulo: Zahar, 2022.

FERREIRA LUZ, S. **Presenças em mobilidade**: uma aprendizagem das co-moções. 2022. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2022.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

HARAWAY, D. **Ciencia, cyborgs y mujeres**: la invención de la naturaleza. Madrid: Cátedra, 1995.

HENNINGTON, É. A. et al. (org.). **De mulheres migrantes para mulheres migrantes**: mapeamento coletivo e afetivo de serviços e lugares de assistência, convivência e apoio à população migrante, refugiada e apátrida no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2024.

HENNINGTON, É. A.; PAULON, S. M. Corpos em movimento, corpos que cuidam, corpos que trabalham: migração internacional na perspectiva de gênero. In: OLIVEIRA, M. H. B.; VASCONCELLOS, L. C. F.; VIANNA, M. B. (org.). **Vidas e caminhos em direitos humanos e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2024. p. 41–52.

KLEINMAN, A. Introduction. In: KLEINMAN, A.; DAS, V.; LOCK, M. (org.). **Social suffering**. Berkeley: University of California Press, 1997. p. 9–27.

LAGES E SILVA, R. et al. O bem-viver e as práticas de cuidado com pessoas em deslocamento. **PERIPLOS: Revista de Investigação sobre Migrações**, v. 7, n. 2, p. 15–38, 2023.

LORENA GARCIA (PSICOLOGIA). **Sueño Migrante**. 18 fev. 2025. Vídeo (2min34s). Publicado pelo canal LORENA GARCIA (PSICOLOGIA). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=2v3wmlmRr_0.

MUASSINLE, I. D. R.; SILVA, L. R.; GUILHERME, A. A. Violência contra mulheres imigrantes no Brasil na perspectiva de um estado do conhecimento. **Psico**, v. 54, n. 1, e38048, 2023.

MULHERES MIGRANTES E BEM VIVER. **Mulheres em Deslo(U)camentos: Migração e Saúde Mental**. [S. l.]: Spotify, 2025. Podcast.

MULHERES MIGRANTES E BEM VIVER. **Mulheres Migrantes: Saúde Mental, Trabalho e Bem Viver**. 6 set. 2025. Vídeo (11min32s). Publicado pelo canal Mulheres Migrantes e Bem-Viver. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=YSyurbYRpso.

O'NEIL, C. **Weapons of math destruction**. New York: Penguin Books, 2017.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES (OIM). **World migration report 2024**. Genebra: IOM, 2024.

PASSOS, E.; KASTRUP, V. Sobre a validação da pesquisa cartográfica: acesso à experiência, consistência e produção de efeitos. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 391–414, 2013.

PAULON, S. M. Instituição e intervenção institucional: percurso conceitual e percalços metodológicos. **Mnemosine**, v. 5, n. 2, 2009.

RODRIGUES, H. B. C. À beira da brecha: uma história da Análise Institucional francesa nos anos 60. In: AMARANTE, P. (org.). **Ensaios**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 195–256.

SADE, C. et al. O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo GAM como entrevista coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2919–2928, 2013.

SANTOS, L. G. et al. Reconhecimento facial: tecnologia, racismo e construção de mundos possíveis. **Psicologia & Sociedade**, v. 35, e277141, 2023.

SANTOS, M. F.; FETZNER, A. P. **Mulheres migrantes**: invisibilidade no processo migratório

e dificuldade de inserção no mercado de trabalho decente brasileiro. In: XVI SEMINÁRIO INTERNACIONAL DEMANDAS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA, Santa Cruz do Sul. Anais [...]. Santa Cruz do Sul: UNISC, 2019.

TONHATI, T.; CÓRDOVA, L. P. Mulheres imigrantes, solicitantes da condição de refugiado e refugiadas no Brasil: uma agenda de pesquisa no OBMigra. In: CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T.; SILVA, S. L. (org.). **Relatório anual OBMigra 2023**: OBMigra 10 anos. Brasília: OBMigra, 2023. p. 193–210.

CAPÍTULO 27

MIGRACIÓN IRREGULAR Y SALUD MENTAL: LA IMPORTÂNCIA DE LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL ANTE ESCENARIOS DE DESIGUALDAD, EXCLUSIÓN Y VIOLENCIA CULTURAL

Alejandro Zarur Osorio e Frida Nadiezda Güiza Valverde

Toda experiencia de movilidad en el régimen migratorio internacional conlleva importantes cambios en las condiciones habituales de vida de las personas que, por una razón o un conjunto de razones, abandona su lugar habitual de residencia por un tiempo prolongado, cuando no, de manera definitiva. Las causas de estas movilidades pueden obedecer a una decisión soberana de las personas que migran (migración voluntaria y probablemente regular en un alto porcentaje) y tiene propósitos vinculados, por mencionar algunos, a la superación personal o profesional, al logro de reconocimiento social, al mejoramiento, actualización o perfeccionamiento de sus conocimientos y habilidades, o simplemente a vivir una experiencia apetecible que con facilidad se hace posible gracias a que la persona posee los medios económicos y las relaciones sociales que se lo permiten; pero, también, existen otro tipo de condiciones principalmente económicas, políticas, climáticas, derivadas de los efectos de fenómenos naturales extremos, y de inseguridad o de violencias; que orillan a cientos de miles

de seres humanos a transmudarse involuntariamente, dando origen así, en buena medida, a desplazamientos forzados.

En el régimen migratorio, la movilidad humana, sea forzada o soberana, suele quedar asociada (en los países de origen, tránsito y destino) a temas económicos, demográficos, políticos, socioculturales, y hasta de seguridad nacional. Por parte de las agencias gubernamentales las movilidades son tratadas sobre todo desde enfoques cuantitativos; con base en datos numéricos se observan regularidades y tendencias, se elaboran supuestos e hipótesis, se contabilizan y clasifican los cruces de fronteras y datos identitarios básicos de las personas migrantes: lugar de origen, edad, sexo; también rutas y medios de transporte empleados en los trayectos, tiempo que les han tomado estos, si las y los migrantes viajan solos o en compañía de otras personas, el motivo de la migración y el lugar de destino previsto. También se les estima como remitentes de recursos económicos, y se contabilizan estos.

Los datos así obtenidos pueden tener usos distintos al de un mero registro básico ante autoridades migratorias de un determinado país, ya que suelen ser utilizados también para crear narrativas tendientes a producir temor, estigma o rechazo entre la población, sobre todo de los lugares de tránsito y destino de las migraciones que transcurren por vías alternativas; con lo que la vulnerabilidad de las personas en movilidad[32] se ve incrementada y su ser, reducido a números, es cosificado, deshumanizado.

El régimen migratorio a través de sus organizaciones (legales, ilegales y criminales) determina la velocidad, el tiempo y el espacio por el cual transitan o bien permanecen las personas en movilidad (GÜIZA; BELTRÁN, 2024; HESS, 2010). Todo régimen fronterizo y migratorio señala Stock (2024) se constituye de un régimen emocional. Para este trabajo y en consonancia con Stock

32 Para un acercamiento más profundo a esta perspectiva, ver Güiza F. y Beltran H. (2025) La disputa por la enunciación. Exploraciones de mujeres e infancias en movilidad, desde la imaginación, la subjetividad y el territorio en Tijuana. Un ejercicio cartográfico participativo; donde las autoras abordan el tema de la movilidad humana desde una perspectiva crítica, la cual asume que son factores estructurales y condiciones de vulnerabilidad las que impulsan a las personas a abandonar sus lugares de origen. Desde este punto de vista, se trata de que el foco de atención no recaiga sólo en la atención dada y el estigma que recae en las personas en movilidad, sino que los análisis se centren en los factores y condiciones que impulsan a las personas a abandonar sus lugares de origen.

(2024) el régimen emocional se define como una serie de reglas y prácticas que organizaciones o personas generan para gestionar o influenciar la subjetividad de las personas, para este caso en movilidad (soberana o forzada).

El régimen migratorio (sea general o fronterizo) y sus diferentes umbrales ejercen distintas formas de violencia. La deshumanización promovida desde las autoridades migratorias es una forma más de violentar a las personas migrantes ya que les asigna una importancia fáctica pero les niega el reconocimiento social, lo que agrava el sentimiento creciente de indefensión que estas personas padecen hasta el punto de asumir que su sufrimiento físico y psíquico es parte del *precio* que tienen que pagar para llegar a su lugar de destino, mismo que, habitualmente suele estar idealizado, y con frecuencia es imaginado como el sitio donde radican las soluciones a todas las causas de su travesía; sin embargo, como plantea John Berger

> La única realidad presente para el migrante es el trabajo y fatiga que le sigue. El ocio se vuelve algo ajeno porque lo obliga a recordar lo lejos que está de todo lo que aún cree que su vida real. Mas allá del presente del trabajo y de su propio esfuerzo, el resto de su vida se reduce a una serie de imágenes fijas relacionadas con el pasado y el futuro, con sus valores y esperanzas (2011, p. 185).

Estas circunstancias que son también las que a la postre se vuelven contra la persona migrante cuando afronta la realidad social, cultural, económica y política de su *nueva vida* cotidiana, la que en buena medida quedará pautada por duelos acumulados y no procesados (y en muchos casos, ni siquiera reconocidos como tales), que irán haciéndose más profundos en la medida en que las experiencias de marginación, segregación y estigmatización se convierten en habituales, y ante las que tratan de establecer día con día mecanismos de afrontamiento ante conductas y actos expresivos en los espacios públicos, medios de transporte, lugares de trabajo y de estudio, que se traducen en daños intangibles (y no por ello menos dañinos) a las personas inmigradas, pero que confirman socioculturalmente una manera de entender

el lugar que corresponde a éstas y que demanda un comportamiento expresivo de sumisión que las anula, las ignora, las demerita, y no uno de participación social libre, activa, reconocible y valorable.

Desde esta perspectiva, culturalmente son justificadas y naturalizadas agresiones, injusticias, desigualdades y todo cúmulo de acometimientos que se hacen presentes en la cotidianidad de las personas inmigradas (para el caso del presente este capítulo en Estados Unidos), así como de las que permanecen asidas a la esperanza de poder *cruzar* la frontera sur estadounidense (para el caso del presente capítulo, por la ciudad de Tijuana); de este modo, quedan de lado las vulnerabilidades y vulneraciones que afrontan las personas migrantes, de lado quedan también los abusos verbales, físicos y psicológicos sufridos, sus duelos, temores, inseguridades, las violencias padecidas, y las somatizaciones de su realidad psíquica. Estas condiciones no trascienden porque existe un andamiaje que las sostiene y las válida; es a lo que Johan Galtung llama violencia cultural, entendida como aquella que "hace que la violencia directa y la estructural parezcan, e incluso se perciban, como cargadas de razón – o por lo menos no malas – (…) Una estructura violenta no sólo deja huellas en el cuerpo humano, sino también en la mente y el espíritu" (2003, pp. 8-11).

En todo caso, tanto en la migración regular como en la irregular, pero sobre todo en esta última, se ve seriamente comprometida la salud en general y la salud mental[33] en particular, tanto de las personas que han emigrado como de aquellas que permanecen en el lugar de origen a la espera de quienes emprendieron activamente un proyecto migratorio, o se han visto forzadas a llevarlo a cabo.

33 Para la Organización Mundial de la Salud, "La salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, aprender y trabajar adecuadamente e integrarse en su entorno. La salud mental tiene un valor intrínseco y fundamental, y forma parte de nuestro bienestar general. Hay una serie de factores individuales, familiares, ambientales y estructurales que, en conjunto, protegen o socavan la salud mental. Aunque la mayoría de las personas son resilientes, las que están expuestas a circunstancias adversas, como la pobreza, la violencia, las discapacidades y las desigualdades, corren más riesgo de tener problemas de salud mental" (OMS, 2026).

De acuerdo con la Organización Mundial para la Salud

> Muchos refugiados y migrantes sufren malestar psíquico, que puede manifestarse en forma de ansiedad, tristeza, desesperanza, insomnio, cansancio, irritabilidad, ira y dolores somáticos. En la mayoría de los casos estas reacciones mejoran con el tiempo, mientras que en otros derivan en problemas de salud mental.
>
> Los estudios muestran que los problemas de salud mental, como la depresión, la ansiedad, el trastorno de estrés postraumático y el suicidio son mucho más frecuentes entre los refugiados y migrantes que en la población de acogida. En varios países, se observa también una mayor incidencia de psicosis entre los migrantes, un fenómeno que guarda relación con los perjuicios acumulativos en el ámbito social a los que se enfrentan estas personas durante su travesía migratoria (OMS, 2025).

Por este motivo, la migración irregular es en la que el presente capítulo pone su atención con el propósito de conocer, mediante experiencias de vida de personas en movilidad (y, como en este caso, de las personas que aquí escriben), un conjunto de circunstancias que llevan a quienes culminaron un proceso de migración irregular, o bien se encuentran aún en tránsito (en pausa / en espera / *atrapadas*) en la frontera de Tijuana, a afrontar distintos modos de marginación, estigmatización, aislamiento, racismo y xenofobia, que indefectiblemente dejan secuelas muy dañinas para su salud emocional.

Consecuencias que a su vez se convierten, por un lado, en determinantes para no reconocer, para postergar y hasta para negar la necesidad de atención psicológica y de apoyo psicosocial, y por otro, se convierten en barreras para que, llegado el momento, a tal atención pudieran acceder oportunamente, ya sea en el lugar de destino (para el presente capítulo la ciudad de Chicago y su área conurbada) o en el de tránsito –pausa / espera / *atrapamiento*– (para el presente capítulo la ciudad de Tijuana[34], México).

34 Tijuana es la ciudad mexicana fronteriza con Estados Unidos más importante. Su población ronda los dos millones de habitantes. "La mayor cantidad de migrantes que ingresó a Tijuana en los últimos 5 años provino de Estados Unidos (26.6k personas), Venezuela (4.45k personas) y Haití (3.08k personas)". "Las principales exportaciones de Tijuana en 2024 fueron Monitores y Proyectores, que no Incorporan

En este contexto, las personas que llevan a cabo su trayecto migratorio por vías alternas afrontan muchos riesgos, pagan altos costos para su salud, afrontan mucho sufrimiento psíquico y casi siempre están ajenas a la posibilidad de una atención psicosocial que les de soporte, ayuda, acompañamiento. Estos recorridos pueden hacerlos por medios y rutas que incluyen desde andar larguísimas distancias por selvas, desiertos, montañas y navegar por ríos y mares, hasta realizar vuelos o viajes en vehículos terrestres o marítimos en la clandestinidad o de manera subrepticia; puede darse el caso de que el periplo las personas tengan que hacerlo con identidades distintas a la propia o con documentos apócrifos, que en caso de un infortunio dificulta su identificación.

Nada de esto es desconocido en los puntos fronterizos del territorio mexicano colindante con el estadounidense. Ahí la genealogía y experiencia de vida social es parte de una atmósfera impregnada del lenguaje y la memoria de la migración; y en Tijuana, más que en cualquier otro lugar.

Tijuana, como parte del extendido régimen fronterizo (GÜIZA; BELTRAN, 2025; HESS, 2012) no sólo mexicano sino transnacional, es un punto neurálgico constituido por agentes sociales, prácticas e instituciones particulares al espacio geográfico fronterizo que gestionan las movilidades humanas. Aquí se expresa nítidamente el régimen emocional (STOCK, 2024) en el que no sólo participan diferentes tipos de organizaciones, sino la agencia de las personas migrantes y los habitantes de la ciudad.

La compleja realidad de Tijuana, compuesta por un tejido social con varias capas y conexiones, es difícil de describir por completo en este texto; sin embargo, las vivencias presentadas en este trabajo pretenden contribuir a ello. Lo aquí presentado se basa en la colaboración (realizada, en este caso en particular, por parte de Güiza y Beltran) en el lapso de dos años y medio en albergues receptores de población en movilidad y en la experiencia misma de habitar la ciudad.

Aparatos de Recepción de Televisión (US$7,036M), Instrumentos y Aparatos Utilizados en Ciencias Médicas (US$3,114M) y Remolques y Semirremolques para Cualquier Vehículo; los Demás Vehículos no Automóviles; sus Partes (US$1,648M)" (MÉXICO, 2025).

Tijuana es frontera directa con la quinta economía del mundo (el estado de California), diariamente decenas de miles de personas y millones de productos atraviesan la línea fronteriza; las primeras para laborar, de visita o compras; los segundos son bienes transportados, mayoritariamente agrícolas y componentes que serán ensamblados en uno o en otro lado de la frontera. La expresión más nítida de la fluidez de mercancías y de ciertos trabajadores calificados o de servicios, es plenamente visible en las garitas de Tijuana (el paso transfronterizo más transitado del mundo).

En la ciudad también son visibles las personas que esperan atravesar la frontera (regular o irregularmente), las que han sido deportadas, las que recién llegaron huyendo de la violencia o bien en busca de oportunidades. La experiencia subjetiva de Tijuana como ciudad fronteriza es, siguiendo a Ariza (2024), generada por el ente estatal y experimentada por las organizaciones del régimen migratorio y las personas que lo habitan.

En el límite geográfico con Estados Unidos, se encuentra la zona centro de la ciudad, ahí se crearon varios espacios de acogida para personas en movilidad, sin techo, expulsadas; personas que como describen los administradores de estos establecimientos: son quienes no tienen redes sociales de apoyo, no tienen recursos económicos, o bien, están huyendo (IGNACIO, 2024).

La constitución espacial desconectada de la ciudad es sensorialmente experimentada en múltiples dimensiones: la urbana, la geográfica, la social y emocional. Tijuana es además una ciudad donde la recolección de desechos es deficiente, lo que es muy visible en la zona más cercana a la frontera geográfica entre los países, al muro, al lugar simbólico de la espera, del atrapamiento. El régimen fronterizo ejecuta el trabajo etiquetado como *sucio* (ARIZA, 2024; FERNÁNDEZ DE LA REGUERA, 2020) en el que las personas sufren estigmatizaciones múltiples por su condición de movilidad, de color de la piel, de nivel socioeconomico, de nacionalidad y de identidad. El régimen fronterizo se expresa en el paisaje sórdido constituyendo estados emocionales.

> Yo no voy al centro (de Tijuana) me da miedo, ahí asaltan, y al mismo tiempo me deprime ver a las personas viviendo en la calle, lo sucio (Hortensia, 45 años, Honduras, 2024).

> Yo no conozco la ciudad, sólo algunas calles alrededor, el sobrerruedas, ahí me entero de las cosas. Pero ¡oiga, que fea ciudad!, desde el barandal veo lo seco, siento el calor, veo las fábricas, ya quiero irme, aquí siento que no quieren que esté (Librado, 32 años, Michoacán, 2024).

Es pertinente advertir, que en el caso de Tijuana, existen instituciones que ofrecen servicios de atención psicológica a las personas en migración; en el recuento de las mujeres con quienes se ha conversado sobre la importancia o la posibilidad de atender este ámbito, en general están dispuestas y sienten la necesidad de hablar con alguien acerca de las preocupaciones que les atormentan; sin embargo, la forma en la cual están organizados los servicios les resulta poco o nada útil.

Dialogando con un grupo de mujeres en uno de los albergues que hay en esta ciudad, ellas insistían en la necesidad de contar con una psicóloga que estuviera todos los días. Rita (Guatemala, 26 años, 2024) expresó:

> Para mí sí sería una ayuda, pasan tantas cosas por mi cabeza que me duele, me preocupa mi bebé, qué vamos ha hacer, la cita aún no nos llega; y mire, el lunes hace 15 días, vino una organización con psicólogas, hablé con una de ellas, le conté lo que me pasaba, me sentí mejor, pero este lunes ya no vino, son otras psicólogas, le tengo que volver a contar y la verdad así no siento que sirva de algo.

Efectivamente, en Tijuana diferentes instituciones gubernamentales y varias ONG, proporcionan a las personas en movilidad atención en temas de salud mental; sin embargo, éstas plantean que tienen poco personal y lo rotan entre los diferentes albergues ubicados en la ciudad, por lo que no llevan un seguimiento de los casos. En esta última circunstancia, el aguardar y las condiciones en que esto se da pueden ser por sí mismas el origen de factores tan

estresantes como el miedo, la incertidumbre, las violencias, las inseguridades, los acosos, las extorsiones, el agravamiento de padecimientos y discapacidades preexistentes; es decir, un conjunto de condiciones traumatizantes que por lo regular no son tomadas como tales y que van mermando la resistencia psíquica de estas personas migrantes; condiciones que a su vez se ven agudizadas por razones de género y de edad, tal y como se ha podido observar en el caso de una persona no binaria que permanece en un albergue para personas migrantes en la ciudad de Tijuana.

> Salí de Sonora con lo puesto, no puedo regresar. Bajé hoy a la actividad programada en el albergue porque no puedo quedarme todo el día acostado, tengo que hacer algo mientras se soluciona mi caso; pero no me dan trabajo, no tengo dinero, hay unos días que pienso que tal vez sería mejor ya terminar con esto (Manuel, Sonora, México, 68 Años, 2025).

Las circunstancias en que transcurre este alto en su trayecto migratorio hacen que su interés se centre, por un lado, en no perder su lugar en el albergue, y por otro, a prestar atención a lo que pudiera afectar las condiciones y el estado de su condición migratoria en territorio mexicano, ya que tienen que valorar la conveniencia o no de ser o inscritas en censos o registros que las instancias oficiales correspondientes hacen con regularidad (las personas migrantes que han decidido evitar estos registros, por lo general no acuden a los albergues y mantienen su permanencia en la ciudad pagando una renta en las que llaman *casas de estancias* o *casas de recepción*).

Todo esto va creando nuevas capas de angustia, incertidumbre, estrés y frustración, que muchas veces es canalizada mediante lesiones autoinfligidas o con medidas *correctivas* hacia los menores bajo el argumento, bien de que se trata de mantener la disciplina, o bien porque es una manera de observar lo que las madres han comprendido en los cursos de *crianza respetuosa* que periódicamente reciben en el mismo albergue. Como puede comprenderse, en este contexto la atención a la salud, de madres y de las y los menores, pasa a un segundo término.

Como se ha mencionado ya, este texto se basa también en experiencias de las personas se encuentran en el lugar de destino, personas que han recibido atención psicológica, y lo han hecho por motivos que directa o indirectamente la propia experiencia migratoria internacional ha detonado, dejando en ellas al descubierto la necesidad de considerar y comprender las repercusiones que lo vivido en el origen, trayecto y destino de su periplo migratorio ha producido en su psique.

Las siguientes consideraciones corresponden a la experiencia de Laura Elena Zarur (psicóloga, analista y terapeuta existencial fenomenológica), quien durante los últimos años ha acompañado desde México, a través de medios digitales de comunicación, a mujeres mexicanas y hondureñas que han emigrado a Estados Unidos y radican actualmente en la ciudad de Chicago[35] y municipalidades que conforman su área metropolitana:

> Aquí su testimonio:
>
> Referente a la salud mental en personas migrantes, en mi experiencia y con base a lo que he observado acompañando terapéuticamente a personas en esta condición, he notado una serie de sintomatología que podría decir no es exclusiva del fenómeno migratorio, pero, en efecto, la prevalencia de los síntomas se exacerba ante dicha circunstancia.
>
> Podría decir que la experiencia de duelo, es a menudo una de las más presentes y con todo sentido y congruencia, ya que la persona está enfrentándose a una serie de dolorosas pérdidas que con la exploración en las sesiones se traduce en una larga lista de pérdidas, no sólo se deja atrás la tierra natal con todo lo que ello significa, se deja atrás la pertenencia, la inclusión, una cultura, una familia, amigos, comida, caminos, vecinos, barrios, lengua, entre muchas

35 Chicago, Illinois, es la tercera ciudad más grande de Estados Unidos. En esta, de acuerdo con el censo de 2020, habitan 2,721,308 de personas, de las que 819,518 son origen latinoamericano. En su zona metropolitana (que incluye condados y municipalidades colindantes de los estados de Indiana -al sureste- y Wisconsin -al norte-) residen 9,262,559 de las cuales se estima que casi dos millones de personas (hispano-parlantes) tienen orígenes en algún país latinoamericano (de estas, más de dos terceras partes son de origen mexicano). El condado de Cook (donde se ubica la ciudad de Chicago) habitan 5,275,541 personas, de las que 1,382,778 tienen raíces latinoamericanas (UNITED STATES, 2025).

otras; al perder el contexto cotidiano se pierde también una red de apoyo que es vital al encontrarse la persona muchas veces sola en un contexto que por lo general les resulta demasiado adverso. El duelo es una experiencia compleja y tal vez una de las más desafiantes a la que se puede enfrentar cualquiera que haya emigrado. En mi experiencia como terapeuta, es común que las personas ni siquiera hayan llegado a ubicar que el hecho de dejar todo atrás, deviene en vivencias de dolor, tristeza, confusión y con ello muy comúnmente la reedición de experiencias traumáticas no atendidas ni resueltas previamente a dejar el lugar de origen.

A la experiencia del duelo en la migración se une la imposibilidad de contar en el lugar de destino con una red de apoyo nutricia, que muchas veces, de contar con ella, puede significar la posibilidad de sostener este duelo y no verse rebasadas por este. Al ser tan desafiante y no tener recursos de afrontamiento, las personas a menudo pueden vivirse superadas por los sentimientos, emociones y sensaciones que le acompañan al duelo, es de vital importancia que las personas migrantes pudieran tener acceso a apoyo terapéutico, pero la cruda realidad es que no sucede así. Comentaba anteriormente que experimentar un duelo puede también, en estas circunstancias, reeditar traumas, lo que podría exponer a las personas a la búsqueda (y sentir la necesidad) de formas de salida o afrontamiento a lo vivido. Esto puede vulnerar a tal grado de hacer presa al individuo de sectas, adicciones, relaciones abusivas, entre todo un abanico de desapacibles posibilidades.

En efecto, un aspecto de la persona que se ve seriamente tocado con la migración es la salud mental; la soledad y la adversidad que muchas veces le acompañan dificultará con toda seguridad la vida en tales circunstancias. Otro aspecto que se puede observar, y es importante nombrar, tiene que ver con el *privilegio de la atención*, no todas las mujeres que migran podrán o tendrán acceso al apoyo psicológico y psicosocial, a este accederán realmente muy pocas personas.

Actualmente, a todo lo anterior, se agrega la condición de la persecución de la que son objeto las personas migrantes, se está construyendo la narrativa para transformarles en delincuentes e indeseables y así poder crear el escenario para que se les anulen

> todos los derechos que como seres humanos deberían tener. Las personas migrantes que en este momento histórico carecen de la documentación necesaria para una estancia y un empleo regular, están sometidas literalmente al terror, no pueden salir con libertad, no pueden reunirse entre ellas, ni tener acceso al tiempo libre y de recreación que es vital para el saludable funcionamiento de cualquier individuo. Las personas migrantes son también víctimas de abuso por parte de contratistas, empleadores, y hasta de familiares, quienes aprovechando las circunstancias a su favor, las someten a mucha presión bajo diversos argumentos, muchas veces amenazantes, con lo que agregan a la experiencia de la migración pasajes que muchas veces no son fáciles de sobrellevar, sobre todo cuando crean una enorme angustia ante la incertidumbre, misma que a su vez, muy probablemente, conducirá a episodios de ansiedad y depresión que requerirán de atención psicológica.
>
> Concluyó comentando que en mi experiencia como terapeuta, las personas que pueden acceder al acompañamiento psicológico son realmente pocas y son muchas quienes lo necesitan. Observo la experiencia de duelo, la soledad, la confusión, la reedición de los traumas, la angustia ante la incertidumbre que acompaña a la condición de ser persona migrante. Hay mucho dolor y pesar, por lo que puede decirse que sí, que efectivamente la migración es una condición que impacta fuertemente en la salud mental.

En este sentido, cada vivencia, cada experiencia, cada caso observado, cada testimonio recogido habla de una memoria viva que da constancia de la complejidad de un fenómeno social de la relevancia de las migraciones irregulares y de la atención que debe darse a sus causas, así como a las condiciones en que se da su proceso, y las afectaciones que estas producen en la salud mental de quienes viven las consecuencias de un estado de cosas que invisibilizan a la persona migrante, que la culpabiliza, señala, vulnera, deshumaniza, cosifica, ignora y niega; tales condiciones son socialmente naturalizadas, aceptadas, fomentadas y reproducidas en los países de destino y en los de tránsito, cerrando la puerta a la comprensión de que lo vivido en tal estado de cosas no es una tarea histórica dada a las personas migrantes,

como tampoco lo son el sufrimiento, el presente condicionado, la escrupulosa pasividad, el incuestionado acatamiento y la aceptación de vivir cada día en modo de sobrevivencia con fuerte carga de culpa.

Podría perfectamente comprenderse que tales condiciones no corresponden a un destino irreductible si no fuera por la presencia (omnipresencia) de la violencia cultural, misma que valida el cúmulo de circunstancias concurrentes en hechos y prejuicios atentatorios contra las libertades personales y sociales que inhiben el reconocimiento de las particularidades y diferencias culturales, y obstaculizan a las personas migrantes el acceso a los medios que garantizan el respeto a sus derechos fundamentales. Estos hechos y prejuicios derivan en la aceptación y normalización social de las violencias estructurales que cobran forma en la exclusión, marginación, injusticia y criminalización que impiden un mejoramiento real de las condiciones de vida de las personas migrantes, sumando así, desventajas socioeconómicas que a la postre pueden ser determinantes para la aparición de afecciones físicas y emocionales potencialmente incapacitantes, con lo que estas personas quedarían privadas de su principal medio para sobrevivir: su capacidad de trabajar incansablemente.

Las experiencias migratorias en condiciones administrativas inconclusas o carentes de la documentación requerida, están presentes en experiencias de personas provenientes de distintos orígenes nacionales, étnicos, sociales, económicos y culturales a lo ancho de todos los continentes y regiones del mundo. La migración irregular en todas sus etapas tiene, sin que haya justificación alguna que sea válida, una carga de violencias que no siempre son visibles y menos son reconocidas como tales. Desde la perspectiva de los Estudios para la paz (GALTUNG, 2003a, p. 57), se reconoce una violencia estructural (que produce desigualdades, injusticias, explotación, opresión, marginación) que, en el caso de las migraciones humanas, recae sobre todo en las personas que emprenden su periplo no pudiendo reunir los requisitos que para hacerlo de manera regular son exigidos por las instancias

gubernamentales correspondientes, lo que a su vez hace que estas violencias se reproduzcan y se incrementen a lo largo del recorrido que hacen hasta llegar a un lugar donde puedan sentirse a salvo y obtener los medios necesarios para continuar su trayecto (lugares de tránsito o de espera temporal, que pueden convertirse en sitios donde quedan atrapadas) o al intentar establecerse en el territorio previsto como destino del proyecto migratorio.

A lo largo del recorrido (tránsito / pausa / espera / *atrapamiento*) de las personas migrantes otras violencias se hacen presentes, violencias directas que tienen como propósito agredir, lastimar, herir, someter, violentar y traumatizar; su resultado termina en el despojo de toda resistencia física y psíquica de las personas ya de por sí altamente vulnerables cuando hacen su trayecto por medios y rutas alternativas. Tales acciones, como está ampliamente documentado, pueden derivar en contusiones, fracturas, mutilaciones, desapariciones, secuestros, violaciones o asesinatos, cuando no a la pérdida de la libertad, al sometimiento a trabajos forzosos, a realizar o a atestiguar involuntariamente actos criminales contra otras personas (migrantes y no migrantes) y a la comisión de delitos muy graves.

