

RNUFEN



PHENOMENOLOGY AND INTERDISCIPLINARITY

@ Programa de Pós-graduação em Psicologia

DOSSIÊ

RIGHT TO MENTAL HEALTH AND CARE IN FREEDOM: KNOWLEDGE AND PRACTICES

A LIBERDADE É TERAPÊUTICA



Volume 18 • 2026

Qualis CAPES: | A4 ISSN 2175-2591



RNUFEN

PHENOMENOLOGY AND INTERDISCIPLINARITY

Volume 18 • 2026

Revista NUFEN: Phenomenology and Interdisciplinarity

ISSN: 2175-2591



Editorial

Adelma Pimentel – UFPA

Maria de Nazareth Malcher – UNB

Hernani Pereira dos Santos – Universidade Estadual do Ceará

Victor Cavaleiro – UFPA

Wanderson Quinto – UEPA

Fábio Alex Rincon – UFPA

Diagramação e Arte Final / Layout

Ione Sena

Tradutor juramentado

Raimundo Moura

Financiamento/ financing

CNPQ CHAMADA 12/2024

Eventos Científicos em Saúde

Produção Editorial / Editorial Production

Adelma Pimentel - UFPA

Submissão/ Submission:

<https://submission-pepsic.scielo.br/index.php/nufen/login>

E-mail: revistadonufen@ufpa.br

Ficha catalográfica / Catalog card

Revista NUFEN: Phenomenology and Interdisciplinarity, Volume 18 (2026) Dossier / Dossiê Direito à saúde mental e o cuidado em liberdade: saberes e práticas. Belém/Pará. UFPA-PPGP

ISSN: 2175-2591

Qualis: A4

141 page

Citação/citation: Revista NUFEN: Phenomenology and Interdisciplinarity, Volume 18 (2026) Dossier / Dossiê Direito à saúde mental e o cuidado em liberdade: saberes e práticas. Belém/Pará. UFPA-PPGP, 141 page



Summary

EDITORIAL

Maria de Nazareth R Malcher | Adelma Pimentel | Hernani Pereira dos Santos

PRESENTATION

The Franco and Franca Basaglia School in Belém do Pará: the centenary of Franco Basaglia, the story of Marco Cavallo, and new stories of freedom

Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de Oliveira Silva | Roberto Mezzina | Rossana Seabra Sade | Clarissa Mendonça Corradi-Webster

ARTICLES

Perceptions of therapeutic listening as a tool for mental health care

Guilherme Gonçalves Maynardes | Lucas Monteiro Pellá | Deivisson Vianna Dantas dos Santos | Sabrina Stefanello

Mutual help groups in mental health: an analysis through the theory of subjectivity

Daniela Viecili Costa Masini | Daniel Magalhães Goulart

The unique therapeutic project through a multidimensional model: considering the person, daily life, and environmental context

Maria de Nazareth R. Malcher

THEORETICAL STUDIES/ESSAYS

Resistance of women's bodies-territories in the Amazon in the face of contemporary authoritarian neo-extractivism

Flávia Cristina Silveira Lemos | Thiago da Silva Pinheiro

Challenges of psychosocial care in the Brazilian psychiatric reform: the fetish of the crisis in question

Rossana Sade Seabra | Rafael Nicolau Carvalho

The therapeutic companion as an agent in the territory for care in freedom

Sara Letícia Bessa Souza | Camila Rosa Santos Souza | Jacinta Fatima Sena da Silva | Maria de Nazareth Malcher

REVIEW STUDIES

Human rights, social vulnerability, and freedom-based care in mental health

Hélio Luiz Fonseca Moreira

EXPERIENCE REPORT

The work of families and the burden arising from caring for people suffering from severe mental illness

Paollo Borghi

From Franco Basaglia to community-based mental health: towards a paradigm shift

Roberto Mezzina

Human rights, recovery, and person-centered care in mental health: experiences with hearing voices groups and open dialogue

Clarissa Mendonça Corradi-Webster | Thiago Magela Ramos | Ramiz Candeloro Pedroso de Moraes | Priscilla Regina Cordeiro



DOSSIÊ

THE RIGHT TO MENTAL HEALTH AND CARE IN FREEDOM: KNOWLEDGE AND PRACTICES

EDITORIAL



Maria de Nazareth R
Malcher



Adelma Pimentel



Hernani Pereira dos Santos

The dossier ***The Right to Mental Health and Community-Based Care: Knowledge and Practices*** shares the experiences of researchers and professionals—both national and international—who work at universities and in different care settings. It focuses on community-based mental health care, prioritizing an expanded clinical approach and deinstitutionalization. It is a product of the third edition of the Fraco and Franca Basaglia School in Brazil, and the **Sixth International Franca and Franco Congress Basaglia School, held in Belém, Pará**, in May 2025, as part of a collaboration between Brazil and Italy, with inter-institutional partnerships involving the Department of Mental Health in Trieste, Italy; the University of São Paulo; UNIFESP; the Faculty of Science and Technology at the University of Brasília; and the Federal University of Pará, through the Graduate Program in Psychology at the Institute of Philosophy and Human Sciences, which hosted the event. In addition to bringing together professionals from various public policy sectors, the academic community, service users, and their families. The importance and legacy of this dossier consisted of honoring and disseminating knowledge related to scientific research in the form of established and recognized practices. Both within the Unified Health System (SUS) and in Italian institutions, such as the recognition that deinstitutionalization must be overcome and care reinvented within care settings committed to the freedom and dignity of people suffering from mental illness.

As Basaglia noted, we must understand that in care, the illness must be set aside in the interaction with the person. The Dossier has an international scope, as the texts it contains are characterized by cooperation between Brazil and Italy, facilitated by Trieste; they are also marked by their diversity, encompassing various academic genres: research articles, theoretical essays, and case studies.

The authors come from various regions of Brazil, and the book features thematic sections that explore technologies for inclusion, deinstitutionalization, and community-based care; strategies within the psychosocial rehabilitation model of Brazil's mental health policy; innovative mental health strategies; and the international person-centered paradigm, focusing on recovery and human rights.

We highlight Roberto Mezzina's description of Franco Basaglia's historical process in developing the paradigm of community-based mental health care, centered on freedom and human rights. In the essay titled "From Franco Basaglia to Community Mental Health: Toward a Paradigm Shift," we explore the principles that have become central to Brazilian policy;

Lemos and Pinheiro wrote ***Resistances of Body-Territories to the Project of Domination by the Nature-Culture Dyad as a Security Mechanism of Modernity***, a work characterized by theoretical breadth and a more radical political stance, as they refuse to address mental health in isolation from the material and symbolic conditions that produce suffering. The territory under focus is a specific, politically situated site of enunciation: the Amazon, viewed simultaneously as a body-territory and as an episteme. In this way, they illustrate the first-person experience of researchers/professors who connect their pedagogical practice with Quilombola, riverine, and family farmers, developing

ecofeminist and decolonial reflections—a rejection of the ethnocentrism that historically positions peripheral knowledge as “data to be explained” and metropolitan knowledge as “explanatory tools.”

Masini and Goulart present the paper “Mutual Aid Groups in Mental Health: An Analysis Through the Theory of Subjectivity”; Maynardes, Pellá, Santos, and Stefanello discuss “Perceptions of Therapeutic Listening as a Tool for Mental Health Care”; Malcher focuses on the unique therapeutic project through a multidimensional model: considering the individual, daily life, and environmental contexts;

In his text, Paolo Borghi explores the work of families and the burden of caring for people with severe mental illness, taking readers to Trieste—to the heart of the experience that inspired not only the Brazilian Psychiatric Reform but also deinstitutionalization movements around the world. In his account of his experience, Borghi presents the origins, development, and structure of the program for working with family members of people suffering from severe mental distress – started in 1987 is still considered an international benchmark today. The text reconstructs with historical accuracy and clinical depth, the evolution of psychiatric approaches to families: from the exclusion of family members in the medical-biological model - who considered them, at worst, as hereditary carriers of the disorder or as the cause of their relatives’ illness—through the ambivalent view of the psychoanalytic model, which recognized the importance of family relationships, but separated them from the therapeutic process-to contemporary psychoeducational interventions and the systemic-relational model. In this process, the family transitions from being the object of suspicion to an active participant in care—a transformation that is, in itself, a chapter in the history of deinstitutionalization.

The program described by Borghi is organized into three complementary dimensions: the psychoeducational, the psychotherapeutic, and the solidarity network, which involves expanding social networks, establishing self-help groups, and actively combating isolation. The articulation of these three dimensions supports a broader understanding of care through an approach that is both psychological and political, aimed to restore the social bonds of both service users and their families—who also suffer, also isolate themselves, and need care.

The set of texts in this dossier offers a glimpse, through innovative practices and critical theoretical frameworks, of the contradictions that characterize the field of public mental health in contemporary Brazil. If the Psychiatric Reform has brought about undeniable historic changes—the gradual replacement of institutional beds with community-based services, the consolidation of Psychosocial Care Centers (CAPS), the creation of therapeutic residences, and the legal recognition of the rights of people with mental health issues—recent years have seen these gains eroded.

We emphasize that the third edition of the Fraco and Franca Basaglia School in Brazil, and the **Sixth International Franca and Franco Basaglia School Congress, held in Belém, Pará, in May 2025**, were strategic in focusing on general mental health processes from the perspective of northern Brazil—and especially the Amazon region, which was the focus of the Congress described here.

RAPS coverage in the North is structurally inadequate: according to data from the Ministry of Health, the region has one of the lowest rates of CAPS per capita in the country. Many medium-sized municipalities lack any specialized psychosocial care facilities; the vastness of the territory, the scattered population, logistical difficulties, and the unreliable state of transportation infrastructure, in particular, pose challenges that policies formulated in the metropolitan centers of the Southeast often fail to consider.

Mental health professionals working in various riverine regions of State of Pará, or Amazonas face an entirely different reality from those described in national manuals and guidelines, which tend to reflect other contexts.

The presence of Indigenous peoples and traditional communities-riverine communities, Quilombola communities, and floodplain populations-adds a dimension of irreducible complexity that requires care policies to incorporate worldviews, healing practices, and ways of understanding suffering that do not fall within the diagnostic categories of Western psychiatry.

Despite the tortuous paths caused by various attacks on Brazilian mental health policies and care services across the country, we believe that the current paradigm—based on the principles of comprehensive care, equity, and respect for the human rights of those suffering from mental distress—is now firmly established. We believe that organized civil society will not allow any setbacks.

In this issue, we present a respectful dialogue with different forms of knowledge—which implies breaking away from the epistemological ethnocentrism that still shapes much of professional training and clinical practice. With this aim, we present Volume 18/2026, which brings together voices and writings in support of strengthening and continuing mental health reform, based on a reinvented clinical approach that prioritizes the recognition of the individual, diversity, the local context, and ontologically grounded care as inalienable pillars.

Enjoy the read and share it.

<https://www.instagram.com/revistanufen/>





THE FRANCO AND FRANCA BASAGLIA SCHOOL IN BELÉM DO PARÁ: THE CENTENARY OF FRANCO BASAGLIA, THE STORY OF MARCO CAVALLO, AND NEW STORIES OF FREEDOM

PRESENTATION




Maria de Nazareth Rodrigues
Malcher de Oliveira Silva  



Roberto Mezzina  



Rossana Seabra Sade  



Clarissa Mendonça Corradi-Webster  

This dossier has been published to mark the III International Congress on Mental Health: Escola Franca and Franco Basaglia – “The Right to Mental Health and Care in Freedom: Knowledge and Practices,” an important Brazilian event held at the Franco Basaglia Free School in Belém, Pará, which provided an opportunity for professionals, service users, and the community to discuss experiences with community-based services, as well as successful national and international examples in the field of deinstitutionalization. The event also paid tribute to the 100th anniversary of Basaglia and revisited the symbolism of Marco Cavallo in the Italian deinstitutionalization process, which influenced changes in different parts of the world, including Brazil.

In September 2011, Roberto Mezzina, then director of the Department of Mental Health in Trieste, launched the “Franca and Franco Basaglia International School” to encourage countries from around the world to share best practices in the process of deinstitutionalization. The first International School was titled “Beyond the walls: the transition from hospital to community-based care” and was held in Trieste, Italy.

In Brazil, the event was held for the first time in September 2014, in the cities of Campinas and Ribeirão Preto (state of São Paulo), marking the fourth edition of the International School and the first to be held outside Italy. It was named the Franca and Franco Basaglia International School and had the theme “Open Doors: From the Psychiatric Hospital to the Community—Policies and Best Practices in Mental Health.” The second Brazilian edition took place in 2017, in Marília and Ribeirão Preto, with the theme “Encounter with the Community: Dialogues Between Theory and Practice.” Finally, in 2025, the event moved from the Southeast to the North of the country, taking place in Belém do Pará under the theme of this dossier, bringing together approximately 400 participants and highlighting local and regional aspects distinct from other regions of Brazil.

The School’s primary objective is to promote the exchange of experiences among participants—in a dialogic and reflective manner—on the topic of “Best Practices in Mental Health,” through lectures, roundtable discussions, workshops, conversation circles, and supervised visits to local mental health facilities.

Furthermore, the project seeks to: (i) establish a national and international network for the production and exchange of knowledge, comprising universities, health departments, and civil society, aimed at discussing and refining mental health proposals with an interdisciplinary and innovative approach; (ii) disseminate knowledge about community-based service models and successful international examples in the field of deinstitutionalization; (iii) promote exchange between Brazilian states and the countries of origin of the guests regarding innovative deinstitutionalization practices; and (iv) strengthen micro-political spaces for the exchange of successful experiences.

Therefore, this event is extremely valuable for work processes within mental health services and the intersectoral network, as it reinforces principles such as comprehensive care, expanded clinical practice, and community-based care, helping to move away from the hospital-centered and institutionalizing paradigm. This is a movement grounded in the principles of Italian

deinstitutionalization, strongly influenced by the legacy of Basaglia and the symbolism of Marco Cavallo.

Among the many pioneering theorists who shaped the political shift in the mental health care paradigm, Franco Basaglia stands out as a leading figure who continues to inspire us to this day, having spurred discussions on social, political, and economic issues, as well as proposing care practices aimed at deinstitutionalization and the promotion of humane, patient-centered care for people suffering from mental illness.