Ya en 2012, en el inicio de la presentación a la segunda edición del libro *Los migrantes que no importan*, de Oscar Martínez, Carlos Dada, director del periódico digital *El Faro*, exponía lo siguiente:

> este libro trata sobre los nómadas más vulnerables en la historia de la humanidad. Es la narración tramo por tramo de un camino emprendido por centroamericanos en el que son sometidos a todo tipo de abusos y vejaciones por parte de cuatreros, narcotraficantes, secuestradores, maleantes y autoridades; un camino en el que todos ellos se confunden y juegan, al mismo tiempo, varios de esos papeles (MARTÍNEZ, 2012, p.7).

A estas violencias (la estructural y la directa) las acompaña indisolublemente otro tipo de violencia: la violencia cultural; que es tal en la medida en que queda vinculada a las antes citadas justificando, validando

y legitimando tanto su existencia como las formas en que se expresan y reproducen, así como los medios de los que se valen para ello: medios de comunicación, medios legislativos y de procuración de justicia, cuerpos de seguridad, la ideología y las creencias que alimentan convencimientos que a su vez nutren "certezas" socialmente propagadas y adoptadas que tienen base en ideas, prejuicios y estereotipos que alimentan lo mismo temores inducidos que cuestionables certidumbres acerca de las migraciones y las personas migrantes, de tal suerte que es así como tienen cabida (animadas principalmente desde los países de destino) las campañas propagandísticas, las medidas jurídicas y judiciales, las actuaciones de los cuerpos represivos que siembran terror a lo largo de las rutas migratorias alternativas hacia los continentes y países a los que se dirige la mayor parte de la migración irregular. Como es sabido, estos aparatos operan al margen de la ley, pero no siempre al margen de los aparatos de poder de cada país por los que transitan las personas migrantes.

En este sentido, la migración irregular deja de ser el curso de una decisión, de una voluntad, de un imperativo personal, familiar o comunitario y se vuelve parte de una agenda geopolítica sobre todo regional o continental en la que se reproducen esquemas de dominación, donde los países enriquecidos (que suelen ser los de destino de esas movilidades humanas) se muestran como "víctimas" de la migración irregular, haciendo todo para que esta sea percibida de manera negativa: "es una invasión", afirman; "es una amenaza", concluyen; "vienen a aprovecharse de lo que les daría nuestro 'alto' nivel de vida", se jactan; "es innecesaria para nuestra economía y para el bienestar de nuestra población", mienten.

Tener en cuenta lo anterior ayuda para ganar claridad acerca de que son muchas violencias las que se ciernen sobre las movilidades, mismas en las que intervienen, entre otras razones, motivos personales, económicos, políticos, sociales, guerras, ocupaciones, intervenciones, genocidios, o a causa de desastres naturales. Como ya se ha dicho, sobre estas migraciones recaen además violencias directas, violencias estructurales y violencias culturales que

marcan, condicionan, tiñen y determinan el devenir de estos flujos. Son, para empezar, violencias que expulsan, desplazan, despojan, proscriben, destierran, excluyen, estigmatizan y ponen en riesgo a las personas que no tienen otra alternativa para afrontar una decisión que, como ahora se puede comprender, es multicausal, multifactorial y multidimensional.

En el lugar de destino, estas mismas migraciones irregulares (trabajadores sin autorización, personas con visados vencidos o estancias prolongadas más allá de lo permitido – trabajadores, turistas, estudiantes –) afrontarán otros tipos de violencias que de manera ubicua se harán presentes, sobre todo las violencias culturales expresadas en xenofobia, racismo, prejuicios, temores infundados, convencionalismos. Violencias que se traducirán en estigmatización, segregación, criminalización, exclusión y falsos señalamientos.

Este panorama conforma un plano que dista de ser exclusivamente cuantitativo, es, sobre todo un mapa humano que trazan las personas con sus historias, anhelos, rupturas, temores, desarraigos, pero también con sus capacidades para concebir otra forma de afrontar las condiciones que amenazan su vida, su integridad, sus derechos y sus libertades.

Son umbrales que se conforman de vías que prometen un mejor futuro, empero, también dan cabida a contextos de violencia que anuncian vejaciones, maltrato, exclusiones y hasta la posibilidad de perder la vida; son contextos que ponen a prueba las capacidades humanas para afrontar condiciones muchas veces lacerantes no sólo de cuerpos sino también de la resistencia psíquica humana, pudiendo afectar por igual a las personas migrantes como a quienes permanecen en el lugar de origen compartiendo temores, inseguridades, rupturas y ausencias mutuas.

Como parte de las violencias estructurales, los estados involucrados en las rutas migratorias en todos los continentes optan por difusas posturas, ya mediante organismos internacionales, ya mediante organizaciones no gubernamentales, ya a través de acuerdos binacionales o multinacionales, expresados en declaraciones, convenciones, tratados, pactos, compromisos,

protocolos, convenios o acuerdos, que suelen resultar inoperantes porque se signan como si las posiciones de cada uno de los estados que los respaldan fueran idénticas dentro de la compleja relación social que significa la migración internacional, con lo que a esta prácticamente se le despoja de su naturaleza humana dando lugar a que prosperen prácticas y medidas punitivas, persecutorias y estigmatizantes. En esta confusión (negligente o deliberada) los estados nacionales involucrados se autoeximen, crean al *enemigo cómodo* y dan lugar a discursos legitimadores de las violencias que la población migrante afronta y afrontará.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARIZA, M. Migration, institutions and emotions. In: **Research handbook on the sociology of emotion**. Cheltenham: Edward Elgar Publishing, 2024.

BERGER, J.; MOHR, J. **Un séptimo hombre**. Buenos Aires: sur+ediciones, 2011.

DIDI-HUBERMAN, G.; GIANNARI, N. **Pasar, cueste lo que cueste**. Barcelona: Asociación Shangrila Textos Aparte, 2018.

FERNÁNDEZ, A. **Detención migratoria**: prácticas de humillación, desprecio y asco. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2020.

GALTUNG, J. **Violencia cultural**. Gernika: Gernika Gogoratuz, 2003.

GALTUNG, J. **Paz por medios pacíficos**. Gernika: Gernika Gogoratuz, 2003a.

GÜIZA, F.; BELTRÁN, H. B. **La disputa por la enunciación**: exploraciones con mujeres e infancias en movilidad desde la imaginación, la subjetividad y el territorio en Tijuana. Un ejercicio cartográfico participativo. Preprint, s.d.

HESS, S. De-naturalising transit migration: theory and methods of an ethnographic regime analysis. **Population, Space and Place**, [s. l.], v. 18, n. 4, p. 428–440, 2012.

MARTÍNEZ, O. **Los migrantes que no importan**. Buenos Aires: sur+ediciones, 2012.

MÉXICO. Secretaría de Economía. **Tijuana: población y vivienda**. Data México, [2025?]. Disponível em: https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/tijuana#population-and-housing. Acesso em: 3 ago. 2025.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Salud mental de refugiados y migrantes**. Genebra: OMS, 2025. Disponível em: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/

detail/refugee-and-migrant-mental-health. Acesso em: 15 ago. 2025.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Salud mental**. Ginebra: OMS, [2025?]. Disponível em: https://www.who.int/es/health-topics/mental-health#tab=tab_1. Acesso em: 3 ago. 2025.

STOCK, M. Emotions, positionalities and the reproduction of border regimes: multi-sited ethnography with Syrian transnational families. **Nordic Journal of Migration Research**, [s. l.], v. 14, n. 4, p. 1–16, 2024. DOI: https://doi.org/10.33134/njmr.775.

UNITED STATES. Census Bureau. **Data Census Gateway**. [Washington, DC], [2025?]. Disponível em: https://data.census.gov. Acesso em: 3 ago. 2025.

CAPÍTULO 28

COMPETENCIA CULTURAL, SALUD MENTAL Y ACCESO A SERVICIOS: DESAFÍOS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS MIGRANTES Y DESPLAZADAS

Macarena Chepo, María José Marín, Víctor Pedrero e Margarita Bernales

Introducción

En 2020 se estimaba que existían 281 millones de personas migrantes en el mundo; para el 2024 esta cifra alcanzó los 304 millones, lo que representa un incremento del 8,1% (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION, 2024). En el contexto latinoamericano, los flujos migratorios intrarregionales han aumentado de manera progresiva en las últimas décadas, impulsados por desigualdades estructurales, crisis humanitarias y conflictos político-administrativos (SELEE et al., 2023). En este contexto, Chile ha emergido como un país de destino relevante dentro de la región. Durante la última década, su población migrante se quintuplicó, pasando de 305.212 personas en 2010 a más de 1.534.000 en 2020, de modo que actualmente las personas migrantes representan alrededor del 9% de la población nacional (SERVICIO NACIONAL DE MIGRACIONES, 2025). Este incremento no solo expresa un cambio que va más allá del indicador numérico, sino que también refleja una creciente diversificación étnica y cultural que plantea nuevos desafíos al sistema de salud (ABUBAKAR et al., 2018).

Frente a este escenario, la competencia cultural, entendida como la adquisición de conocimientos y habilidades interculturales junto con la adopción de actitudes culturalmente sensibles (BETANCOURT et al., 2003), se presenta como una práctica clave para responder de manera pertinente, respetuosa y ética a las necesidades de salud de las personas migrantes. Esta práctica se alinea con los compromisos adquiridos por el Estado de Chile al ratificar instrumentos internacionales en materia de migración y DDHH, como la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados, entre otros (JARUFE, 2019).

Un modelo de atención con competencia cultural reconoce que tanto las personas migrantes como los equipos de salud son sujetos inmersos en contextos culturales específicos, con creencias, valores y tradiciones que influyen en la forma de comprender la salud, el bienestar y la enfermedad (KLEINMAN; BENSON, 2006). La cultura, además, condiciona las interacciones, el trato recibido y las relaciones que se establecen con el entorno, con repercusiones en los resultados sociales, económicos y sanitarios (BATISTA MEDINA, 2022). En ese sentido, el conocimiento y autoconocimiento cultural se reconocen como competencias que favorecen una atención cercana y respetuosa de las diferencias (LAU; RODGERS, 2021).

Comprender la migración como un determinante social de la salud permite visibilizar los factores que afectan a este grupo poblacional, quienes pueden atravesar dificultades que impactan de manera negativa en su salud (CASTAÑEDA et al., 2015). La experiencia de migrar suele implicar trayectos peligrosos asociados a tratos abusivos, deprivación nutricional y exposición a peligros psicosociales (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION, 2020). A estas situaciones se suman, en los países receptores, barreras en el acceso a servicios sociales básicos, discriminación, precariedad material y económica, factores que amplifican la vulnerabilidad e impactan en la salud de las personas migrantes (ABUBAKAR et al., 2018).

En este marco, el objetivo de este capítulo es explorar los desafíos que enfrenta la atención en salud mental de personas migrantes, tomando como caso de estudio a Chile. Desde una perspectiva de derechos, se busca relevar la competencia cultural como un elemento clave para garantizar acceso equitativo y trato digno.

Nociones de competencia cultural y su relación con resultados en salud

La competencia cultural (CC) ha surgido como una estrategia para mejorar la calidad y pertinencia de la atención sanitaria en contextos de diversidad cultural (FERRER LUES et al., 2024). Desde su formulación original en el ámbito de salud mental infantil en EEUU en los 80's (CROSS et al., 1989), la CC ha sido definida como un conjunto de comportamientos, actitudes y políticas que, al articularse en sistemas, instituciones y profesionales, permite brindar una atención efectiva en contextos transculturales. Desde entonces esta noción se ha expandido a otros campos de la salud y a diversos grupos poblacionales, incluyendo a las personas migrantes, quienes además de las disparidades raciales enfrentan diversas barrares lingüísticas, administrativas y legales que afectan su bienestar (BETANCOURT et al., 2003).

Más que una condición estática, la CC puede ser entendida como un proceso dinámico y continuo de aprendizaje y adaptación, tal como lo plantea el modelo de Campinha-Bacote (CAMPINHA-BACOTE, 2002). Este enfoque identifica cinco componentes interrelacionados: la conciencia cultural, que implica reconocer los propios prejuicios y estereotipos; el conocimiento cultural, referido a adquirir información sobre valores, creencias, prácticas y distintos grupos; las habilidades culturales, entendidas como la capacidad de evaluar y responder a necesidades específicas en la práctica clínica; los encuentros culturales, que permiten a las/os profesionales interactuar directamente con

otras culturas para reducir sesgos y afinar competencias y; el deseo cultural, que representa la motivación intrínseca para comprometerse con este proceso más allá de las obligaciones institucionales (CAMPINHA-BACOTE, 2002).

En un plano organizacional, diversos autores han enfatizado que la CC no depende únicamente de las actitudes individuales, sino que requiere de políticas y prácticas coherentes en las instituciones de salud (WING SUE; SUE, 2008). Esta perspectiva ha sido reforzada por los National CLAS Standards, que trasladan el concepto al nivel institucional y político mediante lineamientos normativos para garantizar servicios cultural y lingüísticamente apropiados, orientados a la equidad en salud. Desde la perspectiva de equidad -entendida como igualdad de acceso, uso y calidad de la atención para iguales necesidades- los sistemas de salud deben asegurar que todas las personas tengan una oportunidad justa para alcanzar su máximo potencial de salud (WHITEHEAD MARGARET; WORLD HEALTH ORGANIZATION, s. f.).

La CC contribuye a este objetivo al reducir barreras de acceso, mejorar la comunicación y fortalecer la confianza entre pacientes migrantes y equipos de salud, favoreciendo la adherencia a tratamientos y el uso de servicios preventivos (THEODOSOPOULOS et al., 2024).

En salud mental, su relevancia es aún mayor, pues las diferencias culturales influyen en la forma de concebir la salud y la enfermedad, los modos de búsqueda de atención y la dinámica de la relación terapéutica (GOPALKRISHNAN, 2018). Cada encuentro clínico constituye, por tanto, un encuentro entre dos culturas: la del paciente, que organiza su experiencia de illness, y la del profesional, que interpreta desde el modelo biomédico (desease) (KLEINMAN; BENSON, 2006).

La dificultad de aplicar marcos occidentales en contextos culturalmente diversos puede resultar problemática cuando no se consideran dichas diferencias (GOPALKRISHNAN, 2018). En este contexto, los sistemas médicos pueden enfrentar dificultades para abordar la salud mental de personas migrantes porque suelen clasificar experiencias complejas de movilidad, pérdida y discriminación

bajo diagnósticos clínicos estandarizados (BOVA; LUSARDI, 2022). Este enfoque tiende a invisibilizar la diversidad de trayectorias migratorias, género, clase y situación migratoria, así como a producir imágenes homogéneas y estigmatizadas, limitando la pertinencia de las respuestas en salud mental (BOVA; LUSARDI, 2022; SANTAMBROGIO et al., 2024).

La efectividad de la competencia cultural se entiende mejor cuando se analiza el contexto específico en el cual se aplica. En Chile, las trayectorias migratorias y las barreras que enfrentan las personas migrantes evidencian por qué este enfoque es esencial para garantizar acceso y calidad en la atención.

Personas migrantes y necesidad de una atención culturalmente pertinente

La necesidad de una atención culturalmente pertinente se sustenta en las múltiples barreras estructurales y culturales que enfrentan las personas migrantes a lo largo de todo el proceso migratorio. Estas barreras aparecen desde los factores que motivan la salida del país, continúan durante los riesgos del tránsito y cruce de fronteras—ya sea de manera regular o irregular—, y se mantienen en las condiciones de llegada e integración al país de destino (CASTAÑEDA et al., 2015). En cada etapa interactúan determinantes sociales, económicos y políticos que incrementan la exposición violencia, precariedad y discriminación (ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE MIGRACIONES [OIM)], 2019; QUESADA et al., 2011; TSUCHIYA et al., 2021), con repercusiones directas en la salud física, mental y social (CASTALDI, 2011; STEFONI, 2005).

Para comprender esta vulnerabilidad resulta clave el enfoque de interseccionalidad, que examina cómo múltiples identidades sociales, como la raza, el género, la clase, la orientación sexual, el nivel socioeconómico, la condición migratoria o la discapacidad se entrecruzan, generando sistemas privilegio y opresión (BOWLEG, 2012). Este marco, originado en la experiencia

de mujeres negras en Estados Unidos que denunciaron la invisibilización de la intersección entre la raza y género (CRENSHAW, 1989), reconoce que las categorías sociales son construcciones históricas, sociales y contextuales. Por ello, las posiciones de subordinación o poder varían según los contextos sociales y políticos en los que se desarrollan (MAGLIANO, 2015).

En la caso de las migraciones, estos ejes de desigualdad, como género, clase, país de origen, raza, etnicidad, edad, religión, entre otros, se combinan para producir experiencias diferenciadas de privilegio o exclusión, que condicionan tanto el proceso migratorio como resultados en salud (HOMAN et al., 2021). Incorporar esta perspectiva permite entender cómo las políticas y prácticas sanitarias pueden reproducir desigualdades si no reconocen la complejidad de las trayectorias migratorias y de las identidades que las atraviesan (MAGLIANO, 2015).

Incluso en sistemas de salud considerados universales, las personas migrantes y otros grupos racializados enfrentan obstáculos interrelacionados en todas las dimensiones del acceso a servicios de salud: disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, aceptabilidad y calidad (GONZÁLEZ-RÁBAGO et al., 2025). Entre los principales destacan la insuficiencia de servicios de interpretación y mediación intercultural, trámites administrativos complejos, costos económicos, sesgos y racismo, así como prácticas clínicas poco sensibles a la diversidad cultural (GONZÁLEZ-RÁBAGO et al., 2025). Estos factores se asocian con mayor estrés, menor uso de servicios preventivos y peores resultados en salud en este grupo (CHOI; KANG, 2025), reforzando la necesidad de servicios culturalmente competentes que garanticen acceso efectivo y trato digno.

Considerando las barreras y determinantes mencionados anteriormente, resulta necesario observar con mayor detalle la composición y las tendencias de la población migrante en Chile, así como revisar las políticas de salud implementadas en las últimas décadas. Esta mirada permitirá dimensionar los desafíos que enfrenta el sistema de salud.

Características de la población migrante en Chile

Chile alberga a más de 1,9 millones de personas migrantes, lo que lo sitúa en el tercer lugar de Sudamérica en concentración de población migrante (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION, 2024; SERVICIO NACIONAL DE MIGRACIONES, 2025). Las principales nacionalidades de origen son Venezuela, Perú, Colombia, Haití y Bolivia, que en conjunto representan el 81,7% de las personas migrantes internacionales del país (SERVICIO NACIONAL DE MIGRACIONES, 2025).

La distribución por sexo es relativamente equilibrada, con un ligero predominio masculino (51,1%) (Servicio Nacional de Migraciones, 2025). Más de la mitad reside en la Región Metropolitana (56,8%), seguida por Antofagasta (6,7%) y Valparaíso (6,4%). Un aspecto crítico es el incremento sostenido de la migración en situación irregular, que pasó de un 2% en 2018 a cerca del 30% el 2023 (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA; SERVICIO NACIONAL DE MIGRACIONES, 2024).

En el ámbito laboral, las personas migrantes representan alrededor del 10% de la fuerza de trabajo, pero pese a contar en promedio con mayor escolaridad que la población chilena, una proporción importante se desempeña en empleos de baja calificación, lo que refleja segmentación y vulnerabilidad laboral (MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA, 2024b).

Esta caracterización permite comprender de mejor manera el marco en el que se han desarrollado las políticas de salud en Chile, así como los avances y limitaciones en la garantía del derecho a la salud de la población migrante.

Protección de salud hacia personas migrantes en Chile

El sistema de salud chileno es mixto, compuesto por un sector público (Fondo Nacional de Salud [FONASA]) y uno privado (Institución de Salud Previsional [ISAPRE]), tanto en financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios vinculados a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación (GÓMEZ et al., 2019). Toda persona puede afiliarse a alguno de estos sistemas: quienes tienen empleo formal lo hacen mediante cotización obligatoria, mientras que quienes no cuentan con ingresos formales pueden incorporarse al sistema público. Según datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) del año 2022, un 78,9% de la población se encuentra afiliada a FONASA, un 15,3% a ISAPRE, un 3% declara no contar con seguro de salud y el restante pertenece a otros regímenes (MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA, 2024a).

En las últimas dos décadas, Chile ha incorporado de manera progresiva un enfoque de derechos en sus políticas y normativas de salud, independiente de su situación migratoria (IRIBARNE-WIFF et al., 2024). Entre los hitos fundamentales en este proceso destacan los Instructivos Presidenciales N°9 (2008) y Nº5 (2015), el Decreto N°67 (2016) — que garantizó el acceso gratuito a todas las prestaciones de salud del sistema público a personas en situación migratoria irregular— y, finalmente, la Política de Salud de Migrantes Internacionales (2017), que definió lineamientos estratégicos para el sistema de salud, buscando garantizar el derecho a la salud de este grupo en iguales condiciones que la población nacional (IRIBARNE-WIFF et al., 2024; WIFF et al., 2022). Esta política se enmarca en un enfoque de interculturalidad, promoviendo que las instituciones sanitarias avancen en el diseño e implementación de estrategias específicas, tales como planes de acogida que faciliten la integración de la población migrante al sistema de salud; dispositivos de facilitación lingüística (por ejemplo, a través de la figura

de traductores o "facilitadores interculturales"); y acciones de mediación intercultural, entre otras (GOBIERNO DE CHILE, 2018).

Estas medidas han permitido avances en acceso y protección financiera, como la disminución en la proporción de personas migrantes sin seguro de salud (de 15,8% en 2015 a 10,9% en 2020) y de hospitalizaciones sin cobertura (de 25,5% en 2014 a 6,6% en 2021) (WIFF et al., 2022). No obstante, persisten barreras de acceso y uso de servicios (CABIESES; OYARTE, 2020; CONCHA; MANSILLA, 2017; PEZOA SADE; CHEPO CHEPO, 2023). En este contexto, la salud mental continúa siendo un ámbito prioritario, donde persisten brechas en materia de pertinencia cultural. La siguiente sección revisa la evidencia empírica disponible en Chile para identificar los principales desafíos en este campo.

Salud mental de personas migrantes en Chile y competencia cultural: evidencia empírica y desafíos

La evidencia producida en Chile durante la última década confirma que la salud mental es uno de los ámbitos más investigados en relación con migración, junto con temáticas como COVID-19, cultura y acceso a servicios de salud (CHEPO; MARÍN, 2024). Entre los principales focos se incluyen estrés por aculturación (BAEZA-RIVERA et al., 2022; URZÚA et al., 2016; URZÚA et al., 2017), discriminación percibida (BERRIOS-RIQUELME et al., 2022; CAQUEO-URÍZAR et al., 2019; GALAZ et al., 2021; LAHOZ I UBACH; FORNS I SANTACANA, 2016; TIJOUX; AMBIADO, 2023; URZÚA et al., 2018, 2019, 2019), la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos (CAQUEO-URÍZAR et al., 2014; ERRAZURIZ et al., 2023; MOYA-VERGARA et al., 2023; NAREA et al., 2023; URZÚA et al., 2020) y las necesidades específicas de personas refugiadas (BLUKACZ et al., 2022; CARREÑO et al., 2020), entre otros.

En materia de competencia cultural, los estudios muestran múltiples desafíos en la relación profesional-persona migrante y en las herramientas disponibles

para asegurar atenciones culturalmente pertinentes. La llegada de personas afrodescendientes, principalmente de Haití y República Dominicana, ha puesto de relieve la diversidad cultural y lingüística, así como prácticas de salud distintas a los locales, agravadas por racismo estructural y precariedad socioeconómica (ARUMI RIBAS et al., 2022; CHEPO CHEPO, 2021; TIJOUX; AMBIADO, 2023). Se ha documentado que, en ocasiones, el personal de salud construye discursos que establecen una diferenciación cultural y étnica respecto de usuarios migrantes, lo que estimula la alteralidad, lo que legitima prácticas discriminatorias y de exclusión (LIBERONA CONCHA et al., 2023). En particular, en población haitiana, se ha registrado la presencia de racismo cotidiano en la interacción con profesionales, expresado en maltrato, negación de atenciones y discursos que cuestionan la "legitimidad" de sus demandas sanitarias (TIJOUX; AMBIADO, 2023).

Aunque la Política de Salud de Migrantes Internacionales en Chile promueve planes de acogida, facilitación lingüística y mediación intercultural (GOBIERNO DE CHILE, 2018), su implementación enfrenta limitaciones administrativas y financieras. Si bien los facilitadores interculturales han demostrado contribuir en la acogida, traducción y orientación sobre el sistema de salud, su integración permanente se ve obstaculizada por falta de financiamiento (PEZOA SADE; CHEPO CHEPO, 2023; SEPÚLVEDA; CABIESES, 2019). Asimismo, se identifica la ausencia de profesionalización o entrenamiento específico en áreas críticas, como la salud mental, lo que restringe la pertinencia cultural de las intervenciones (ARUMI RIBAS et al., 2022; SEPÚLVEDA; CABIESES, 2019).

Por otra parte, estudios nacionales evidencian niveles bajos de sensibilidad cultural, vale decir, el reconocimiento de los propios sesgos (ARIAS SCHREIBER MUÑOZ et al., 2023) y escaso interés por vincularse activamente con otras culturas dentro de los equipos de salud (GONZÁLEZ; SEPÚLVEDA, 2021). A lo anterior se añade la percepción de desconocimiento de los trabajadores de salud respecto de necesidades específicas de la población migrante (BERNALES et al., 2017; LIBERONA; MANSILLA, 2017).

Al analizar el diseño e implementación de políticas de salud hacia personas migrantes en Chile se confirma esta brecha: a pesar de los avances en la incorporación del enfoque de derechos humanos, con mejoras en la no discriminación, accesibilidad financiera y pertinencia cultural, persisten debilidades en participación, monitoreo y cumplimiento efectivo (IRIBARNE-WIFF et al., 2024). La pandemia, además, expuso retrocesos en el acceso a vacunación y en la protección de personas en situación migratoria irregular (FREIER; VERA ESPINOZA, 2021; IRIBARNE-WIFF et al., 2024).

En conjunto, estos hallazgos revelan que los desafíos en materia de acceso a servicios de salud y competencia cultural no solo se vinculan con la disponibilidad de servicios, sino también con estructuras de poder que atraviesan los procesos de atención. Superar estas desigualdades requiere fortalecer la formación en competencia cultural, financiar dispositivos de mediación intercultural, y monitorear el cumplimiento efectivo de los derechos de salud de las personas migrantes.

Conclusiones

La experiencia chilena muestra que la migración internacional plantea desafíos complejos para los sistemas de salud, en particular en el ámbito de la salud mental. Aun cuando en las últimas décadas se han registrado avances importantes en la garantía del derecho a la salud, como la ampliación de la cobertura a personas en situación irregular y la incorporación progresiva de un enfoque de derechos humanos, persisten brechas significativas en el acceso a servicios de salud, la calidad de las atenciones y la implementación de un enfoque de pertinencia cultural. Estas brechas se manifiestan en barreras administrativas, limitaciones financieras y actitudes discriminatorias que afectan de manera directa el bienestar físico y emocional de las personas migrantes internacionales.

La evidencia revisada confirma que la competencia cultural es una herramienta clave para enfrentar estas desigualdades. Más que un atributo individual, requiere políticas claras, recursos estables y procesos de formación que permitan a los equipos de salud reconocer sus propios sesgos, adaptarse a la diversidad cultural y establecer relaciones de confianza con la población migrante. Su desarrollo es especialmente urgente en salud mental, donde la interacción entre factores migratorios, estrés por aculturación, discriminación y racismo institucional puede profundizar el sufrimiento y dificultar la búsqueda de ayuda.

Al mismo tiempo, el enfoque de interseccionalidad refuerza que las desigualdades en salud no se explican únicamente por la condición migratoria. El género, la raza, la etnicidad, la clase, la edad y otros ejes de identidad social se combinan de manera dinámica, generando experiencias diferenciadas de vulnerabilidad o privilegio. Reconocer estas interacciones es fundamental para diseñar políticas y prácticas que no reproduzcan exclusiones y para comprender la heterogeneidad de las trayectorias migratorias.

En este escenario, avanzar hacia servicios de salud mental más inclusivos exige acciones simultáneas: fortalecer la formación en competencia cultural, consolidar dispositivos de mediación intercultural, asegurar financiamiento para su implementación y establecer mecanismos de seguimiento que evalúen resultados. Solo así será posible garantizar una atención que no solo sea técnicamente adecuada, sino también respetuosa de la diversidad y promotora de equidad en salud para todas las personas migrantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABUBAKAR, I. et al. The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. **The Lancet**, [s. l.], v. 392, n. 10164, p. 2606–2654, 2018.

ARIAS SCHREIBER MUÑOZ, A. et al. Cultural competence in a primary healthcare center in Santiago de Chile: a mixed methods design. **Revista Médica de Chile**, [s. l.], v. 151, n. 4, p.

478–488, 2023.

ARUMI RIBAS, M. et al. Creencias y percepciones de los facilitadores lingüísticos entre criollo haitiano y español en Chile. Resultados de una investigación-acción. **Mutatis Mutandis**: Revista Latinoamericana de Traducción, [s. l.], v. 15, n. 2, p. 252–273, 2022.

BAEZA-RIVERA, M. et al. Acculturative Stress, Perceived Social Support, and Mental Health: the mediating effect of negative emotions associated with discrimination. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, [s. l.], v. 19, n. 24, 2022.

BATISTA MEDINA, J. A. Cultura y migraciones: una aproximación a la percepción y valoración de la diversidad cultural en España. **Atlántida Revista Canaria de Ciencias Sociales**, [s. l.], n. 13, p. 105–132, 2022.

BERNALES, M. et al. Desafíos en salud primaria para migrantes internacionales: el caso de Chile. **Atención Primaria**, [s. l.], v. 49, n. 6, p. 370–371, 2017.

BERRIOS-RIQUELME, J.; MALUENDA-ALBORNOZ, J.; CASTILLO-ROZAS, G. Perceived discrimination and mental health of South American immigrants in Chile: the mediator role of the self-esteem in tour nationalities. **Social Work in Mental Health**, [s. l.], v. 20, n. 3, p. 282–298, 2022.

BETANCOURT, J. R. et al. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. **Public Health Reports**, [s. l.], v. 118, n. 4, p. 293–302, 2003.

BLUKACZ, A.; CARREÑO, A.; CABIESES, B. Barriers and challenges around the mental health of refugees and asylum seekers in Chile. **Medwave**, [s. l.], v. 22, n. 1, e8520, 2022.

BOVA, R.; LUSARDI, R. The mental health of migrant people: western medical systems facing a globalized society. **Sociology Compass**, [s. l.], v. 16, n. 10, e13036, 2022.

BOWLEG, L. The Problem With the Phrase Women and Minorities: Intersectionality—An Important Theoretical Framework for Public Health. **American Journal of Public Health**, [s. l.], v. 102, n. 7, p. 1267–1273, 2012.

CABIESES, B.; OYARTE, M. Health access to immigrants: identifying gaps for social protection in health. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 54, 2020.

CAMPINHA-BACOTE, J. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: a model of care. **Journal of Transcultural Nursing**, [s. l.], v. 13, n. 3, p. 181–184, 2002.