The Brazilian process, launched in 1978 by the Mental Health Workers' Movement, which challenged asylum practices and knowledge, was to some extent influenced by the changes taking place in Italy, a country that enacted a new Psychiatric Reform Law, regulating the phasing out of the asylum model and its replacement with a set of alternative practices, principles, and mechanisms, which were later incorporated into Brazilian mental health policies.

In Trieste, Basaglia formulated conceptual and political foundations and led one of the most significant transformative processes in the history of psychiatry, challenging the fundamental concepts of psychiatry as ideology, epistemology, and politics; he placed the person at the center of care, setting aside illness as an abstract category. This approach emphasized citizenship and the concrete needs of life—such as housing, work, friends, music, art, the city, and the local community—deconstructing.

Marco Cavallo, in the trajectory of the psychiatric reform in Trieste, is a symbol of how freedom is therapeutic. In the 1970s, the residents of the then psychiatric hospital in Parco di San Giovanni in Trieste sent a letter to the president of the Province of Trieste, written in the first person as if it were the horse's own narrative, requesting his retirement from the exploitative conditions to which he was subjected and avoiding the fate of being sacrificed. The request was granted and became a landmark in the process of institutional opening and the recognition and recovery of the civil rights of the residents, transforming Marco Cavallo into a symbol of the end of isolation in psychiatric institutions.

In circumstantion and belonging, residents, professionals, workers, and artists, such as the sculptor Vittorio Basaglia and the theater director Giuliano Scabia, worked together for two months to create a big blue horse, the color of the sky, made of papier-mâché, called Marco Cavallo. On its belly were placed writings containing the wishes, dreams, hopes, and poems of the residents and all who participated in the process of building Marco.

Marco Cavallo came to represent a metaphor for the Trojan Horse, becoming a symbol in the fight against the structures of hospitalization and in defense of the freedom and human rights of people institutionalized in asylums. On March 25, 1973, Marco Cavallo was ready to march through the city, his belly full of the dreams of the residents and carrying a banner demanding the end of asylums.

It was built inside the Arts Laboratory; the monumental dimensions of the work were not considered, and no hospital door was large enough to allow its exit. The difficulty caused deep

frustration among residents, who compared the situation to the imprisonment they lived under due to the hospital rules applicable to inmates. The impasse was resolved by Basaglia and other team members by throwing the horse against the gate, allowing its exit and breaking down the real and symbolic wall between the “inside” and the “outside” (Figure 1).



The holding of the sixth Franca and Franco Basaglia International School, and the third in Brazil, in Belém do Pará, initially constituted a challenging process, but resulted in days of intense exchange of experiences and innovative practices between national and international participants, such as the creator of the International School, the psychiatrist Roberto Mezzina, who participated in all editions of the School in Brazil.

Therefore, we believe that all the experiences and leadership in the 2025 event were another historical scenario that we would like to add to the trajectory of partnerships that make up the history built by Basaglia, Rotelli, Peppe D'Acqua, Roberto Mezzina, and so many others involved in the fight for deinstitutionalization and human rights.

These are the stories we believe in and fight for.

May we build more and more stories marked by good practices in mental health, because freedom will always be therapeutic!!!

Long live the SUS (Brazilian Public Health System): health as a right for all.



ARTICLES



PERCEPTIONS OF THERAPEUTIC LISTENING AS A TOOL FOR MENTAL HEALTH CARE



*Percepções sobre a escuta terapêutica como
ferramenta de cuidado em saúde mental*

*Percepciones sobre la escucha terapéutica como
herramienta para la atención de la salud mental*



Guilherme Gonçalves Maynardes  



Lucas Monteiro Pellá  



Deivisson Vianna Dantas dos Santos  



Sabrina Stefanello  

Abstract

Since the Brazilian Psychiatric Reform, mental health care in the country has undergone significant transformations, resulting in the consolidation of the Psychosocial Care model. The Psychosocial Care Network is composed of various services and points of care, including Primary Health Care (PHC) and the teams of Health Care Units. Mental health care in PHC occurs, among other strategies, through qualified listening, although there is still a lack of studies that explore therapeutic listening as a tool in mental health care. Thus, the aim of this study was to identify the perceptions of PHC professionals regarding listening in mental health care. This was a qualitative study with an exploratory and descriptive design. The results indicate that listening emerges as an important tool in mental health care and appears to align with the principles of psychosocial care and humanized care.

Keywords: Primary Health Care, Mental Health, Humanization of Care.

Resumo

A partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a assistência em saúde mental no país passou por transformações relevantes, resultando na consolidação do modelo de Atenção Psicossocial. A Rede de Atenção Psicossocial é formada por diversos serviços e pontos de atenção, dentre eles a Atenção Primária à Saúde (APS) e as equipes das Unidades de Saúde. O cuidado em saúde mental na APS acontece, dentre outras estratégias, através da escuta qualificada, embora ainda faltem estudos que se aprofundem sobre a escuta terapêutica enquanto um instrumento do cuidado em saúde mental. Assim, o objetivo do estudo foi levantar percepções de profissionais da APS sobre a escuta no cuidado em saúde mental. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório e descritivo. Os resultados apontam que a escuta aparece como uma ferramenta importante do cuidado em saúde mental e parece ir ao encontro dos princípios da atenção psicossocial e de um cuidado humanizado.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental, Humanização da Assistência.

Resumen

A partir de la Reforma Psiquiátrica Brasileña, la atención en salud mental en el país ha experimentado transformaciones relevantes, resultando en la consolidación del modelo de Atención Psicossocial. La Red de Atención Psicossocial está compuesta por diversos servicios y puntos de atención, entre ellos la Atención Primaria de Salud (APS) y los equipos de las Unidades de Salud. El cuidado en salud mental en la APS ocurre, entre otras estrategias, a través de la escucha cualificada, aunque aún faltan estudios que profundicen en la escucha terapéutica como una herramienta del cuidado en salud mental. Así, el objetivo del estudio fue identificar las percepciones de los profesionales de la APS sobre la escucha en el cuidado en salud mental. Se trata de una investigación cualitativa de carácter exploratorio y descriptivo. Los resultados señalan que la escucha aparece como una herramienta importante del cuidado en salud mental y parece estar en consonancia con los principios de la atención psicossocial y de un cuidado humanizado.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Salud Mental, Humanización de la Atención.

Introduction

The Brazilian health reform that took place at the end of the last century brought forward the debate on the need for a universal public healthcare system attentive to the social determinants of health, culminating in the creation of the Unified Health System (SUS). In this process, Primary Health Care (PHC) became an important pillar of the system, since it is structured around territorial care and direct contact with the community (Giovanella, 2012). During the same period, the psychiatric reform proposed transformations in the organization of mental health care in the country, shifting from an asylum-based model to a psychosocial and territorial model, guiding the creation of a Psychosocial Care Network (RAPS). This network proposes the expansion of psychosocial care by directing mental health resources and attention toward territorial actions, encouraging community-based inclusion and care for people experiencing psychological distress (Amarante, 1998).

Psychosocial care presupposes not only the reorganization of healthcare network services but also a change in the understanding of psychological illness, proposing a shift in the comprehension of the health-disease process from a clinic centered on disease and diagnostic classifications toward an expanded clinic that also considers social determinants of health, contextual aspects of mental health problems, and individuals' life narratives (Costa-Rosa, 2000).

The incorporation of mental health care into PHC is a strategy to make mental health care feasible within the territory, close to the context in which SUS users' daily lives unfold. Many of its principles converge with psychosocial care, such as comprehensive care, territorialization, continuity of care, and the establishment of bonds between professionals and the population under their care (Santos, 2019). However, PHC manifests, within its particular context, broader disputes concerning the directions of psychiatric reform in Brazil. The literature presents a series of difficulties experienced by teams in handling mental health demands, while also highlighting the potentialities of this healthcare setting, given the compatibility of principles between PHC and RAPS. There is a coexistence of two care models, in which the biomedical and prescription-centered model still predominates in many teams, configuring what has been called the "asylum mentality," while practices compatible with psychiatric reform and comprehensive care are increasingly present (Hirdes & Scarparo, 2015; Yasui et al., 2018; Barros et al., 2019; Treichel & Campos, 2022).

Listening frequently appears in studies on PHC care as an important therapeutic and humanizing tool (Santos, 2019; Nascimento, 2020). However, there is still a scarcity of studies in the literature that delve deeper into therapeutic listening as an instrument of healthcare. The available literature seems to indicate that this is an effective therapeutic technology that can and should be implemented in various settings, but which lacks further research regarding its impact at different levels and requires the development of technical skills for its better application (Mesquita & Carvalho, 2014; Nascimento, 2020; Oliveira, 2020; Santos, 2019).

The present study aims to explore the perceptions of professionals working in primary healthcare units regarding therapeutic listening as a care tool for people experiencing mental suffering in PHC, in dialogue with the principles of psychosocial care.

Methodology

This is a qualitative exploratory study derived from the research project "Psychosocial Care in Health Services and Strategies." This methodology was chosen because it allows a better understanding of the

universe of meanings, motives, aspirations, beliefs, values, and attitudes involved in the observed social phenomena (Minayo, 2010).

The study was carried out in the municipality of Curitiba, Paraná. In 2021, the municipality had an estimated population of 1,963,726 inhabitants and a SUS network composed of 109 Health Units, 13 CAPS, 16 General Hospitals, and 9 Emergency Care Units (UPAs), among other services (Curitiba, 2023). The city's RAPS currently includes 4 CAPS II and 6 CAPS III operating under a hybrid model (described later), 2 CAPSi II and 1 CAPSi III; 2 Medical Specialty Centers offering outpatient psychology and psychiatry services; 1 outpatient clinic focused on child psychiatric care; 1 Psychiatric Stabilization Unit (a small hospital unit created for psychiatric crisis stabilization); 1 private psychiatric hospital contracted by the municipal government; in addition to street outreach teams (Curitiba, 2023). Notably, there is an absence of community-based facilities, with the mental health network centered on CAPS and traditional facilities such as outpatient clinics and psychiatric hospitals.

Curitiba organizes its Health Service Network according to sanitary districts. The 10 sanitary districts are heterogeneous in terms of territorial characteristics, population size, vulnerability indexes, and number of BHUs/Family Health Strategy teams, CAPS, and other services. Regarding Primary Care, between 2014 and 2019 there was a reduction of one quarter in the number of Family Health teams (Maros, 2020), and in 2023 these teams covered only 53 of the city's 109 BHUs (Curitiba, 2023). Currently, most of Curitiba's PHC services operate under the Basic Health Unit model rather than the Family Health Strategy model.

The study is based on the hypothesis that there are cognitive, judgment-based, and affective factors (of an individual, social, cultural, and technical nature) operating among PHC professionals in Curitiba within their workplaces, which are expressed in the care provided and may be intensified in the care of users seeking BHUs for mental health-related issues. Through the interviews, we sought to understand the meaning professionals attribute to this experience and its effects on care. The Basic Health Units included in the study were selected because they had healthcare professionals known to the research team whose mental health practices were more closely aligned with psychosocial care principles. Thus, we aimed to identify services with good practices and a perceived quality of mental healthcare. These professionals were all family and community physicians, as this was the professional group with which the research group had the closest relationship. Many interviewees are involved in residency programs in Family and Community Medicine and actively participate in organizations related to this specialty. Other professional categories were included based on recommendations from these initial participants — interviewees were asked to indicate other professionals whom they considered to provide good mental healthcare.

Interviews were conducted in 9 BHUs distributed across 6 of the municipality's 10 health districts. The names of the units were omitted to preserve participant anonymity, and participants' names were replaced with the letter "P," an abbreviation for "professional," followed by a number.

Contact with interviewees took place through instant messaging applications. The phone numbers of professionals already known to the research team were provided by the supervising professors. First, a questionnaire was administered regarding sociodemographic data, professional background, and place and duration of professional practice. Subsequently, semi-structured interviews were conducted, composed of guiding questions aimed at exploring professionals' experiences and perceptions regarding important elements within the psychosocial care framework.

The interviews were conducted in depth with open-ended questions about everyday work in PHC, mental healthcare, and difficult cases faced by the interviewees, seeking to allow maximum expression regarding the proposed themes. After these initial interviews, professionals were asked to indicate other

healthcare workers from their unit who, in their perception, also demonstrated good mental healthcare practices. Inclusion criteria for healthcare professionals were: being over 18 years old, having worked at least six months in the health unit, and agreeing to participate in the study. Interviewers were master's students in public health and family health — the researcher himself and another graduate student participating in the same research project. They were trained through workshops held during meetings of the research group to which they belonged. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Health Sciences Sector at UFPR (Opinion No. 5920.498) and by the Curitiba Municipal Government (Opinion No. 6035-245).

For data analysis, the hermeneutic method proposed by Ricoeur (1988; 2013) was used. Interviews were fully transcribed manually by undergraduate and graduate students participating in the project. The data were then organized into tables, grouping similar reports in an attempt to structure the material into argumentative cores and subsequently into categories. The argumentative cores were created from words and excerpts present in the narratives and later grouped by similarity into categories, organized in spreadsheets.

Some excerpts underwent minor spelling adjustments compared to the original transcription — removal of colloquial language habits, repeated words, and correction of certain spoken words — to facilitate comprehension without compromising the original meaning. The results were discussed in light of concepts and traditions from primary healthcare and psychosocial care. The excerpts were analyzed and discussed based on the theoretical framework of scholars of psychiatric reform, psychosocial care, primary healthcare, and public health, including Paulo Amarante, Gastão Campos, Lígia Giovanella, and Barbara Starfield.

Results and Discussion

The interviews were conducted with 15 healthcare professionals, characterized in Table 1. Information was self-reported. Most participants had a high level of qualification and extensive experience in primary healthcare. Based on these interviews, the content allowed the identification of several themes: how professionals characterize mental health problems, how they provide care, how the work process is organized, and which networks are available for articulating care. In this article, we focus on professionals' perceptions regarding listening as a care tool.

Tabela 1 - Caracterização dos entrevistados.