CAQUEO-URÍZAR, A. et al. Perceived discrimination in migrant schoolchildren in Northern Chile. **Terapia Psicologica**, [s. l.], v. 37, n. 2, p. 97–103, 2019.

CAQUEO-URÍZAR, A.; URZÚA, A.; DE MUNTER, K. Mental health of indigenous school children in Northern Chile. **BMC Psychiatry**, [s. l.], v. 14, 2014.

CARREÑO, A. et al. "Nadie está preparado para escuchar lo que vi": atención de salud mental de refugiados y solicitantes de asilo en Chile. **Salud Colectiva**, [s. l.], v. 16, 2020.

CASTALDI, L. Procesos Migratorios en un Mundo Globalizado. **Psicoperspectivas**, [s. l.], v. 10,

p. 1–6, 2011.

CASTAÑEDA, H. et al. Immigration as a Social Determinant of Health. **Annual Review of Public Health**, [s. l.], v. 36, n. 1, p. 375–392, 2015.

CHEPO CHEPO, M. Percepción de los derechos de salud para la población migrante en Chile: análisis desde Twitter. **Gaceta Sanitaria**, [s. l.], v. 35, n. 6, p. 559–564, 2021.

CHEPO, M.; MARÍN, M. J. **Migración como campo de estudio en salud**: uma revisión narrativa. Santiago de Chile: XVIII Coloquio Panamericano de Investigación em Enfermería, nov. 2024. Pôster.

CHOI, S.; KANG, E. Cultural factors related to immigrants' health: a scoping review. **Frontiers in Public Health**, [s. l.], v. 13, 2025.

CONCHA, N. L.; MANSILLA, M. Á. Pacientes ilegítimos: acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile. **Salud Colectiva**, [s. l.], v. 13, n. 3, p. 507–520, 2017.

CRENSHAW, K. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist policies. **University of Chicago Legal Forum**, [s. l.], v. 1989, n. 1, p. 139–167, 1989.

CROSS, T. L. et al. **Towards a culturally competent system of care**: a monograph on effective services for minority children who are severely emotionally disturbed. [S. l.]: Georgetown University Child Development Center, 1989.

ERRAZURIZ, A. et al. Common mental disorders in Peruvian immigrant in Chile: a comparison with the host population. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 23, n. 1, 2023.

FERRER LUES, M. P. et al. Desafíos del enfoque de competencias culturais para atender la salud de personas migrantes en Chile. **Migraciones internacionales**, [s. l.], v. 15, 2024.

FREIER, L. F.; VERA ESPINOZA, M. COVID-19 and Immigrants' Increased Exclusion: the politics of immigrant integration in Chile and Peru. **Frontiers in Human Dynamics**, [s. l.], v. 3, 2021.

GALAZ, C. et al. An intersectional view of health practices in Aysen. Racialization processes in Chile. **Quaderns de Psicologia**, [s. l.], v. 23, n. 3, 2021.

GOBIERNO DE CHILE. **Política de Salud de Migrantes Internacionales**. Santiago: Ministerio de Salud de Chile, 2018.

GÓMEZ, M. I. et al. Prestadores de servicios asistenciales de salud. In: **Estructura y funcionamento del sistema de salud chileno**. 1. ed. [S. l.]: Universidad del Desarrollo, 2019. p. 49–71.

GONZÁLEZ, C. G. C.; SEPÚLVEDA, J. G. M. Personal and professional characteristics of the primary care nurse in the cultural care of migrant populations. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 42, e20200270, 2021.

GONZÁLEZ-RÁBAGO, Y.; LANBORENA, N.; RODRÍGUEZ-ÁLVAREZ, E. Barriers to healthcare for racialised populations in Europe: a scoping review of reviews. **International Journal for Equity in Health**, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 212, 2025.

GOPALKRISHNAN, N. Cultural Diversity and Mental Health: considerations for policy and practice. **Frontiers in Public Health**, [s. l.], v. 6, p. 179, 2018.

HOMAN, P.; BROWN, T. H.; KING, B. Structural Intersectionality as a New Direction for Health Disparities Research. **Journal of Health and Social Behavior**, [s. l.], v. 62, n. 3, p. 350–370, 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA; SERVICIO NACIONAL DE MIGRACIONES. **Informe de resultados de la estimación de personas extranjeras**. [S. l.]: SNM-INE, 2024.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. **Migration health in the sustainable development goals**. [S. l.]: IOM, 2020.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. **World Migration Report 2024**. [S. l.]: UNRISD, 2024.

IRIBARNE-WIFF, J.; CHEPO, M.; RUIZ-AZAROLA, A. Enfoque de derechos humanos en la resposta a salud y migración en Chile: revisión documental. **Salud Pública de México**, [s. l.], v. 66, n. 2, p. 198–205, 2024.

JARUFE, J. P. **El fenómeno migratorio**: evolución normativa, experiencia comparada, y principales hitos en la discusión del Proyecto de Ley de Migración y Extranjería. [S. l.]: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2019.

KLEINMAN, A.; BENSON, P. Anthropology in the Clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. **PLoS Medicine**, [s. l.], v. 3, n. 10, e294, 2006.

LAHOZ I UBACH, S.; FORNS I SANTACANA, M. Discriminación percibida, afrontamiento y salud mental en migrantes peruanos en Santiago de Chile. **Psicoperspectivas**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 157–168, 2016.

LAU, L. S.; RODGERS, G. Cultural Competence in Refugee Service Settings: a scoping review. **Health Equity**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 124–134, 2021.

LIBERONA CONCHA, N.; PIÑONES-RIVERA, C.; ÁLVAREZ TORRES, C. Consecuencias del orden estructurante de las relaciones interétnicas: barreras en el acceso a la atención de salud de mujeres migrantes y sus familias en Tarapacá. **Chungará (Arica)**, [s. l.], 2023.

LIBERONA, N.; MANSILLA, M. Á. Pacientes ilegítimos: acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile. **Salud Colectiva**, [s. l.], 2017.

MAGLIANO, M. J. Interseccionalidad y migraciones: potencialidades y desafíos. **Revista Estudos Feministas**, [s. l.], v. 23, n. 3, p. 691–712, 2015.

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA. **Acceso a Salud en la Población Chilena**: CASEN 2022. [S. l.]: División Observatorio Social, 2024a.

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA. **Indicadores de integración social de las personas nacidas fuera de Chile**. [S. l.]: MDSF, 2024b.

MOYA-VERGARA, R. et al. Prevalence and Risk Factors Associated with Mental Health in Adolescents from Northern Chile in the Context of the COVID-19 Pandemic. **Journal of Clinical Medicine**, [s. l.], v. 12, n. 1, 2023.

NAREA, M. et al. Assessment of Early Childhood Mental Health in Immigrant and Local Children in Chile. **Child Ind Res**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 337–356, 2023.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE MIGRACIONES (OIM). **Informe sobre las migraciones en el mundo 2020**. 1. ed. [S. l.]: OIM, 2019.

PEZOA SADE, K.; CHEPO CHEPO, M. Barreras y facilitadores percibidos en la atención de salud a personas migrantes en Chile. **Index de Enfermería Digital**, [s. l.], e14356, 2023.

QUESADA, J.; HART, L. K.; BOURGOIS, P. Structural Vulnerability and Health: Latino Migrant Laborers in the United States. **Medical Anthropology**, [s. l.], v. 30, n. 4, p. 339–362, 2011.

SANTAMBROGIO, J. et al. The challenge of diagnosing cultural syndromes: a narrative review. **International Journal of Social Psychiatry**, [s. l.], v. 70, n. 6, p. 1016–1027, 2024.

SELEE, A. et al. **In a dramatic shift, the Americas have become a destination for migrants**. [S. l.]: Migration Policy Institute, 2023.

SEPÚLVEDA, C.; CABIESES, B. Rol del facilitador intercultural para migrantes internacionales en centros de saúde chilenos: perspectivas de cuatro grupos de actores clave. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, [s. l.], v. 36, n. 4, p. 592–600, 2019.

SERVICIO NACIONAL DE MIGRACIONES. **Estimación de migraciones**. [S. l.]: Estudios Migratorios, 2025.

STEFONI, C. Capítulo 9: Inmigrantes transnacionales: la formación de comunidades y la transformación en ciudadanos. In: FLACSO (ed.). **El quinto suyo**: transnacionalidad y formaciones diaspóricas en la migración peruana. [S. l.]: Flacso, 2005. p. 231–261.

THEODOSOPOULOS, L. et al. Delivering Culturally Competent Care to Migrants by Healthcare Personnel: a crucial aspect of delivering culturally sensitive care. **Social Sciences**, [s. l.], v. 13, n. 10, p. 530, 2024.

TIJOUX, M. E.; AMBIADO, C. Ser paciente haitiano/a en Chile y vivir el racismo en centros de la red pública de salud. **Interdisciplinaria**, [s. l.], v. 40, n. 1, p. 363–377, 2023.

TSUCHIYA, K. et al. Perceived structural vulnerabilities among detained noncitizen immigrants in Minnesota. **PLOS ONE**, [s. l.], v. 16, n. 6, e0252232, 2021.

URZÚA, A. et al. The mediating role of self-esteem on the relationship between perceived discrimination and mental health in South American immigrants in Chile. **Psychiatry Research**, [s. l.], v. 271, p. 187–194, 2019.

URZÚA, A.; CAQUEO-URÍZAR, A.; ARAGÓN, D. Prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en migrantes colombianos en Chile. **Revista Médica de Chile**, [s. l.], v. 148, n. 9, p. 1271–1278, 2020.

URZÚA, A. et al. The mediating effect of self-esteem on the relationship between perceived discrimination and psychological well-being in immigrants. **PLOS ONE**, [s. l.], v. 13, n. 6, 2018.

URZÚA M., A.; TORREALBA, S. B.; CAQUEO-URÍZAR, A. Mental health and psychological acculturation strategies in Peruvian and Colombian immigrants in northern Chile. **Acta**

Colombiana de Psicología, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 80–89, 2017.

URZÚA, M.; HEREDIA, B.; CAQUEO-URÍZAR, A. Mental health and stress by acculturation in immigrants from South America in northern Chile. **Revista Médica de Chile**, [s. l.], v. 144, n. 5, p. 563–570, 2016.

WHITEHEAD, M.; WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The concepts and principles of equity and health**. [S. l.]: WHO, [s. d.].

WIFF, J. I. et al. Política de salud de migrantes internacionales en Chile, 2014-2017. **Revue internationale de politique de développement**, [s. l.], v. 14, 2022.

WING SUE, D.; SUE, D. **Counseling the culturally diverse**: theory and practice. 5. ed. [S. l.]: John Wiley & Sons, 2008.

.

CAPÍTULO 29

SAÚDE MENTAL E COMUNIDADES TRADICIONAIS: POSSIBILIDADES DO CUIDAR JUNTO AO TERRITÓRIO

Saulo Luders Fernandes, Maria da Graça Silveira Gomes da Costa e Leandro Amorim Rosa

Comunidades tradicionais e a experiência de territórios comunais

Os povos tradicionais são comunidades, povos e populações que apresentam uma relação de convivência com a terra e pertencimento ao seu território, estes não são concebidos como recursos a serem extraídos para a produção de um viver separado da natureza. Ao contrário, a terra é experienciada como território de vidas partilhadas entre os diferentes seres que habitam o lugar e fazem desta relação um espaço de convivência (DIEGUES, 2000).

Desde o final dos anos 1980, após a reabertura democrática no país, os movimentos sociais que compõem a rede dos povos tradicionais vem se fortalecendo na luta pelo reconhecimento de sua diversidade e pela garantia de seus direitos fundamentais. Um dos primeiros marcos legais que orientam o reconhecimento e a garantia dos povos tradicionais aos seus modos de vida e territórios é a Convenção nº 169 da OIT (Organização Internacional do Trabalho) (FERNANDES; SANTOS; CASCO, 2015).

As comunidades tradicionais são definidas pela Convenção nº 169, pela

diferenciação das formas de organização social e política relacionada à relação com a terra e a natureza a seus modos de vida, com histórico de resistência e formas de organização social e política que os diferenciam da totalidade da sociedade (FERNANDES; SANTOS; CASCO, 2015). De acordo com a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (PNSPCT), os grupos tradicionais são definidos como:

> Grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, possuidores de formas próprias de organização social, ocupantes e usuários de territórios e recursos naturais como condição à sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição (Brasil, 2007, p.1).

Os povos tradicionais no Brasil vivem historicamente situações de violência que se apresentam desde o período colonial até a sistemática negação de seus direitos nos tempos atuais. Tais negligências sistêmicas precarizam as condições de vida destas populações, o que as levam a maior exposição a adoecimentos e agravos em saúde (TRINDADE; SANTANA; REZENDE, 2024; CFP, 2019). Estas situações estruturais ficaram ainda mais evidentes no período da pandemia, com situações de: insegurança alimentar, desinformação, subnotificação de casos da COVID, descaso dos órgãos governamentais que não garantiram o acesso a estes povos aos seus direitos básicos. Os cuidados promovidos nos territórios tradicionais no período da pandemia se deram a partir da autogestão e organização das comunidades e povos juntos aos seus coletivos (FERNANDES, 2022; MONDARDO, 2020; SAWAIA; ALBUQUERQUE; BUSARELLO, 2020).

Este modo de organização autogestiva e comunitária é um dos elementos centrais na forma de organização social e políticas das comunidades tradicionais, que têm no vínculo com a terra e o território as bases para a reprodução de seus modos de vida. A terra encontra-se como alicerce para a produção da vida diária, desde o plantio até as práticas de cuidado à saúde.

Já o território encontra-se como o espaço usado, manuseado e vivido pelas comunidades, que fazem desta experiência seus laços afetivos e políticos (ALMEIDA, 2022).

De acordo com Fernandes, Leite e Santos (2023), o território para os povos tradicionais é o espaço do vivido, nos quais as histórias das comunidades são refeitas e com elas as vidas de seus moradores e moradoras. Vidas que diante das violências historicamente marcadas pela expropriação da terra e pela exploração de seus corpos, podem ser refeitas ao encontrarem no território espaço de partilha e construção de um solo comum. Para Federici (2019), o comum não se centra na ideia somente de partilha de um recurso ou trabalho, mas está no modo de fazer relações entre os sujeitos e seus territórios: "Os comuns não são coisas, mas relações sociais" (FEDERICI, 2019, p. 164).

A proposta do comum, na perspectiva de Federici (2019) e Silva (2024), se dá no modo com que as relações da vida diária configuram vínculos de solidariedade e possibilidade de fazer comunidade. Portanto, ao falar de comum não estamos apontando o caminho do igual e do homogêneo, ao contrário, o comum é a possibilidade de habitar o dissenso, o contraditório, estando estes em negociações constantes para que o comunal possa ser vivido. O comum ancora-se nos laços de solidariedade, que tem nas relações de confiança suas bases para acontecer, mas para confiar necessitamos de afirmar nossas inseguranças, dúvidas, inquietações juntos aos outros (FERNANDES, 2022). Como afirma Federici (2019, p. 169):

> Os comuns são uma perspectiva de fomentar um interesse comum em todos os aspectos da vida do trabalho político, e estão, portanto, comprometidos tanto em rechaçar hierarquias no trabalho e desigualdades em todas as lutas quanto em priorizar o desenvolvimento de um sujeito verdadeiramente coletivo.

A vida comunal é afirmada pelas lógicas do capitalismo global como modos de vida atrasados e incapazes de proliferar alternativas ao sistema social vigente. Esta empreitada infligida pelo capitalismo globalizado contra as formas

de vida comunais explicita o risco que estes modos de viver impõe ao projeto hegemônico de sociedade, que têm nas relações capitalistas e na mercadoria sua base de organização (FEDERICI, 2019). Na micropolítica da vida cotidiana, o comunal propõe uma ética das alianças que busca explicitar as diferenças nos encontros para delas tecer seus laços de confiança. Já na micropolítica da ordem global, a desconfiança e a meritocracia fazem a voz da normatização, que ordenam as relações com base no lucro e na mercadoria, esvaziando e desertificando outras possibilidades de relações que afirmam a vida partilhada junto a outros humanos e mais que humanos no território (SILVA, 2024).

Por sua vez, no âmbito da macropolítica, o comum, de acordo com Federici (2019), apresenta-se como espaço que rompe com as lógicas binárias do público ou do privado, ou das lutas por direitos apenas humanos. O comum transborda às lógicas de propriedade e se lança sobre os bens sociais, ou comuns, que são cuidados por coletivos, bem como pelas comunidades tradicionais, como: florestas, matas, rios, montanhas. Comuns estes que impactam a vida de todos no mundo. As comunidades tradicionais situam-se nestes comuns, e apresentam-se como base para o cuidado da terra e de sua existência frente às lógicas extrativistas do capitalismo global.

As comunidades tradicionais são vistas como empecilhos ou atraso para o desenvolvimento e o progresso, já que apresentam-se como territórios de restauração, cuidado e preservação da vida terrestre. Os povos tradicionais não encontram-se apenas vinculados à política dos humanos, mas configuram relações que integram as humanidades junto a outras vidas mais que humanas, que tem na terra seus alicerces para a constituição do bem comum junto a outros seres, entes, paisagens e biomas (FERNANDES; GONÇALVES; SILVA, 2021).

Por estarem nesta linha de frente contra o desenvolvimentismo global, as comunidades tradicionais são violentadas por um projeto organizado e sistêmico de negligência de seus direitos básicos pelos Estados Nacionais, que não apenas negam os direitos a estes povos, mas violam de forma estrutural seus modos de vida via a violência política. Aliado a essas violências, as

comunidades vivem tentativas de expropriação de suas terras e exploração de sua força de trabalho pelo mercado, que aliado ao Estado, buscam formas de destituir as comunidades de seus territórios comunais (FEDERICI, 2019). Nos discursos desenvolvimentistas, os povos tradicionais são nomeados como atrasados, já que seus modos de viver impedem o avanço do progresso e das nações. Discurso este falacioso que não visibiliza as tecnologias ancestrais de convivência com os territórios e de manutenção da vida neles presentes.

Violação de direitos e conflitos socioambientais: impacto à saúde mental nas comunidades tradicionais

As violências que recaem sobre os modos de vida e os territórios tradicionais impactam diretamente a saúde mental dos moradores e moradoras das comunidades, que vivenciam o abandono por parte do Estado e a violação de seus direitos por parte do mercado. Os estudos de Gomes, Gurgel, Fernandes (2022) e de Trindade, Santana e Rezende (2024) sobre comunidades quilombolas afirmam que as experiências de saúde desta população estão condicionadas aos determinantes sociais que impactam na sua experiência de vida. Esses determinantes estão vinculados diretamente às desigualdades de classe, gênero e raça-etnia, que ao se relacionarem determinam o acesso das/os moradoras/es das comunidades quilombolas ao direito à saúde, a educação, a políticas estruturais como: saneamento básico, água potável, acesso a energia, estradas.

Os processos de saúde e adoecimento nas comunidades tradicionais estão vinculados diretamente aos conflitos socioambientais presentes nos territórios. Processos estes vividos como experiências de degradação e violação dos direitos dos territórios e da natureza, os quais levam consigo a desorganização social, política e econômica da vida comunitária. Como é o caso da Comunidade Quilombola do Castainho, localizada no agreste pernambucano, que vive anualmente situações de escassez de água nos

períodos de estiagem e com a poluição do principal rio que abastece a comunidade (GOMES; GURGEL; FERNANDES, 2022). A pesquisa de revisão integrativa sobre determinantes sociais da saúde em comunidades quilombolas, realizada por Trindade, Santana e Rezende (2024, p.35), evidencia o encontro destas situações de vulnerabilidade, ao afirmar que as comunidades quilombolas apresentam-se mais expostas e vulneráveis diante dos conflitos socioambientais, desde: contato com agrotóxicos implementados próximos a suas áreas pelo agronegócio; presença de megaempreendimentos em seus territórios; proximidade com áreas de queimadas e resíduos tóxicos expelido por emissões de gases e violência no campo.

Este cenário não é diferente nos territórios indígenas, no estudo de revisão integrativa sobre saúde mental e suicídio entre povos indígenas, Araújo, Neris e Silva (2021) afirmam a relação existente entre as violências e a violação de direitos diante dos conflitos socioambientais e territoriais e o sofrimento à saúde mental de povos indígenas. Amorim et al. (2022) afirmam que as situações de conflitos agrários, impactos de megaempreendimentos, mudanças socioambientais, são acontecimentos que expõe os povos indígenas a situações de violência que vulnerabilizam suas condições de saúde: "Devido a sua vulnerabilidade, várias doenças continuam a atingir estes grupos e novas ameaças e exposições são recorrentes: aumento da prevalência de transtornos mentais, do alcoolismo, do suicídio e da violência interpessoal" (AMORIM et al., 2022, p.290).

Nos casos de suicídio no Brasil, os índices apontam que os indígenas são acometidos quatro vezes mais por casos comparados à sociedade envolvente, sendo que 81% destes casos se concentram no Mato Grosso do Sul e no Amazonas. O estudo de Souza et al. (2020) também reforça estas informações ao afirmar que, entre os anos de 2010 e 2017, houve um aumento de 55,7% de mortalidade por suicídio entre os indígenas, três vezes maior que a taxa geral do país.

De acordo com Oliveira (2020), estas experiências de violência e violação de direitos devido aos conflitos socioambientais está relacionada a vivência dos

povos e comunidades tradicionais com o racismo ambiental, definido como processo de discriminação e segregação étnico-racial direcionado a povos e comunidades étnico-raciais que estão expostas: a situações de insalubridade, risco ambientais, espaços de contato com resíduos tóxicos e poluentes, territórios em situação de vulnerabilidade frente a megaempreendimentos, áreas de conflitos agrários: "Nesta perspectiva, o racismo ambiental promove deficiências em todos os campos da vida social e humana, sobretudo na saúde, que torna-se escassa e muitas vezes impossível." (OLIVEIRA, 2020, p. 134).

Os estudos de Dimenstein et al. (2020) e Dimenstein et al. (2022) afirmam que as desigualdades étnico-raciais e de gênero são marcadores sociais que estão associados a experiência de adoecimento psíquico e sofrimento mental em comunidades quilombolas do nordeste brasileiro, demonstrando a relação entre o pertencimento étnico-racial e as vulnerabilidades em saúde mental nos territórios quilombolas. Esta mesma afirmação também é realizada no estudo de Oliveira (2020) que aponta a associação entre o adoecimento mental e as experiências de discriminação vivida por moradoras/es de comunidades quilombolas.

Estas repercussões do adoecimento à saúde mental vinculado as experiências de discriminação étnico-racial também se fazem presentes nos povos indígenas. Como na pesquisa de Alcantara et al. (2020) sobre a percepção do suicídio entre jovens indígenas da reserva de Dourados no Mato Grosso do Sul, nos quais as/os jovens participantes afirmam que o sofrimento que leva ao adoecimento deles está relacionado as experiências de violências diárias sobre o seu território e seu povo que repercutem diretamente na sua saúde mental, vividas como traumas psicossociais.

O debate realizado por Melo et al. (2021) demonstra os efeitos psicossociais da violência cotidiana e da violência institucional que recai sobre os territórios indígenas devido a conflitos no campo, que impactam principalmente o sofrimento entre mulheres, jovens e crianças, que são os que ficam mais expostos às situações de violência. A cartilha "Saúde mental e atenção psicossocial na

pandemia Covid-19" (BRASIL, 2020) demonstra que os indígenas identificam muitas circunstâncias de adoecimento psíquico relacionado a variadas situações de vulnerabilidade que eles encontram-se expostos, como: ameaça de morte, o cenário de genocídio que estão implicados, negação sistemática aos serviços de saúde, educação, segurança e o não reconhecimento de seus modos de vida e de suas formas de organização social. Todos estes elementos impedem e dificultam o avanço na garantia de seus territórios. Esta impossibilidade desorganiza a vida comunitária nas aldeias, os modos de cultivo da terra, suas relações com a natureza, seus ritos e suas práticas ancestrais, bases para manutenção da saúde e da vida destes povos.

Povos e comunidades tradicionais adoecem diante das ameaças a sua existência perpetradas pelo projeto desenvolvimentista global capitalista, porém, suas lutas por vida, dignidade e território são capazes de promover saúde, tanto no que diz respeito aos seus êxitos como ao próprio processo de mobilização e enfrentamento. Sem dúvidas, tais embates podem ser fontes de adoecimentos diversos, no entanto, relatos de populações tradicionais da Amazônia ocidental brasileira abordam como a possibilidade de se organizar coletivamente em defesa de seus territórios e modos de vida é capaz de produzir potência e esperançar, mesmo frente às diversas violências sofridas e às crises socioambientais em curso. Evidencia-se como as relações comunitárias e vínculos afetivos são fundamentais para o fortalecimento de pessoas e coletivos, favorecendo, assim, sua (r)existência e transformação de contextos violentos e adoecedores. As conquistas de direitos obtidas pelas lutas desses povos é determinante para sua saúde, todavia, a própria possibilidade de lutar pode ser, também, promotora de saúde (ROSA, 2023).

Assim, pensar em saúde mental nos territórios tradicionais é trazer em cena do debate sobre a garantia dos direitos fundamentais destes povos, que devido a sua sistemática violação vivenciam acentuados processos de sofrimentos psicossociais, principalmente ligados aos direito a terra e a convivência de seus modos de vida em seus territórios.

Comunidades tradicionais e outras concepções de cuidado à saúde mental

Diante dos estudos anteriormente apresentados, observa-se a necessidade de ampliar o debate conceitual sobre saúde mental junto aos povos tradicionais, não restringindo a concepção de saúde mental a uma dimensão individualizante, pois a saúde mental destes povos está vinculado a relação que os mesmos estabelecem com seus territórios, com outros entes e sujeitos nele envolvidos, com seus modos de vida e as relações com sua ancestralidade e a natureza. Os processo que os levam ao adoecimento e ao sofrimento estão ligados as violências estruturais, ao racismo ambiental e institucional, a discriminação étnico-racial os quais são submetidos historicamente e diariamente (ALBUQUERQUE, 2020; BATISTA E ROCHA, 2020).

Porém, é importante ressaltar que os modos de vida das comunidades tradicionais não são apenas o reflexo destes processos de dominação históricos. Suas experiências de vida não se restringem a ser uma resposta ao antagonismo da colonialidade. Seus modos de viver atualizam suas práticas ancestrais para além da violência e do pressuposto projeto hegemônico ocidental que as buscam engolfar. Como afirma Bispo dos Santos (2023), a luta dos povos quilombolas e tradicionais se concretiza na vida diária, que se faz enquanto prática contracolonial. Fazer do modo de vida prática para além do antagonismo colonial é produzir concepções, formas e ações que contracolonizem o viver:

> Certa vez, fui questionado por um pesquisador de Cabo Verde: "Como podemos contracolonizar falando a língua do inimigo?". E respondi: "Vamos pegar as palavras do inimigo que estão potentes e vamos enfraquecê-las. E vamos pegar as nossas palavras que estão enfraquecidas e vamos potencializá-las. Por exemplo, se o inimigo adora dizer desenvolvimento, nós vamos dizer que o desenvolvimento desconecta, que o desenvolvimento é uma variante da cosmofobia (BISPO DOS SANTOS, 2023, p. 09).

É a partir deste movimento de contracolonização que aprendemos, junto às comunidades, outras concepções de cuidado e saúde mental que não estão arraigadas em um centramento sobre a vida humana. Aprendemos, junto aos povos, a ir além da noção cosmofóbica de saúde mental, cunhada nas bases modernas ocidentais, para uma compreensão ampliada de saúde mental e de cuidado, que têm na relação com a terra e na produção do território com outros viventes seu alicerce de encontro como parte de uma rede viva. Cuidar da saúde neste caminho, está para além de práticas instrumentais individualizantes que incidem em um organismo adoecido. O cuidado é prática diária, modo de vida, que se faz entrelaçada com as coletividades humanas e mais que humanas que compartilham um território: cuidar da vida é cuidar da terra e do lugar em que se vive, polinizar os imaginários para habitar e frutificar outras cosmopercepções de mundo.

A concepção de saúde mental a ser construída com os povos tradicionais deve buscar um deslocamento às compreensões antropocentradas, as quais referenciam os processos de saúde e doença apenas na vida humana. A saúde mental é processo que está vinculado ao território, a natureza e seus entes, sujeitos e coletividades que tecem redes com as comunidades: "O termo 'saúde mental', comumente utilizado pela sociedade dominante, não está inserido na cosmologia dos povos indígenas, considerando que o entendimento de saúde tradicional está intimamente ligado à natureza e à dimensão espiritual" (WAYHS; BENTO; QUADROS, 2019, p.78).

Uma das concepções que vem circulando nos territórios indígenas para abordar os cuidados em saúde e saúde mental é o conceito de bem viver. Baniwa e Calegare (2023) afirmam que o bem viver é uma compreensão enraizada no território andino Latino Americano, enquanto concepção que busca a produção da vida em comunidade, vinculada aos ciclos e tempos da natureza, que necessitam das práticas ancestrais ligadas à terra para existir. Assim, o bem viver busca afirmar o direito à saúde destes povos atrelado ao direito do cuidado da terra e do território, uma vez que a natureza é considerada

de forma simétrica junto aos entes humanos, em uma relação de pertença e parentesco que ganha contornos singulares para cada povo e território.

Os povos e comunidades tradicionais têm diferentes concepções de humanidade, em uma correspondência cosmológica como todos os entes do território, inclusive espirituais. A natureza, a terra, as folhas, os ventos, as águas são manifestações materializadas do sagrado e os espaços de cuidado espiritual são formas de cura coletiva, tecnologias ancestrais de produção do bem viver. Estas práticas são articulações comunitárias que promovem a defesa dos bens comuns aliados às esferas do cuidado e dos saberes tradicionais. Este fazer reconhece a comunidade como parte do cosmo e da natureza, como sujeitos em aliança que não se encontram em vínculos como objetos e recursos a serem manuseados. Assim, propõem-se uma ontologia relacional, que se contrapõe às ontologias binaristas que caracterizam a colonialidade, no cuidado com manutenção de toda a teia da vida (ROJAS-ANDRADE; NINA; FERNANDES, 2023)

Em estudos com comunidades quilombolas e povos indígenas sobre o cuidado à saúde mental, a prática do encontro e diálogos entre conhecimentos populares de saúde e os saberes técnico-científicas se faz presente cotidianamente como um modo de atuação para o cuidado em saúde mental. Batista e Rocha (2020) e Aciole e Silva (2021), ao pesquisarem as práticas e os itinerários terapêuticos de saúde de moradoras/es de comunidades quilombolas, encontraram a estreita relação entre as práticas populares de cuidado associadas às práticas técnico-científicas. Para as comunidades pesquisadas, é necessário o cuidado à saúde mental passar também pelas concepções e cosmologias vivas dos territórios no uso das: plantas, chás, ervas, banhos, rezas, garrafadas, conversas de varanda, caminhadas pela comunidade e encontro com vizinhos e familiares. Como afirma Jacinto et. al. (2018), nos territórios indígenas também estão presentes as práticas ancestrais da medicina indígena como forma de cuidado à saúde mental.