Identificação	UBS	Gênero	Cor/Raça	Profissão	Escolaridade	Tempo de experiência na APS
P1	UBS 1	F	Branca	Médica	Pós-graduação	Maior que 20 anos
P2	UBS 2	M	Pardo	Médico	Mestrado	Entre 10 e 20 anos
P3	UBS 3	M	Branco	Médico	Mestrado	Entre 10 e 20 anos
P4	UBS 4	F	Mestiça	Médica	Especialização	Maior que 20 anos
P5	UBS 5	F	Branca	Médica	Mestrado	Entre 10 e 20 anos
P6	UBS 6	F	Branca	Médica	Pós-graduação	Maior que 20 anos
P7	UBS 7	F	Branca	Médica	Mestrado	Maior que 20 anos
P8	UBS 8	F	Branca	Médica	Mestrado	Menor de 10 anos
P9	UBS 9	M	Branco	Médico	Mestrado	Maior 10 e 20 anos
P10	UBS 10	M	Branco	Médico	Mestrado	Entre 10 e 20 anos
P11	UBS 11	F	Branca	Enfermeira	Pós-graduação	Maior que 20 anos
P12	UBS 12	F	Branca	Enfermeira	Especialização	Maior que 20 anos
P13	UBS 13	F	Parda	Agente Comunitária de Saúde	Graduação	Maior que 20 anos
P14	UBS 14	F	Negra	Agente Comunitária de Saúde	Ensino Médio completo	Maior que 20 anos
P15	UBS 15	F	Alva	Técnica de enfermagem	Incompleto	Maior que 20 anos

Active listening during individual consultations emerged in the interviews as one of the main elements of mental healthcare. In many reports, this listening occurs during the first contact with the health service, a process called “welcoming” (“acolhimento”), which appears in the accounts as an important care strategy, both in handling spontaneous demands and mental health crises. It is identified as the first step in user care when they arrive at the BHU — “So the first thing is to understand what’s happening: it’s the welcoming process. From the welcoming process onward, the rest of the flow tries to follow” (P5).

Welcoming is a modality of “light technology” in healthcare proposed by the National Humanization Policy of the SUS (PNH). Launched in 2003, the PNH aims to operationalize SUS principles within health services, improving the quality of care through strategies designed to qualify healthcare professionals to deal with the subjective dimension of healthcare work (Brazil, 2009). Welcoming is presented by the policy as an ethical/aesthetic/political guideline intended to value the encounter between professionals and users, allowing the latter to feel cared for and well attended in their contact with the service, with responsibility and problem-solving capacity. This practice seeks to address difficulties faced by people in reaching healthcare facilities, receiving adequate information from health services, obtaining appointments, and ensuring follow-up consultations, thus avoiding situations such as sleeping in lines or not receiving care (Coelho & Jorge, 2009). Although risk classification is part of the process, welcoming differs from “screening” because it is not merely a work process but rather an attitude that should occur throughout all stages of the user’s journey through the system (Brazil, 2010). Restricting welcoming to the moment users arrive at the unit impoverishes the practice and empties the original meaning of the term (Januário, 2023).

Beyond welcoming and directing users within the unit’s care flow, listening is also described as a therapeutic instrument in itself, often considered sufficient as a treatment strategy for many mental health complaints. Interviewees reported perceiving positive responses in managing the people they cared for when they dedicated time during consultations to listening to them. Regarding technique, professionals generally allow users to speak freely, expressing what they are feeling, and enable them to recognize their suffering and jointly construct an intervention plan with the professional. The importance of respecting users’ speech and avoiding judgment, giving advice, or prescribing what should be done is emphasized — although some professionals report doing so when they deem it necessary or therapeutic, such as during emergency consultations. Since this practice can be performed by any professional, not necessarily from the healthcare field, it is often devalued compared to other technical interventions (Santos, 2019). Nevertheless, the process of qualified listening enables the humanization of care to materialize, making the social, ethical, educational, and psychological circumstances of individuals more visible and the meaning of suffering better understood by professionals (Januário, 2023). P7’s report illustrates these elements:

So, the main thing is listening. I schedule a lot of follow-ups for these patients so they can be listened to. Since I know them very well and have a strong bond with them, often this listening itself becomes the treatment. (...) It’s what we call active listening, right? Listening and then encouraging the person to speak. As I tell the residents: without pretending to have the solution, none of that. Just listening. So I think that’s what makes the biggest difference for most people. And I’m like that. That hug at the end of the consultation, that affection that makes the person feel cared for. I think those are things that make a difference. (P7)

Regarding listening techniques, interviewees generally did not indicate any specific technique. Two psychotherapeutic approaches — systemic therapy and motivational interviewing — were mentioned in two accounts. However, what interviewees reported doing routinely during mental health consultations were counseling sessions or brief therapies during individual consultations, without following a specific psychological approach. They described these consultations as “intuitive,” based on what emerged from listening to users and on the professionals’ previous knowledge. P4 states:

The brief therapy I’m talking about is not classic brief therapy, right? I could say brief approaches. Like, someone going through alcohol or drug detoxification, [they receive] daily appointments for a while until detoxification. People with anxiety or depression issues, weekly appointments with tasks, you know, the whole approach. At follow-up, I propose something for the person to do during the day. Some perception exercise, breathing exercise, or behavioral awareness (...). And throughout the week, usually there were 10 sessions of brief therapy. I won’t call it psychotherapy because I’m not a psychologist. So it was much more intuitive on my part. (P4)

Albuquerque (2022) indicates that there are two types of psychotherapy performed in medical office settings: one conducted in an informed manner, with defined objectives and a predetermined number of sessions; and another carried out in routine consultations through listening and counseling, in which people are often not informed that a psychotherapeutic approach is being used, nor is a predetermined number of meetings established, and it may occur in a single consultation. The author notes that lack of knowledge about the psychodynamic and psychological bases of these interventions does not prevent them from being considered psychotherapy; however, learning psychotherapeutic techniques may contribute to better grounding the practice and increasing professionals’ awareness of what they are doing. The longitudinal contact that Family Health teams have with users, as well as their knowledge of users’ life stories and long-term follow-up, makes consultations with these professionals particularly suitable for this type of intervention (Santos, 2019).

Another theme related to listening is the bond established with users through their contact with healthcare units. Bonding is perceived as a particular relationship established through listening to users, contributing to care. Interviewees demonstrate concern for the individuals they care for, not only regarding adequate treatment but also understanding their life stories and caring about their well-being, identifying this process as therapeutic. Pichon-Rivière defines bonding as the particular way each individual relates to another or others, creating a unique structure in each case and at each moment. According to Rivière, relationships occurring in health services establish what is called a “therapeutic bond,” in which providers and users assign roles to one another, and accepting the role proposed by the other is necessary for the bond to occur (Sant’ana, 2022).

Related to bonding, continuity of care — one of the PHC attributes described by Starfield (2002) — was also mentioned by interviewees. It allows for a large number of encounters between professionals and users, multiplying opportunities for listening and enabling users to bring various accounts regarding their illness process. This allows professionals to construct a narrative of the user’s experience with illness from these reports, enabling exploration of the subjective elements of the lived illness process (Jones & Cutcliffe, 2009; Santos, 2019). In this sense, continuity of care fosters the development of a bond between PHC professionals and users, creating what can be called a “longitudinal bond,” that is, a therapeutically

established relationship between users and the team, recognizing PHC as a regular source of care over time (Santos, 2018).

Many interviewees discussed the limited consultation time, which restricts the possibility of adequate listening. They reported pressure to conduct brief consultations, generating frustration because they are unable to explore users' reports in depth. Listening requires a certain structure, both in organizational aspects — such as adequate consultation time, private spaces, demand compatible with service capacity, and user comfort — and in professional skills, such as the humanization of the team itself (Januário, 2023). Users' narratives may often be confusing, lacking a clear chronological order and emphasizing events with greater psychological impact. Listening attentively, building bridges with elements reported previously, and repeating users' narratives in different words are skills that may be necessary to conduct consultations (Jones & Cutcliffe, 2009). Infrastructure-related factors, excessive bureaucratization of work, lack of time, and other elements preventing users, workers, and health system managers from recognizing the care potential within healthcare environments are identified as factors present in many PHC services that hinder bond formation (Santos, 2018).

Many interviewees mentioned overload in consultations and exhaustion related to the listening process. Starfield (2002) argues that there is a difference between locating the locus of continuity in an individual, a team, or a specific place. When this locus is centered on an individual, the burden of care coordination becomes greater, since it is easier for a team to always be available than for a single individual (Starfield, 2002). Welcoming actions centered on only one professional category tend to produce fragmented and fragile care (Januário, 2023). In many units, feelings of “being alone” and perceiving oneself as the only source of support for users appeared in the reports. While this indicates a certain overload, since the locus of care has become concentrated on that professional, it is also a sign that a bond has been established and that users tend to open up more during these consultations.

Final Considerations

Listening appears in the study as an important element of care. The privileged position within the system where this practice occurs — PHC — seems to favor the strengthening and formation of bonds between users and healthcare teams, since continuity of care and the therapeutic bond established between professionals and users tend to be enhanced in PHC compared to other levels of care, given the proximity between healthcare teams, users, and the territories where they live. This aligns with the idea of territorial, non-institutionalized mental healthcare promoted by psychiatric reform and psychosocial care.

The reports point to listening as a care tool with therapeutic potential in itself. This potential has been mentioned in other studies, but it tends to be undervalued in health education compared to pharmacological treatments and other non-relational approaches. Thinking about ways to qualify professionals to ensure therapeutic listening may be a way to provide more humanized care and bring mental healthcare in PHC closer to the concept of an expanded clinic. The reported content indicates that the most important aspect for good listening is not necessarily mastering a specific psychotherapeutic technique or approach, but rather practicing nonjudgmental listening, establishing longitudinal relationships with users, and maintaining careful attention to people's life contexts and trajectories. However, knowledge of some psychotherapy fundamentals among all professionals involved in public care may contribute to better management of these consultations. Teamwork and ensuring that listening is not concentrated in a single professional also appear to contribute both to improved care — by creating more opportunities for listening — and to reducing the

overload that may arise from this type of care.

The present study has methodological limitations, since the interviewees were predominantly physicians and users were not interviewed. Broader studies incorporating the perspectives of users and other professionals may contribute further to a more comprehensive understanding of the scenario.

References

- Aguiar, D. S. (1998). *A "Saúde da Família" no Sistema Único de Saúde: Um novo paradigma?* (Master's Thesis, Escola Nacional de Saúde Pública). Rio de Janeiro.
- Albuquerque, M. A. C. (2022). *Psicoterapia para médicos de família: A arte de conversar com o paciente* [E-book Kindle]. Blucher.
- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro, Fiocruz. ISBN 978-85-7541-335-7. <https://doi.org/10.7476/9788575413357>.
- Barros, S., Nóbrega, M. P. S. S., Santos, J. C., Fonseca, L. M., & Floriano, L. S. M. (2019). Saúde mental na atenção primária: Processo saúde-doença segundo profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6), 1609–1617. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0743>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *O HumanizaSUS na atenção básica*. Brasil. Ministério da Saúde. (2010). *Cartilha da Política Nacional de Humanização: Acolhimento nas práticas de produção de saúde*.
- Campos, G. W. S. (1997). *Uma clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada*. Campinas, Mimeo.
- Coelho, M. O., & Jorge, M. S. B. (2009). Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 1523–1531. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800026>
- Costa-Rosa, A. (2000). O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante, P. (Org.) *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro, Fiocruz.
- Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. (2023). *Relatório detalhado do quadrimestre anterior (RDQA): 3º quadrimestre de 2023*. Retrieved April 29, 2024, from <https://saude.curitiba.pr.gov.br/a-secretaria/instrumentos-de-planejamento-emsaude.html>
- Giovanella, L. & Mendonça, M. H. M. (2012). Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L. V. C., Noronha, J. C. & Carvalho, A. I. (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro, Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0019>
- Hirdes, A. & Scarparo, H. B. K. (2015). O labirinto e o minotauro: saúde mental na atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2), 383-393. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.12642013>
- Januário, T. G. F. M., Varela, L. D., Oliveira, K. N. S., Faustino, R. S., & Pinto, A. G. A. (2023). Escuta e valorização dos usuários: Concepções e práticas na gestão do cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(8), 2283–2290. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023288.05952023en>
- Jones, A. C., & Cutcliffe, J. R. (2009). Listening as a method of addressing psychological distress. *Journal of Nursing Management*, 17, 352–358. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.00998>

- MAROS, A. Reduzida em 26%, Saúde da Família poderia ajudar a frear Covid-19 em Curitiba. *Jornal Plural*, Curitiba, 14 de setembro de 2020. Disponível em < <https://www.plural.jor.br/noticias/vizinhanca/reduzida-em-26-saude-da-familia-poderia-ajudar-a-frear-covid-19-em-curitiba/>> acesso em 15/09/2024.
- Mesquita, A. C., & Carvalho, E. C. (2014). A escuta terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: Uma revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(6), 1127–1136. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000700022>
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (12ª ed.). Hucitec.
- Nascimento, J. M. F., Carvalho Neto, J. F., Vieira Júnior, D. N., Braz, Z. R., Costa Júnior, I. G., Ferreira, A. C. C., Santos, L. E. S., & Oliveira, A. K. S. (2020). Escuta terapêutica: Uma tecnologia do cuidado em saúde mental. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 14, 244–257. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.244257>
- Oliveira, A. B., Barbosa, V. F. B., Alexandre, A. C. S., Santos, S. C., & Santos, D. C. S. (2020). O acolhimento na rede de atenção psicossocial: Estudo descritivo-exploratório. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 19(2). <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20206374>
- Ricoeur, P. (1988). *O conflito das interpretações: Ensaio de hermenêutica* (M. F. Sá Correia, Trad.). Rés.
- Ricoeur, P. (2013). *Hermenêutica e ideologias* (3ª ed.). Vozes.
- Sant’Ana, M. R. L. V. (2022). *A produção de vínculos entre usuários com sofrimento psíquico grave, seus familiares e equipes de Saúde da Família* (Master’s thesis, Universidade Federal de Minas Gerais).
- Santos, A. B. (2019). Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na atenção básica. *APS em Revista*, 1(2), 170–179. <https://doi.org/10.14295/aps.v1i2.23>
- Santos, R. O. M. (2018). Vínculo longitudinal na Saúde da Família: Construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28(2), e280206. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280206>
- Starfield, B. (2002). *Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. UNESCO; Ministério da Saúde.
- Treichel, C., & Campos, R. (2022). Avaliação da atuação da rede comunitária de saúde mental em um município paulista de médio porte. *Saúde em Debate*, 46(132), 121–134. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213208>
- Yasui, S., Luzio, C. A., & Amarante, P. (2018). Atenção psicossocial e atenção básica: A vida como ela é no território. *Revista Polis e Psique*, 8(1), 173–190. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.80426>



MUTUAL HELP GROUPS IN MENTAL HEALTH: AN ANALYSIS THROUGH THE THEORY OF SUBJECTIVITY¹

*Grupos de Ajuda Mútua em Saúde Mental:
uma análise através da Teoria da Subjetividade*

*Grupos de Ayuda Mutua en Salud Mental:
un análisis desde la Teoría de la Subjetividad*



Daniela Viecili Costa Masini  

PhD researcher, Department of Anthropology, SOAS -
University of London, United Kingdom



Daniel Magalhães Goulart  

Associate Professor, Department of Education, University
of Brasília (UNB), Brazil, FAE Centro Universitário

¹Part of the initial structuring of this text relied on **artificial intelligence** tools for text organization, which were revised, adapted, and validated by the authors.