Em estudos com povos tradicionais, Rojas-Andrade, Nina e Fernandes (2023), apontam que para os moradores e moradoras destes territórios ter

saúde é produzir o cuidado da vida comunitária. A vida comunitária aqui passa pelas relações que estas pessoas estabelecem com o território e com os entes que nele fiam seu viver. Esta concepção ampliada de cuidado destoa das compreensões biomédicas que afirmam o cuidado como instrumentalização da vida para o manuseio de um tratamento apenas sobre a vida humana. Entre os povos tradicionais o cuidado à saúde mental é o cuidado da terra, já que o território é compreendido como um espaço medicinal.

Como afirma Méllo (2019), o cuidado - tão discursado na área da saúde - centra-se no tratamento da doença, com suas normativas universalizantes e abstratas, que faz da gramática sintomática o alicerce para o exercício de suas práticas. Nesta compreensão, o sujeito e suas experiências são suplantadas pela instrumentalidade técnica. Por vezes, os sintomas são apresentados naquela vida de forma similar a outros viventes, porém, o modo como aquela experiência de adoecimento perpassa a vida é singularizada no sujeito através de seu modo de viver partilhado com outros entes e seus biomas.

Os povos tradicionais, de acordo com Rojas-Andrade, Nina e Fernandes (2023), apresentam concepções ampliadas de cuidado, vinculadas a uma ética relacional, que necessita da experiência do outro para produzir espaços sanadores. A ética relacional implica o campo da experiência compartilhada entre os sujeitos, que não deve subsumir a vida do outro a uma técnica, mas construir projetos de felicidade capazes de afirmar a vida diante de agravos e impedimentos à sua fruição. Em territórios tradicionais esta ética do cuidar não se finda na relação entre indivíduos, ela se expande para as experiências coletivas, para a natureza e para a vida comunitária, que compõem um lugar de partilha e composição entre humanos e mais que humanos.

Na pesquisa de Brito et al. (2024), que investigou as prática de cuidado em uma comunidade quilombola do agreste de Alagoas, quando as moradoras eram indagadas sobre como elas buscavam saúde, as mesmas respondiam que saúde é:

> (...) muito mais do que só ter isso, é algo que perpassa o saber (...) Ultimamente o meu autoconhecimento faz com que eu também

> comece a valorizar o que provavelmente anos atrás eu não valorizasse. Tipo me preocupar em tomar os chás, saber os chás, saber mais sobre essa cultura. Essa cultura não, essa forma de saúde e não se restringir a saúde biomédica, a saúde institucionalizada. Então pra mim os caminhos são diversos, mas o meu autoconhecimento guia (Entrevistada, Grada) (BRITO et al., 2024, 09-10).

Em outros estudos sobre itinerários terapêuticos de saúde e mapeamento de práticas de cuidado em territórios tradicionais (FERNANDES; SANTOS, 2019; PARRA-VALENCIA; FERNANDES; GALINDO, 2022), a saúde é referenciada pelas e pelos participantes como o seu modo de vida, que tem no cuidado com a terra, na relação com o território e na experiência da vida comunitária seus alicerces.

Algo comum que perpassa todos os estudos citados anteriormente é que ter saúde é retomar o campo da experiência com os outros, humanos e mais que humanos e com o território. O cuidado não se centra no sujeito, mas nas suas relações com as formas de vida que habitam o lugar em que se vive. Esta retomada do plano da experiência como elemento central do cuidado é fundamental para entender outras possibilidades do cuidar.

Cuidar é produzir um campo de experiência, algo que o modo moderno de existência tem retirado dos sujeitos, tornando suas vidas precárias e moduladas pelo mundo da informação. Benjamin (1984) já apontava o declínio da experiência e a precarização da vida moderna pela informação:

> Pobreza de experiência: não se deve imaginar que os homens aspirem a novas experiências. Não, eles aspiram a libertar-se de toda experiência, aspiram a um mundo em que possam ostentar tão pura e tão claramente sua pobreza externa e interna, que algo de decente possa resultar disso (BENJAMIN, 1984, p. 118).

A decadência da vida como experiência na modernidade anuncia, em terras ocidentais, a derrocada do encontro com o outro, e com ela a possibilidade de uma experiência ética, que é forjada na relação de

negociação, partilhas, dissensos e possibilidades de uma vida comum. A ética é a expressão da alteridade, ou das capacidades de afirmarmos as diferenças e as incompreensões diante dos outros. São nestas lacunas e obscuridades que o outro pode surgir como sujeito de conhecimento, na configuração de uma trama que faz da diferença *poesis*. Como afirma Glissant (2021, p.220): "Opacidades podem coexistir, confluir, tramando tecidos cuja verdadeira compreensão estaria na textura dessa trama, e não na natureza dos componentes".

Enquanto a vida moderna vive suas ruínas no ocidente, com a morte da narrativa e o esplendor da informação (BENJAMIN, 1984), em terras pindorâmicas a experiência de viver com outros se alastra por meio das cosmopercepções enraizadas pelos povos originários, e pelos modos de vida comunais tradicionais, plantados também pelos povos afrodiaspóricos, que encontraram neste chão morada. São nestas confluências de reexistências entre povos tradicionais que a vida produz continuidade diante das políticas de morte, mas não se restringem a ela, ao contrário, afirmam-se diante de seus horizontes comuns. Horizontes estes que se fazem em espaços circulares, nos quais o outro ganha dimensão importante para que a vida seja fiada enquanto experiência, em uma trama que exige a presença dos outros e das outras, humanos e mais que humanos para existir. Como afirma Bispo dos Santos (2018, p.4):

> Nos espaços circulares cabe muito mais do que nos espaços retangulares. E isso nos permite conviver bem com a diversidade e nos permite sempre achar que o outro é importante, que a outra é importante. A gente sempre compreende a necessidade de existirem as outras pessoas.

A outra e o outro apresenta-se como base para que a vida aconteça nos territórios tradicionais, pois é a partir destas relações partilhadas que os conhecimentos circulam, que as práticas de cuidado se fazem presentes, que as narrativas e histórias da comunidades percorrem seus caminhos. A presença do

outro e da outra, como lugar de fiar a experiência, está na base da constituição da vida e dos conhecimentos nas comunidades e apresentam-se como alicerces para a produção do cuidado em saúde mental. A oralidade entra como um destes elementos de cuidado. É através da oralidade e da corporeidade como espaços de memória e expressão cultural, que, cerimônias, festejos religiosos, danças, momentos de comensalidade, contações de histórias, manifestam e instituem valores estéticos e filosóficos (MARTINS, 2021).

Tais movimentos expressam também formas de continuidade das comunidades tradicionais e de tessitura da memória e de narrativas próprias, como uma forma de cuidado coletivo e de elaboração do trauma colonial diante de todas as histórias apagadas e invisibilizadas violentamente. Estas experiências mostram que produção cuidado em saúde mental e bem viver nesses territórios passa pelo corpo, pela música, pelo alimento, pelo tambor, pelo samba de roda, pelo toré, pelo fazer junto. A memória, portanto, não corresponde ao passado, mas é presente, viva e experimentada nos modos de vida comunitários e na circularidade do tempo (MARTINS, 2021).

As comunidades tradicionais nos ensinam que a saúde mental é uma prática que traz o outro, como coletividade e território, para o diálogo e para o fazer cotidiano, que promover saúde mental não é uma ação isolada da vida comunitária e de seus entes. Como dito anteriormente, a produção da saúde mental encontra-se no cruzamento, ao menos, de três elementos centrais de convivência nas comunidades, sendo elas: 1. a construção de uma vida comunal; 2. a permanência da oralidade como retomada da experiência coletiva; 3. o território como espaço vivo e medicinal de convivência com a natureza. Estes elementos apontam algumas pistas para repensarmos as concepções de saúde mental junto às comunidades tradicionais, ampliando nossos horizontes epistêmicos e ontológicos para outras experiências humanas não mais fadadas ao paradigma ocidental de vida e sociedade.

Considerações Finais

Para produzirmos práticas e debates em saúde mental junto às comunidades tradicionais é necessário percorrer ao menos dois caminhos, seriam eles: 1. visibilizar as violações vividas e lutar pela garantia dos direitos fundamentais; 2. afirmar e construir conjuntamente outras concepções de saúde mental que supere o paradigma humano ocidentalizado, para lançar-se a outras ontologia e epistemologias humanas não antropocentradas à psicologia.

Ambos os caminhos exigem uma postura ético-política de envolvimento com os territórios tradicionais, tanto em suas lutas pela garantia de direitos, quanto na capacidade de habitar em nossas limitações seus horizontes ontológicos e epistêmicos para deles aprender outras concepções de humanidade.

Assim, promover saúde mental nos territórios tradicionais passa pelo primeiro passo de visibilizar as violações e violências estruturais vividas nas comunidades, compreendendo que a saúde mental é condicionada aos determinantes sociais que incidem sobre a vida e os territórios dos povos tradicionais. Determinantes sociais estes historicamente ligados às negligências sistemáticas dos direitos fundamentais aos modos de viver das populações tradicionais, principalmente os vinculados à garantia do direito à terra e ao uso do território. Visibilizar as violações vividas nos territórios tradicionais está atrelada a capacidade de agir sobre estas transgressões e tornar a prática da psicologia agente de garantia de direitos às comunidades. Fazer da psicologia um dispositivo de garantia de direitos apresenta-se como uma prática base para promovermos a saúde mental entre as comunidades tradicionais. Este vínculo permite fiar laços de confiança e alianças junto às comunidades, produzindo um papel importante da psicologia como profissão na luta pelos direitos fundamentais dos povos.

Porém, a promoção da saúde mental junto aos territórios não se restringe a denúncia das violações vividas pelas comunidades tradicionais, exige da psicologia um segundo passo, que é aprender outras concepções de saúde mental atreladas às percepções dos povos tradicionais. Tais aprendizados permitem alargar as compreensões de saúde mental para além de concepções individualizantes, humanocentradas e ocidentalizadas. Habitar outras possibilidades ontológicas e epistêmicas de mundo, nos auxilia a romper com a concepção hegemônica do projeto moderno ocidental, para outras experiências humanas. A saúde mental nos territórios tradicionais passam por outras vias de experiência de cuidado que exigem um giro descolonial, ou uma guinada contracolonial para outras epistemologias e ontologias, que devem ser pensadas com os povos, para que a psicologia possa ser revistada com base nestas experiências territoriais de aliança com as comunidades.

Estamos diante de um desafio disciplinar onto-epistemológico que nos convoca a um giro ético e político da colonialidade como um projeto de separação em relação à natureza e à terra. Assim, convoca-se a descolonização a partir de concepções não patologizantes das cosmogonias e cosmologias tradicionais como uma forma de encontro de ontologias relacionais como bem viver como alternativas à violência colonial.

Produzir práticas de saúde mental junto aos povos tradicionais exige da psicologia um movimento de habitar as cosmologias destes povos, na revisitação das bases teórico-metodológicas dos saberes psi. Este deslocamento não é um exercício simples, pois requer uma revisão das bases ocidentais de formação da psicologia enquanto ciência. Sem esta transposição da concepção de humanidade, torna-se difícil os diálogos para a promoção da saúde mental nos territórios. A compreensão da saúde mental junto às comunidades tradicionais deve ser entendida como um processo coletivo vinculado à terra e a experiência com seus modos de vida que se encontram alicerçados na relação com a natureza.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLE, D. C. A. M.; SILVA, J. Concepções e itinerários terapêuticos de pessoas em sofrimento psíquico em contextos quilombolas. **Psicologia e Sociedade**, [s. l.], v. 33, e229558, 2021.

ALBUQUERQUE, R. Indígenas sateré-mawé/am e hixkaryana/am em sofrimento mental e ético-político. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, Florianópolis, v. 17, p. 01-17, 2020.

ALCANTARA, M. L. B. et al. A percepção do suicídio como inseparável das outras formas de violência segundo os/as jovens indígenas: um estudo de caso da Reserva Indígena de Dourados. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 99, n. 3, p. 305-318, 2020.

ALMEIDA, M. **Devir quilomboa**: antirracismo, afeto e política nas práticas de mulheres quilombolas. São Paulo: Elefante, 2022.

AMORIM, D. C. A. et al. Saúde mental indígena e o uso abusivo de álcool e drogas. **Revista Eletrônica Interdisciplinar**, [s. l.], v. 14, n. 2, 2022.

ARAÚJO, A. G. R.; NERIS, F. R.; SILVA, F. A. Suicídio indígena, saúde mental e psicologia: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Científica da UMC**, [s. l.], v. 6, n. 2, 2021.

BANIWA, G.; CALEGARE, M. Saúde integral e bem viver sob a ótica indígena. In: SCORSOLINI-COMIN, F.; BAIRÃO, J. F. M. H. (orgs.). **Etnopsicologia e saúde**. São Carlos: Pedro & João Editores, 2023.

BATISTA, E. C.; ROCHA, K. B. Saúde mental em comunidades quilombolas do Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Interações**, Campo Grande, v. 21, n. 1, p. 35-50, 2020.

BENJAMIN, W. **Obras escolhidas**: magia e técnica, arte e política. São Paulo: Brasiliense, 1984.

BISPO DOS SANTOS, A. **Somos da terra**. São Paulo: Piseagrama, 2018.

BISPO DOS SANTOS, A. **A terra dá, a terra quer**. São Paulo: Ubu Editora, 2023.

BRASIL. [Ministério da Saúde]. **Saúde mental e atenção psicossocial**: povos indígenas no contexto da pandemia da Covid-19. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

BRASIL. Decreto n.º 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 2007.

BRITO, R. S. et al. Práticas de cuidado em saúde numa comunidade quilombola do agreste alagoano. **Revista GeoUECE**, [s. l.], v. 13, n. 25, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (BRASIL). **Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) com povos tradicionais**. Brasília: CFP, 2019.

DIEGUES, A. C. **Os saberes tradicionais e a biodiversidade no Brasil**. São Paulo: NUPAUB-USP/PROBIO-MMA/CNPq, 2000.

DIMENSTEIN, M. et al. Desigualdades, racismos e saúde mental em uma comunidade quilombola rural. **Amazônica - Revista de Antropologia**, [s. l.], v. 12, n. 1, p. 205-229, 2020.

DIMENSTEIN, M. et al. Iniquidades sociais e saúde mental no meio rural. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 162-186, 2022.

FEDERICI, S. **Reencantando o mundo**: feminismo e a política dos comuns. São Paulo: Elefante, 2019.

FERNANDES, N. V. E. Racismo estrutural e religioso contra povos e comunidades tradicionais de terreiro durante a pandemia do covid-19. **Revista Calundu**, [s. l.], v. 6, n. 2, 2022.

FERNANDES, S. L. Confiar, tessitura da vida comunal. In: CANAVÊZ, F. (org.). **Ensaios (marginais) sobre a confiança**. Porto Alegre: Editora Fi, 2022. p. 59-63.

FERNANDES, S. L. et al. **Psicologia, Povos Tradicionais e Perspectivas De(s)coloniais**: caminho para outra psicologia. Psicologia: Ciência e Profissão, [s. l.], v. 42, n. spe, p. 1-14, 2022.

FERNANDES, S. L.; LEITE, J. F.; SANTOS, A. O. Comunidades quilombolas: possibilidades de habitar o corpo negro e viver no território. In: SVARTMAN, B. P.; MASSOLA, G. M. (orgs.). **Comunidade, território e enraizamento**. Curitiba: CRV, 2023. p. 81-92.

FERNANDES, S. L.; SANTOS, A. O. Itinerários Terapêuticos e Formas de Cuidado em um Quilombo do Agreste Alagoano. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s. l.], v. 39, n. spe, 2019.

GLISSANT, E. **Poética da Relação**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2021.

GOMES, W. S.; GURGEL, I. G. D.; FERNANDES, S. L. Determinação social da saúde numa comunidade quilombola: análise com a matriz de processos críticos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 143, p. 140-161, 2022.

JACINTO, A. B. M. et al. Índios e loucos: sobre tutela, reconhecimento de direitos e desafios para a efetivação da cidadania no campo da saúde mental. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 14-35, 2018.

MARTINS, L. M. **Performances do tempo espiralar**: poéticas do corpo-tela. Rio de Janeiro: Cobogó, 2021.

MELO, B. D. et al. Violências no cotidiano das comunidades. In: EL KADRI, M. R. (org.). **Bem Viver**: Saúde Mental Indígena. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2021.

MÉLLO, R. P. Cuidados em saúde como arte-vibrátil: os estranhamentos criativos. In: MATOS, L. S. (org.). **Brinquedos de saúde**: experiência de educação e cuidado na produção da vida. Belém: EDUFPA, 2019.

MONDARDO, M. Povos indígenas e comunidades tradicionais em tempos de pandemia da covid-19 no brasil: estratégias de luta e reexistência. **Finisterra**, [s. l.], v. 55, n. 115, 2020.

OLIVEIRA, R. M. (org.). **ODEERE**: Revista do Programa de Pós-Graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade. Jequié, v. 5, n. 10, jul./dez. 2020.

PARRA-VALENCIA, L.; FERNANDES, S. L.; GALINDO, D. **Psicología y descolonialidad**:

saberes para curar en palenques y quilombos (Colombia-Brasil). Bogotá: Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia, 2022.

ROJAS-ANDRADE, R. M.; NINA, S. F. M.; FERNANDES, S. L. Saúde rural desde os povos: a saúde como cuidado da vida. In: CALEGARE, M.; RIBEIRO, L. P.; OLIVERA-MÉNDEZ, A. (orgs.). **Psicologia Rural**: percursos, práticas e reflexões latino-americanas. Embu das Artes: Alexa Cultural, 2023.

ROSA, L. A. Práxis política socioambiental e saúde ético-política: possíveis contribuições para adiar o fim do mundo. In: SAWAIA, B. B.; ALBUQUERQUE, R.; BUSARELLO, F. R. (orgs.). **Afeto e autoritarismo**: expressões psicossociais da política brasileira. Manaus: Edua, 2023. p. 295-310.

SAWAIA, B. B.; ALBUQUERQUE, R.; BUSARELLO, F. R. O paradoxo do isolamento na pandemia segundo o povo indígena sateré-mawé/am. **Psicologia e Sociedade**, [s. l.], v. 32, 2020.

SILVA, F. P. **Em busca da comunidade**: caminhos do pensamento. São Paulo: Elefante, 2024.

SOUZA, R. S. B. et al. Suicídio e povos indígenas brasileiros: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s. l.], v. 44, n. 1, p. 1-8, 2020.

TRINDADE, W. M. S.; SANTANA, F. R.; REZENDE, H. J. A. Determinantes sociais da saúde de comunidades quilombolas: revisão integrativa da literatura. In: MOURA, A. J. (org.). **Saúde pública no século XXI**: uma abordagem sobre condições sociais e saúde. Recife: Omnis Scientia, 2024.

WAYHS, A. C. D.; BENTO, B. A. R.; QUADROS, F. A. A. Políticas públicas em saúde mental indígena no Brasil. **TraHs**, [s. l.], n. 4, 2019.

CAPÍTULO 30

TELEPSIQUIATRÍA INTERCULTURAL: PRÁCTICAS Y DESAFÍOS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN COMUNIDADES RURALES E INDÍGENAS[36]

Lina Díaz-Castro, Eduardo Ángel Madrigal-De León, Natalia Bautista-Aguilar e Blanca Estela Pelcastre-Villafuerte

Introducción

La depresión en jóvenes constituye un problema de salud pública de creciente magnitud, caracterizado por su alta prevalencia, impacto funcional y asociación con el suicidio, especialmente en poblaciones vulnerables (ĆAVAR; MIHIĆ; MILAS, 2025; YANI et al., 2025). En contextos de desigualdad estructural, como las comunidades rurales e indígenas de México, el acceso a servicios de salud mental es limitado, lo que agudiza la carga de enfermedad, perpetúa las brechas en salud (GAMORAN et al., 2024; MAULIK et al., 2024).

Numerosos factores como el estrés académico, eventos adversos, discriminación y precariedad educativa aumentan la vulnerabilidad a desarrollar síntomas depresivos durante la juventud (MAZZEO et al., 2024; YU et al., 2023). A pesar de ello, en México los servicios de atención en

36 Este estudio fue financiado por la Fundación Gonzalo Río Arronte, I. A. P. Proyecto S.736 (MAP--PSI).

salud mental están altamente centralizados, lo que excluye a jóvenes en zonas remotas, especialmente indígenas, de intervenciones oportunas y culturalmente pertinentes.

En entornos socio estructuralmente desfavorecidos, como las comunidades rurales e indígenas, esta carga es aún más pronunciada. El aislamiento geográfico, la pobreza, la infraestructura limitada y las barreras culturales y lingüísticas impiden el acceso oportuno a la atención de salud mental (GONE; TRIMBLE, 2012).

La evidencia reciente respalda el uso de modelos integrados de intervención a distancia, que combinan estrategias de psicoeducación, atención psicológica y acceso a psiquiatría, como enfoques eficaces y escalables para mejorar los resultados en salud mental en comunidades desatendidas (LOADES et al., 2025; VENTURO-CONERLY et al., 2022). Estos modelos, cuando se adaptan a las características culturales y lingüísticas locales, pueden mejorar la alfabetización en salud mental, fortalecer la resiliencia y reducir los síntomas depresivos (BACHER et al., 2024; ZUO et al., 2025).

Con base en esta evidencia, se diseñó e implementó el Modelo de Atención Primaria y Psiquiatría (MAP-PSI) (DÍAZ-CASTRO, 2022) en comunidades indígenas y rurales del centro de México. En el modelo se adoptó el marco de la Ciencia de la Implementación propuesto por Proctor et al. (2011), para evaluar no solo la efectividad de las intervenciones, sino también su factibilidad, aceptabilidad, sostenibilidad y costo-efectividad. Al incorporar la sensibilidad intercultural en su diseño, el MAP-PSI busca integrar las cosmovisiones y prácticas culturales de los jóvenes indígenas en los procesos diagnósticos y terapéuticos, garantizando así una atención clínicamente eficaz y culturalmente congruente.

El capítulo presenta el informe sobre la fase piloto del MAP-PSI (2023-2025) en San Luis Potosí, estado situado en el altiplano central mexicano, demuestra la viabilidad y eficacia de un modelo basado en la telepsiquiatría para reducir los síntomas depresivos entre jóvenes de comunidades

indígenas y rurales. Además, ilustra cómo la adaptación cultural, mediante el reconocimiento de las cosmovisiones, el idioma y las prácticas sociales locales, puede transformar las disparidades rurales (EDWARDS et al., 2023) en una práctica de telepsiquiatría intercultural que conecta la atención primaria con los servicios especializados de salud mental. La estructura del capítulo es la siguiente: primero, se describe el contexto y los métodos; a continuación, se presentan los principales resultados; y, finalmente, se discuten las implicaciones clínicas, sociales y políticas, junto con las limitaciones del estudio y líneas de investigación futura.

Métodos

Objetivo y diseño del estudio

El objetivo central de este estudio fue evaluar la factibilidad y la eficacia de un modelo de salud mental basado en la atención primaria, vinculado con servicios especializados y estructurado en torno a la promoción de la salud mental, para la detección oportuna y el tratamiento de la depresión en jóvenes de comunidades rurales e indígenas en México. Para lograr este objetivo, entre marzo de 2023 y marzo de 2025, se llevó a cabo un estudio cuasi-experimental con evaluación pre y postintervención, guiado por el Marco de la Ciencia de la Implementación (PROCTOR et al., 2011). Estructurado en tres fases: (1) exploración de necesidades, (2) instalación, e (3) implementación inicial.

Contexto y participantes

San Luis Potosí cuenta con 2.8 millones de habitantes, de los cuales el 23% (630 600) son indígenas y el 17% (480 000) son jóvenes de entre

15 y 24 años; el 83.9% de la población indígena vive en condiciones de pobreza y hay una tasa de analfabetismo del 10.8%. El municipio Ciudad Fernández, donde se llevó a cabo el estudio, está conformado por la cabecera municipal, 13 ejidos y 19 rancherías, concentrándose la mayor parte de la población en la cabecera. La población joven de 15 a 24 años suma 8 341 personas, aunque solo el 39% permanece inscrito en la escuela. El acceso digital es limitado (38% cuenta con conexión a internet y 27% con computadora), lo que refuerza la marginación social. Aunque el 80.5% reporta afiliación a servicios de salud, el acceso efectivo se ve restringido por barreras geográficas y condiciones de pobreza, mientras que la atención en salud mental es prácticamente inexistente debido a la ausencia de servicios especializados en el municipio (DÍAZ-CASTRO, 2022). La intervención se implementó en estos municipios rurales del centro de México con adolescentes y adultos jóvenes de entre 15 y 25 años.

Fase 1: Exploración

La fase exploratoria implicó una amplia participación comunitaria para mapear necesidades y recursos. Se organizaron actividades de promoción de la salud mental en diversos espacios públicos, como escuelas, plazas, instalaciones deportivas y centros deportivos y sociales. Durante esta fase se impartieron 3,016 sesiones con jóvenes, 300 sesiones a familiares y personas adultas acompañantes y 116 sesiones al personal de Atención Primaria de la Salud (APS). Se aplicó un cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas (KAP) en torno a los síntomas depresivos para captar los conocimientos y percepciones iniciales. Asimismo, se realizaron diez grupos focales: tres con adolescentes y adultos jóvenes, cuatro con familiares y tres con personal de APS. Estas actividades constituyeron la base para las adaptaciones culturalmente pertinentes de la intervención al iluminar cómo se experimentaba, describía y abordaba la depresión en la comunidad.

Fase 2: Instalación del modelo

Se realizó un diagnóstico participativo sobre las necesidades en salud mental y los recursos disponibles en la comunidad. A partir de ello, se elaboraron manuales de intervención para actividades de promoción, psicoeducación y capacitación.

Se habilitó una sede física de atención: la Casa de Salud Mental MAP-PSI, integrada en un centro de salud local.

Se llevaron a cabo reuniones intersectoriales con autoridades educativas, comunitarias y de salud, acordando estrategias de canalización de jóvenes hacia servicios de atención en salud mental. Esta fase enfatizó legitimidad institucional y cultural, asegurando que el programa fuera reconocido y apoyado por la comunidad en general.

Fase 3: Implementación piloto

Durante la implementación piloto, se aplicó el Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9) como tamizaje para síntomas depresivos en los jóvenes que asistieron a las actividades comunitarias. Los resultados se compartieron de forma inmediata a través de tarjetas de retroalimentación personalizada, lo que fomentó la transparencia y la participación.

El modelo MAP-PSI brindó tres modalidades de intervención, escalonadas según la gravedad de los síntomas y los recursos disponibles:

- Psicoeducación Comunitaria Bilingüe (español y xi'iui), sesiones presenciales y virtuales dirigidas a jóvenes y familias, impartidas por promotores de salud mental capacitados. Se abordaron contenidos sobre identificación temprana de síntomas depresivos, estrategias de afrontamiento culturalmente pertinentes y recursos de ayuda.
- Atención Psicológica (Psicoterapia cognitivo-conductual breve) dirigida a jóvenes con síntomas depresivos leves a moderados.

Se aplicaron de 2 a 6 sesiones de terapia individual, enfocadas en regulación emocional, afrontamiento y resiliencia. Las sesiones fueron dirigidos por psicólogos clínicos capacitados y supervisados por el equipo especializado.

- Atención psiquiátrica especializada a distancia (Telepsiquiatría) dirigida a jóvenes con síntomas moderados a graves o graves con ideación suicida. Interconsultas sincrónicas con psiquiatría infantil y de la adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría, con apoyo presencial de médicos generales locales para afirmar continuidad.

Instrumentos

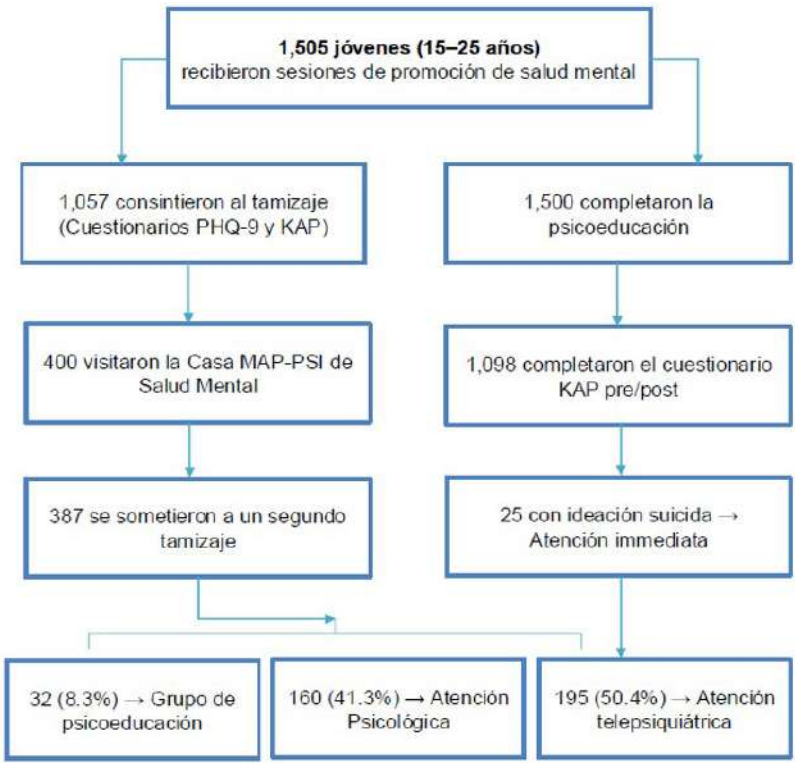
Se utilizaron diversas herramientas validadas para la recolección sistemática de datos:

- PHQ-9 (Cuestionario de Salud del Paciente-9): Evaluó la presencia y severidad de síntomas depresivos (DIEZ-QUEVEDO et al., 2001).
- GAD-7 (Trastorno de Ansiedad General-7): Evaluó síntomas síntomas de ansiedad comórbidos de forma complementaria (KROENKE et al., 2007).
- Cuestionario de variables sociodemográficas (ad hoc): Incluyó demografía del participante, estatus socioeconómico, nivel de educación, ocupación, si el participante hablaba alguna lengua indígena y nivel de ingreso (familiar mensual y per cápita).
- Cuestionario KAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas) en torno a la depresión (ad hoc): Desarrollado para medir el efecto de la psicoeducación.
- Registros clínicos: Se emplearon formatos electrónicos supervisados por especialistas para documentar la atención otorgada.

Procedimiento

La ruta para el tamizaje inicial incluyó dos maneras, (1) por invitación directa en los centros de concentración masiva, principalmente escuelas, y (2) cuando el adolescente o joven acudía por iniciativa propia a la Casa de Salud Mental. El tamizaje comenzaba con la aplicación de dos preguntas validadas para detección de depresión (ARROLL et al., 2005). Los jóvenes que respondieron afirmativamente a una o ambas preguntas fueron evaluados con PHQ-9 y GAD-7. Con base en los resultados, se asignó a cada participante a la modalidad correspondiente (Ver Figura 1).

Figura 1. Diagrama de flujo del estudio cuasi-experimental pre-post que evaluan el MAP-PSI para la atención de jóvenes de comunidades rurales e indígenas en una región del centro de México (2023-2025).



Análisis de datos

El análisis estadístico se realizó utilizando el software IBM SPSS Statistics para Windows, versión 29.0 (IBM Corp., Armonk, NY, EE. UU.). Análisis descriptivos para las variables sociodemográficas y los puntajes de las escalas utilizadas (PHQ-9, GAD-7 y cuestionario KAP). Dado que los datos no cumplieron con los supuestos de normalidad evaluados mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov, se optó por pruebas estadísticas no paramétricas.

Para evaluar los cambios en los puntajes totales de KAP en la identificación de síntomas depresivos antes y después de la intervención psicoeducativa, se aplicó la prueba de rangos con signo de Wilcoxon.

Para comparar diferencias entre grupos independientes (por ejemplo, por sexo), se utilizó la prueba U de Mann-Whitney.

En todos los análisis se consideró un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$.

Consideraciones éticas

El estudio cumplió con los estándares éticos nacionales e internacionales para la investigación con participantes humanos. El protocolo fue aprobado por los Comités de Ética en Investigación y de Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM; núm aprobación. CEI/C/034/2022) el 18 julio del 2022). Se obtuvo consentimiento informado de todos los participantes, así como asentimiento informado y consentimiento parental en menores de 18 años.

Para garantizar la precisión y la pertinencia cultural, un traductor bilingüe local, aceptado por la comunidad indígena, colaboró en la interpretación fiel del proceso de consentimiento informado. Se garantizó la confidencialidad, la sensibilidad cultural y la participación voluntaria en todo momento.

Resultados

Promoción de Salud Mental y Tamizaje

Durante la fase piloto, participaron 1,505 jóvenes (41 de ellos indígenas de habla xi'iui) de entre 15 y 25 años de edad, todos recibieron dos sesiones de promoción de la salud mental, 1057 jóvenes aceptaron el tamizaje para detectar síntomas.

La mayoría de participantes fueron mujeres (60.51%), con un promedio de edad de 16.6 años (rango 15-25 years, DS = 1.533). Las características demográficas se muestran en la Tabla 1.

Estas actividades incrementaron la sensibilización comunitaria en torno a la salud mental y funcionaron como espacios culturalmente pertinentes donde los jóvenes pudieron expresar abiertamente su malestar emocional. La realización de las sesiones en escuelas, plazas públicas y centros comunitarios, espacios ya integrados en la vida cotidiana, facilitó la generación de confianza y el involucramiento, especialmente entre los participantes indígenas.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes

Características de participantes	**n**	**%**
Edad (años)		
Hombres	16.68 ± 2.14	
Mujeres	16.81 ± 1.98	
Género de los participantes		
Masculino	368	39.48
Femenino	564	60.51
Hablantes de lengua indígena	7	0.66
Nivel educativo		
Secundaria		
1er semestre	15	1.42
2do semestre	477	45.29
4to semestre	225	21.36
6to semestre	262	24.88
Universidad	74	07.02
Actividad ocupacional		
Unicamente estudiante	828	86.52
Estudiante con empleo formal	50	5.22
Estudiante con autoempleo	54	5.64
Estudiante y ama de casa	10	1.04
Estudiante desempleado por cuestiones de salud	1	0.10
Estudiante empleado por otras razones	14	1.46

Fuente: Elaboración propia

Síntomas de ansiedad

El tamizaje evidenció una prevalencia substancial de síntomas de ansiedad, que fueron reportados por el 28.67% de participantes. Un alto porcentaje de jóvenes reportó sentirse ansioso varios días (45%), más del 30% reportó preocupación excesiva, dificultad para relajarse y sensación de intranquilidad varios días a la semana.

Un hallazgo particularmente preocupante fue que el 15.18% reporta sentirse irritado o enojado casi todos los días, exponiendo la alta tensión emocional en esta población. El ítem con menor frecuencia fue "sentir miedo como si fuera a suceder algo terrible", pero un 8.22% lo experimenta casi a diario. Véase (Tabla 2).

Tabla 2. *GAD-7 y **PHQ-9 Results

GAD-7				
(Ítem)	**Ningún dia (%)**	**Varios días (%)**	**Más de la mitad de los días (%)**	**Casi todos los días (%)**
Te has sentido nervioso (a), ansioso (a) o muy alterado (a)	30.04	45.45	12.97	11.53
No has podido dejar de preocuparte	36.89	40.00	13.11	10.00
Te has preocupado excesivamente por diferentes cosas	31.35	43.15	14.04	11.46
Has tenido dificultad para relajarte	35.62	40.00	13.93	10.45
Te has sentido tan intranquilo (a) que no podías estar quieto (a)	45.98	34.49	11.72	7.81
Te has irritado o enfadado con facilidad	29.13	40.29	15.40	15.18
Has sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible	48.33	32.56	10.89	8.22
PHQ-9				
(Item)	**Ningún día (%)**	**Varios días (%)**	**Más de la mitad de los días (%)**	**Casi todos los días (%)**
Poco interés o placer en hacer cosas	45.66	35.96	11.53	6.85

Te has sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	47.4	34.6	10.8	7.2
Has tenido dificultad para quedarte o permanecer dormido(a), o has dormido demasiado	36.42	33.79	13.36	16.44
Tes has sentido cansado(a) o con poca energía	20.27	48.52	16.29	14.92
Sin apetito o has comido en exceso	42.97	31.57	13.13	12.33
Te has sentido mal con contigo mismo(a) – o que eres un fracaso o que has quedado mal contigo mismo(a) o con tu familia	41.30	33.30	14.19	11.21
Has tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	42.01	37.44	10.73	9.82
¿Te has movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que has estado moviéndote mucho más	56.90	28.28	9.81	5.02
Has pensado que estarías mejor muerto(a) o en lastimarte de alguna manera	70.83	18.55	5.95	4.67

*GAD-7 = Escala Trastorno de Ansiedad Generalizada-7. **PHQ-9 = Cuestionario de Salud del Paciente-9.

Síntomas de depresión

Existe una alta sintomatología depresiva, el 61% de participantes respondieron a la presencia de algún síntoma depresivo. De manera particular, el 35.96% se sintió decaído o sin esperanza varios días, y el 6.85% lo ha sentido casi todos los días. Más del 48% ha sentido fatiga o poca energía varios días, y un 14.92% casi todos los días, lo que indica alta carga somática. Respecto al sueño, el 16.44% reportó problemas para dormir casi todos los días. Un 4.67% de los jóvenes ha pensado que estaría mejor muerto casi todos los días,

y un 18.55% lo ha pensado varios días, lo cual requiere atención prioritaria y oportuna. Véase (Tabla 2).

Estos hallazgos ilustran la carga clínica de la depresión y su entrelazamiento con estresores sociales y culturales como presión académica, conflicto familiar, y marginalización comunitaria.

Cambios en el reconocimiento de síntomas depresivos y la búsqueda de la atención

Un total de 1500 jóvenes participaron en sesiones psicoeducativas, 1098 aceptaron responder el Cuestionario KAP antes y después de la intervención (54% fueron mujeres). Los análisis posteriores a la intervención mostraron mejoras significativas en la alfabetización en salud mental.

El 58.4% de los participantes, ambos sexos, respondió correctamente al menos uno de los síntomas depresivos. Los jóvenes reconocieron el riesgo suicida de 62.9% a 72.5%, y mejoraron sus conocimientos para buscar atención de 58.5% a 63.7%. Véase (Tabla 3; Figura 2).

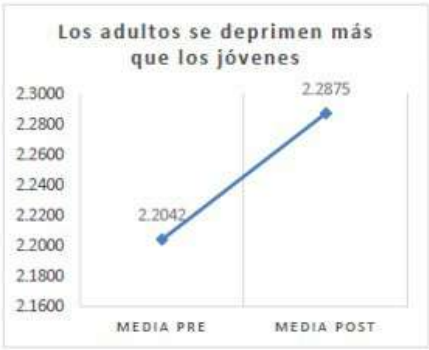
Tabla 3. Diferencias de Medias en las Puntuaciones del Cuestionario KAP en la Depresión Pre y Post Intervención

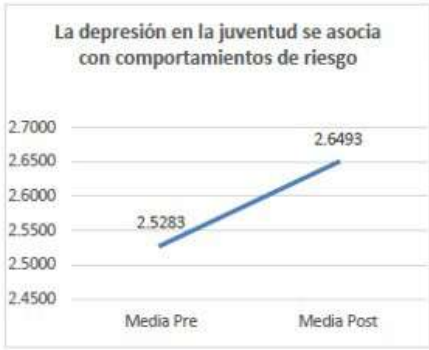
	Media Pre Test	**Media Post Test**	**Z**	***p***
Estar triste es lo mismo que estar deprimido	2.6462	2.6258	-1.035b	.301
Los adultos se deprimen más que los jóvenes	2.2042	2.2875	-3.476c	.001
El suicidio es la segunda causa de muerte en los jóvenes	2.6651	2.6862	-1.122c	.262
La depresión es una de las principales causas de discapacidad	2.0238	2.0497	-1.074c	.283
La depresión afecta la memoria y la concentración	2.8229	2.8130	-.625b	.532

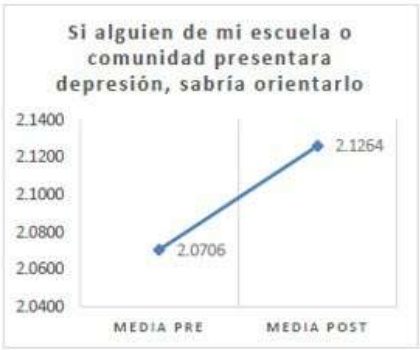
La depresión en la juventud se asocia a comportamientos de riesgo	2.5283	2.6493	-4.802c	.000
Para atender la depresión, la consulta psiquiátrica o psicológica es lo único que existe	2.2130	2.2407	-.741c	.459
Lograr recuperarse de la depresión sólo depende de uno mismo	1.9954	2.0550	-1.882c	.060
La depresión es una enfermedad	2.3303	2.2889	-2.137b	.033
Los antidepresivos pueden ser adictivos	1.3922	1.4002	-.459c	.646
La depresión puede ser contagiosa	2.4741	2.4589	-.713b	.476
Las personas con depresión difícilmente se curan	2.1502	2.1653	-.694c	.488
Puedo reconocer cuando los jóvenes estan deprimidos	2.2426	2.2217	-1.038b	.299
Me siento confiado en dar orientación a un joven con síntomas depresivos	2.0368	2.0513	-.434c	.665
Si alguien de mi escuela o comunidad presentara depresión, sabría orientarlo	2.0706	2.1264	-2.477c	.013
Sabría dónde buscar atención sobre la depresión en caso de necesitarlo	2.5533	2.6057	-2.212c	.027
Si tuviera depresión, lo hablaría con alguien	2.4246	2.4795	-2.794c	.005

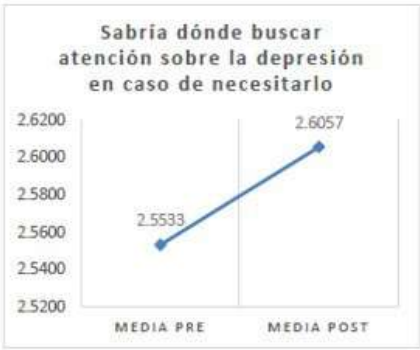
Nota: La tabla muestra una comparación de las puntuaciones del Cuestionario de Conocimiento, Actitudes y Prácticas (KAP) sobre depresión, evaluadas antes y después de una intervención en psicoeducación. Las puntuaciones más altas indican un aumento en conocimiento y actitudes o prácticas más favorables. La significancia estadística se evaluó mediante pruebas t para muestras relacionadas.

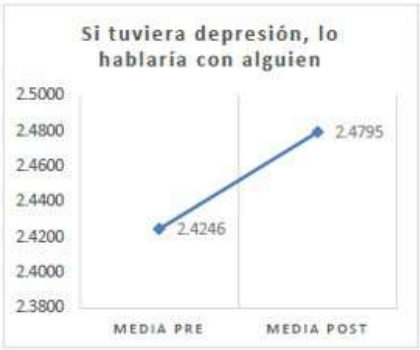
Figura 2. Puntuaciones medias pre y post intervención para seis items seleccionados del Cuestionario de Conocimientos, Prácticas y Actitudes sobre la Depresión











Estas mejoras demuestran el valor de la psicoeducación culturalmente adaptada, particularmente cuando es brindada de manera accesible, y en algunos casos, bilingüe (español y xi'iui). El acercamiento promueve el empoderamiento individual y la responsabilidad colectiva de la salud mental.

Atención especializada

400 jóvenes acudieron a la Casa de salud MAP-PSI, 387 de ellos completaron un segundo tamizaje. La atención fue distribuida de acuerdo con la severidad de los síntomas: el 8.3% con síntomas leves, participaron en los grupos de psicoeducación; el 41.3% con síntomas depresivos moderados, permanecieron con atención psicológica; y el 50.4%, los casos moderados a severos o con ideación suicida, fueron referidos a atención psiquiátrica especializada.

Crucialmente, se logró identificar 25 jóvenes con ideación e intento suicida, se brindó la atención especializada inmediata. Esta respuesta oportuna ejemplifica el potencial de salvar vidas de un modelo escalonado de telepsiquiatría incorporado en la comunidad.

Impacto educativo y social

La intervención generó beneficios educacionales y sociales apreciables. Se reportó una disminución de 34,224 días de ausentismo escolar entre los 620 jóvenes beneficiarios. Esta cifra representa una reducción del 84% respecto al número estimado sin intervención, considerando datos previos de deserción escolar asociada a síntomas depresivos. El hallazgo resalta la relación entre la salud mental y los resultados académicos, particularmente en contextos donde la depresión precipita la deserción escolar.

Cobertura, acceso a servicios, y desarrollo de capacidades

De un total de 200 personas capacitadas, 67 se formaron como promotores comunitarios bilingües, lo que fortaleció la red local de detección. Este logro incrementó la cobertura, además de garantizar significancia cultural y lingüística en el apoyo a la salud mental en un nivel comunitario.

La instauración de un centro de atención MAP-PSI en el municipio de Ciudad Fernández dentro de una unidad de atención primaria creó una infraestructura sostenible para la continuidad de la atención, integrando personal humano, tecnología y confianza en la comunidad.

Viabilidad y aceptabilidad del modelo

Tanto los jóvenes como los profesionales de la salud reportaron altos niveles de satisfacción. Los participantes destacaron la pertinencia cultural de la intervención, particularmente el uso de psicoeducación bilingüe y el respeto por las cosmovisiones comunitarias. El personal de salud valoró la reducción de las barreras geográficas, el acompañamiento profesional constante y la oportunidad de integrar la telepsiquiatría en los flujos de trabajo existentes de la atención primaria.

Integración de hallazgos: El modelo MAP-PSI

La evidencia obtenida durante la fase piloto sustentó el diseño e implementación del MAP-PSI, el cual integra cinco componentes estratégicos:

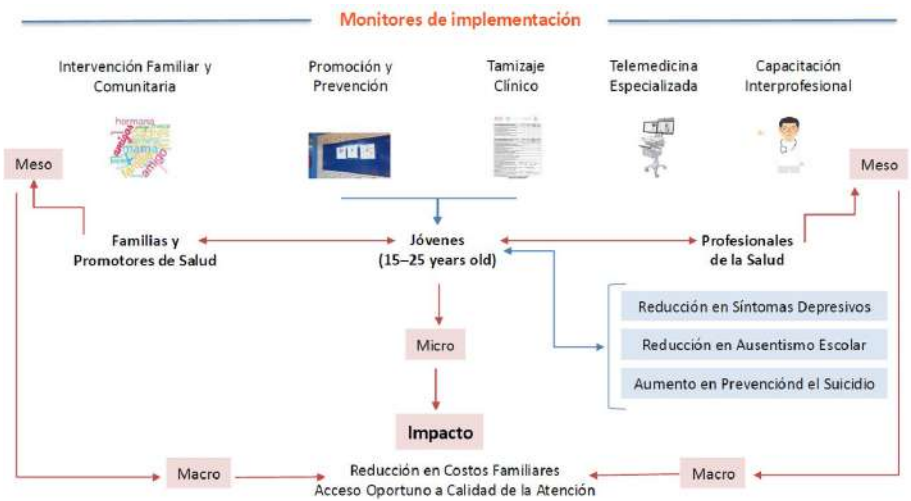
- Promoción y tamizaje comunitario, facilitando la detección temprana de síntomas depresivos.
- Intervención psicoeducativa culturalmente adaptada, para

incrementar el reconocimiento de síntomas y buscar atención.

- Ruta de atención escalonada, según la severidad de síntomas.
- Participación comunitaria y fortalecimiento de capacidades a través de la formación de promotores bilingües y la creación de una red local de detección.
- Prevención del suicidio, evidenciando el impacto en indicadores sociales sensibles.

En conjunto, estos elementos confirman la viabilidad, efectividad, y la sensibilidad intercultural del MAP-PSI en comunidades rurales e indígenas. Los resultados justifican su escalamiento en fases posteriores del proyecto y su capacidad de adaptación a otras regiones desatendidas (Figura 3).

Figura 3. Implementación Piloto del Modelo de Atención Primaria y Psiquiatría (MAP-PSI)



Discusión

Este estudio evaluó la efectividad viable del Modelo de Atención Primaria y Psiquiatría (MAP-PSI) para la reducción de síntomas depresivos

en jóvenes de comunidades rurales e indígenas en México. Los resultados demostraron una reducción de los síntomas depresivos, prevención de conductas suicidas, acceso a servicios especializados y reducción de costos, lo que confirma que el modelo es una estrategia operativamente factible y socialmente beneficiosa en contextos de alta marginación.

Estos resultados demuestran cómo la tecnología, en combinación con un modelo integrado de telepsiquiatría basado en la comunidad, puede contribuir a cerrar las brechas sistémicas en la atención en salud mental, reducir las inequidades entre poblaciones históricamente desatendidas, y favorecer el bienestar mental (NASLUND et al., 2017).

Los hallazgos de este estudio coinciden con la evidencia en países de ingresos bajos y medios que respalda la eficacia de intervenciones comunitarias adaptadas culturalmente y entregadas mediante tecnologías accesibles para mejorar la salud mental en jóvenes. Por ejemplo, en un ensayo aleatorizado por conglomerados realizado en India, se demostró que una intervención en salud mental apoyada por trabajadores comunitarios logró reducir los síntomas depresivos con buena adherencia y bajo costo (MAULIK et al., 2024). De forma similar, en Kenia, se demostró que intervenciones breves en comunidades escolares lograron reducciones rápidas y sostenidas en ansiedad y depresión entre adolescentes (VENTURO-CONERLY et al., 2022). Estos paralelismos refuerzan la importancia de la escalabilidad y la adaptabilidad al diseñar intervenciones dirigidas a comunidades marginadas.

En el caso del MAP-PSI, una fortaleza distintiva yace en la integración de tres modalidades de atención: psicoeducación, psicoterapia breve y psiquiatría especializada. Esta configuración permitió articular un modelo escalonado y flexible, adaptado al nivel de necesidad de cada joven, su abordaje por niveles de atención es consistente con estrategias internacionales de atención escalonada replicadas exitosamente en modelos híbridos en contextos rurales en China, Sudáfrica y Colombia (ZUO et al., 2025; CHIBANDA et al., 2016; Bacher et al., 2024). Al ajustar la intensidad de atención al individuo, el MAP-PSI maximizó

la eficacia y la pertinencia cultural, sin dejar de mantener la continuidad entre la comunidad y los niveles de atención especializados.

Es importante remarcar el potencial del programa para salvar vidas. La reducción de síntomas y la prevención de suicidios son indicadores críticos, particularmente en poblaciones indígenas donde la salud mental suele estar invisibilizada o estigmatizada. En el presente estudio, los promotores de salud comunitarios y el uso de lenguajes locales contribuyó de manera significativa al fortalecer la confianza de la comunidad y la participación activa, tal como lo sugieren estudios como el de Loades et al. (2025), que destacan el rol clave de la alfabetización cultural en el éxito de las intervenciones psicológicas juveniles. La capacidad del MAP-PSI para detectar y responder de manera inmediata a la ideación suicida representa un avance fundamental en la protección de la vida de los jóvenes vulnerables.

Desde una perspectiva de implementación, el modelo demostró altos niveles de aceptabilidad, cobertura y adherencia. La transferencia del conocimiento a la atención primaria y el uso de tecnologías favorecieron la sostenibilidad operativa y redujeron la dependencia en servicios terciarios centralizados. Los resultados son coherentes con los principios de la ciencia de implementación que enfatizan viabilidad, aceptabilidad, fidelidad, y sostenibilidad como pilares críticos de una intervención exitosa. (PROCTOR et al., 2011). Asimismo, la reducción del 98% en costos familiares sugiere un impacto positivo en la equidad del acceso, uno de los desafíos estructurales más relevantes en salud mental en América Latina (KOHN et al., 2018).

Limitaciones

A pesar de ser prometedor, se debe reconocer que el estudio tiene limitaciones. El diseño cuasiexperimental sin grupo control limita inferencias causales. No se evaluaron sistemáticamente indicadores de funcionalidad ni calidad de vida, por lo que no s**e conoce adecuadamente la magni**tud del impacto de la intervención en la vida cotidiana. Aunque se adaptó culturalmente, se requiere

mayor validación intercultural con metodologías cualitativas para garantizar la concordancia con la cosmovisión indígena. No obstante, la comparación pre y post con instrumentos estandarizados como el PHQ-9 y GAD-7 aporta evidencia robusta sobre la efectividad del modelo en contextos reales.

Conclusiones

La implementación piloto del Modelo de Atención Primaria y Psiquiatría (MAP-PSI) aporta evidencia sobre la viabilidad, efectividad y pertinencia cultural de un modelo escalonado a distancia, para mejorar el acceso a servicios de salud mental y reducir síntomas depresivos en jóvenes de comunidades rurales e indígenas en México

Este estudio demostró que la telepsiquiatría con adaptación cultural genera un impacto positivo no solo en indicadores clínicos, sino también en dimensiones sociales y económicas, al prevenir conductas suicidas, reducir el ausentismo escolar y mitigar la carga financiera familiar.

El uso combinado de estrategias como la psicoeducación bilingüe, la psicoterapia breve y la atención psiquiátrica por telemedicina permitió adaptar las intervenciones a distintos niveles de severidad clínica, promoviendo una alta cobertura. La participación activa de actores comunitarios y el fortalecimiento del primer nivel de atención consolidaron al modelo como una herramienta de equidad en salud.

Estos hallazgos posicionan al MAP-PSI como una intervención replicable y escalable en otras regiones con características sociodemográficas similares. Más allá de México, el modelo contribuye a la evidencia internacional sobre intervenciones innovadoras, comunitarias y sostenibles en salud mental en contextos de alta marginación. Asimismo, demuestra el potencial de la telepsiquiatría intercultural como una estrategia relevante para las políticas públicas orientadas a reducir las inequidades en la salud mental de la juventud a nivel mundial.

Agradecimientos

La autora agradece a todas las instituciones participantes, al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, al Departamento de Salud del Municipio de Ciudad Fernández, San Luis Potospi, México, por su noble colaboración y apoyo para la implementación del proyecto MAP-PSI. A todas las personas de las comunidades participantes y colegas colaboradores, todo el cariño y agradecimiento por hacer posible esta investigación. Los agradecimientos específicos se incorporarán tras la revisión por pares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARROLL, B. et al. Effect of the addition of a "help" question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: diagnostic validity study. **BMJ**, [s. l.], v. 331, p. 884, 2005.

BACHER, J. et al. Testing the effectiveness of the culturally adapted skills training START NOW to reduce mental health problems in adolescent refugees: study protocol for a randomized controlled trial. **Frontiers in Public Health**, [s. l.], v. 12, 1408026, 2024.

ĆAVAR, F.; MIHIĆ, J.; MILAS, G. Exploring the effects of mindfulness on adolescent depression—Findings from a longitudinal study. **Healthcare (Basel)**, [s. l.], v. 13, n. 8, 906, 2025.

CHIBANDA, D. et al. Effect of a primary care–based psychological intervention on symptoms of common mental disorders in Zimbabwe: a randomized clinical trial. **JAMA**, [s. l.], v. 316, n. 24, p. 2618–2626, 2016.

DÍAZ-CASTRO, L. **Implementación de un Modelo de Atención Primaria y Psiquiatría (MAP-PSI) a distancia para el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de trastornos depresivos en jóvenes de 15 a 25 años de comunidades indígenas de San Luis Potosí, México**: proyecto de investigación en saúde. San Luis Potosí: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2022. Protocolo de investigação não publicado.

DIEZ-QUEVEDO, C. et al. Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. **Psychosomatic Medicine**, [s. l.], v. 63, n. 4, p. 679–686, 2001.

EDWARDS, A. et al. Health Disparities among Rural Individuals with Mental Health Conditions: a systematic literature review. **Rural Mental Health**, [s. l.], v. 47, n. 3, p. 163–178, 2023.

GAMORAN, J. et al. An examination of depression severity and treatment adherence among racially and ethnically minoritized, low-income individuals during the COVID-19 transition to telehealth. **Psychiatry Research**, [s. l.], v. 342, 116221, 2024.

GONE, J. P.; TRIMBLE, J. E. American Indian and Alaska Native mental health: diverse perspectives on enduring disparities. **Annual Review of Clinical Psychology**, [s. l.], v. 8, p. 131–160, 2012.

KOHN, R. et al. Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s. l.], v. 42, e165, 2018.

KROENKE, K. et al. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. **Annals of Internal Medicine**, [s. l.], v. 146, n. 5, p. 317–325, 2007.

LOADES, M. E.; PERRY, G.; MARSHALL, N. Investigating Project Care UK, a web-based self-help single-session intervention for youth mental health: program evaluation. **JMIR Mental Health**, [s. l.], v. 12, e72077, 2025.

MAULIK, P. K. et al. Mental health care support in rural India: a cluster randomized clinical trial. **JAMA Psychiatry**, [s. l.], v. 81, n. 11, p. 1061–1070, 2024.

MAZZEO, S. E. et al. Mitigating harms of social media for adolescent body image and eating disorders: a review. **Psychology Research and Behavior Management**, [s. l.], v. 17, p. 2587–2601, 2024.

NASLUND, J. A. et al. Digital technology for treating and preventing mental disorders in low-income and middle-income countries: a narrative review of the literature. **The Lancet Psychiatry**, [s. l.], v. 4, n. 6, p. 486–500, 2017.

PROCTOR, E. K. et al. Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, [s. l.], v. 38, n. 1, p. 24–34, 2011.

VENTURO-CONERLY, K. E. et al. Single-session interventions for adolescent anxiety and depression symptoms in Kenya: a cluster-randomized controlled trial. **Behaviour Research and Therapy**, [s. l.], v. 151, 104040, 2022.

YANI, D. I. et al. The effects of universal educational interventions in improving mental health literacy, depression, and anxiety among adolescents: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Mental Health Nursing**, [s. l.], v. 34, n. 1, 2025.

YU, T. et al. Homework, sleep insufficiency and adolescent neurobehavioral problems: Shanghai Adolescent Cohort. **Journal of Affective Disorders**, [s. l.], v. 332, p. 273–282, 2023.

ZUO, L. et al. Physical activity influences negative emotion among college students in China: the mediating and moderating role of psychological resilience. **Healthcare (Basel)**, [s. l.], v. 13, n. 10, 1170, 2025

CAPÍTULO 31

MULHERES RIBEIRINHAS AMAZÔNIDAS: NARRATIVAS, ANCESTRALIDADE E BEM VIVER NO TERRITÓRIO DAS ÁGUAS

Márcio Mariath Belloc e Károl Veiga Cabral

Depois de uma chuva torrencial, a noite recém feita parecia andar preguiçosa, no mesmo ritmo lento da maré que enchia com calma, trazendo uma brisa leve que carregava com ela o cheiro das matas e do barro das margens do igarapé. Estávamos na ponte da casa de Dona Juçara, cujo nome verdadeiro não é esse, assim como o de todas as pessoas referidas aqui nesse texto, um pseudônimo escolhido a dedo para eticamente ocultar a identidade real. Para os que não conhecem, as casas ribeirinhas dessas latitudes costumam ter um avarandado em palafita sobre as águas do rio ou igarapé. Uma solução da arquitetura vernacular para facilitar o acesso à casa em uma região na qual as águas doces enchem e vazam todos os dias como o mar, mas também um espaço arejado e coberto para múltiplos usos, como o nosso àquela noite.

Sentados ao redor de uma mesa simples e farta, comidinhas, frutas, sucos e café temperavam e preenchiam a brisa com aromas e afetos. Era final de ano e, como de costume, fazíamos uma confraternização. Um costume criado e levado a diante por um grupo de mulheres de uma comunidade ribeirinha de uma ilha fluvial da cidade de Belém do Pará, na Amazônia brasileira. Não há nada de realmente inovador em uma confraternização de final de ano, é bastante comum em diversas geografias, sejam as dos mapas,

sejam as existenciais. Em muitas dessas há dinâmicas de trocas de presentes, festins gastronômicos e afetos compartilhados. Na nossa não é diferente. O que singulariza nossa reunião festiva é por se tratar de um grupo de cuidados de mulheres ribeirinhas, criado coletivamente com o intuito de promover e proteger o bem-viver de suas integrantes.

A maioria das convivas já havia chegado, os primeiros manjares já estavam sendo saboreados junto com a alegria do encontro, quando Dona Tereza pede a atenção de todas as pessoas presentes e pergunta:

– Ei, meu povo... tá tudo muito bom, tá tudo muito bonito, mas não vamos fazer a nossa avaliação? Bora porque se a gente se demora muito pra começar não dá tempo de todo mundo falar... às nove da noite chega a lancha pra levar o Márcio.

Nesse instante duas integrantes que faltavam atracam sua lancha, com sorrisos, pedidos de desculpas pelo atraso. Dona Tereza feliz pela chegada das companheiras, ao mesmo tempo sem disfarçar uma certa impaciência, espera as duas cumprimentarem e se acomodarem e retoma a palavra.

– Bom, meu povo... vou começar falando então. Eu queria dizer pra vocês de como é importante pra mim esse grupo, como é importante a nossa conversa. Vocês sabem que eu, no início, nem queria vir pra conversa. Há três anos atrás quando a minha sobrinha querida, a Juçara, me convidou pro grupo, disse que vinha um psicólogo aqui e que ia nos ajudar a montar esse grupo, que era pra nossa saúde mental e coisa e tal, eu pensei: será que vou? O que é que vou fazer lá? Já tô com quase setenta anos, já não tenho mais idade pra essas coisas... Mas aí vim na primeira reunião, né... pra não deixar mal minha sobrinha na frente do doutor, né... aí gostei da primeira reunião, vim na segunda, gostei mais ainda e fui ficando e não perco uma. A gente conversa, a gente se encontra, né... parece mentira que a gente não tem mais tempo de se encontrar, de se visitar como a gente fazia antes... e a gente vai vindo, conversando e de repente, sem a gente se dar conta acontece umas coisas com a gente que a gente nem acredita. Eu tinha uma coisa, uma lembrança, que todo dia de manhã eu

lembrava daquilo. Uma coisa horrível que me fazia muito mal só de lembrar. Todo dia era a mesma coisa... e eu pedia pra Deus: por favor meu Deus, eu lhe suplico de todo o coração, me faz eu esquecer disso, tira isso da minha cabeça... e isso faz muitos anos que todo o dia era assim, muito tempo mesmo. Mas sabe de uma coisa, não me esqueci dessa coisa horrível que eu vivi, eu ainda lembro, só que agora essa lembrança não me faz mais mal, é só uma lembrança como outra qualquer. E eu tenho certeza que isso foi pelas nossas conversas. Então eu queria agradecer muito a Deus, a vocês e a esse grupo que tomara continue ainda muito tempo. Esse grupo é uma coisa muito preciosa na nossa comunidade, que quem não vem pro grupo não sabe o que tá perdendo.