Abstract

In this paper, we discuss participatory strategies in mental health and their contributions to the Brazilian psychiatric reform, based on a qualitative study of the social subjectivity of a mutual help group, grounded in the Constructive-Interpretative Methodology, Qualitative Epistemology, and the Theory of Subjectivity developed by Fernando González Rey. The participants were members of a mutual help group in Federal District (Brazil), and the research instrument consisted of conversational dynamics. The results indicate that, on the one hand, the group expresses subjective processes that reaffirm the centrality of health professionals in care; on the other, they reveal tensions and that unsettle and reconfigure this position, opening space for more horizontal, dialogical, and participatory practices of care. We conclude that it is precisely within these spaces of tension and contradiction that processes of deinstitutionalization are produced, highlighting the value of participatory strategies in strengthening and sustaining the psychiatric reform.

Keywords

Mental Health, Mutual Help, Subjectivity

Resumo

Neste trabalho discutimos estratégias participativas em saúde mental e suas contribuições para a reforma psiquiátrica brasileira, com base em uma pesquisa qualitativa sobre a subjetividade social de um grupo de ajuda mútua, fundamentado na Metodologia Construtivo-Interpretativa, na Epistemologia Qualitativa e na Teoria da Subjetividade de Fernando González Rey. Os participantes foram integrantes de um grupo de ajuda mútua no Distrito Federal (Brasil), e o instrumento de pesquisa consistiu em dinâmicas conversacionais. Os resultados indicam que, por um lado, o grupo expressa processos subjetivos que reafirmam a centralidade do profissional de saúde na condução do cuidado; por outro, evidenciam tensões internas que desestabilizam essa centralidade, abrindo espaço para práticas de cuidado mais horizontais, dialógicas e participativas. Conclui-se que é precisamente nesses espaços de tensão e contradição que se produzem processos de desinstitucionalização, evidenciando o valor de estratégias participativas no fortalecimento e na continuidade da reforma psiquiátrica.

Palavras-chave

Saúde Mental, Ajuda Mútua, Subjetividade.

Resumen

En este trabajo discutimos estrategias participativas en salud mental y sus contribuciones a la reforma psiquiátrica brasileña, a partir de una investigación cualitativa sobre la subjetividad social de un grupo de ayuda mutua, fundamentada en la Metodología Constructivo-Interpretativa, la Epistemología Cualitativa y la Teoría de la Subjetividad de Fernando González Rey. Los participantes fueron integrantes de un grupo de ayuda mutua en el Distrito Federal (Brasil), y el instrumento de investigación consistió en dinámicas conversacionales. Los resultados indican que, por un lado, el grupo expresa procesos subjetivos que reafirman la centralidad del profesional de la salud en la conducción del cuidado; por otro, evidencian tensiones internas que desestabilizan esa centralidad, abriendo espacio para prácticas de cuidado más horizontales y participativas. Se concluye que es precisamente en estos espacios de tensión y contradicción donde se producen procesos de desinstitucionalización, lo que pone de relieve el valor de las estrategias participativas en el fortalecimiento y la continuidad de la reforma psiquiátrica.

Palabras clave

Salud Mental, Ayuda Mutua, Subjetividad

Introduction

One of the current challenges of the Brazilian psychiatric reform is prioritising care practices led by health professionals at the expense of strategies aimed at fostering and strengthening social bonds (Cruz, Gonçalves, & Delgado, 2020), which may be associated, among other factors, with the persistence of medicalizing and objectifying care practices even in mental health substitutive services (Goulart, 2019).

In this context, participatory strategies in mental health, such as mutual help groups, represent a potential pathway toward deinstitutionalization – a broad process of reconfiguring knowledge and social practices related to “madness” (Nascimento & Silva, 2020) – insofar as these strategies can configure a space for (re)invention of alternative socialities to hegemonic forms.

Some participatory strategies in mental health were imported from so-called “developed” countries and, therefore, still require further study in Latin American contexts, including Brazil, which are often marked by intense social inequality, racism, and sexism.

In this work, we aim to reflect on the potentialities and challenges of participatory strategies in the scenario of the Brazilian psychiatric reform, specifically the mutual help groups (Vasconcelos, 2013, 2017; Figueiredo, 2021; Lainas, 2023; Sevelius et al., 2024; Corradi-Webster et al., 2025), drawing on a study of the social subjectivity of a mutual help group in the Federal District, Brazil.

This was a qualitative study grounded in the Theory of Subjectivity from a cultural-historical perspective, the Constructive-Interpretative Methodology, and Qualitative Epistemology, as developed by Fernando González Rey (González Rey, 2015, 2019a, 2019b; González Rey & Mitjans Martínez, 2019, 2025).

The psychiatric reform and mutual help strategy in Brazil

One of the early initiatives of the psychiatric reform in Brazil involved the organization of the Mental Health Workers’ Movement (MTSM) – the first national movement aimed at transforming the ways of caring for people experiencing psychological suffering.

Initially, the MTSM advocated predominantly technical proposals, expressing health professionals’ dissatisfaction with their working conditions. This is interesting as it illustrates both the historical presence of health professionals in the Brazilian psychiatric reform, and the transformative potential of the participation of service users and their families in this process. It was through the participation of the latter, and the influence of other social movements, that the MTSM’s proposal took on a genuinely anti-asylum character, defending the replacement of asylum institutions for other forms of care (Emmanuel-Tauro & Foschaches, 2018).

The Brazilian psychiatric reform was driven by a moment of intense social reorganization and articulation during the country’s re-democratisation period, when new laws, public policies, and a new public health system were formulated, in which asylums would be progressively replaced by other forms of care in freedom.

Beyond changes in legal frameworks and health services, a fundamental part of the anti-asylum reform has been the organization of initiatives aimed at breaking the social confinement of madness, such as interventions in music, painting, literature, and theatre (Liberato & Dimenstein, 2013; Amarante & Torre, 2018, p. 1100). As Lobosque states:

To assume that the (asylum) institution is ill and needs to be treated [...], without engaging in the invention of resources that allow people to live and produce outside the institutional space, means assuming that the place of the mad person is in the institution and not in culture (2001, p. 18).

Lobosque draws attention to how transforming care for people experiencing mental suffering requires broader social transformations. In other words, the psychiatric reform is not only a matter of changing mental health services.

Since its beginning, the Brazilian psychiatric reform has been marked by alternate periods of progress, stagnation and/or setbacks. For example, the recent conservative political shift in the country has been associated with the strengthening of movements that seek to restore the centrality of health professionals – particularly physicians – in psychosocial care services (Costa Masini & Lagoas, 2022). This movement, evident in various ordinances, policies, and decrees enacted between 2016 and 2019, weakened achievements from previous decades and, as a consequence, psychiatric hospitalization was once again promoted as the main form of treatment to the detriment of community-based approaches (Cruz et al., 2020).

As will be discussed later in this work, the centrality of health professionals' roles in the field of mental health may incur in difficulties in promoting the construction of community ties among users. This can occur even within substitute mental health services, hindering their aim of fostering social (re)integration.

Other studies discuss how care practices in substitute services can generate subtle forms of dependency and chronicity, configuring new forms of institutionalization, through which users' lives become organized around mental health institutions and their forms of functioning (Goulart, 2019; Goulart & González Rey, 2019; Corrêa & Lima, 2024). In this context, there is a shift from valuing interpersonal relationships toward a greater emphasis on medication-based interventions, implying increased centralization of care in health professionals.

In Brazil, there are a number of regulations governing social participation in health, particularly in relation to management processes, as well as mechanisms that allow for less medicalizing forms of care. Examples include Law No. 8.142 and Resolution No. 453, which establish and regulate health councils and conferences – one of the main spaces where users and families can participate in the development and implementation of public policies at municipal, state, and national levels (Brazil, 1990, 2012).

Ordinance No. 5.738 of 2024 regulates Community Centres (“Centros de Convivência”), whose purpose is to offer the general population a space for sociability, supported by professionals with training and/or experience in health. However, this ordinance prohibits the promotion of group activities with a “psychotherapeutic” purpose, favouring instead other equally relevant practices aimed at fostering interpersonal connections more broadly (Brazil, 2024).

The National Policy on Mental Health, Alcohol and Other Drugs, and the National Drug Policy do not include specific strategies for the organization and ongoing maintenance of users' and family groups or associations as spaces for social participation *in care*, despite Ordinance No. 3.088 – which established the Psychosocial Care Network (RAPS) in the country – including as a guideline an “emphasis on territorial and community-based services, with participation and social control by users and their families” (Brazil, 2001, 2011, 2019).

The Brazilian legal and regulatory framework can be seen as an international example in terms of social participation in the development of public health policies. However, it is evident that the norms regulating mental health care do not specifically refer to participatory mental health strategies, nor do they propose forms of care less centred on health professionals for those experiencing mental distress.

Mutual help groups are one such participatory strategy, and consist of spaces for reciprocal support among peers. These are non-directive groups, differing from therapeutic groups in general, as care is more or less equally distributed among members rather than being entirely attributed to health professionals (Sevelius et al., 2024).

The mutual help strategy historically emerged in European countries and gained prominence in North America, where it played an important role in the development of the Recovery perspective. This perspective is based on a critique of the notion of mental disorder as a chronic, progressive, and disabling disease, and on the defence of forms of care that recognize the potential of individuals experiencing mental suffering to live meaningful lives (Figueiredo, 2021).

Different terms are used to refer to mutual help groups in the Anglophone literature, such as, mutual support/mutual aid and peer support. These terms are sometimes used to refer to mutual help groups as these have been commonly implemented in Brazil (Vasconcelos, 2013). However, they are also used to describe less reciprocal care strategies, involving individuals who have experienced intense psychological suffering, consider themselves recovered, and act to support others experiencing mental health suffering (Lainas, 2023).

Some authors place mutual aid and peer support strategies along a continuum: mutual aid groups are closer to friendships – due to reciprocity – while peer support groups are closer to professional healthcare roles – due to less reciprocal and more hierarchical relationships with the person receiving care. Even so, self-disclosure of personal experiences by caregivers is more prominent than in relationships between health professionals and service users (Davidson et al., 2006; Sevelius et al., 2024).

In general, participatory mental health strategies enable the construction of identities and forms of sociability less centred on illness and diagnosis, demonstrating their potential as tools for empowerment in mental health (Schneider, 2012). Other studies point to the expansion of such strategies in the Brazilian context (Corradi-Webster et al., 2025) and to their potential to destabilize perspectives that associate incapacity with psychological suffering, opening space for forms of existence and care based on participation, the production of social bonds, and the valorisation of users' situated knowledge (Figueiredo, 2021).

It is worth noting that, when addressing empowerment, caution is needed to avoid falling into individualistic and neoliberal perspectives, as has occurred in contexts where participatory mental health strategies have been used to justify maintaining an inaccessible health system (Agner & Braun, 2018). In the perspective adopted in this work, empowerment is understood as essentially involving collective practices through which bonds of solidarity can be created and pathways for social transformation can be opened, whether in association with state mechanisms or not.

Moreover, it is important not to essentialize the participation of service users and their families, as if it were the “missing pill” for finally fulfilling the psychiatric reform objectives. The diversification of voices is understood here as a means of enhancing dialogical practices and expanding the engagement of different actors in producing change. However, when reduced to

a mere protocol, social participation can lose its transformative potential, becoming just another mechanism for reproducing the institutional logics it seeks to overcome.

Mutual help groups may encourage dialogical practices among the different actors involved in psychiatric reform, a key factor in enabling change (González Rey & Mitjáns Martínez, 2019). For such strategies to effectively contribute to social transformation, further research in our context is needed. Developed in countries with social, cultural, and economic characteristics that differ from those found in Latin America, these strategies require careful contextual consideration.

In a context marked by intense social inequality, racism, and sexism, it remains challenging to implement health strategies that promote horizontal relationships. It is therefore necessary to avoid the tendency toward idealized appropriation of approaches and social policies from Global North countries, as this ultimately inhibits the development of “our own paths,” which are more relevant for understanding and intervening in our reality (Vasconcelos, 2017).

Theory of Subjectivity from a cultural-historical approach

González Rey’s work offers relevant theoretical and methodological contributions to the present discussion, as it allows understanding how a mutual help group is experienced by its members, and how the process of deinstitutionalization unfolds at the subjective level.

The Theory of Subjectivity is a cultural-historical approach, emerging from a theoretical effort to elaborate a set of interrelated concepts for the study of subjectivity as inseparable from culture. The author sought to overcome dichotomies that mark modern thought, such as those between the symbolic and the emotional, as well as between the social and the individual. The critique of such dichotomies gave rise to an ontological definition of subjectivity as a symbolic-emotional system, whose basic unit are subjective senses (González Rey & Mitjáns Martínez, 2019, 2025).

The division between social and individual subjectivity in this framework is mostly didactic, for these are mutually constitutive, like “two sides of the same coin”. The individual dimension of subjectivity refers to the subjective production regarding an individual’s life history, which occurs within a given context and network of relationships, whose subjectivation, in turn, is related to the different spaces of social subjectivity that traverse it. Social subjectivity represents “the complex network of social subjective configurations in which all social functioning takes place” (González Rey, 2015, p. 13), expressing itself through social representations, discourses, beliefs, sexuality, and morality manifested in different social spaces.

Therefore, subjectivity does not consist of an intrapsychic formation isolated from the social dimension, since the individual is constituted within different social subjectivities, while also acting as a differentiated moment of subjectivation of these (González Rey, 2019a). Subjective processes are always a singular production of individuals and social groups historically and culturally situated.