A comunidade ribeirinha referida pela Dona Tereza é formada por cerca de quarenta famílias. Em percurso feito em lancha, está mais ou menos a dez ou quinze minutos de distância da área urbana da cidade, dependendo da maré e da destreza do piloto. Está em uma região que tem sofrido mudanças importantes nas duas últimas décadas. Formada por pessoas hegemonicamente de origem afro-indígena-quilombola, por muito tempo teve seu cotidiano marcado pelo manejo sustentável principalmente do açaí, mas também do cacau e outras frutas amazônicas, além da pesca artesanal. Outras fontes de renda estavam vinculadas a esse cotidiano, como a confecção de cestarias (os paneiros), por exemplo, ou conserto de embarcações, construção e manutenção das casas etc. Uma forma artesanal e comunitária, medida pelas marés e pelas estações do ano. Dona Mariana, uma das moradoras mais antigas dessa região, cuja memória recente já vai enfraquecendo junto com o embranquecimento dos seus cabelos, sempre bem cuidados como as lembranças de sua infância, sua juventude e idade adulta, conta que o panorama da ilha mudou drasticamente.

– Há vinte anos era muito diferente aqui, meu filho. Tinha muito peixe, muito camarão. Agora com esse vai e vem de lancha e jet-ski já afugenta tudo, até a gente. Final de semana eu nem saio de casa. Começou com as pessoas de dinheiro, que tinham lanchas nos clubes do outro lado do rio Guamá e que passeavam no final de semana por esses canais. Às vezes eles paravam na nossa

casa e perguntavam se tinha comida. A gente dizia, olha senhor, só tem comida simples, peixe, arroz, feijão, farinha, açaí... naquela época, açaí era comida de pobre, meu filho. Aí a gente cobrava o que achava que valia e eles pagavam, e se gostavam voltavam de novo e até pediam pra gente: "olha, no final de semana que vem eu volto, viu? Será que a senhora prepara um camarão?" E a gente preparava, né meu filho... aos poucos as pessoas daqui foram botando restaurante e aí não parou mais.

As transformações narradas por Dona Mariana tiveram impactos significativos no cotidiano da ilha. A comunidade que organizava comunitariamente a sua vida ao ritmo das estações, em poucos anos é colonizada pela velocidade, mais do que das lanchas, do modelo neoliberal que veio na popa do turismo predatório. Ainda que a organização do transporte esteja ainda nas mãos de cooperativas de barqueiros, que levam e trazem os turistas; ainda que alguns estabelecimentos mantenham um cuidado com os rios, as margens e as matas; ainda que parte desses restaurantes ainda sejam de propriedade de famílias ribeirinhas; é a velocidade, o empreendedorismo e a meritocracia individual que acaba regendo a vida. Nota-se também, que o aumento exponencial de estabelecimentos vinculados ao turismo, como restaurantes e espaços de hospedagem, que são de empresários não ribeirinhos. E tudo isso supostamente em uma Área de Proteção Ambiental. Ainda existe o manejo do açaí, por exemplo, mas cada vez mais o trabalho dos ribeirinhos se volta a este turismo.

Sabemos com Jorge Alemán (2019), o neoliberalismo contemporâneo se estrutura na captura do sujeito em um circuito mortífero. O autor nos ensina que o bote do capitalismo atual não é somente sobre a força de trabalho do proletariado, é sobre a própria subjetividade. Como empresários de si mesmos, tornam-se consumidores de subjetividades *prêt à porter*, alimentado pela economia do masoquismo do circuito superegoico de gozo da pulsão de morte que exige renúncia e adaptação às teleologias da prosperidade (BELLOC, 2021). E isso tudo em um território latino-americano e, especialmente, brasileiro, marcado profundamente pelas atualizações escravocratas, como

afirma Jessé Souza (2019), cuja justificação meritocrática mascara, atualiza e fortalece privilégios e violências racistas seculares. Tal como afirma Anibal Quijano (2000), a colonização das Américas inventa o racismo para eliminar, escravizar e violentar civilizações que supostamente seriam mais primitivas ou inferiores. A partir do mesmo Quijano, sabemos que a colonialidade do saber e do poder atuais reproduzem as mesmas violências.

Para o observador atento, tal colonialidade pode ser percebida no cotidiano, em pequenos e grandes gestos. Na narrativa de Dona Mariana, ela comenta brevemente que final de semana evita sair de sua casa, que junto com a fauna aquática também as pessoas ribeirinhas são afugentadas, tamanho o trânsito de embarcações velozes. Contudo, não se trata somente da velocidade, senão da voracidade como são tomadas as águas como objeto de consumo, como propriedade de quem tem as embarcações mais potentes. Não são incomuns relatos de lanchas e motos aquáticas proposital e sadicamente produzirem ondas para molhar ou mesmo afundar pequenas embarcações artesanais; demonstrações de força e intimidação, ou até mesmo população ribeirinha sendo expulsa a tiros de espaços de lazer aquático; desrespeito à intimidade das famílias, desde uma simples fotografia sem permissão da vida ribeirinha, como se em um zoológico estivesse, passando por manifestações ruidosas, até exibicionismo e/ou autoexposição em atividades sexuais dentro das embarcações. Naturaliza-se a ocupação predatória dos rios, canais e igarapés. O que era vivo e compunha os processos de subjetivação da população ribeirinha vem sofrendo uma espécie de gentrificação das águas. Ao contrário dos versos imortalizados no cancioneiro de Paulo André Barata e Rui Barata, a colonialidade do poder faz com que esse rio não seja a rua da população ribeirinha. Naturaliza-se também o assoreamento progressivo e alargamento dos canais, tamanho o movimento de embarcações e as ondulações que geram, derrubando pouco a pouco as margens.

A colonialidade presente nesta gentrificação das águas coloca em ato um gesto violento que supõe que os moradores das ilhas são humanos-menos-humanos do que a branquitude que desfila no gozo altivo de suas ruidosas

e velozes embarcações. A mesma colonialidade que transforma os saberes seculares, em crendices, ignorância e folclore. A mesma colonialidade que ocupa também as terras dessas ilhas e empreendimentos turísticos vários. Uma ocupação que, pouco a pouco, vai derrubando mais mata, que não tem manejo adequado de dejetos. Um exemplo é o descarte das águas clorificadas das piscinas de estabelecimentos turístico-gastronômicos diretamente nos canais, que impacta diretamente na fauna:

– Pra limpar as piscinas eles jogam água no rio e, de tanto fazer isso, já não tem mais camarão. Agora me diz, pra que piscina com um igarapé lindo desses pra tomar banho? – Questiona Dona Juçara.

Tudo isso em um território que, em princípio, é uma Área de Proteção Ambiental, reconhecida pela Lei Estadual nº 6.083, de 13 de novembro de 1997, que, entre outras disposições, preconiza em seu Art. 2º "impedir ou evitar o exercício de atividades causadoras de sensível degradação da qualidade ambiental"; bem como em seu Art. 3º proíbe o "exercício de atividades que ameacem extinguir as espécies da biota regional".

Não obstante, é preciso dizer que o turismo nas ilhas de Belém tem múltiplos efeitos, inclusive alguns que a população ribeirinha considera positivos, a saber, as oportunidades de trabalho e de estudo, mais possibilidades como lembra Dona Fernanda:

– Antes não tinha trabalho aqui nas ilhas, principalmente para as mulheres. Os homens acabavam trabalhando no açaí, algumas mulheres também, mas principalmente os homens. A gente ou cuidava de casa ou tinha que ir trabalhar na cidade. Muitas vezes ir trabalhar em casa de família, nossa mãe nos levava para trabalhar numa casa de família como empregada doméstica, ainda menina. Não tinha incentivo para estudar como tem hoje. Eu sofri muito, a gente trabalhava muito. Eu até sofri muito assédio. Era comum, muitas sofriam. A gente passava a semana trabalhando, às vezes nem voltava pra casa no final de semana. Não tinha acesso às lanchas como tem agora. Era difícil. Agora tem trabalho aqui na ilha, hoje os mais jovens estudam e fazem

faculdade. Muita coisa mudou, algumas para pior, podiam preservar mais a nossa ilha, respeitar mais, né...

Quando chegamos na comunidade recém havíamos recebido as duas doses da vacina contra a Covid-19, arrefeciam as mortes, assim como as hospitalizações e os adoecimentos. Atravessar essa sindemia – pois envolve efeitos físicos, psíquicos e sociais articulados (BISBO JÚNIOR; SANTOS, 2021) –, produziu consequências importantes na saúde mental das pessoas no mundo, tal como aponta Organização Mundial da Saúde (2020, 2022a, 2022b). Nessa comunidade aprofundou também as iniquidades e vulnerabilizações.

Como se não bastassem a colonialidade e a sindemia, é preciso mencionar que a capacidade de produzir respostas no âmbito das políticas públicas estava bastante afetada. Não apenas pelos efeitos da sindemia da Covid-19, mas por políticas governamentais de diminuição do estado. Uma intervenção de macropolítica de estado que se espraia retroalimentada na micropolítica do cuidado. Enfrentávamos um período de muitos retrocessos nas redes de atenção à saúde, especialmente a partir do golpe de 2016 (CABRAL; BELLOC, 2019): podemos referir desde a Emenda Constitucional 95/2016, que congelou os investimentos em saúde e educação, passando pela reestruturação da política nacional de atenção básica em saúde e da política nacional de saúde mental, pautadas pelo que Eduardo Menéndez (2020) define como modelo biomédico hegemônico. Cabe ressaltar que a sintonia da colonialidade neoliberal e a hegemonia biomédica, já que centradas em individualização biológica de causas e respostas clínicas, em individualização das responsabilidades meritocráticas embaladas por teleologias da prosperidade (BELLOC et al., 2024). O modelo biomédico hegemônico coloniza as experiências de padecimento, tanto do ponto de vista dos modelos explicativos e referentes as respostas clínicas quanto pelo próprio senso comum, também ele já biomedicalizado.

Sendo assim, não é estranho que o início do nosso grupo seja marcado por um pedido por consultas na rede de saúde mental. Ocorre que visitando a comunidade para acompanhar um projeto no campo das artes, fomos apresentados

pela formação em psicologia, como se costuma fazer de forma inadvertida e coloquial: esse é o fulano de tal, psicólogo... Dona Juçara, sobrinha da Dona Tereza e uma das lideranças locais, vendo uma oportunidade, não hesitou:

– Olha seu Márcio, que bom que tô te conhecendo. Estamos com muitos problemas de saúde mental aqui na comunidade. Tem muita gente muito mal, inclusive uma menina se suicidou uns meses atrás, o que nos deixou mais pra baixo ainda. Tu não tinhas como conseguir umas consultas na secretaria da saúde? Tá bem difícil aqui pra nós. Assim, de cabeça, eu já penso em umas vinte pessoas que precisam de ajuda.

– Vamos fazer o seguinte, Dona Juçara: o que tu achas de convidar essas pessoas para uma roda de conversa? Podemos criar um grupo e nos encontrarmos uma vez por semana. O próprio grupo já será uma forma de cuidarmos da comunidade. E quem precisar de consulta ou tratamento individual a gente encaminha.

– Tu achas que uma roda de conversa vai funcionar? – questionou Juçara, visivelmente desconfiada.

– Não custa tentar...

Assim, conversamos sobre o melhor dia e horário. Terças e quartas-feiras foram identificados como mais apropriados, pois o trabalho com o turismo que envolve grande parte da comunidade se dá principalmente de quintas-feiras a domingo, sendo as segundas-feiras o dia de descanso. Também a preferência do turno da tarde, pois as tarefas domésticas, bem como compras e outros afazeres no centro urbano da cidade são feitas mais pelo turno da manhã. Pensando juntos o melhor dia e horário, levando em consideração as realidades do território marcamos o primeiro encontro.

Tal como narramos e analisamos em outro trabalho (BELLOC, TEIXEIRA E CABRAL, 2023), desde o início o espaço dessa roda de conversas foi tomado e protagonizado pelas mulheres da comunidade. Com exceção do primeiro encontro, quando uma das integrantes levou junto seu sobrinho, o grupo é eminentemente composto por mulheres ribeirinhas, numa faixa

de dezenove a setenta e poucos anos, e um psicólogo – um dos autores do presente texto. Nem o gênero nem a faixa etária foram estipuladas de antemão como regra de entrada. Contudo, desde o começo já podemos refletir sobre tal composição. Ainda mais porque, ao mesmo tempo em que acontecem nossas reuniões, muitas vezes, na outra margem do igarapé, estão os homens jogando futebol. Sentar-se para conversar tem nessa comunidade fortemente a marca do gênero feminino e da fase adulta e jovem-adulta.

Levamos conosco experiências grupais, principalmente no âmbito da atenção básica em saúde (BRASIL, 2013) e da ação comunitária, tendo como referência a noção de grupo-devir de Felix Guatarri (2004), mas também as contribuições de Emerson Merhy (2014) sobre o trabalho vivo em ato e a necessidade de construção do cuidado a partir das tecnologias leves, tecnologias relacionais. Assim o grupo nasce estruturado pela transversalidade e pela autoprodução, com tecnologias leves de cuidado também provindas dos saberes ancestrais ainda presentes e vivos na comunidade. Em consonância com Correa-Urquiza (2015), compúnhamos saberes do território e saberes doutos para produzir uma resposta de cuidado dentro da realidade brevemente descrita acima, foi necessário construir um espaço de resistência e emancipação. Reativar a força comunitária, subjugada pela colonialidade neoliberal e biomédica hegemônica, e disputar o espaço de promoção e proteção do bem-viver.

Não obstante, Frantz Fanon (1961) afirmando a tradição cultural como um dispositivo de suma importância para produzir resistência à violência colonial, também nos alerta sobre as violências contidas nas mesmas tradições. Sem dúvida que nossa composição do cuidado com as tradições ribeirinhas é um ato de resistência à colonialidade que define essa população como ignorante, supersticiosa e servil. Como seres humanos-menos-humanos pela ótica do modelo da branquitude urbana, dando um tom mais que pejorativo para a identidade "caboca[37]". A nossa construção coletiva do que o autor define

37 A expressão "caboca" refere-se a caboclo, que são filhos originários de pais de etnias diferentes, sendo um indígena e outro branco, tendo a pela acobreada e os cabelos lisos e negros, ou seja, um mestiço filho de branco com indígena, segundo o dicionário da língua portuguesa.

como trincheira cultural, estava desde o início armada na valorização dos saberes do território, com o mesmo teor de verdade que os saberes doutos que nos faziam acompanhar desde a grande Universidade na outra margem do rio. Saberes ribeirinhos singularmente presentificados em cada uma daquelas mulheres, suas ideias, suas reflexões, suas posições e proposições, suas dores, suas alegrias. Uma espécie de orgulho caboco construído passo a passo, a cada encontro, a cada fala a cada pequeno gesto. Uma grupalidade enxarcada de caboquice como ponto de partida.

No entanto, parte das violências contidas na tradição ribeirinha daquela comunidade já foram anunciadas. A divisão de gênero exposta acima é somente a antessala. Desde as primeiras conversas em grupo, já compareceram histórias e memórias de violências machistas sofridas. Apesar das reconhecidas origens quilombolas da comunidade, que sabemos com Paixão, Silva e Purificação (2023) serem matrilineares, a sobreposição de anos de colonialidades do saber e do poder acabam por manifestar as cores do patriarcado. Não é incomum escutar relatos cotidianos de naturalização das violências machistas.

– A gente aprendia desde pequena que homem é assim, sai faz a suas festas e a gente tem que segurar a casa para ela não cair – conta Dona Augusta.

Falas como esta da Dona Augusta vêm em profusão. Ainda que o tema do machismo nunca tenha sido escolhido como disparador das conversas – cada encontro é organizado a partir de um tema previamente escolhido pelas participantes – compareceram memórias de violência física, de abandonos de mulheres gestantes pelos companheiros, de violências econômicas em apropriação dos ganhos financeiros e/ou patrimoniais, de subordinações e subalternizações nas relações cotidianas, e um longo e terrível *et cetera*. Mesmo no atual contexto da economia do turismo, podemos perceber uma divisão de gênero que repete as tradições patriarcais, inclusive nas oportunidades de trabalho referidas por Dona Fernanda. A maioria das lanchas que levam a trazem turistas são pilotadas por homens, a maioria das cozinhas de restaurantes são pilotadas por mulheres. Homens na rua-rio, mulheres na cozinha.

Da mesma forma com as histórias dessas mulheres negras e ribeirinhas de violências racistas sofridas: em ambiente de trabalho, em ambiente escolar, numa simples compra em uma loja na cidade, numa consulta em serviço de saúde, no transporte coletivo, em cada situação corriqueira estão presentes, mesmo nas relações intrafamiliares nas quais o colorismo de quem é mais escuro e mais claro é fonte de violência. Assim como as questões relativas ao machismo, não é necessário a escolha específica do tema para serem compartilhadas tais memórias, remotas e atuais.

Compartilhar essas narrativas e ouvir a reação de outras e do grupo, vai construindo uma desnaturalização do patriarcado. Cria-se um espaço possível para crítica desta tradição machista dentro das formas ribeirinhas de viver a vida, bem como ações de apoio mútuo. Partilhar e trabalhar coletivamente essas histórias, desamordaçar as falas negras, como nos ensina Anna Carolina Fonseca de Melo (2024), no grupo desnaturaliza o racismo. Possibilita um horizonte emancipatório tramado coletivamente em ato.

Outra sobreposição colonial é a religiosidade. A comunidade vive a hegemonia de modelos de revelação cristã, uma maioria católica e um crescimento exponencial do neopentecostialismo, que têm suas implicações inclusive nos modelos explicativos (KLEINMAN, 1988) sobre as formas de produção dos padecimentos e suas respectivas respostas de cuidado. Santos (2024) demonstra a complexidade dessa experiência nessa comunidade, de várias camadas sobrepostas, compondo distintas racionalidades médicas, tal como as define Madel Luz (2013). Muitas vezes tal cuidado pode ser feito incluindo rezas e orações cristãs, com a presença de banhos de ervas, de chás, de simpatias, de interditos, comuns às ancestralidades indígenas e afrodiaspóricas. Um cristianismo caboco que precisa lidar com os encantados e as encantadas das águas e das matas ainda vivos e presentes na vida vivida às margens daquele igarapé. Muitas vezes essa sobreposição se presentifica como conflito, maior ou menor, de acordo com a possibilidade singular de conciliação das experiências frente a iconoclastia das formas mais fundamentalistas. Em uma

conversa que tratava de receitas de curas, Dona Aninha, uma das matriarcas da comunidade, nos conta:

– Umas semanas atrás eu tava na casa da minha neta. E minha bisneta tava sofrendo que só, a bichinha. Não conseguia nem falar, só chorava, chorava, se arranhava, numa angústia assim que dava dó. Um desespero. Ela não conseguia dizer o que ela sentia, se tinha acontecido algo pra ela ficar assim. Uma tristeza, seu Márcio. E a minha neta e o marido dela são crentes, né... aí o senhor sabe, trouxeram o pastor para orar na cabeça dela. E oravam e oravam e oravam, e davam água pra ela beber, e nada da bichinha melhorar, parece que ficava até pior. Eu já tava com medo que ela fizesse alguma besteira, o senhor sabe né... e fiquei ali olhando tudo e só esperando. Num momento que o pastor chamou os pais para conversar na ponte, lá na frente e aconselhar eles, eu aproveitei e fui correndo nos fundos do terreno onde eu sabia que tinha umas ervas muito boas, de muito poder de cura, seu Márcio. Fui num pé e voltei no outro e fiz um chá com umas ervas, com as outras eu passei no corpo dela rezando pra Nossa Senhora. Tive que fazer isso muito rápido, viu? Mas aí ela foi se acalmando, parando de chorar assim, assim, assim – Dona Aninha vai baixando a voz a cada "assim", fecha os olhos e respira fundo – e quando os pais dela voltaram, ela já tava calma e sorrindo. Eles falavam, glória a Deus e agradeciam ao pastor. Não adiantava pra eles eu dizer que ela na verdade tava era mundiada[38] por um encantado, eles não acreditam. Iam até brigar comigo se eu contasse o que tinha feito. Iam dizer que eu tinha parte com o coisa-ruim. Só que depois, seu Márcio, eu fiquei tão mal, tal mal, só o senhor vendo... como eu tive que fazer tudo muito rápido, o que tava nela eu puxei pra mim. Foi horrível. Passei uns dois dias mufiiiina[39], na cama, que nem levantava. Eu dizia que era virose, afinal os médicos só sabem dizer que é virose mesmo, né? – a narrativa termina aos risos soltos de Dona Aninha e da audiência. Após as risadas cúmplices, outra série de

38 A palavra mundiada refere-se a um estado de conexão mais profunda com as energias ou espiritualidade advindas dos encantados, dos seres superiores, indicando uma sensibilidade espiritual, como um despertar para conexões tanto com o mundo externo quanto com o mundo interno em um processo de autoconhecimento. Significa dizer que a pessoa está magnetizada, encantada pela energia.

39 Mufina é uma expressão coloquial utilizada pela população local para designar uma situação desfavorável, uma infelicidade, utilizada também para descrever azar, desgraça ou infortúnio.

narrativas e receitas de chás e banhos de ervas foram generosamente depositadas na mesa da partilha, que seguiu até a chuva que caia despretensiosa passar e as horas de retorno às nossas casas já se fizessem presentes.

Podemos observar na narrativa de Dona Aninha distintas formas de compreender os processos de padecimento, intervir sobre eles e organizar os saberes e respostas de cuidado. Poderíamos dizer, então, apoiados na contribuição de Madel Luz (2013), que estamos diante de distintas racionalidades médicas. Há a neopentecostal, que compreende o mal-estar da menina como um afastamento de Deus, ou mesmo uma possessão demoníaca e intervêm com as orações e a admoestação a um rígido padrão moral. Temos a da Dona Aninha, apoiada na ancestralidade afroindígena sincretizada no catolicismo, que compreende o mal-estar como uma manifestação da influência dos encantados, e propõe um cuidado com ervas aliado à intervenção de Nossa Senhora – no caso Nossa Senhora de Nazaré, padroeira da cidade de Belém, possivelmente nessa estratégia de cuidado também sincretizada com Oxum, orixá das culturas de matriz africana, senhora das águas doces. Com sua resposta de cuidado, também seu afeto e a generosidade de colocar o seu corpo para absorver o mal-estar da menina. E se a menina chegasse a um serviço de saúde, provavelmente segundo a racionalidade biomédica que hegemoniza as respostas de cuidado, seu mal-estar seria entendido como sua biologia individual em crise, talvez com um desarranjo das químicas cerebrais, com uma confirmação nosográfica e sua referente estratégia medicamentosa.

Trabalhar com tantas camadas de colonialidades, de modelos explicativos, de racionalidades médicas não é sem conflito, Dona Aninha, no alto de sua experiência, sabe muito bem disso. A questão é como podemos compor o cuidado de maneira que não redobremos a colonização das experiências de padecimento. Não existe receita ou protocolo. Mas apostamos por uma matriz ética ensinada pelos povos originários que, de certa forma, condensa e amplia princípios e diretrizes da reforma sanitária brasileira, alicerces do texto constitucional e do Sistema Único de Saúde.

Trata-se da noção de bem-viver, que tem sido cada vez mais assumida pelos povos originários das américas e por comunidades tradicionais brasileiras como uma forma de traduzir uma articulação da presença no mundo, de uma cosmovisão, na qual não só corpo e mente é uma divisão sem sentido, quanto do indivíduo e sua comunidade, dessa coletividade com o território e com a natureza e a ancestralidade. Trata-se de uma perspectiva não antropocêntrica de difícil equação em nossos meios urbanos. Segundo Acosta (2016), o bem-viver nos aponta a pensar e construir outros mundos, com sustentabilidade e solidariedade.

Sendo assim, nossa estratégia de cuidado tem sido construída dia a dia, encontro a encontro, com as mulheres ribeirinhas. Pensar em promover e proteger seu bem-viver em meio a tantas violências, a tantas colonialidades, passa por suspender nossas certezas, aprender com os saberes do território, como um fio da ancestralidade que atravessa singularmente cada uma delas, como um tecido tramado com cores diversas, em que a própria trama se abra para pluralidade de nós, sem subsumir-nos nas quimeras identitárias. E se agregamos a ideia do Sankofa, da tradição africana do povo Akan, para construir outro futuro é fundamental entender e aprender com o passado.

Por fim, o começo

...por isso o fim-começo começa e fina recomeça e refina e se afina o fim no funil do começo...
Haroldo de Campos

Iniciamos este texto com um mergulho na experiência. Assim o fizemos para aproximar o máximo possível a escrita e a leitura dos caminhos de construção do dispositivo de cuidado grupal com mulheres ribeirinhas amazônidas, bem como das produções de horizontes emancipatórios, como uma terceira margem do rio, utilizando-nos dessa imagem literária da prosa de Guimarães Rosa. Uma terceira margem de encontro de saberes científicos,

culturais, ancestrais, bem como aqueles produzidos dos próprios padecimentos. Aproveitamo-nos do capítulo de livro para liberar-nos do formato de artigo estruturado, condição de submissão a muitas publicações científicas e tão mais próximo de um pensamento cartesiano. Colocar na frente a experiência para narrar e discutir sobre a história de um dispositivo coletivo de cuidado não é empiria vazia, ao contrário é respeitar a promoção e proteção do bem-viver, é apostar pela produção de conhecimento que se dá no encontro. Afinal, como nos ensina Walter Benjamin (1940), estruturar e entender a história de forma linear e vazia é a aposta do historicismo burguês e do materialismo histórico vulgar que ele denunciava. Neste sentido, estar fundamentado num tempo linear, o tempo do progresso, só produz justificação da colonialidade. A violência de tratar uma civilização, uma cultura, como se estivesse numa fase inferior de um suposto desenvolvimento. Para o mesmo Benjamin precisamos escovar a história a contrapelo para nos defrontar no agora com as ruínas do passado, por exemplo, as ruínas patriarcais e escravocratas presentes em gestos macro e micropolíticos cotidianos. Citar o passado para mudar o presente.

É fundamental estar atento às complexidades do território, tamanhas sobreposições de modelos explicativos, tamanha a polissemia. Tratamos de opressões, narramos a criação de um comum como resposta de cuidado que aposta na pluralidade. Uma resposta de cuidado que se apoia na produção instituinte da comunidade. Não é só de violências e opressões que se constitui esse igarapé. Há uma riquíssima cultura. Há sobretudo vida pulsante nas águas, nas matas, nas pessoas, nos encantos. Parte disso pudemos narrar nas vozes dessas mulheres. Parte delas, por exemplo, criou uma associação de mulheres extrativistas e, em outra terceira margem com a academia, contaram com o apoio da agroecologia e da química para resgatar o ciclo artesanal da produção do óleo de andiroba, contando com os ensinamentos da mais longeva delas, que já se aproxima de um século de vida. Resgate ancestral, com sustentabilidade e geração de renda, produção de vida e florestania. Dizem elas também que nossas rodas de conversa ajudaram a se fortalecer para levar essa ideia e esse trabalho adiante.

O grupo dessas conversas foi criado com a comunidade, por uma demanda da comunidade. Nesses já quatro anos de existência segue em transformação, é vivo pelas vidas vividas que acolhe. Acolheu alegrias, acolheu tristezas, acolheu saberes, acolheu até pesquisa acadêmica. O grupo é da comunidade e assim será, até quando puder promover e proteger seu bem-viver.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOSTA, A. **O bem viver**: uma oportunidade para imaginar outros mundos. São Paulo: Autonomia Literária; Elefante, 2016.

ALEMÁN, J. **Capitalismo**: crimen perfecto o emancipación. [S. l.]: Ned Ediciones, 2019.

BELLOC, M. M. **Homem-sem-história**: a narrativa como criação de cidadania. Porto Alegre: Rede Unida, 2021.

BELLOC, M. M. et al. Promoção e proteção da saúde mental e do bem-viver amazônidas em Belém do Pará: primeiros passos de uma pesquisa viva em ato. **Saúde em Redes**, [s. l.], v. 10, n. 3, 4523, 2024.

BELLOC, M. M.; TEIXEIRA, L. B.; CABRAL, K. V. "Aê Curupira u tucá muirá sapupema, achihy u çacema": Proteção e promoção da saúde mental e do bem-viver às margens de um igarapé. In: FERLA, A. A. et al. (orgs.). **Saúde mental coletiva**: transoceanizando políticas e práticas locais-globais. Porto Alegre: Rede Unida, 2023. p. 140-158.

BENJAMIN, W. Sobre o conceito de história. In: BENJAMIN, W. **Magia e técnica, arte e política**: ensaios sobre literatura e história da cultura. São Paulo: Brasiliense, 1987. p. 222-234. (Obras escolhidas, v. 1). Original publicado em 1940.

BISPO JÚNIOR, J. P.; SANTOS, D. B. COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 10, e00119021, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

CABRAL, K. V. **Artesãos da Saúde**: saúde mental e participação social em Porto Alegre e em Barcelona. Porto Alegre: Rede Unida, 2021.

CABRAL, K. V.; BELLOC, M. M. Política, subjetividade e saúde em tempos precários: linhas de resistência e reinvenção. In: LEMOS, F. C. S. et al. (orgs.). **Biopolítica e tanatopolítica**: a agonística dos processos de subjetivação contemporâneos. Curitiba: CRV, 2019. p. 367-384.

CORREA-URQUIZA, M. **Radio Nikosia**: la rebelión de los saberes profanos. [S. l.]: Editorial Grupo 5, 2015.

FANON, F. **Os condenados da terra**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1961.

GUATTARI, F. **Psicanálise e Transversalidade**: ensaios de análise institucional. Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2004.

KLEINMAN, A. **The Illness Narratives**: suffering, healing and the human condition. [S. l.]: Basic Books, Inc., 1988.

LUZ, M. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MELO, A. C. F. **Desamordaçando Anastácia**: um estudo sobre a produção psicanalítica relativa ao racismo no Brasil. Curitiba: Appris, 2024.

MENÉNDEZ, E. Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. **Salud Colectiva**, [s. l.], v. 16, e2615, 2020.

MERHY, E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NASCIMENTO, A. **O quilombismo**: documentos de uma militância pan-africanista. 2. ed. Brasília, DF: Fundação Cultural Palmares; OR Editorial, 2002.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Mental Health and COVID-19**: early evidence of the pandemic's impact. Geneva: World Health Organization, 2022b.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Mental health and psychosocial considerations during COVID-19 outbreak**. Geneva: World Health Organization, 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **World mental health report**: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization, 2022a.

PAIXÃO, E.; SILVA, G. M.; PURIFICAÇÃO, N. Quilombos são territórios femininos. **Amazônia Real**, [s. l.], 2023. Disponível em: https://amazoniareal.com.br/quilombos-sao-territorios-femininos/. Acesso em: 4 fev. 2026.

PARÁ. [Assembleia Legislativa]. **Lei Ordinária nº 6.083, de 13 de novembro de 1997**. Dispõe sobre a criação da Área de Proteção Ambiental da Ilha do Combú no Município de Belém. Belém: Diário Oficial do Estado do Pará, n. 28.593, 17 nov. 1997.

QUIJANO, A. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. In: LANDER, E. (org.). **La colonialidad del saber**: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas. Buenos Aires: CLACSO; UNESCO, 2000.