Subjectivity has a dynamic and generative character. Subjective senses are generated through a non-linear and nonconscious flow. As they articulate with one another, they give rise to relatively stable subjective configurations, which in turn generate new subjective senses, organizing how concrete experiences are subjectively.

From this perspective, individuals and social groups are actively implicated in the production of their subjective configurations, although they do not fully control them. Thus, people are not mere epiphenomena of external processes (González Rey, 2019a). However, its generative character

does not necessarily imply that the subjective production of a person or group will break with institutionalized forms of being, thinking, and feeling.

In some contexts, social subjectivity may function in a more limiting way, generating significant consequences in the quality of life processes of those who participate in such spaces. An example of this are forms of social subjectivity that sustain an asylum-based logic, closely linked to the phenomenon of new institutionalization mentioned earlier.

Social subjective processes related to asylum logic refer to relationships among users, family members, and health professionals marked by predominantly pathologizing and minimally dialogical care practices, which end up reducing the other to an object of intervention (Goulart, 2019).

Asylum related subjective processes, like any other form of subjective production, are not clearly articulated in individuals' speech, for subjectivity is not necessarily a conscious or intentional process. Subjective processes related to this logic may be present even in contexts where discourses in favour of psychiatric reform and the anti-asylum struggle prevail (Goulart, 2019).

Understanding new institutionalization as an expression of asylum social subjectivity shows that changes in subjective processes do not occur solely through formal changes in mental health policies. Social, cultural, and institutional transformations are always linked to the production of individual and social subjective senses, which develop through dialogue, understood as a shared relational space that opens possibilities for reflection, tensions, and possible reconfigurations of social practices. Dialogue, as conceptualized in this theoretical framework, constitutes a fundamental resource of deinstitutionalization in the field of mental health, as will be discussed later in this work (Goulart, 2019).

Methodology

This research is part of the research project "Subjectivity, education and health: subjective development in focus," supported by the National Council for Scientific and Technological Development (CNPq) through a Level C productivity grant. It is also associated with the research project "Mental health, subjective development and ethics of the subject: alternatives to the pathologization of life," approved by the Ethics Committee of the Foundation for Teaching and Research in Health Sciences of the Federal District.

In close articulation with the Theory of Subjectivity, this article was grounded in González Rey's Qualitative Epistemology and Constructive-Interpretative Methodology. The articulation between theory, epistemology, and methodology allows greater consistency in research and professional practices informed by this theory (González Rey & Mitjans Martínez, 2019, 2025). This framework emphasizes the production of scientific knowledge as a process that is (1) constructive-interpretative, (2) dialogical, and (3) oriented toward the legitimation of the singular as a legitimate source of knowledge.

The research participants were members of a mutual help group in the Federal District of Brazil. The inclusion criterion was willingness to participate, with no exclusion criteria related to diagnosis, age, or gender. Following collective acceptance of the invitation to collaborate with this study, visits to the group were conducted over four-month period. Meetings were held every two weeks and lasted approximately two hours.

Research carried out based on the Constructive-Interpretative Methodology involves a process of interpretative construction, based on the articulation of information generated across different moments of the research process with participants. It is understood that creating a space for authentic expression is essential in order to engage participants subjectively and thereby facilitate the expression of subjective senses.

The research instrument consisted of conversational dynamics, understood as a dialogical process between researcher and participant (González Rey & Mitjás Martínez, 2019, 2025). Rather than following a structured script, these interactions are guided by the flow of conversation, allowing participants to express themselves more freely. This approach aims to create a space of trust and engagement, facilitating the expression of subjective senses.

After each meeting with the group, the researcher (the first author of the article) wrote excerpts of participants' speech, attitudes of group members, events, and perceptions about how the group functioned in a field diary. Based on these records, she selected the most significant excerpts related to the phenomenon studied. In order to ensure confidentiality, the dataset supporting the findings of this study is not publicly available.

Based on this field diary, the researchers formulated *indicators*, that is, meanings attributed by the researchers to the field information, and which don't appear directly and explicitly enunciated in participants' discourse. The articulation of different indicators leads to the elaboration of broader hypotheses about the phenomenon under study, which, in their process of construction and unfolding, culminate in the theoretical model resulting from the research (González Rey & Mitjás Martínez, 2019, 2025).

Results and Discussion

When the research began, the mutual help group involved in the study already existed for about one year, and consisted of an "open" group, that is, any interested person could attend the meetings. Most participants were regular attendees, primarily adult or elderly women who also attended a nearby Psychosocial Care Centre (CAPS), one of the main mental health services aimed at replacing asylums in Brazil. Both users and family members participated in the group.

The group began in 2018 as an initiative of the local CAPS. It was proposed that the group would be guided by the mutual help model proposed by Vasconcelos (2013), in which mutual help groups are understood as spaces of encounter among people who share experiences of psychological suffering, where experiential knowledge and users' protagonism are valued.

The model of mutual-help group discussed by Vasconcelos (2013) highlights the mediating role of the *facilitator*, responsible for encouraging respectful coexistence and the sharing of experiences among group members. In practice, this function – which includes organizing the duration of speaking and order of speakers – is rotated, ensuring that everyone has a voice and actively participates in the group (Figueiredo, 2021).

According to some long-term attendees, although the group was formally open, there was an informal selection process regarding who was informed about the group or invited to attend it. This informal selection was carried out by the professionals involved in the project, who were concerned about the attendance of individuals in distress who might not be "prepared" to participate in that space.

Regarding the group's initial formation and the possibility of participating in a facilitator training course, D., a CAPS user, shared the following:

When the first facilitator training course took place, I wanted to participate, but they told me (health professionals) that I 'did not meet the requirements.' But then, when this group started, they invited me to participate.

Considering D.'s account, it seems health professionals assumed the role of deciding whether a given individual was suitable to take on the role of facilitator.

The dynamics described so far, regarding the functioning of the group, suggest relationships based on subtle forms of tutelage between health professionals and the other group members. In this context, only certain individuals are seen as capable of participating in this mutual help space, and their invitation to the group relies on meeting certain prerequisites established by health professionals. This representation of the role of participants, and especially facilitators, contributes to maintaining asymmetrical power relations between users and family members and health professionals.

The situation described by D. also supports the construction of the indicator that the role of facilitator in this mutual help group is not represented as a possible pathway for the development of mental health service users, as only those who already met such prerequisites were able to perform this function. At another moment, this indicator was further reinforced when it was observed that one of the reasons a group member was invited to become a facilitator was that she had been discharged from CAPS. This suggests that opportunities to become a facilitator are partly based on the evaluation of users' clinical improvement, implicitly expressing a representation of people in psychological distress as incapable of assuming responsibilities in organizing the group.

The indicators constructed so far suggest that the subjective production regarding the role of the facilitator reproduces the ways in which care is organized and distributed in professionally led support contexts, in which the social representation of the caregiver in the mental health field is that of a person who has undergone some form of therapeutic process and training.

Throughout the research, it was observed that some participants attended the group more due to the desire for individual attention from the health professionals than in search of a space of group interaction. For example, in one of the meetings, a participant behaved as if she were in an individual therapy session, limiting others' opportunities to speak and interacting exclusively with the psychologist present. This event points that care practices centred on the role of health professionals may be associated with a simultaneous disinvestment in mutual support relationships within the group.

It is worth noting that the professionals involved in the group positioned themselves critically in regards to the expectation, shared by some members, that the professionals would lead the group's functioning. These professionals also expressed the expectation that, over time, the group would begin to function more autonomously.

In the following statement, E., a former CAPS user, describes her trajectory until joining the mutual help group:

I went to CAPS for a year, but I only attended the walking group and didn't see a psychologist during that time. I saw a private psychiatrist, and at CAPS they only renewed my prescriptions. Then I was discharged, and they told me about this group, which has a psychologist. So, I came.

Although the aim of this type of group is to promote mutual help relationships among all its members, E. appears to have joined the group precisely because of the presence of a psychologist. Her tone of implicit criticism when referring to CAPS, particularly when she says she “only” attended the walking group without seeing a psychologist or psychiatrist, points to a devaluation of mutual help relationships with others experiencing psychological distress, as well as to a feeling of dissatisfaction with the mental health service she attended. Similar expressions of dissatisfaction or distancing from other health services were also observed among other group members, supporting the construction of an indicator that this was an important motivation for participation in the mutual help group for some.

In addition, the low attendance at the only group meeting held without the presence of health professionals supports the indicator that the presence of a professional is a precondition for the encounter to happen, at least for some members. In light of these indicators, it is possible to formulate the hypothesis that subjective processes related to the centrality of health professionals in care are dominant in the group's functioning.

In one of the group meetings, the members who had completed the facilitator training were unwilling to take on this role, and the other members did not feel comfortable doing so, stating that they could only act as facilitators if they had completed the training course. On that day, the facilitator role ended up falling to the psychologist.

Even though the psychologist was aware that the support role was being delegated to her, and despite her critical stance toward this, she felt it was her duty to care for the group members as she would do in a CAPS. This illustrates the difficulty in breaking with forms of care transposed from other institutional settings. “Help” ends up being relegated to certain individuals, especially health professionals, rather than shared among the group members – which substantially reduces their protagonism.

Even so, it was possible to observe how the group's dominant subjective productions are in continuous tension with subjective processes related to alternative ways of organizing care practices. For example, in one meeting, J., a man who was usually quiet and reserved, unexpectedly greeted and welcomed new participants, demonstrating a posture clearly different from his usual behaviour.

The researcher was sitting next to J. and another group member, talking casually before the meeting began. Upon noticing the arrival of new participants, J. commented, addressing the researcher: “Look, there are new people arriving, someone needs to welcome them.” The researcher signalled that she had noticed, but pretended not to understand the implicit request directed at her. When neither of the two women moved, J. got up and went himself to welcome and speak with the newcomers.

It is worth noting that J. was generally silent and rarely spoke during meetings, sometimes appearing somewhat “disorganized.” Therefore, he did not fit the hegemonic conception, in that

space, of someone capable of caring for others. Even so, he performed this function cheerfully and without apparent difficulties.

J.'s example illustrates the potential of mutual help groups to subvert hegemonic criteria through which care is distributed and socialized. By taking the initiative to welcome the newcomers, J. challenged the hegemonic social configuration that would otherwise disqualify him from exercising care, as it is often associated with assumptions linking psychological suffering to incapacity. He also challenged social norms that tend to assign the role of care to feminine figures, such as the researcher.

The group also offered greater openness to critical perspectives regarding the centrality of the role of health professionals in the care of people experiencing psychological distress. This becomes clearer in the following excerpt from D.'s speech:

The other day I invited a user from CAPS to come to the group. Then he asked that question (laughs): "Is there a health professional there?" Then I said there was a social worker and a psychologist. It seems like people only think about that!

Thus, there were subjective processes challenging institutionalized forms of care and sociality within the group. To allow the development of these alternative ways of being, it would be necessary to foster a dialogical space in which such tensions and conflicts could be recognized and discussed within the group. However, this did not always occur. The following excerpt from a conversation between M. and a health professional took place during one of the group meetings:

M.: The professor said that we need to separate the group of family members from the group of users. So, when are we going to discuss this?

Health professional: Yes, we will discuss this in the facilitators' supervision group, not here – this is mutual help.

In this excerpt, M. questions the group about a matter of common interest, expressing an openness to dialogue with other members regarding the management of care in that space. She refers to the statement of a scholar (the "professor") who usually gives lectures in facilitator training courses mentioned earlier, who argued that mutual help groups should be divided between family members and users. In the case analysed here, both participated in the same group.

In responding to M., the professional establishes that the issue will be discussed in a meeting between facilitators and health professionals, which took place periodically to support facilitators in performing their roles. This indeed occurred, as none of those present opposed the decision. Even so, the fact that M.'s question could emerge in that space points to the tension between different modes of care management at play there.

This is a tension that only becomes possible insofar as it is collectively constructed, albeit in a contradictory way: the same professional who, at that moment, assumes a position of authority by determining what can or cannot be done there, at other moments actively defended the mutual help proposal in the face of criticism from other professionals at the CAPS where she worked.

Likewise, M., who at one moment encouraged dialogue, at others monopolized the conversation, directing herself exclusively to the health professionals present.

The case discussed shows that mutual help groups constitute important spaces of development not only for service users and their family members, but also for health professionals, considering that, in this context, professionals can experience relationships and practices that challenge traditional institutional logics, potentially favouring change in other settings in which they may act.

Final Considerations

The aim of this study was to understand social subjective processes of a mutual help group and to deepen the discussion about the implementation of participatory mental health strategies in the Brazilian context. Based on the findings, an important aspect of the social subjective configuration of the group studied is the search for a space where care is led by a professional. The very proposal of mutual support appears to be secondary in terms of what motivates members to join the group.

In the Theory of Subjectivity, actions are understood as subjectively configured rather than external to subjectivity (González Rey, 2019b). Based on this framework and on the findings of this study, it can be argued that care practices and interpersonal relationships in this mutual help group constitute social subjective configurations that play an important role in the production of new subjective senses.

In this group, the prioritization of care provided by professionals appears to be linked to the association between mental disorder and incapacity, and to the maintenance of a tutelary relationship between health professionals and other members. This subjective configuration unfolds into how care is organized and distributed within the group: those perceived as more suited to the caregiving role, and upon whom this function frequently falls, are individuals who have undergone some form of training and are considered to be in adequate health conditions to care for others.

Nevertheless, gestures of care, openings to dialogue, critical positions, and the effort to sustain the group's existence in a context in which participatory mental health strategies remain poorly valued indicate that social subjective processes related to the centrality of health professionals in care remain in tension within this space, and illustrate the deinstitutionalizing potential of this type of strategy.

Here, we differentiate deinstitutionalization as it is commonly understood – a broad and sometimes vague concept (Nascimento & Silva, 2020) – from deinstitutionalization as it unfolds in the rhythm of everyday life, that is, as a process that takes place in daily relationships and advances unevenly in relation to broader institutional transformations. As Lefebvre (1991) suggests, everyday life constitutes a specific dimension of social experience in which changes occur in a non-linear and frequently contradictory manner.

For the psychiatric reform to fulfil its transformative aims, it is necessary to invest in dialogical spaces that mobilize its actors, allowing family members and mental health service users to assume an active role in this process. As mentioned earlier, the Brazilian psychiatric reform only acquired an anti-asylum character through the participation of service users and their families in this movement.