ROSA, J. G. A terceira margem do rio. In: ROSA, J. G. **Ficção completa: volume II**. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1994. p. 409-413.

SANTOS, C. C. **"Eu rezo e tomo meus banhos de ervas"**: Narrativas ribeirinhas de padecimento e cuidado em saúde mental na Ilha do Combu – Belém/Pará. 2024. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2024.

SOUZA, J. **A elite do atraso**. Rio de Janeiro: Estação Brasil, 2019.

CAPÍTULO 32

DIREITO À OPACIDADE E CONFLUÊNCIA DE SABERES: UM PERCURSO PELO PESQUISAR EM TERRITÓRIOS TRADICIONAIS

Míriam Cristiane Alves; Ademiel de Sant'Anna Junior e Ezequiel de Candido Amaral

Primeira fricção: *Ìyá*[40] Netinha[41] e os mistérios que sussurram

Na noite iluminada do *ṣìrè*, onde o tambor pulsa no ritmo do coração da Mãe Terra, ergue-se *Ìyá* Netinha de *Ọ̀ṣun*. Ela não nasceu apenas do ventre de uma mulher de *Ṣàngó*, mas foi parida pelo útero mítico das terras amefricanas[42] do sul do Brasil, onde a memória do povo afro-gaúcho fez germinar o Batuque como semente que insiste em florescer e resistir em terreno acimentando pela violência colonial.

O terreiro que abriga os passos de *Ìyá* Netinha é refúgio, é resistência, é território ancestral cultivado por sua avó e bisavó, ainda na década de 1940. Ali,

40 Ao longo do capítulo utilizaremos palavras na língua iorubá, apresentadas em itálico, que não serão traduzidas.

41 *Ìyá* Netinha é uma personagem ficcional criada a partir da fricção entre material empírico e teórico da pesquisa de doutorado de Míriam Alves (2012).

42 Categoria analítica que faz pensar as conexões e confluências históricas, culturais e políticas entre povos nas Américas, tanto de africanos trazidos pelo processo de colonização, quanto aqueles que já habitavam o dito novo mundo muito antes de Colombo. A amefricanidade "[...] incorpora todo um processo histórico de intensa dinâmica cultural (adaptação, resistência, reinterpretação e criação de novas formas)" de existência (GONZALEZ, 2020, p. 134).

os que chegam encontram o sopro, o *ẹ̀mí*, que falta para fortalecer a existência; o alimento invisível que sustenta a vida quando o mundo visível, mantido pelo roteiro colonial, só oferece violência, exploração, sofrimento. O refúgio[43] não é fuga, mas lugar de recomposição e confluência[44]: o chão onde os pés pisam e a vida se reordena, onde o corpo volta a ser inteiro na Relação[45] com o outro, com as divindades, com a comunidade.

Ìyá Netinha carrega no *Orí* inscrições dos mundos visível e invisível: *Àyé* e *Ọ̀run*. Sua sabedoria foi nutrida ainda no ventre de sua mãe e potencializada desde o nascimento, em sua comunidade de terreiro. Hoje, ela guarda no corpo-memória[46] um legado de saberes ancestrais transmitido transgeracionalmente pelas matriarcas do terreiro e não se despe, diante da luz fria da transparência colonial. Há segredos, há mistérios que possuem um tempo certo e uma pessoa certa para serem transmitidos, revelados. *Ìyá* Netinha aprendeu com suas mais velhas a lançar mão do direito à opacidade para manter viva a memória de seus ancestrais. Não é preciso que o mundo compreenda em absoluto a sua tradição reterritorializada, para que ela exista. É em meio aos segredos e mistérios que as comunidades de terreiro vivem e resistem no avesso do compreensível, florescendo na sombra e guardando o poder de permanecerem inteiras. Em conversação com *Ìyá* Netinha, ela diz em alto e firme tom:

- No terreiro, saúde não é máquina regulada nem mercadoria, mas equilíbrio de forças. Saúde não é ausência de doença, mas o sopro, o *ẹ̀mí* que recoloca cada coisa em seu lugar; é o gesto que reordena o corpo, a mente, o espírito, a vida. Quem chega no *pèjí*, em frente ao altar dos *òrìṣà*,

43 "Seja no Haiti, no Brasil ou em Cuba, os espaços de culto 'afros' representam verdadeiros refúgios [...]" (BONA, 2020, p.32).

44 Trata-se de uma ideia-conceito central na crítica de Nego Bispo ao roteiro colonial e na afirmação de epistemologias próprias dos povos e comunidades tradicionais. Confluência se constitui no encontro de fluxos, de rios, de culturas, de histórias, de memórias, de modos de vida sem que um anule o outro (SANTOS, 2015).

45 Invenção de novos imaginários como experimentações poéticas que se dão na "Relação" (GLISSANT, 2021).

46 Para Beatriz Nascimento, "o corpo é igualmente memória. Da dor – que as imagens da escravidão não nos deixam esquecer, mas também dos fragmentos de alegria – do olhar cuidadoso para a pele escura, no toque suave no cabelo enrolado ou crespo, no movimento corporal que muitos antepassados fizeram no trabalho, na arte, na vida. Um golpe de cabeça, um jeito de corpo para escapar dos estereótipos, dos preconceitos e do racismo explícito" (RATTS, 2006, p. 68).

traz feridas da história – nomes arrancados, línguas proibidas, memórias roubadas – e encontra nos *ìtàn* e *oríkì* a possibilidade de retomar o fio de histórias e memórias que o roteiro colonial quis cortar. Isso não é saúde mental? Ali, a vida é travessia, a morte é retorno, e a saúde é a dança da vida, sustentada pela coletividade, pela força vital, pelo *àṣẹ* da comunidade de terreiro. E se o mundo ocidentocêntrico pede transparência, sobretudo com explicações exclusivamente racionais ou antropológicas, o terreiro responde com silêncio, canto e mandinga: não para esconder, mas para afirmar que a existência não precisa ser devassada para ser plena. O direito à opacidade é também direito à dignidade, à felicidade, ao encantamento de quem vive os mistérios da vida. No *ṣìrè*, que se ergue noite adentro, o corpo coletivo pulsa como promessa; homens, mulheres e crianças vibram a inteireza e a complementaridade de suas existências. Refúgio, opacidade, resistência: eis os nomes secretos da saúde de filhos e filhas de *òrìṣà* que carregam a ancestralidade transatlântica.

- Desde criança ouvia das minhas mais velhas que o ancestral não desaparece, que ele permanece entre nós. O ancestral funda uma família, uma comunidade, abre um território, sustenta a coletividade, mas precisa ser reverenciado para continuar vivo. É ele quem nos protege quando a ameaça se insinua, quem abençoa quando a vida treme. Por isso deve ser lembrado, chamado pelo nome, cultuado em cada geração. Minha bisavó dizia que, na roda da vida, os ancestrais retornam nas crianças que nascem e nas que ainda estão por vir. O bisneto nasce com o mesmo olhar da bisavó, ou com a mesma teimosia do bisavô, carregando no corpo um elo que nunca se quebra. Aprendi com os antigos que vivos e mortos não estão em lados diferentes: confluem na comunidade atravessando o tempo espiralar[47]. A morte não deve ser sentida como perda, isso é Ocidental; ela é ganho. Nas horas de dúvida, ela fala no ouvido dos vivos; na hora em que precisamos, ela sopra caminhos em

47 "No tempo espiralar, se manifestam formulações que invocam africanias, corpo-tela, e regem a oralitura; práticas medicinais curativas, invenção (fabricação de utensílios), arquitetura, narrativas e poéticas da voz, música, sons, artes, jogos corporais, danças afro, relação com o divino" (MARTINS, 2021, p.207).

nossa mente. Morte é direção e ensinamento a cada vez que um ancestral é convocado: é ancestralidade.

[...]

Iniciamos esse capítulo com uma fricção, aqui tomada enquanto movimento de contato e esfregação entre teorias, conceitos, vivências e memórias presentes-passadas para a produção e enunciação de um devir, de um porvir no campo analítico do estudo (ALVES et al., 2023, p.4). Temos como objetivo fornecer elementos teórico-conceituais sobre o pesquisar em confluência com saberes tradicionais, na perspectiva de deslocar e torcer a escuta e o cuidado em saúde mental. No percurso metodológico, tensionamos noções hegemônicas de ciência por meio da experiência poético-política encarnada na pesquisa em Psicologia Social. Para tanto, nosso referencial teórico transita pelas pegadas de Édouard Glissant em conversação com Dénètem Touam Bona e Conceição Evaristo, entre outros aurores.

Apesar de tomar a Negritude[48] como matriz fundadora de suas inquietações político-conceituais, Édouard Glissant (2021) se lança em uma caminhada ao abismo. Seu destino? Qualquer ponto entre partida e chegada, declamação e verso entre começo sem fim de uma caminhada. Para Glissant (2021), o destino é o próprio percurso que dança e subverte as identidades, na direção de experimentações fronteiriças; percursos que habitam entre os limites do conceito teórico e do mundo vivido; caminhos que vingam na correlação, na confluência entre as diferenças; é a nascente que não é nem de lá, nem de cá, e que se recusa a hierarquizar, diluir, estuprar, esquartejar e, portanto, compreender o outro diferente. É uma ideia-conceito de destino não como uma linha reta, fixa e predeterminada, mas como rizoma em que múltiplos caminhos coexistem, se entrelaçam, confluem, em que experiência

48 Trata-se de uma engrenagem conceitual movimentada pelo senegalês Léopold Senghor, pelo franco-guianês Léon-Gontran Damas e pelo martinicano, assim como Édouard Glissant, Aimé Césaire com quem visceralmente saboreamos a complexidade poética da Negritude como artimanha que não tem a pretensão de ser uma prescrição, menos ainda uma bula. A Negritude é "[…] conscientização da diferença, como memória, como fidelidade e como solidariedade. A Negritude resulta de uma postura ativa e ofensiva do espírito. É um despertar, e um despertar da dignidade" (CÉSAIRE, 2022, p.216).

atlântica constitui uma nascente entre outras tantas. É um destino-rizoma aberto ao imprevisível, que é múltiplo e se reinventa na poética da Relação.

Caminhar com *Ìyá* Netinha diz sobre uma dança coletiva entre muitas de nós: um *modus* andarilho que nos ensina a pesquisar, sobretudo, com comunidades tradicionais de terreiro. Temos sede de pesquisas que, ao se avizinharem da poesia, operem na cadência-pulsação da vida cotidiana das comunidades, dos *oríkì* e *ìtàn* entoados nos terreiros. Se nascemos do intermeio atlântico, não precisamos arredar as mãos nem recuar os pés de nossas posicionalidades. Afinal, como salienta Beatriz Nascimento, somos atlânticas (RATTS, 2006). É nesse modo de inscrição na pesquisa, que *Ìyá* Netinha nos localiza e, com seus companheiros de dança, Édouard Glissant e Hans Ulrich Obrist (2023), localizamos nossas recusas ao totalitarismo das geografias continentais. Não são os mapas que nos localizam; aliás, *Ìyá* Netinha sempre diz: - Nunca gostei de mapas, não são eles que me apresentam os territórios. Com meus filhos, eu aprendo a andarilhar pela vida, feito criança que aprende a andar com um pé de cada vez.

E se aquelas pessoas que nos leem estiverem se questionando sobre os limites desse território? É com Glissant (2021) que dizemos: "Eu me recuso a descrevê-lo, por achar inconveniente ter que representar uma deriva tão implacável" (p.142). E se, ao invés da descrição, andarilharmos pelas misturas sem apagamentos, forças que tensionam feito placas tectônicas e extravasam do infinito existências perspectivadas pelo arquipélago, assumindo que "[...] eu posso me transformar ao me relacionar com o outro, sem com isso perder ou diluir minha identidade" (GLISSANT; OBRIST, 2023 p.49)? É na fricção da barra da saia do mar com as lavas vulcânicas – provenientes do magma –, que nascemos feito arquipélagos, ou seja, pessoas e comunidades negras não são ilhas isoladas, mas estão em conjunção, em confluência. E não se enganem, não se trata de uma simples metáfora para que emerja um enunciado e uma existência em contexto de crise. Trata-se de uma dança sensível entre enunciados e existências que já habitam este planeta desde que mundo é mundo.

Para Gilles Deleuze e Felix Guattari (2020), o enunciado não é simplesmente uma frase ou uma proposição linguística. Ele é um acontecimento coletivo, um ponto onde forças, corpos, afetos e palavras se encontram e se territorializam. O enunciado está sempre atravessado por agenciamentos. Por este motivo, não existem donos de um enunciado, porque ele circula entre sujeitos, instituições, línguas, atmosferas. Abre-se no encontro com o fora que força a pensar.

Na perspectiva de Glissant (2024), é importante destacar que um enunciado não é uma criação parida pela crise. Muito menos distingue fora e dentro, pois ambos são tecidos pelas mesmas forças que movem o mundo e atravessam o corpo. Em outras palavras, se dançamos com os enunciados, não o fazemos para vir a ser, pois *Ìyá* Netinha já é, nós já somos. E é sendo que nossas existências, mesmo que atravessadas pela colonização, sempre dançaram na direção de muitos mundos que jamais foram apagados de nossos epitélios ancestrais. Nossos enunciados são causa e efeito de nossa resistência ancestral que, na perspectiva de Glissant (2024), operam através da crioulização – movimentos contínuos entre as diferenças que se encontram, sem que, para isso, precisem estar resolvidas entre si.

Neste sentido, para Glissant e Obrist (2023), a crioulização nos localiza em outro lugar, diferente da ficção colonial que inscreve mundos dicotomizados, cuja percepção do "ser" está baseada na imagem e semelhança do colonizador. Nenhuma novidade quando falamos de um sujeito do mundo que, ao refletir sua própria imagem no mundo, escolhe aniquilar tudo o que não é brancura. Seguindo na toada da ficção colonial, é relativamente simples notarmos porque *Ìyá* Netinha, Glissant (2021) e tantas de nós, não cabem no estatuto do *ser* e menos ainda na diferença que este *status quo* propõe. Afinal, para ser, é preciso ser branco.

É Achille Mbembe (2017) quem salienta a ficção útil que a colonização impõe, ou seja, a razão [branca] se instala pela dicotomia e oposição da emoção [negra], e por aí caminha a relação entre humanidade e natureza para o Ocidente, sendo o branco a civilidade, a humanidade e a própria razão. E o negro? Segundo

o autor, resta o repúdio ao corpo emotivo, o depósito do ressentimento, a natureza selvagem que, em forma de produto, tudo se justifica: o assassinato, o estupro, o extermínio, o aniquilamento e o sequestro justificados.

Quem é esse Ocidente que produz e reduz tantas ficções sobre nós? É essa força que precisa desmobilizar para fixar, catalogar para ser um/uno que nunca será. Estas são suas ficções, invenções do catálogo que nunca será. Não parece a quem lê que tais ficções coloniais se incumbiram de arruinar as diferenças? Com os pés fincados na própria ficção, nos colocamos a (re)inventá-las, rompendo e extirpando com seus mecanismos de defesa que necessitam amputar existências singulares para que sejam controladas, mensuradas e contabilizadas como recurso.

Reivindicamos outras ficções, essas que nos apresentam em arquipélagos, cujas matrizes conceituais se determinam e escorregam entre-através de outras ficções, assentadas no subterrâneo das fundações, dos solos sacralizados pelo suor de muitas de nós que escaparam com veemência da amputação, plantando no novo território portais por onde (re)existem diversas tradições de matriz africana. É a partir destas outras ficções feito assentamentos da ancestralidade que experimentamos com *Ìyá* Netinha a carne, o osso e o tutano de muitas vidas, em fricções entre teorias, conceitos, memórias e diferenças atlânticas sorrateiras e assentadas.

A diferença para o branco nunca foi o corpo negro que, por sua vez, precisou ser afastado, soterrado de quaisquer possibilidades de ser visto nesta perspectiva. Estamos diante do que Frantz Fanon (2008) nomeou como "zona de não-ser". Em suas palavras: "Há uma zona de não-ser, uma região extraordinariamente estéril e árida, uma rampa essencialmente despojada, onde um autêntico ressurgimento pode acontecer" (p.26). A zona de não-ser, portanto, não se trata de um retorno, de uma busca pelo ser, mas a abertura para aquilo que o ser colonial nunca suportou: a vida em excesso, que transborda os limites das identidades impostas. Mais do que o abismo cavado pelo branco em meio ao racismo antinegro, ela é fenda onde a existência e resistência se

refazem em dobra, inventando registros insuspeitos que nos arrastam como danças de fuga, de fugitividade.

Para Dénètem Touam Bona (2020), trata-se de uma cosmopoética do refúgio, cuja "ecologia dos sentidos e da imagine-ação" (p.11) fazem com que muitas *Ìyá* e tantos outros mestres do mundo invisível possam estabelecer "um diálogo obscuro, tecido de atmosferas, com o conjunto de tudo que vibra" (p.11). Falamos de um território sem mapas, em que a palavra se faz corpo à deriva e o corpo se faz arquipélago: multiplicidade que resiste a ser contida. Afinal, se tentaram nos lançar ao abismo, fazemos do abismo um portal – e em suas profundezas o que seria apenas destituição se converte em reinvenção: eis as comunidades tradicionais de terreiro. Resistir, aqui, é multiplicar-se, florescer como ilhas em arquipélago que não cessam de nascer e confluir. É nesse gesto que a experiência negra se aproxima do *sendo* de Glissant (2021): não síntese, mas abertura; não reconciliação, mas Relação – invenção contínua de mundos a partir daquilo que o ser colonial jamais suportou.

Se não há fora nem dentro, as células que compõem o mundo exterior são nossas atmosferas que respiram por dentro. O enunciado, então, não irrompe de uma crise única, mas se desdobra como movimento de diferenças que simplesmente seguem sendo. Ambos em uma dança frutífera na direção da crioulização: "A crioulização é o não-Ser enfim em ação: enfim a sensação de que a solução das identidades não está no fim da madrugada. De que a Relação, essa resultante entre contato e processo, muda e troca, sem nos perder nem nos desnaturar" (GLISSANT, 2024, p.142). Falamos de um caminho que se coloca a sentir o chão de nossas experiências forjadas na poética-política do ser sendo-no-mundo, como refere Glissant (2005). Poética-política que não dissocia razão e emoção, realidade e ficção, poesia e ciência; ao contrário, opera esses constructos na potência de suas complementaridades, o que, para uma ciência dita normal, como refere Thomas Kuhn (2006), talvez não seja possível.

Estamos nos desafiando a quebrar pensamentos, lógicas acadêmicas que produzem dicotomias, oposições entre experiências, entre o tradicional

de terreiro e o científico, por exemplo. Estas que, quando sentidas desde a complementaridade do encontro, têm a potência de produzir novas realidades. Você pode estar se perguntando: Como quebrar um modelo de produção de conhecimento? Talvez, dando passagem à *poiésis*, criando rotas de fuga, brechas de sobrevivência, beiradas de respiro para a construção de outras metodologias, a partir de epistemologias outras. Sem o compromisso com a diluição do outro para um universal, nos colocamos na ética de reconhecer, conviver e confluir com as diferenças, garantindo-lhes o direito à opacidade e apostando nas memórias e histórias que podem ser contadas em composição. Não é isso que *Ìyá* Netinha opera em seu terreiro?

Glissant (2021) nos convoca a pensar, sentir, escutar, saborear, exercitar a produção de conhecimento na poética da Relação e na ética da garantia do direito à opacidade. Convidamos você a operar nas rachaduras e nos pequenos furos provocados pela Relação, que quebram com a ideia de um ser absoluto. Mas de que quebras falamos? Falamos de uma implicação ético-política com a população negra para além de uma política de Estado; que se coloca a escutar o que mais adoece, faz sofrer, mata e exclui pessoas negras, mas sobretudo, a escutar a potência e as estratégias de cuidado e bem viver de nossas comunidades negras. Embora o Sistema Único de Saúde (SUS) seja um avanço no Brasil, saberes e práticas em saúde ainda são firmados e reconhecidos enquanto produção exclusiva da medicina ocidental, compartimentada em especialidades, sem, muitas vezes, se atentar à saúde produzida nos territórios.

Ìyá Netinha nos apresenta pistas sobre como o cuidado em saúde é concebido e se movimenta em sua comunidade de terreiro. Míriam Alves (2012) nos adverte que produzir saúde no terreiro é produzir força vital, e que esse movimento só se realiza quando enraizado na dinâmica civilizatória negro-africana, com seus valores, concepções e modos de pensar, sentir e organizar a vida e a morte. Não se trata de um saber restrito a práticas rituais ou a um tempo-espaço específico, mas de uma vivência que precisa atravessar todas as dimensões da existência, seja ela visível ou invisível. A autora enuncia

que, nessa cosmologia, o ser humano não é uma entidade isolada, mas sim parte de um todo que o antecede e o sustenta: comunidade, natureza e cosmos. Quando essa totalidade se fragmenta, instala-se a desarmonia – não apenas individual, mas coletiva.

Vanda Machado (2002) nos lembra que, no terreiro, "uma árvore não é só uma árvore, não é só uma unidade biológica" (p.60). Ela carrega sentidos que se entrelaçam a processos biológicos, socioculturais e subjetivos, expressando a inseparabilidade entre o natural, o social e o simbólico. É nesse entrelaçamento que vida e morte se tornam condição indispensável para os modos de ser, compreender e agir no mundo, para quem vive a dinâmica civilizatória de uma comunidade de terreiro. A constituição do sujeito, portanto, não se dá em uma interioridade solitária, mas na experiência partilhada, na confluência de saberes, no vínculo e na reciprocidade. Como nos ensina *Ìyá* Netinha, no terreiro, saúde não é mercadoria, mas composição, confluência entre o visível e o invisível.

A quebra, portanto, é aqui tomada enquanto movimento de estilhaçamento (MOMBAÇA, 2021) que faz insurgir um projeto político de ciência no qual *Ìyá* Netinha de *Ọ̀ṣun* emerge como enunciado de modos de existências negras, modos de estar, de compreender, de ser sendo-no-mundo. Ou seja, estilhaçamento que fala de uma ética, de uma epistemologia e de uma ontologia que precisam ser escutadas e incorporadas para além de algo complementar à saúde. Afinal, lá se vão séculos de ouvidos moucos de uma ciência normal-branca-colonial que, além de apenas escutar a si, empreendeu a universalização de si e de seu conhecimento. Falamos da herança histórica colonial de um conhecimento científico que precisa ser nomeado, problematizado, revirado em suas entranhas, abrindo possibilidades de entrada para o imprevisto, o incerto, o insano.

Glissant (2021, 2024) nos inspira e convoca ao fazer científico poético-político. De que modo? Partimos de uma pergunta básica – para alguns, talvez –, inspiradas na curiosidade das crianças enquanto crescem e vão ampliando a linguagem e as confecções com a vida: O que é pesquisar, afinal? Para

que(m) serve o que pesquisamos e escrevemos? De que modo flanar pelo rigor acadêmico da produção do conhecimento sem perdê-lo de nossos sentidos e, ao mesmo tempo, sem ser eclipsado por ele?

Apostamos no encontro entre o rigor científico e a leveza da poesia, isto é, na poética da Relação entre ciência e poesia. Apostamos na Relação com R maiúsculo, assim como nos ensina Glissant (2021), partindo do deslocamento, da torção, da problematização sobre a primazia do ser para o ser sendo-no-mundo. Nas palavras de Glissant (2021): "[...] A Relação não é de estranhezas, mas de conhecimento partilhado" (p.33); a Relação não é um absoluto, mas uma totalidade, em "[...] que, por força poética e prática, e ininterruptamente, procura se aperfeiçoar, se dizer, em suma, simplesmente se completar" (p.60). Falamos de uma ciência viva produzida no exercício de transitar, navegar, mergulhar, flanar pela zona de não-ser, pela incerteza e imprevisibilidade, sustentando-as enquanto ponto de partida para a insurgência epistemológica e a produção crítica em ciências humanas.

Convidamos você a transitar pelo pesquisar desde a confluência com saberes outros; a caminhar pela pesquisa para além das certezas do império visual que a ciência normal nos apresentou como a verdade única, aquela em que tudo deve ser visto a partir da imagem do olho, da primazia absoluta da visão. Nesse momento, deixe a infância chegar, para a pergunta suportar: E se ao invés de só olhar o outro, nos colocarmos no atrevimento de enxergar no escuro? E se ao invés de só ouvir, nos colocarmos a escutar o silêncio? E se nos colocarmos no atrevimento de escutar cantos e pulsações encarnadas nos ruídos do mundo? E se ao invés de só tocar ou pegar, nos colocarmos no atrevimento de tatear? E se ao invés de só engolir ou cuspir, nos colocarmos no atrevimento de saborear enquanto conhecemos novos gostos? Poderia ser este um modo de interrogar no fazer pesquisa? Mas, afinal, o que significa esse lugar de pesquisar? Esse lugar de descolonizar o pesquisar?

Se é para fazer mais do mesmo, escrever do mesmo jeito, analisar, traduzir, investigar a partir dos mesmos caminhos, questionamos: O que estamos fazendo aqui? E não se trata de disputar com modos convencionais de produzir

conhecimento, no sentido de determinar o que o outro pode ou não pode fazer. Trata-se sim, de afirmar aquilo que nós somos, o modo como pesquisamos, o modo como nos tornamos pesquisadoras. Existem diferentes modos de produzir conhecimento, e nós estamos trabalhando na poética da Relação que desmonta, que quebra as hierarquias para viver confluências de saberes, como nos ensina Antônio Bispo dos Santos (2015) – Nego Bispo. Junto ao Nego Bispo, ressaltamos que a confluência movimenta nossa compreensão sobre a saúde das comunidades quando apostamos com ele na convivência, na Relação com elementos da natureza e suas especificidades que nem sempre se misturam e são iguais, mas que confluem, nos convidando a seguir na mobilização pluralista entre povos.

Afirmamos que é possível produzir conhecimento com todo rigor acadêmico, ampliando as perspectivas e os modos de fazer brotar o novo, o inusitado, o inesperado, desde a poética-política que insurge na quebra de fronteiras; que percorre o fio da navalha pelo movimento errático dos estilhaços; que caminha pelo cuidado em saúde mental sem precisar transformar a diferença em assimilação. Em *Alienação e Liberdade*, Fanon (2020) ressalta que um efeito de dominação herdado da colonização ocorre quando: "O esforço tem que ser feito pelo 'nativo', que tem todo o interesse em se assemelhar ao tipo de homem que lhe é proposto. A assimilação, nesse caso, não implica reciprocidade de perspectivas" (p.182). Logo, produzir conhecimento em saúde precisa haver mais do que alguém narrando ao dito especialista-pesquisador a sua queixa para que esse traduza a problemática, precisa ter o encontro, a Relação, a escuta, o cuidado em confluência para ser possível viver e conhecer também a partir daí.

Segunda fricção: Saberes descalços na opacidade e em confluência

No jardim do terreiro, as flores conversam entre si, enquanto a chuva refresca a aridez da terra, tornando-se uma multidão de vida, em um pequeno

espaço, perto de pedras de concreto e britas. Em seu interior, todas as presenças descalças se sentam em roda, sem espaço suficiente em cadeiras. Os mais novos oferecem espaço aos mais velhos nas cadeiras e poltronas, sentando-se no chão. O terreiro brilha; sua decoração, enfeites e sagrados fazem arrepiar cada olhar. *Ìyá* Netinha dá boas-vindas a quem é da casa e a quem chega ali pela primeira vez, e agradece a presença de membros da comunidade que se dispuseram a participar de uma roda de conversa com pesquisadoras da universidade federal. Em seguida, pede para Suzi, psicóloga e pesquisadora, que se apresente e explique o motivo da reunião.

No entre-lugar onde palavras e silêncios se encontram em meio às apresentações, risadas e brincadeiras das crianças que corriam de um lado para outro, Suzi diz que gostaria muito de conversar sobre os mistérios e encontros entre o que é entendido pela comunidade como doença de médico e doença de *òrìṣà*. *Ìyá* Netinha sorri com o canto da boca e diz: - "Você é atrevida, menina! Os nossos mistérios são nossos, mas posso te contar alguns causos!". E começa a responder à pergunta de Suzi sem bisturi, nem receita, mas com a língua afiada de uma matriarca que carrega o legado de quem veio antes.

- Há dores que pertencem ao *Ọ̀run*, há feridas que se curam com água de rio e canjica branca, há outras que pedem remédio de farmácia, há ainda as que exigem ambos, porque o corpo é um território de encruzilhadas. No excesso da vida, essas pílulas que vocês tomam se tornam feitiço de desarmonia, o calmante do corpo, mas não do espírito. É um amortecimento da vida que não olha para a raiz do problema e acaba devorando o que deveria equilibrar. Tudo o que é em demasia escorrega para o abismo. E os que viram as costas à ancestralidade, vivem a insanidade como quem chega a um deserto sem sombra – uma experiência árida e vazia, sem sentido, sem vida.

- E como a senhora cuida de alguém que chega ao terreiro nessa situação, *Ìyá*?

- Nós não negamos o conhecimento da medicina convencional. Nós entendemos que precisa acontecer a confluência entre *òrìṣà* e medicina, entre *ẹ̀bó* e

remédio, entre resgate e descoberta. E tudo isso quem indica é o oráculo. Ele revela o destino não como linha reta, mas como uma rede viva de encontros. E quando a gente abre o oráculo, a gente sabe que cada corpo, cada voz, cada silêncio precisa manter sua opacidade; tem coisas que não precisa explicar ou revelar. A gente só fala aquilo que a pessoa pode escutar. *Òrìṣà* revela, mas nem tudo nós podemos falar. No oráculo, as verdades se entrelaçam sem se dissolverem, como rios que se encontram, mas ainda guardam seu gosto, seus segredos. É o oráculo que aponta o caminho, e nós apenas acompanhamos as pessoas para seguirem o seu percurso. Sobre os *ẹ̀bó*? O que são os *ẹ̀bó*? *Ẹ̀bó* é oferenda, mas também é travessia. É perfume para *Ọ̀ṣun*, é amalá para *Ṣàngó*, é o gesto que harmoniza o corpo e o espírito, é o antídoto contra a quizila, é a palavra entoada em conversa com o invisível. *Ẹ̀bó* não é só um objeto ofertado, é relação entre mundos, entre vida e morte. O Ocidente nos ensinou a ver a morte como ausência, como perda irreparável, como dor que cava buracos na memória, no coração. Mas essa leitura não é única, não é absoluta, não é o destino de todos os mundos, de todas as cosmologias. Na cosmopercepção das tradições de matriz africana, a morte não é fim; é dobra, é passagem, é metamorfose que abre caminhos para os que virão. Quando alguém chega no terreiro trazendo nos olhos o peso da herança judaico-cristã, o medo do nada, o luto como silêncio absoluto, o oráculo e a palavra ancestral lembram: - morrer é transformar-se, é retornar à massa de origem, voltar a circular na relação entre vivos, antepassados e ancestrais, é inscrever-se no movimento do universo que nunca cessa de se fazer. E nesse gesto de deslocar a percepção, o sofrimento é suavizado, não porque se explica, mas porque se conecta à trama maior onde morte e vida não são opostas, mas forças que se entrelaçam, tecendo cura naquilo que antes parecia ferida. Assim, compreender a morte como passagem é abrir espaço para a reconciliação com o próprio destino, é aceitar que, no rizoma da existência, nada se perde, tudo conflui na Relação.

[...]

De que modo quebrar fronteiras entre aquilo que se deseja, que se vive e aquilo que se escreve sobre si e sobre o outro? Será possível transitar por esses

abismos? Entre a realidade vivida e a ficção escrita? Vivemos a ficção universal inventada sobre nós, negros e negras, macumbeiros e macumbeiras, escrita e atualizada pela ciência normal-branca-colonial, que necessita ser reescrita. A ficção de nossas realidades emerge das reminiscências de memórias de quem veio antes, de quem vive o presente e de quem engendra o futuro. A ficção de nossas realidades opera no agenciamento de nossos corpos políticos, em cada letra preta grafada no papel branco, seja com grafite, tinta nanquim, caneta esferográfica, ou ainda a partir do teclado no qual digitamos palavras imaginadas.

É fundamental que sintamos esse corpo político e que ele esteja inscrito naquilo que nos comprometemos a pesquisar, a escutar, a cuidar: mais escuta às subjetividades, do que protocolos de existências. Conceição Evaristo (2016), com sua sabedoria escrevivente, em *Insubmissa Lágrimas de Mulheres*, muito nos ensina sobre a potência da ficção enquanto estratégia de visibilização de nosso ser sendo-no-mundo. Se a violência e a ficção da universalidade do humano nos retiram do mundo, a reelaboração da ficção produz novas realidades sobre o que éramos, o que nos tornamos e o que podemos vir a ser, na medida em que ultrapassa a exatidão do vivido e do narrado em meio à simbolização e à produção de novos imaginários. Em *Ponciá Vivêncio*, Evaristo (2017) escreve:

> Da leitura era preciso tirar outra sabedoria. Era preciso autorizar o texto da própria vida, assim como era preciso ajudar a construir a história dos seus. E que era preciso continuar decifrando nos vestígios do tempo os sentidos de tudo que ficará para trás e perceber que por baixo da assinatura do próprio punho, outras letras e marcas a via. A vida é um tempo misturado, do antes, agora, depois e do depois ainda. A vida é mistura de todos e tudo, dos que foram, dos que estavam sendo e dos que viriam a ser (p. 110).

Nossas ficções são tomadas como material empírico para o desenvolvimento de nossas hipóteses conceituais. Torcemos e até viramos do avesso ficções inventadas pelo colonialismo, na perspectiva de produzir novas realidades sobre nós, homens e mulheres negras. Por meio da ficção, buscamos

"agarrar a vida, a existência, e escrevê-la em seu estado de acontecimento" (EVARISTO, 2022, p.8). A ficção nos ajuda a falar sobre nossas experiências cotidianas em acontecimento, sobre nossa existência desde um comum, desde elementos invariantes que agenciam experiências negras no Brasil.

Nas palavras de Prigogine (1996), "o acontecimento mais insignificante pode mudar o curso da história" (p. 26). Ele é uma contingência que introduz a ideia de incerteza na previsão do futuro (PRIGOGINE, 2003). O acontecimento é crise, conflito, acidente, contratempo, contingência, acaso, agruras e tem a potência de transformar, modificar, destruir, desenvolver, transicionar a partir do encontro, da Relação. A ficção nos ajuda a problematizar, torcer, conversar com conceitos já consolidados na Academia, mas, também, criar novos.

Nesse sentido, tomamos a ficção como uma estratégia para produção e apresentação do material empírico que emerge do campo, de nossa experiência e escuta em comunidades tradicionais, em equipamentos do SUS, clínicas privadas e consultórios. E, aqui, entra a poética da *poiésis*. É da condição de nossos corpos-sujeitos negros, de nossas experiências comunitárias e tradicionais negras, que produzimos, que ficcionalizamos e friccionamos essas mesmas experiências, na perspectiva de produzirmos conceitos e conhecimentos outros. Apostamos na ficção enquanto experiência de fuga, na perspectiva de Bona (2020), que nos possibilita vibrar corpos-sujeitos furtivos e opacos frente aos mecanismos de opressão da ciência colonial aplicada ou ensinada.

Nosso corpo, nossa experiência e existência negra e comunitária, é o terceiro oculto da ciência moderna, esse terceiro que provoca, abala, desacomoda as verdades universalizantes do sistema branco-colonial. Verdades empilhadas e enfileiradas nas prateleiras das bibliotecas de nossas universidades, cujas paredes brancas empurram para as franjas, para as pontas, para as periferias de seu mundo letrado, todo conhecimento que, segundo as lentes ocidentocêntricas, não responde aos signos da ciência hegemônica. E aqui, falamos apenas das lentes da visão. Que tal, lentes da audição? Lentes do tato, do olfato? Lentes da cosmopercepção no fazer científico?

Oyèrónkẹ Oyěwùmí (2021) entra de mansinho nesse terreiro para nos dizer que, nas sociedades ocidentocêntricas, o termo "cosmovisão", ao tentar "resumir a lógica cultural de uma sociedade, capta o privilégio do visual" (p.29). Já o termo "cosmopercepção" é compreendido como um modo mais complexo e inclusivo de descrever a concepção de mundo de diferentes grupos culturais que, em suas relações, "podem privilegiar sentidos que não sejam o visual ou, até mesmo, uma combinação de sentidos" (OYĚWÙMÍ, 2021, p.29). Essa autora nos ajuda a levantarmos os seguintes questionamentos: Como produzir uma escrita científica sensorial? Como produzir uma escrita que possa ser sentida no corpo? De que modo operar as palavras, desde uma política de escrita, em que razão e emoção, poesia e ciência, possam caminhar juntas?

Ao tomarmos a cosmopercepção como categoria de análise que precisa constituir nosso fazer científico, vamos forjando uma política de escrita que busca fazer pensar-sentir o texto, indagando-se, a todo momento, sobre: Como escrever o observado? Para quê? Por quê? Para quem? E assim, quem sabe, possamos nos aproximar e expressar, minimamente, o que sentimos na observação. Esta que foi produzida na confluência entre o que se sente, o que se percebe, o que se degusta, o que se tateia, o que se vê, o que se escuta. Trata-se de brincar, gingar com as palavras para produzir um texto sensorial; de transformar a escrita para ser sentida e não apenas lida; de fazer o texto científico produzir arrepios desde a diferença.

De que modo a diferença pode aparecer sem ser esquadrinhada, apreendida, encapsulada pelo outro? Como é possível operar a diferença em nossas universidades, se a grande maioria dos livros que abarrotam nossas bibliotecas, físicas ou virtuais, vêm, como refere Ramón Grosfoguel (2016), dos cinco países que monopolizam o chamado cânone nas universidades ocidentalizadas (França, Alemanha, Inglaterra, Itália e Estados Unidos)? Precisamos lembrar que o olhar europeu transformou os não europeus em um diferente, em outro. Uma diferença muitas vezes percebida com indiferença e outras tantas vezes tomada como ameaça ao universalismo branco. Construída

pelo branco europeu, a diferença tem muito mais a ver com ele próprio, do que com o outro, pois o branco sempre tomou a si como modelo, para então projetar sobre o outro as mazelas pelas quais ele nunca foi capaz de assumir. Muito da diferença, portanto, está no âmbito da ficção universalizante de quem é normal e quem é diferente. E a ciência normal-branca-moderna-colonial opera na validação da ideia de hierarquização e inferiorização desta mesma diferença, autorizando a dissecação do outro para aprendê-lo.

Em suas poéticas, Glissant (2021) problematiza a transparência, enunciando o modo como a colonização inventa a raça e usa a pele como estratégia de identificação e hierarquização do humano para apreender o outro, não humano. A transparência está ligada à exigência de que culturas, povos e sujeitos se tornem absolutamente compreensíveis e legíveis a partir de uma lógica universalizante. A transparência seria a pretensão ocidentocêntrica de reduzir o outro ao que é "claro" e "traduzível", de enquadrar as diferenças em uma norma. É uma forma de controle: o outro só pode ser aceito se for "traduzido" e "explicado" na linguagem do colonizador.

Em meio a críticas à transparência, Glissant (2021) propõe o direito à opacidade. A opacidade não significa obscuridade ou ignorância, mas a possibilidade de que o outro permaneça inapreensível em sua totalidade, que não precise se reduzir a uma essência "clara" para ser reconhecido. O direito à opacidade é um modo de afirmar a diferença sem submetê-la a um padrão único de inteligibilidade. A opacidade sustenta o pensamento da Relação, pois reconhece que identidades são múltiplas, em movimento, criadas no contato, mas que não precisam se diluir em transparência para existirem.

Na opacidade, não precisamos compreender o outro; apenas confluir entre nossas diferenças. É possível pensar o fazer científico em confluências e composições? Precisamos sustentar que não iremos compreender em absoluto o mundo, as coisas, a vida, para então sustentarmos o direito à opacidade do outro. Sustentação que passa pelo movimento de estilhaçamento de várias quebras, dentre as quais destacamos a quebra da língua, como vai nos apontar

Grada Kilomba (2019), ou seja, quebra para perceber as relações coloniais atuando por dentro da língua, por dentro do modo como a língua portuguesa, por exemplo, opera a colonização do pensamento – com(preensão). Ao olhar-sentir o significado do prefixo *com* e o significado do sufixo *preensão*, o que salta aos sentidos?

Essa ideia do diferente, não igual, pautada na transparência que o colonizador branco forjou, pressupõe o escaneamento, o esquadrinhamento, o encapsulamento do que acham que somos, para dizerem quem somos. O direito à opacidade é uma maneira de proteger a alteridade da ardente captura colonial, universalizante. Alteridade é a diferença radical, não transparente, e ainda assim digna de coexistência e respeito. Uma saída à animalização e esvaziamento. Allan da Rosa (2021) dialoga conosco nessa possibilidade do direito à opacidade quando afirma: "É sobre viajar no pensamento, não esgotar um entendimento apenas no que seja objetivo" (p.93). Portanto, no campo da saúde mental, não é o saber profissional que vai dizer tudo o que a pessoa atendida necessita ou é; a premissa inicial se manifesta em como podemos ouvir e escutar o que somos na Relação com o outro, naquela realidade. Uma inversão ao que Fanon (1968) chama de negação sistematizada do outro.

Do mesmo modo, conjura-se ao que Rachel Gouveia Passos (2018) descreve como manicômio social: a naturalização da violência institucional contra corpos negros, a medicalização e a patologização da vida, incluindo internação compulsória, esterilização coercitiva e higienização urbana – fenômenos que remetem aos navios negreiros. Assim, o direito à opacidade vai além das especificidades da formação social brasileira e de quando, de fato, teremos efeitos alcançáveis de uma saúde mental antimanicolonial, como assevera Emiliano David (2024). O direito à opacidade pode compôr uma agenda global e circular, apesar das estruturas e barreiras na disputa diária por liberdade e autodeterminação, desde noites sem forma, sequestros atlânticos e abismos aparentemente sem fim.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOSTA, A. **O bem viver**: uma oportunidade para imaginar outros mundos. São Paulo: Autonomia Literária; Elefante, 2016.

ALEMÁN, J. **Capitalismo**: crimen perfecto o emancipación. [S. l.]: Ned Ediciones, 2019.

ALVES, M. C. **Desde dentro**: processos de produção de saúde em uma comunidade tradicional de terreiro de matriz africana. 2012. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

ALVES, M. C.; SANT'ANNA JÚNIOR, A.; IZIDORO-PINTO, C. M. Mulheres pretas da enfermagem: escrevivência atrevivida em oralitura na COVID-19. **Revista Estudos Feministas**, [s. l.], v. 31, n. 1, e83154, 2023.

BELLOC, M. M. **Homem-sem-história**: a narrativa como criação de cidadania. Porto Alegre: Rede Unida, 2021.

BELLOC, M. M. et al. Promoção e proteção da saúde mental e do bem-viver amazônidas em Belém do Pará. **Saúde em Redes**, [s. l.], v. 10, n. 3, 4523, 2024.

BENJAMIN, W. Sobre o conceito de história. In: BENJAMIN, W. **Magia e técnica, arte e política**: ensaios sobre literatura e história da cultura. São Paulo: Brasiliense, 1987. p. 222-234.

BISPO JÚNIOR, J. P.; SANTOS, D. B. COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 10, e00119021, 2021.

BONA, D. T. **Cosmopoéticas do refúgio**. [S. l.]: Cultura e Barbárie, 2020.

CABRAL, K. V. **Artesãos da Saúde**: saúde mental e participação social em Porto Alegre e em Barcelona. Porto Alegre: Rede Unida, 2021.

CÉSAIRE, A. **Textos escolhidos**: A tragédia do rei Christophe; Discurso sobre o colonialismo; Discurso sobre a negritude. [S. l.]: Cobogó, 2022.

DAVID, E. **Saúde Mental e relações raciais**: desnorteamento, aquilombomento e antimanicolonialidade. [S. l.]: Perspectiva, 2024.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia. 2. ed. [S. l.]: Editora 34, 2020.

EVARISTO, C. **Canção para ninar menino grande**. [S. l.]: Pallas, 2022.

EVARISTO, C. **Insubmissas lágrimas de mulheres**. 2. ed. [S. l.]: Malê, 2016.

EVARISTO, C. **Ponciá Vicêncio**. [S. l.]: Pallas, 2017.

FANON, F. **Alienação e liberdade**: escritos psiquiátricos. [S. l.]: Ubu, 2020.

FANON, F. **Os condenados da terra**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.

FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador: EDUFBA, 2008.

GLISSANT, É. **Introdução a uma poética da diversidade**. Juiz de Fora: UFJF, 2005.

GLISSANT, É. **Poética da Relação**. [S. l.]: Bazar do Tempo, 2021.

GLISSANT, É. **Tratado do todo-mundo**. [S. l.]: N-1 Edições, 2024.

GLISSANT, É.; OBRIST, H. U. **Conversas do arquipélago**. [S. l.]: Cobogó, 2023.

GONZALEZ, L. **Por um feminismo afro-latino-americano**: ensaios, intervenções e diálogos. [S. l.]: Zahar, 2020.

GROSFOGUEL, R. A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistêmico. **Sociedade e Estado**, [s. l.], v. 31, n. 1, p. 25-49, 2016.

GUATTARI, F. **Psicanálise e Transversalidade**: ensaios de análise institucional. Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2004.

KILOMBA, G. **Memórias da plantação**: episódios de racismo cotidiano. [S. l.]: Cobogó, 2019.

KLEINMAN, A. **The Illness Narratives**: suffering, healing and the human condition. [S. l.]: Basic Books, Inc., 1988.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. [S. l.]: Perspectiva, 2006.

LUZ, M. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MACHADO, V. **Ilé Axé**: vivências e invenção pedagógica – as crianças do Opô Afonjá. Salvador: EDUFBA, 2002.

MARTINS, L. M. **Performances do tempo espiralar**, poéticas do corpo-tela. [S. l.]: Cobogó, 2021.

MBEMBE, A. **Crítica da razão negra**. [S. l.]: N-1 Edições, 2019.

MENÉNDEZ, E. Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. **Salud Colectiva**, [s. l.], v. 16, e2615, 2020.

MERHY, E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOMBAÇA, J. **Não vão nos matar agora**. [S. l.]: Cobogó, 2021.

NASCIMENTO, A. **O quilombismo**: documentos de uma militância pan-africanista. 2. ed. Brasília, DF: Fundação Cultural Palmares, 2002.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **World mental health report**: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization, 2022a.

OYĚWÙMÍ, O. **A invenção das mulheres**: construindo um sentido africano para os discursos ocidentais de gênero. [S. l.]: Bazar do Tempo, 2021.

PARÁ. [Assembleia Legislativa]. **Lei Ordinária nº 6.083, de 13 de novembro de 1997**. Dispõe sobre a criação da Área de Proteção Ambiental da Ilha do Combú no Município de Belém. Belém: Diário Oficial do Estado do Pará, 1997.

PASSOS, R. G. "Holocausto ou navio negreiro?". Inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. **Argumentum**, [s. l.], v. 10, n. 3, p. 10-23, 2018.

PRIGOGINE, I. Criatividade da natureza, criatividade humana. In: CARVALHO, E. A.; MENDONÇA, T. (org.). **Ensaios de complexidade 2**. [S. l.]: Sulina, 2003. p. 21-26.

QUIJANO, A. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. In: LANDER, E. (org.). **La colonialidad del saber**: eurocentrismo y ciencias sociales. Buenos Aires: CLACSO, 2000.

RATTS, A. **Eu sou Atlântica**: sobre a trajetória de vida de Beatriz Nascimento. São Paulo: Instituto Kuanza, 2006.

ROSA, A. **Águas de homens pretos**: imaginário, cisma e cotidiano ancestral. [S. l.]: Veneta, 2021.

SANTOS, A. B. **Colonização, quilombos, modos e significações**. Brasília: INCTI/UnB, 2015.

SANTOS, C. C. **"Eu rezo e tomo meus banhos de ervas"**: narrativas ribeirinhas de padecimento e cuidado em saúde mental na Ilha do Combu – Belém/Pará. 2024. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2024.

Autores e Autoras

Ademiel de Sant'Anna Junior. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Email: psi.ademieljunior@gmail.com

Alcindo Antônio Ferla. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: ferlaalcindo@gmail.com

Aldo Tomassini. Centro de Investigación Clinica en Psicología - CIC-P. Facultad de Psicologia. Universidad de la Republica UDELAR. Secretaria Nacional de Drogas. E-mail: aldo.tomassini@presidencia.gub.uy

Alejandro Zarur Osorio. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Autónoma del Estado de México. E-mail: alzarur@yahoo.com.mx

Allana Beatriz Costa Maia. Psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial Fluvial do município de Abaetetuba. E-mail: allanacmaia12@gmail.com

Amanda Magalhães Souza. Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Ciências da Vida da UNEB (PPGSC/UNEB). E-mail: amsouza.psic@gmail.com

Ana Carolina Rios Simoni. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Editora-chefe da Revista Estudos de Psicologia (Natal). E-mail: carolina.rios@ufrn.br

Analice de Lima Palombini. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Bolsista PQ/CNPq. E-mail: analice.palombini@gmail.com

Andrea Paula da Costa Munção. Mestranda no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: psi.andreamuncao@gmail.com

Ângelo de Pádua Alves Linhares. Mestrando em Cognição, Tecnologias e Instituições (PPGCTI/UFERSA). E-mail: angelsdepadua@gmail.com

Ariele Moura Figueredo. Mestranda em Cognição, Tecnologias e Instituições (PPGCTI/UFERSA). E-mail: arielemourafigueredo@gmail.com

Blanca Estela Pelcastre-Villafuerte. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), México. Observatório de Saúde dos Povos Indígenas. E-mail: blanca.pelcastre@insp.mx

Brisana Índio do Brasil da Silva. Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESPVS/Sobral/CE). E-mail: brisanaindio@gmail.com

Bruna Ghiorzi. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional (PPGPSI/UFRGS). E-mail: brunaghiorzi.psi@gmail.com

Bruno Ferrari Emerich. Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. E-mail: brunofemerich@gmail.com

Bruno Lopes Lima. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). E-mail: blopes.social02@gmail.com

Clarissa Mendonça Corradi-Webster. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/USP. E-mail: clarissac@usp.br

Corina Evelin Demarchi Villalón. Doutoranda em Comunicação e Cultura no Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). E-mail: coridemarchi@gmail.com

Dario Pasche. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: dario.pasche@gmail.com

Dayanna Lorrayne Rodrigues Barbosa. Universidade Federal de Uberlândia (UFU). E-mail: psi.dayannabarbosa@gmail.com

Douglas Casarotto de Oliveira. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: douglascasarotto@hotmail.com

Eduardo Ángel Madrigal-De León. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) no México. E-mail: difusion@imp.edu.mx

Èlida Hennington. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. E-mail: elida.hennington@ipec.fiocruz.br

Emmanoel Holanda Melo Ferreira. Mestrando no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: emmanoelhmf@outlook.com

Esteffanie Machado da Silva Alves. Graduanda em Musicoterapia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, bolsista de Iniciação Científica CNPQ – FIOCRUZ. E-mail: esteffaniemachado.aluna@gmail.com

Ezequiel de Cândido Amaral. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: ezequielamaralpsi@gmail.com

Flávia Cristina Silveira Lemos. Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail: flaviacslemos@gmail.com

Flavia do Bonsucesso Teixeira. Universidade Federal de Uberlândia (UFU). E-mail: flavia.teixeira@ufu.br

Franciele Alves dos Santos. Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: franciele_as@hotmail.com

Francineti Maria Rodrigues Carvalho. Doutoranda em Psicologia no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail: francineti_carvalho@hotmail.com

Frida Nadiezda Güiza Valverde. Investigadora nacional nivel 1, profesora investigadora en Cetys Universidad campus Tijuana. México. E-mail: frida.guiza@cetys.mx

Gabriela Cardim. Doutoranda em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP. Rio de Janeiro. E-mail: cardimgabriela@gmail.com

Giovanni Sampaio Queiroz. Doutorando no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: giovannisq.psi@gmail.com

Helena Cortes. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: helena.cortes@ufsc.br

Helvécio Miranda Magalhães Júnior. Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. E-mail: helveciomiranda@gmail.com

Iasmin Sharmayne Gomes Bezerra. Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: iassharmayne@gmail.com

Inea Giovana da Silva-Arioli. Universidade do Vale do Itajaí/UNIVALI. E-mail: inea.giovana@gmail.com

Ísis Aríscia de Araújo Martins. Mestranda em Cognição, Tecnologias e Instituições (PPGCTI/UFERSA). E-mail: isisariscia@gmail.com

Jader Ferreira Leite. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Bolsista PQ/CNPq. E-mail: jaderfleite@gmail.com

Janeth Agrazal García: Facultad de Enfermería, Universidad de Panamá. E-mail: janeth.agrazal@up.ac.pa

Jessica Freire Sales Ponte. Psicóloga. E-mail: jessicapsicologia2015@gmail.com

João Paulo Macedo. Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAR). Bolsista PQ/CNPq. E-mail: jampamacedo@gmail.com

Jucieli Polyanna Querino da Silva. Mestranda no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: jucieli.polyanna@gmail.com

Juliane Chaves. Psicóloga. E-mail: juliane.achaves@fiocruz.br

Karla Patrícia Holanda Martins. Universidade Federal do Ceará. Bolsista PQ/CNPq. E-mail: kphm@uol.com.br

Károl Veiga Cabral. Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail: karolveigacabral@gmail.com

Leandro Amorim Rosa. Universidade Federal do Acre (UFAC). E-mail: leandro.rosa@ufac.br

Lenilma Bento de Araújo Meneses. Universidade Federal da Paraíba (UFPB). E-mail: lenilmabento@gmail.com

Leonardo Fernandes Martins. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC/RJ)**.** E-mail: leomartinsjf@gmail.com

Lígia Castegnaro Trevisan. Psicóloga Clínica. E-mail: ligiatre@gmail.com

Lina Díaz-Castro. Researcher in Medical Sciences by the Interinstitutional System of Researchers of the Ministry of Health, Mexico. E-mail: dralaindiaz@hotmail.com

Lisiane Aguiar. Psicóloga. E-mail: lisiaguiar@gmail.com

Lívia Sicaroni Rufato. Departamento de Psicologia do Centro Universitário de Franca. E-mail: rufato.livia@gmail.com

Lívia Zanchet. Psicóloga. E-mail: liviazanchet@gmail.com

Lorena Silva Marques. Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: lorenasmarqs@gmail.com

Lucas Moura Santos Silva. Universidade Federal do Rio de Janeiro e Universidade Federal Fluminense. Email: lu_moura@id.uff.br

Lucas Vinícius de Macedo Costa. Mestrando em Cognição, Tecnologias e Instituições (PPGCTI/UFERSA). E-mail: lucasvmc18@gmail.com

Macarena Chepo. Instituto de Investigación del Cuidado en Salud (IIAC). Facultad de Enfermería. Universidad Andrés Bello, Chile. E-mail: paz.chepo@unab.cl

Magali da Silva Almeida. Universidade Federal da Bahia (UFBA). E-mail: magali.almeida@ufba.br

Magda Dimenstein. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)**.** Bolsista PQ/CNPq. E-mail: magda.dimenstein@ufrn.br

Manuela D'Ávila. Jornalista pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Militante política na cidade de Porto Alegre (RS). E-mail: manuela@esefossevoce.org

Marcelo da Silva Guimarães. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). E-mail: marcelodsg2014@gmail.com

Márcio Mariath Belloc. Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail: mmbelloc@gmail.com

Marco Aurélio Prado. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). E-mail: mamprado@gmail.com

Marco José de Oliveira Duarte. Universidade Federal de de Juiz de Fora (UFJF)**.** E-mail: marco.duarte@ufjf.br

Marcos Vinícius Ribeiro Araújo. Universidade Federal da Bahia (UFBA). E-mail: marcos.araujo@ufba.br

Margarita Bernales. Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile. E-mail: mmbernal@uc.cl

Maria Clara Fernandes Araújo de Paiva. Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: mariaclarapaiva.psi@gmail.com

Maria da Graça Gomes da Costa. Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). E-mail: mariaggomes@gmail.com

Maria Helena Zamora. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC/RJ). E-mail: zamoramh@gmail.com

Maria José Marín. Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud, Escuela de Enfermería, Universidad San Sebastián, Sede Valdivia, Chile. E-mail: maria.marin@uss.cl

Maria Luiza de Sousa Belém. Mestranda no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: ma.luizas@hotmail.com

Maria Luiza de Sousa Lopes. Mestranda no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: marialuizaacademico@gmail.com

Maria Vitória Nunes Souza. Mestranda no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: vitorianunespsi@gmail.com

Marluce da Silva Santana – Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFBA (PPGCS/UFBA). E-mail: marlucesantanaseso@gmail.com

Matheus Rios Silva Santos. Doutorando no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: matheusrssantos@gmail.com

Michelle Mateus Yepes. Psicóloga y Antropóloga, actualmente cursa el Doctorado en Psicología en la Universidad de los Andes. E-mail: michellemateusy@gmail.com

Miguel Ángel Escalante. Maestría en Salud Mental, Universidad Nacional de Córdoba. E-mail: miguel.escalante@unc.edu.ar

Míriam Cristiane Alves. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: miriamalves.ufrgs@gmail.com

Mônica Nunes. Universidade Federal da Bahia (UFBA). E-mail: nunesm@ufba.br

Maurice de Torrenté. Pesquisador Associado do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia (UFBA). E-mail: maurice@ufba.br

Monique Pfeifer Rodrigues da Silva. Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: pfeifer.silva@ufrn.br

Monique Sidney Moreira. Psicóloga. E-mail: moniquesymoreira@gmail.com

Natalia Bautista Aguilar. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. E-mail: natbaag83@gmail.com

Neuza Maria de Fátima Guareschi. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Bolsista PQ/CNPq. E-mail: nmguares@gmail.com

Nicole Stef Vieira Candeloro. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (USP). E-mail: nicolecandeloro@usp.br

Omar Alejandro Bravo. Departamento de Estudios psicológicos, Universidad Icesi, Cali, Colombia. E-mail: omarlakd@gmail.com

Patrícia Constantino. Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP/FIOCRUZ Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde - CLAVES. E-mail: paticons@claves.fiocruz.br

Patricia Gómez. Maestría en Salud Mental, Universidad Nacional de Córdoba. E-mail: pgomez@fcm.unc.edu.ar

Paula Emília Adamy. Psicóloga. E-mail: paulaadamy@gmail.com

Paula Rolim Pinto de Souza. Mestranda em Cognição, Tecnologias e Instituições (PPGCTI/UFERSA). E-mail: psipaularolim@hotmail.com

Pedro Junior Rodrigues Coutinho. Universidade Paulista - UNIP. E-mail: pedror.coutinho@hotmail.com

Rachel de Siqueira Dias. Coordenadora de Saúde Mental do município de Abaetetuba. E-mail: rachelsiqueiradias@gmail.com

Rafael Wolski de Oliveira. Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS. E-mail: faelwolski@gmail.com

Rachel Gouveia Passos. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). E-mail: raquel rachel.gouveia@gmail.com

Renan Rocha. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). E-mail: renan.rocha@unifesp.br

Renata Pegoraro. Universidade Federal de Uberlândia (UFU)**.** E-mail: renatapegoraro@gmail.com

Ricardo Burg Ceccim. Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA). E-mail: burgceccim@gmail.com

Rodrigo Lages e Silva. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: lagesesilva@gmail.com

Ruth Fernandez. Maestría en Salud Mental, Universidad Nacional de Córdoba. E-mail: ruth.fernandez@unc.edu.ar

Ryanne Wenecha da Silva Gomes. Psicóloga. E-mail: ryannewenecha@hotmail.com

Sabrina Pereira Paiva. Universidade Federal de de Juiz de Fora (UFJF)**.** E-mail: sabrina.paiva@ufjf.br

Sandra Caponi. Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC). Bolsista PQ/CNPq. E-mail: sandracaponi@gmail.com

Saulo Luders Fernandes. Universidade Federal de Alagoas (UFAL). E-mail: saupsico@gmail.com

Silvio Yasui. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP/SP). E-mail: silvioyasui@gmail.com

Simone Mainieri Paulon. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Bolsista PQ/CNPQ. E-mail: simonepaulon@gmail.com

Sophia Luiza Jager Silva. Universidade Federal de Uberlândia (UFU)**.** E-mail: sophialuiza.jager@gmail.com

Suelen da Silva Cordeiro. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). E-mail: suelendasilvacordeiro@gmail.com

Suellen Ferreira Luz. Psicóloga**.** E-mail: suferreiraluz@gmail.com

Tayara Maronesi. Psicóloga. E-mail: Instituto "E Se Fosse Você?", E-mail: tayara@esefossevoce.org

Telmo Mota Ronzani. Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Bolsista PQ/CNPq. E-mail: tm.ronzani@gmail.com

Thales Lindenmeyer. Psicólogo. E-mail: thales.lindenmeyer@gmail.com

Victor Hugo Belarmino. Faculdade Sucesso/FACSU. E-mail: victorbelarmino1992@gmail.com

Víctor Pedrero. Instituto de Investigación del Cuidado en Salud (IIAC). Facultad de Enfermería. Universidad Andrés Bello, Chile**.** E-mail: victor.pedrero@unab.cl

Vladimir Andrei Rodrigues Arce. Universidade Federal da Bahia (UFBA). E-mail: vladimir.arce@ufba.br

Wendolyne Molina Sánchez: Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Coahuila. E-mail: wendolyne.molina@uadec.edu.mx

Zenilda Rafaela Costa Nóbrega. Zenilda Rafaela Costa Nóbrega Psicóloga, mestranda em Cognição, Tecnologias e Instituições (PPGCTI/UFERSA). E-mail: rafaelacostanobrega24@gmail.com

Publicações Editora Rede UNIDA

Série:

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes
Ética em pesquisa
Participação Social e Políticas Públicas
Pensamento Negro Descolonial
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde
Educação Popular & Saúde
Saúde Mental Coletiva
Atenção Básica e Educação na Saúde
Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Saúde & Amazônia
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Vivências em Educação na Saúde
Clássicos da Saúde Coletiva
Cadernos da Saúde Coletiva
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade
Conhecimento em movimento
Arte Popular, Cultura e Poesia
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
Branco Vivo
Saúde em imagens
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia

e-livro
SUSTENTABILIDADE
editora redeunida

FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br

editora
redeunida

ISBN 978-65-5462-297-4