It is important to emphasize that expanding the participation of mental health service users and their family members in care practices does not imply that their perspectives necessarily support processes of deinstitutionalization. Nor does it assume these actors to be inherently progressive, in contrast to health professionals, who are often presumed to reproduce asylum-based logics as if by nature.

Rather, this study highlights that mutual help groups constitute powerful spaces for the contestation and transformation of institutionalized ways of thinking and practicing care, precisely because they offer a site of (re)invention in which a participant may feel authorized to actively question: “So, when are we going to discuss this?”

The challenges of the psychiatric reform extend beyond the mere affirmation of general principles and protocols, and can only be effectively addressed if the subjective dimension of the human processes involved in mental health field is taken into consideration.

References

- Agner J. & Braun K.L. (2018). Patient empowerment: A critique of individualism and systematic review of patient perspectives. *Patient education and counseling*, 101, 2054-2064.
- Amarante, P., & Torre, E. H. G. (2018). “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Revista De Administração Pública*, 52(6), 1090–1107.
- Brasil. (1990, 28 de dezembro). *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*. Diário Oficial da União.
- Brasil. (2001, abril 6). *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*. Diário Oficial da União.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011, 23 de dezembro). *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.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. (2012, 10 de maio). *Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012: Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde*. Diário Oficial da União.
- Brasil. (2019, abril 11). *Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019: Dispõe sobre a Política Nacional sobre Drogas e estabelece diretrizes para ações de cuidado, tratamento, acolhimento e reinserção social*. Diário Oficial da União.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2024, novembro 14). *Portaria GM/MS nº 5.738, de 14 de novembro de 2024: Altera as Portarias de Consolidação MS nºs 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Centro de Convivência - CECO da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS*. Diário Oficial da União.

- Corradi-Webster, C. M., Reis, G., Brisola, E. B. V., Sampaio, C. A., Araujo, C. N. P., Rufato, L. S., Oliveira, R. a. S., Ricci, R. É. C., de Oliveira, W. F., de Oliveira, B. R., Bellamy, C., & Costa, M. (2025). A reflection on the role of individuals with lived experience in shaping the Brazilian psychiatric reform. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 1–7.
- Corrêa, L. M., & Lima, R. C. (2024). A tendência à neoinstitucionalização e o discurso religioso: Elementos de análise para a reforma psiquiátrica. *Saúde e Sociedade*, 33, e230288pt.
- Costa-Masini, D. V., & Lagoas, J. M. (2022). Análisis de los Discursos Médico y Bolsonarista: un estudio sobre las pretensiones de “despolitización” de la política en Brasil. *V Congreso Latinoamericano y Caribeño de Ciencias Sociales*, 2, 817–834.
- Cruz N.F.O., Gonçalves R.W., & Delgado P.G.G. (2020). Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3).
- Davidson L., Chinman M., Sells D., & Rowe M. (2006). Peer support among adults with serious mental illness: a report from the field. *Schizophrenia bulletin*, 32(3), 443-50.
- Emmanuel-Tauro D.V. & Foschaches D.A.L. (2018). As atuais políticas de saúde mental no Brasil: reflexões à luz da obra de Cornelius Castoriadis. *Mental*, 12(22), 90-112.
- Figueiredo A.P. (2021). Grupos de recuperação e ajuda mútua e apoio em saúde mental: Análise de uma experiência. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 14 (2), 93-103.
- González Rey L.F. (2015). A new path for the discussion of social representations: Advancing the topic of subjectivity from a cultural-historical standpoint. *Theory & Psychology*, 25(4), 494–512.
- González Rey L.F. (2019a). Subjectivity as a New Theoretical, Epistemological, and Methodological Pathway Within Cultural-Historical Psychology. In: González Rey L.F, Mitjás Martínez A., Goulart D.M. (eds.). *Subjectivity within Cultural-Historical Approach*. Singapore: Springer.
- González Rey L.F. (2019b). Subjectivity in debate: Some reconstructed philosophical premises to advance its discussion in psychology. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 49, 212-234.
- González Rey L.F., & Mitjás Martínez A. (2019). The Constructive-Interpretative Methodological Approach: Orienting Research and Practice on the Basis of Subjectivity. In: González Rey L.F, Mitjás Martínez A., Goulart D.M. (eds.). *Subjectivity within Cultural-Historical Approach*. Singapore: Springer.
- González Rey, F., & Mitjás Martínez, A. (2025). *Subjectivity: Theory, epistemology and method*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-032-07826-1>
- Goulart D.M. (2019). *Saúde mental, desenvolvimento e subjetividade*. São Paulo: Cortez Editora.
- Goulart D.M., & González Rey L.F. (2019). Studying Subjectivity in Mental Health Services: Education, Subjective Development and the Ethics of the Subject. In: González Rey L.F, Mitjás Martínez A., Goulart D.M. (eds.). *Subjectivity within Cultural-Historical Approach*. Singapore: Springer.
- Lainas S. (2023). Self-help/mutual aid groups for health and psychosocial problems: Key features and their perspectives in the 21st century. *American Journal of Community Psychology*, 72(3–4),

271–287.

Lefebvre, H. (1991). *Critique of Everyday Life*. London: Verso.

Liberato, M. T. C., & Dimenstein, M.. (2013). Arte, loucura e cidade: a invenção de novos possíveis. *Psicologia & Sociedade*, 25(2), 272–281.

Lobosque AM. Experiências da loucura. Rio de Janeiro: Garamond; 2001.

Nascimento, M. S., & Silva, M. B. B. E. (2020). Desinstitucionalização em debate: Uma etnografia em eventos de saúde mental. *Saúde em Debate*, 44(spe3), 33–44.

Sevelius, J., Saggese, G., Gomez, J. L., Carvalho, P. G. C. de, Santos, C. A. da S., Wanzeller, M. das M. de O., Lippman, S., & Veras, M. A. (2024). Peer support workers as a tool to expand access and improve the quality of care for transgender women and travestis in Brazil. *Epidemiologia E Serviços De Saúde: Revista Do Sistema Único De Saúde Do Brasil*, 33(spe1), e2024324.

Schneider, B. (2012). Participatory Action Research, Mental Health Service User Research, and the Hearing (Our) Voices Projects. *International Journal of Qualitative Methods*, 11(2).

Vasconcelos E.M (coord.) (2013). *Manual de ajuda e suporte mútuos em saúde mental*. Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ.

Vasconcelos E.M. (2017). As abordagens anglo-saxônicas de empoderamento e recovery (recuperação, reestabelecimento) em saúde mental I. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 9(21),31-47.



THE UNIQUE THERAPEUTIC PROJECT THROUGH A MULTIDIMENSIONAL MODEL: CONSIDERING THE PERSON, DAILY LIFE, AND ENVIRONMENTAL CONTEXT

*O projeto terapêutico singular pelo modelo multidimensional:
considerando a pessoa, o cotidiano e o contexto ambiental*

*El proyecto terapéutico individualizado a través de un modelo
multidimensional: considerando a la persona,
la vida cotidiana y el contexto ambiental*



Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de Oliveira Silva  

Abstract

The Disability and Functioning in Health Classification (DFC) was developed by the World Health Organization to understand aspects of a person's health, even with a diagnosis, and serves as a national and international health paradigm. The objective of this study was to describe the use of this diagram as a model for an Individualized Therapeutic Project and to reflect on it in light of the psychosocial rehabilitation model. The approach was qualitative, utilizing data from the "Functional Health in Mental Health" study to describe the use of a component diagram in the intake, assessment, and organization of the Individualized Therapeutic Project, which enabled the co-production of problem-framing and the co-management of the work process, as well as the application of psychopathological symptoms to everyday life. Finally, the organization of this classification system as a Singular Therapeutic Project helped to promote the development of functional health, as well as the systematization of strategies for professionals involved in psychosocial rehabilitation.

Keywords: ICF, Psychosocial rehabilitation, Singular Therapeutic Project, Mental health

Resumo

A Classificação de Incapacidade e Funcionalidade em Saúde foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde para conhecer os aspectos da saúde de uma pessoa, mesmo com um diagnóstico, sendo um paradigma de saúde nacional e internacional. O objetivo deste estudo foi descrever o uso do diagrama como um modelo de Projeto Terapêutico Singular e refletir à luz do modelo de reabilitação psicossocial. A abordagem foi qualitativa, utilizando dados da pesquisa Saúde Funcional na saúde mental, descrevendo o uso de um diagrama dos componentes no processo de acolhimento, avaliação e organização do Projeto Terapêutico Singular, que facilitou na coprodução da problematização e na cogestão do processo de trabalho além da remissão dos signos psicopatológicos para a cotidianidade. Finalmente, a organização do uso deste classificador como Projeto Terapêutico Singular favoreceu valorizar o desenvolvimento da saúde funcional, mas também sistematização de estratégia para profissionais que lidam com a reabilitação psicossocial.

Palavras Chaves: CIF, Reabilitação psicossocial, Projeto Terapêutico Singular, Saúde mental

Resumen

La Clasificación de Discapacidad y Funcionamiento en Salud (CDFS) fue desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para comprender aspectos de la salud de una persona, incluso con un diagnóstico, y sirve como paradigma de salud nacional e internacional. El objetivo de este estudio fue describir el uso de este diagrama como modelo para un Proyecto Terapéutico Individualizado y reflexionar sobre él a la luz del modelo de rehabilitación psicossocial. El enfoque fue cualitativo, utilizando datos de la investigación sobre Salud Funcional en Salud Mental, describiendo el uso de un diagrama de los componentes en el proceso de acogida, evaluación y organización del Proyecto Terapéutico Individualizado. Esto facilitó la coproducción de la resolución de problemas y la cogestión del proceso de trabajo, así como la remisión de signos psicopatológicos a la vida diaria. Finalmente, la organización del uso de este classificador como un Proyecto Terapéutico Individualizado favoreció el desarrollo de la salud funcional, pero también la sistematización de estrategias para los profesionales que trabajan en rehabilitación psicossocial.

Palabras clave: CIF, rehabilitación psicossocial, proyecto terapéutico individualizado, salud mental

Introduction

The objective of this article is to describe the use of the World Health Organization's (WHO) International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a project proposal, Singular Therapeutic Approach (PTS) and thus reflecting on the multidimensional model in psychosocial rehabilitation in mental health, focusing on the individual's actual needs and interactions with the community.

Psychological distress in mental health causes harm across various aspects of a person's life, interfering with their functional health; according to Saidón (2008), this should lead us to consider therapeutic strategies that allow us to relate social and subjective factors to health domains through effective practices, and clinical systems, thereby enabling the development of evidence and the provision of comprehensive care, in line with the psychosocial rehabilitation model.

The ICF is a classification system developed by WHO (2022) to understand the various aspects of a person's health, even in the presence of a diagnosis, and which, regardless of health and disease conditions, highlights not only disabilities but also preserved functional abilities. Therefore, a common and standardized language has been adopted to facilitate the exchange of evidence worldwide across various professional fields, aiming to: (i) provide a coding system for functionality and health; (ii) enable strategic decision-making; (iii) promote health initiatives and foster equity; and (iv) develop strategies for public policy management.

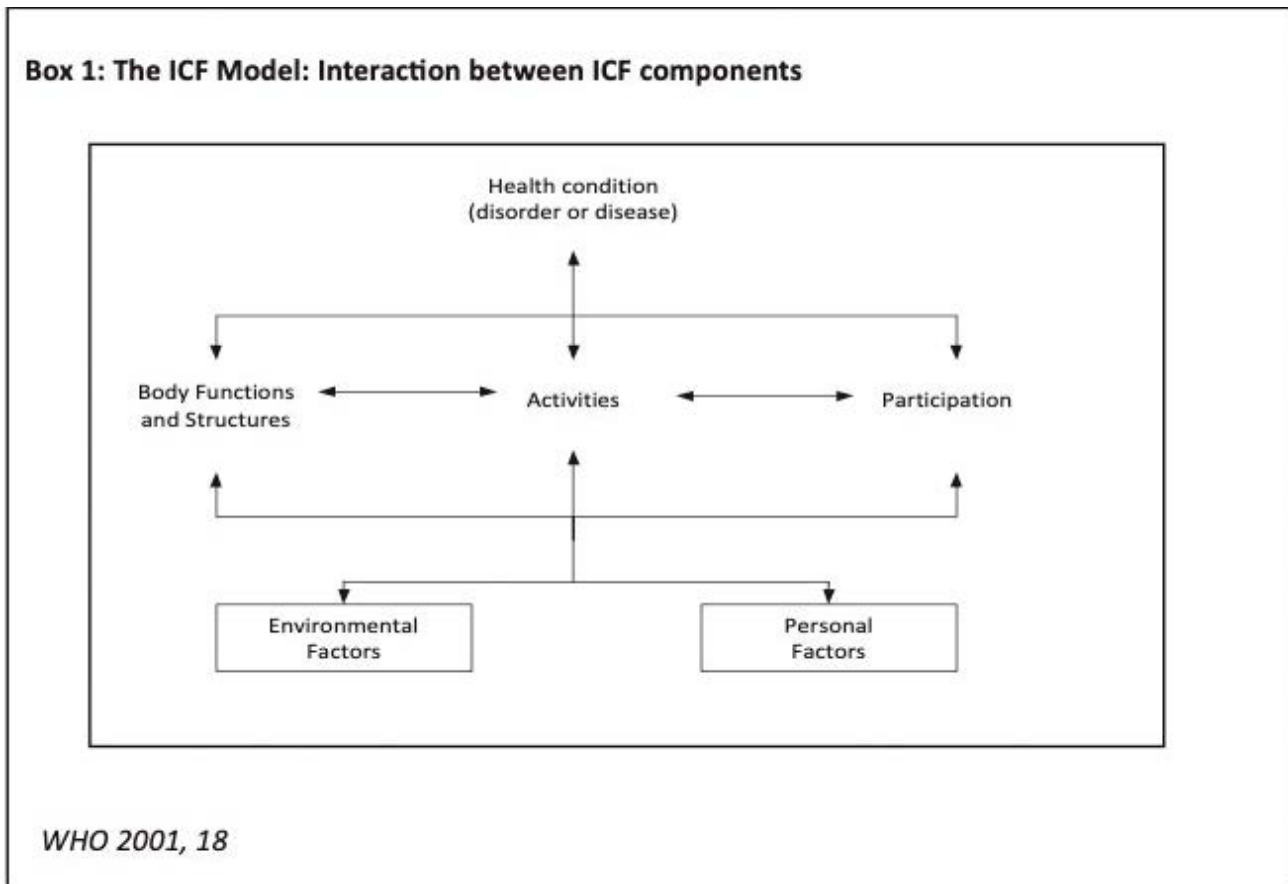
This classification system is based on the paradigm of functional health, whereby

- (i) Two people with the same disease do not necessarily have the same level of functioning;
- (ii) Two people with the same functional impairment do not necessarily have the same disease; and
- (iii) Two people with the same impairments do not necessarily have the same disabilities (WHO, 2004).

ICF is organized around two main frameworks: (i) functionality and disability in the functional components (b), such as body systems, structural components (s) in the anatomical parts of the body, and activity domains (d); and (ii) contexts related to environmental facilitators and barriers (e) and personal factors, the latter of which is not classified by ICF.

The functionality and disability model is viewed as an interactive and evolving process that permits the consideration of various aspects of this model through a diagram designed to help visualize and understand the dynamic interaction among its components; it suggests that a person's functionality in a specific domain results from the interplay of complex factors involving health states or conditions and contextual factors.

Figure 1 - Interactions among the components of the ICF.



Source: WHO (2022).

Through this diagram, the components of the ICF show a dynamic interrelationship; this means that intervention in one component may result in changes in one or more other components, based on two approaches: (i) exploring causal associations and links; and (ii) describing the health experience in its entirety from a bio psychosocial perspective.

All components are useful. After all, a person may:

(...) have a disability without functional limitations (a disfigurement resulting from Hansen’s disease may not affect the person’s functional capacity); have performance issues and functional limitations without obvious disabilities (reduced performance in daily activities associated with various diseases); have performance issues without disabilities or functional limitations (an HIV-positive individual, or a former patient who has recovered from a mental illness, who faces stigma or discrimination in interpersonal relationships or at work); having a functional limitation without assistance and no performance problems in the usual environment (an individual with mobility limitations may receive assistive technology from society to move around); and experiencing a degree of adverse influence (limb inactivity can lead to muscle atrophy; institutionalization can result in the loss of social skills). (WHO, 2022, p. 33)

ICF was implemented in Brazil through Resolution No. 452/2012 of the National Health Council (CNS), and was incorporated into the Unified Health System (SUS) and private health insurance to establish a framework for assessing the functional abilities and disabilities of individuals, in order to improve the quality of health records, rehabilitation, and the formulation of public policies aimed at people with disabilities or health limitations.

This healthcare model closely resembles the psychosocial rehabilitation model of Brazil's mental health policy, which, according to WHO (2022), represents a dialectical process that bridges the disease-focused medical model where the individual's health issue is viewed as a problem and medical care is considered the primary concern—and the social model, where the health-disease process is associated with disability and the individual's integration into daily life and society. Therefore, it is believed that the diagram presented by the ICF paradigm can be used as a form of Individualized Treatment Plan in mental health. It offers an opportunity to move away from a hospital-centered approach—one focused on psychopathological symptoms themselves and rooted in outdated traditional practices—and toward innovative approaches that focus on psychological distress, the individual, and the dimensions of daily life.

The psychosocial rehabilitation model of Brazil's mental health policy is defined as a set of measures to strengthen, promote the inclusion of, and ensure the exercise of the civic rights of patients and their families through the creation and development of initiatives that leverage local resources in the areas of employment, housing, education, culture, safety, and human rights (Brazil, 2007).

This model presents a paradigm in mental health that employs empowerment technologies to mobilize clinical, material, and emotional resources for the reconstruction of individuals, the minimization of harm from the experience, and the restoration of agency to generate new strategies for coping with everyday challenges (Pitta, 1996).

The Ministry of Health considers that the guidelines to care for people suffering from mental distress should include the following elements in the PTS: territory, network, reception, comprehensiveness, citizenship, and autonomy; through a framework that includes general components such as contextual diagnosis, goal-setting, division of responsibilities, and reassessment. (Brazil, 2007).

Therefore, it is important to broaden our perspective on individuals experiencing psychological distress in the PTS, extending care beyond the biological to include the psychosocial—not for the purpose of healing, but to restore social bonds and overcome exclusion, to expand the capacity to develop effective responses to the challenges of daily life, and to improve daily life rather than merely reducing symptoms, with the concept of healing linked to autonomy, initiative, and proactivity. According to Oliveira (2008), it generates a movement of co-management and co-production of the therapeutic process for a singular subject—whether individual or collective—in a situation of vulnerability (p. 59).

This study starts from the research question: How can we focus on care without knowing how a person experiences suffering, how they relate to their support network, and what effects this have on their daily life? It aims to describe the use of the ICF diagram as a model for PTS and to reflect on multidimensional mental health care from the perspective of daily processes and functional health in light of the psychosocial rehabilitation model.

Methodology

This study complies with Resolutions No. 510 of 2016 and No. 466 of 2012 issued by the National Council for Research Involving Human Subjects of the National Health Council (CONEP/CNS), and was approved by the Research Ethics Committee of the University of Brasília under number 4.148.978; respecting the four basic principles of bioethics: autonomy, non-maleficence, beneficence, and justice, and ensuring the rights and duties pertaining to the scientific community, research subjects, and the State.

The research approach was a descriptive qualitative study grounded in social constructivism, which, according to Creswell (2010), emphasizes the participation of both the participants and the researcher, focusing on the significance of the research instruments and the subjectivity of the participants' experiences; it involves interaction within historical and cultural contexts, paying attention to the participants' daily activities, work, and personal histories.

The context was an extension and research project titled "Functional Health in the Field of Mental Health" conducted by the University of Brasília, started in 2020 to describe the components of functionality, disability, and health among individuals receiving care through the mental health network, in order to expand care strategies.

This project is being carried out by a non-governmental, charitable, and philanthropic organization. It has been operating for 38 years during business hours in an Administrative Region of the Federal District as a community-based support center for people experiencing mental distress, offering a variety of therapeutic, vocational, recreational, and income-generating workshops.

The project provides individual and group occupational therapy sessions for people of various ages experiencing psychological distress, using ICF at the outset of the participants' involvement in two ways: (i) using a form with the codes for each component's items to assess their profile and describe functional health reports; and (ii) by incorporating the ICF component diagram as a follow-up tool, a step that will be described in this study.

The participants in the study were informed and invited to participate, after signing the Free and Informed Consent Form (FICF), which prioritized data anonymity to protect the research participants. This study focused solely on describing and reflecting on the use of the ICF diagram as a PTS and the processes associated with this use in mental health care.

Therefore, the findings will consist of a description of the steps involved in developing the PTS as part of the project, along with reflections on this strategy in relation to the multidimensional model and psychosocial rehabilitation.

Results and Discussion

The ICF diagram is used during intake, assessment, and the development of strategies to be agreed upon with patients and their families for occupational therapy services. During the initial intake (Figure 2), socio-demographic data is collected and the client's needs are assessed, to understand aspects of the individual, their health and illness contexts, and family relationships; this also involves determining their understanding of occupational therapy and their expectations regarding the care process.

Figure 2 – Form and checklist for gathering the needs of the person seeking care.



OCCUPATIONAL THERAPY INTAKE



Date: ___/___/___ Referred: _____

GENERAL INFORMATION

Name: _____

Date of Birth: ___/___/___ **Age** _____ **social security number:** _____ **School/Grade** _____

Adress: _____ **Telephone** _____

Diagnosis / Treatment: _____

Use /CID _____

Name of Guardians: _____ **Occupation** _____ **CPF** _____

_____ **Occupation** _____ **CPF** _____

_____ **Occupation** _____ **CPF** _____

Benefits:
Intake Guide(Gather information while allowing the individual to tell their own story, and, as the process unfolds, provide relevant referrals.)

1. Introduce and learn the names of the individuals, their ages, occupations, and the dynamics of their immediate family relationships (people living with the client).
2. Gather information about the reasons for and needs related to occupational therapy services.
3. Understand the client's routines, habits, occupations, occupational roles, and related contexts, as well as their extended family.
4. Understand family organization and dynamics.
5. Understand what people perceive OT to be—listen and add to, clarify, or inform them about our work at ASSIM.
6. Identify perspectives and needs (based on their understanding of what OT entails) regarding the presented need.
7. Explain the initial work process (assessment/observation, creation of the therapeutic plan, discussion with everyone about the plan), emphasizing the importance of partnership.

Source: Research (2020).

The intake process is a key component of the care process, facilitating the establishment of a contract, understanding of actual needs, recognition of unique aspects of the individual’s history, definition of shared responsibilities and co-management, and a reevaluation of expectations regarding the care process. This scenario aligns with the Ministry of Health (Brazil, 2007), which, in the psychosocial rehabilitation model, associates the expanded clinic with relevant aspects such as active listening during the intake process, offering a space to address any of the person’s needs and help reconstruct (and respect) the context of the illness, as well as the correlations established between their feelings and their life.

The second stage involves an assessment period using various resources, such as toys, play activities, educational or written games, collages, and drawings. This stage collects responses related to interaction, response to instructions, emotional expression, age-appropriate developmental aspects, how the child responds to tasks, toys, and play, and how they express themselves (interaction, language and vocabulary, writing), formal learning progress, age-appropriate cognitive functions, self-care, understanding of daily routines, habits, activities of daily living, skills, the family environment, and the support network.

The intake and assessment data are organized schematically into themes based on the ICF components (Figure 3), which will subsequently be organized in the ICF diagram in a way that facilitates the development of the PTS, defining which component(s) we will prioritize in care.

Figure 3 – Organization of reception and assessment content within the ICF components framework.

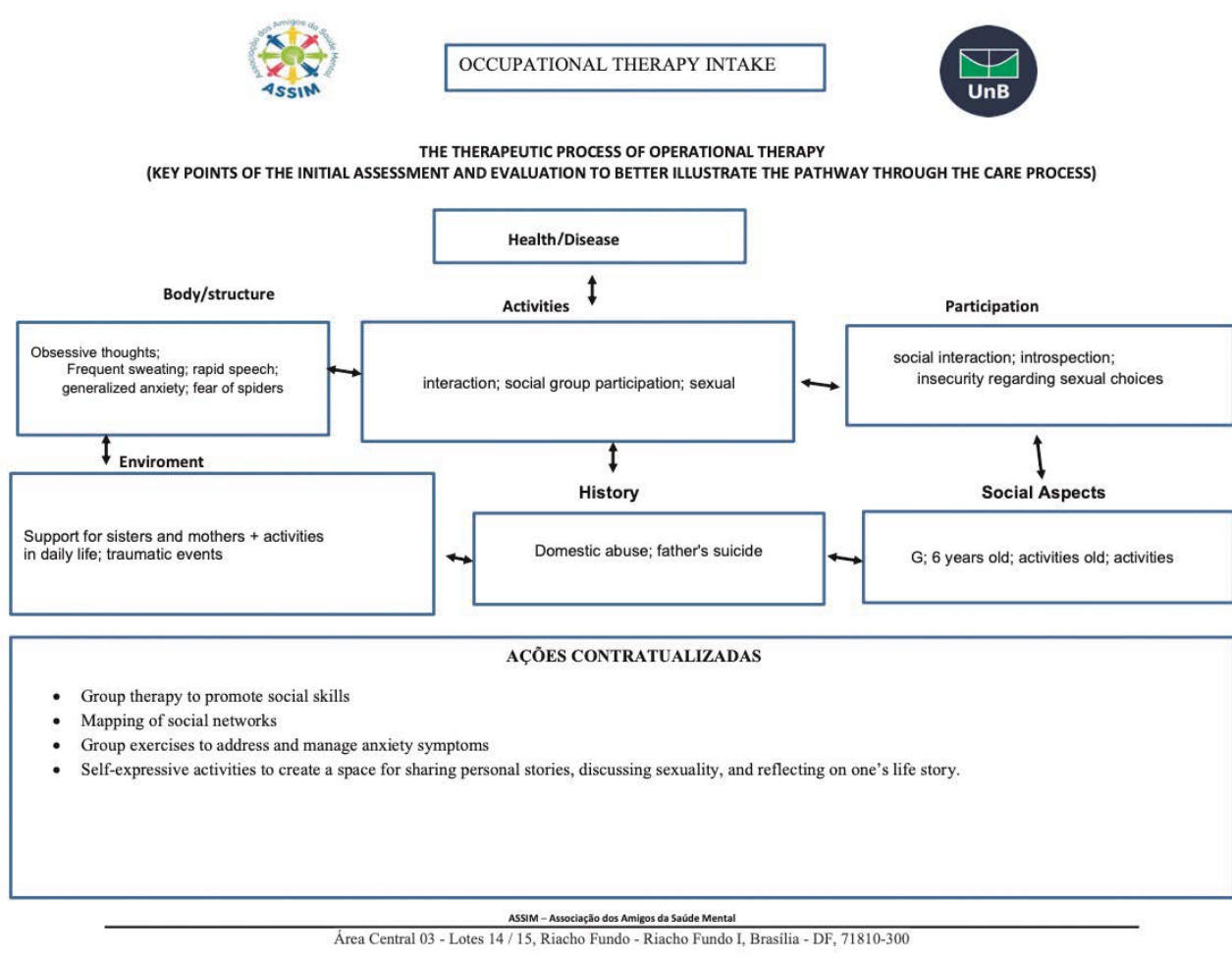


Source: Research (2020)

The process that occurs from the moment of reception to the return of the assessment and organization of the PTS generates important contexts for the person’s engagement in care, because it encourages concern for listening to the narrative, understanding the person immersed in the world of life, interacting with their social and moral values, acting in diverse ways of participating in daily activities, and being influenced by environmental facilitators and barriers.

Therefore, it provides insight into the individual as a unique being and their relationship with the world.

Figure 4 – shows a diagram of a project participant, illustrating aspects related to the ICF components, the selection of functional health items, and the respective therapeutic strategies agreed upon as PTS.



The ICF diagram (Figure 4) provided a clear illustration of relevant aspects of the PTS, enabling us to consider strategies such as: (i) selecting which aspects to address initially, given that we consider it impossible to address the full complexity of the individual and the harm associated with their psychological distress; (ii) evaluating and reevaluating therapeutic strategies in a process-oriented manner, whether in isolation or in combination; (iii) rethinking agreed-upon goals with

flexibility in processes and timelines; (iv) understanding and valuing small gains; (v) avoid patterns of generalized responses and thus prevent the PTS from becoming a bureaucratic institutional process; and (vi) discuss, on a case-by-case basis, the development of the agreed-upon actions using the ICF framework.

In this case, the decision was made to initially focus on aspects of dysfunction in the “function” component (generalized anxiety) and the “domain” component (social interaction and participation); and in the “context” component, by strengthening facilitators related to family support and daily activities. Therefore, the PTS work process incorporated therapeutic groups to stimulate social skills, self-expressive activities that allowed patients to share their life stories and develop coping strategies for anxiety, and the expansion of environmental facilitators such as a social support network.

Therefore, the ICF diagram provided an objective understanding of the individual’s health domains and their environmental and personal contexts; It also guided the selection of components from the functional health domains and care strategies through a PTS developed as a collaborative effort to address the issues and co-manage the work process, serving as a means to collectively operate the institutional care system while enhancing and integrating knowledge; expanding the understanding of the phenomenon beyond the remission of psychopathological signs to aspects of daily life that correspond to the psychosocial paradigm

The World Health Organization states that the ICF can serve as a consensus-based model that should be adopted by health systems, managers, and users, to promote the use of a common language for describing health issues or interventions across a broad spectrum-one that focuses on health but also encompasses social security, labor, education, the economy, and social policy (WHO, 2022).

Nubila and Buchalla (2008) highlight the importance of accurately applying the ICF as a more practical model for use across various healthcare fields; however, they note that there remains a gap in its implementation, requiring investment in training programs for healthcare teams to raise awareness among professionals regarding the use of this classification system. However, the use of the ICF remains limited in the field of mental health due to a lack of familiarity with this multidimensional framework, which reflects the psychosocial rehabilitation model; therefore, it is important to invest in professional training and research to raise awareness of the ICF approach, promoting best practices tailored to people’s specific circumstances.

Final considerations

This study substantiated the need to describe innovative strategies that reinforce the guidelines of the psychosocial rehabilitation model in Brazilian policy and align with the international paradigm centered on the person, recovery, and human rights.

Therefore, this study achieved its objective by describing a strategy for using the ICF as a PTS and the work process developed, demonstrating a multidimensional mental health care pathway focused on daily life and functional health processes in light of the psychosocial rehabilitation model.

The ICD was originally designed to serve as one of WHO's classifiers, promoting the biopsychosocial paradigm of health and disease processes. Its implementation in Brazil through Resolution No. 452/2012 of the National Health Council (CNS) regulates its use within the Unified Health System (SUS) and private health insurance, including in the process of work of professionals to encourage a multidimensional view of the individual, but also to improve the quality of health records by establishing a common language to describe the complexity of care.

The use of the ICF in this study was based on the diagram and dynamics of the components of impairment—such as body function, body structure, and activity domain—and of context, related to environmental facilitators and barriers. These were used in the process of welcoming, assessing, and organizing the PTS, producing a didactic illustration that facilitates a co-production of problem-framing and co-management for the work process, in order to enhance the integration of knowledge about the phenomenon beyond the attribution of psychopathological signs to aspects of daily life that correspond to the psychosocial paradigm.

Finally, integrating CIF into the daily practice of mental health care is of paramount importance, not only for promoting functional health but also for establishing a systematic approach for professionals involved in psychosocial rehabilitation.

References

- Ministry of Health. (2007). Ministry of Health. Health Care Secretariat. Technical Center of the National Humanization Policy. *Expanded clinic, reference team, and singular therapeutic project / Ministry of Health, Health Care Secretariat, Technical Center of the National Humanization Policy – 2nd ed. – Brasília: Ministry of Health. 60 p.: colored illustrations. – (Series B. Basic Health Texts).*
- Brunow, H.; Di Nubila, V.; Buchalla, C. (2008). *The role of WHO classifications – ICD and ICF in the definitions of disability and incapacity.* Brazilian Journal of Epidemiology, vol. 11, no. 2, São Paulo.
- Creswell, J. (2010). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches.* 3rd edition. Porto Alegre: Artmed.
- Oliveira, G. N. (2008). *The therapeutic project and changes in ways of producing health.* São Paulo: Aderaldo & Rothschild.

- World Health Organization. (2003). *ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health*. WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications. São Paulo: University of São Paulo Press.
- World Health Organization. (2022). *ICF: Classification of Functioning, Disability and Health / WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications in Portuguese, org.;* translation coordinated by Cassia Maria Buchalla – 1st ed., 4th updated reprint. São Paulo: University of São Paulo Press.
- Pitta, A. (ed.). (1996). *Psychosocial rehabilitation in Brazil*. São Paulo: HUCITEC, pp. 19–26.
- Saidón, O. (2008). *Becomings of the clinic*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild.



THEORETICAL STUDIES/ESSAYS



RESISTANCE OF WOMEN'S BODIES-TERRITORIES IN THE AMAZON IN THE FACE OF CONTEMPORARY AUTHORITARIAN NEO-EXTRACTIVISM

*Resistências dos corpos-territórios de mulheres na Amazônia frente
ao neoextrativismo autoritário da atualidade*

*Resistencia de los cuerpos-territorios de las mujeres en la Amazonía
frente al neoextractivismo autoritario contemporâneo*



Thiago da Silva Pinheiro  



Flávia Cristina Silveira Lemos  

Abstract

This article is an essay that analyzes the resistance of bodies-territories in promoting the collective mental health of women in the Amazon. It explores the emergence of the categories of nature and culture as oppositions, where the former has been hierarchically subordinated to the latter. Gender colonialities produce suffering for women, indigenous peoples, and traditional communities. In capitalism, the patriarchal linking of women to nature and men to culture has led to their expropriation, both through subordination and through the relationship between sexism and misogyny and the destruction of biodiversity. Therefore, this study seeks to understand how traditional communities, indigenous peoples, and women, within the context of their bodies-territories demarcated by violence and devastation, carry out resistance. Thus, the Amazon, as well as the women who live there, experiences the repercussions of this reality in the promotion of social inequalities and illnesses, brutal violence, and the devastation of the Amazon by contemporary authoritarian neo-extractivism.

Keywords: Resistance; Women; Amazon; Collective Mental Health; Nature-Culture.

Resumo

O artigo é um ensaio que tece análises das resistências dos corpos-territórios na promoção da saúde mental coletiva de mulheres na Amazônia. A emergência das categorias de natureza e cultura como oposição em que a primeira foi submetida à segunda de forma hierárquica. As colonialidades de gênero produzem sofrimento de mulheres, povos indígenas e comunidades tradicionais. No capitalismo, a vinculação da mulher como natureza e do homem como cultura de forma patriarcal produziu a expropriação destas tanto em subalternização quanto da relação do sexismo e misoginia com a destruição da biodiversidade. Busca-se, portanto, pensar como comunidades tradicionais, povos indígenas e mulheres em contextos de seus corpos-territórios demarcados por delineamentos atravessados por violência e devastação realizam resistências. Assim, a Amazônia, assim como as mulheres que nela vivem a repercussão dessa realidade na promoção das desigualdades sociais e adoecimentos, das violências brutais e na devastação da Amazônia pelo neoextrativismo autoritário da atualidade.

Palavras-chave: Resistências; Mulheres; Amazônia; Saúde Mental Coletiva; Natureza-cultura.

Resumen

Este artículo es un ensayo que analiza la resistencia de los cuerpos-territorios en la promoción de la salud mental colectiva de las mujeres en la Amazonía. Explora el surgimiento de las categorías de naturaleza y cultura como oposiciones, donde la primera ha sido jerárquicamente subordinada a la segunda. Las colonialidades de género producen sufrimiento para las mujeres, los pueblos indígenas y las comunidades tradicionales. En el capitalismo, la vinculación patriarcal de las mujeres con la naturaleza y de los hombres con la cultura ha llevado a su expropiación, tanto a través de la subordinación como mediante la relación entre sexismo y misoginia y la destrucción de la biodiversidad. Por lo tanto, este estudio busca comprender cómo las comunidades tradicionales, los pueblos indígenas y las mujeres, dentro del contexto de sus cuerpos-territorios demarcados por la violencia y la devastación, ejercen resistencia. Así, la Amazonía, así como las mujeres que la habitan, experimentan las repercusiones de esta realidad en la promoción de desigualdades sociales y enfermedades, violencia brutal y la devastación de la Amazonía por el neoextractivismo autoritario contemporáneo.

Palabras clave: Resistencia; Mujeres; Amazonía; Salud Mental Colectiva; Naturaleza-Cultura.

This article aims to consider how the binary logic of nature-culture is both a result and an effect of modernity and its advent, from the perspective that what is called nature is a resource to be exploited and used in favor of what is called culture as civilization. It is a thematic essay about the Amazon and its instrumental uses in service of capital and the corporations that mobilize it with avidity.

The text is in essay format and presents the construction of woman as nature and of men associated with culture as a societal project based on the values of capitalist modernity that update neo-extractivism as practices that re-edit elements of colonial society and bring the exploitation and destruction of women's bodies-territories as if they were resources and things to be targeted for instrumental and utilitarian uses in favor of the driving force of so-called development and the creation of what has been conventionally called civilization.

Promoting the collective mental health of women in the forest, waters, cities, and demarcated territories implies considering elements of suffering linked to social and economic inequalities that operate through the colonialities and authoritarian neo-extractivism of modernity (Siliprandi, 2015). Therefore, these brutal violences, modes of destruction and devastation of the Amazon, its communities, and the bodies-territories of women must be analyzed in terms of intersectional, cosmopolitical methodologies, existential quilombos (maroon communities), ontologies of feminist, community-based, indigenous, and black cosmoperceptions as ways of life in everyday life, the production of unique local knowledge, and practices of Amazonian (re)existence (Haesbaert, 2014).

The text seeks to analyze the patriarchal exercise of men who exercise their desire for capitalist domination through monoculture in livestock farming, agribusiness, massive extraction of minerals from the subsoil, deforestation, environmental devastation, and the production of electricity by hydroelectric dams (Shiva, 2024). There has been an intensification of river pollution with heavy metals, the raising of animals for quick slaughter with hormones, the consumption of ultra-processed foods, the loss and invasion of demarcated territories, erosion, environmental disasters, and crimes against the environment and women (Shiva, 2003).

The violence in captivity at slaughterhouses, the opening of roads that will serve as transportation for certain segments, the diversion of waterways to create waterways, the burning of vegetation, the use of pesticides and genetically modified seeds, etc. (Bombardi, 2023). Modernity brought the promise of progress and produced destruction and unease, especially against the bodies-territories of women and in Brazilian biomes, including the Amazon. The unease of monoculture and the nature-culture dyad as a collapsing societal project. For Giddens (1995), modernity has been marked by the idea of the advancement of new technologies and the processes of growth in practices of control over bodies-territories that have made life an instrument of a voracious political economy.

The fetish of capital uses images and captures them in a game of seduction that transforms the Amazon into marketing for the so-called bioeconomy as an exploitative and nefarious project of expropriation (Sacch, 2003). The so-called nature, created in opposition to culture, has become an object of the market, associated with the idea of civilization as a demarcating category of an evolutionary vision of time and the management of space. The idea of history as transformation has excluded the power of labor as revolution and has come to dominate under the tonic of the notion that transforming is culture as an act of domination.

Thus, it is crucial to understand that defending the Amazon requires defending the bodies and territories of women. As Cabnal (2018) rightly points out, the devastation of the forest, the intensive use of pesticides, mining, political domination, and constant violence focused on territories in the Southern Hemisphere bring death and brutality as a societal project.

Therefore, defending women is defending the territory. The perspective of nature associated with passivity and the exotic wildness to be devastated and exploited was delineated as a woman to be raped and used in service of the capitalist man as a symbol of the rationality of being a sovereign who exercises the gender relationship from a place of someone who could oppress and instrumentalize the so-called nature-woman (Federici, 2017).

The construction of nature-culture brought gender intersections articulated with territorial prejudice and the marker of social class also linked to the ideal of colonial civilization. Man was constructed as the trailblazer, pioneer, warrior, rational administrator of territorial and environmental management through control of the political economy (Federici, 2017).

With the Industrial Revolution, the European developmental project expanded to the so-called colonies and former colonies, even though these were seen as suppliers of “resources,” that is, “nature-woman” to be managed and used as a product and object of the exploitative frenzy called rationality and progress. Women were linked to nature and men to culture. This sexist and misogynistic separation brought the idea that women-nature do not think and are not agents, and men-culture will be rational administrators, producers of progress, and dominators of the bodies-territories of women-nature. The expansion of capitalism occurred within the binary logic of nature versus culture and men versus women as causal relationships and performative objectification of bodies-territories.

Managing life became about dominating, scrutinizing, appropriating, organizing, erecting fences, planting flags, creating nationalist anthems, creating military forces, managing education with a curriculum designed to mold the so-called masculinized culture, prioritizing public culture for men and the universe of intimacy and passivity as that of woman-nature.

It is no coincidence that the countryside and forests became spaces destined for rest and the spontaneous care of men, to be supported by the so-called force of nature and the sensitivity of women liberated from the shackles of civilization and modernity as instrumental progress. Woman-nature is positioned as inferior and subjugated while simultaneously becoming the place of rest and passive reception for man-culture, to lie down in the green that would be his splendid cradle (Federici, 2017).

It is observed that the idea that nature—woman—is something to be manipulated and the target of greed and ownership was constructed alongside capitalism as an ideology in political economy (Federici, 2017; 2019). According to the work “Caliban and the Witch: Women, the Body and Primitive Accumulation,” by the philosopher Silvia Federici, there is a point made indicating that the capitalist processes of the industrial revolution produced the oppression of women simultaneously with the destruction of so-called nature.

The social and economic division of labor was constructed in the 16th and 17th centuries as part of a larger project of primitive accumulation—the process of destroying resources and communal structures to pave the way for wage labor and capitalist social relations. In the course “Security, Territory and Population,” Michel Foucault (2008a) pointed out how the concept of

environment was created by political economy in its interconnection with the definition of territory, security, and the administrative rationality of the Modern State.

Territorial delimitation became a criterion for commercial exchanges and the governance of conduct. However, what was at stake was not only the space to be managed, but also the population in its movement and the relationship between the costs and benefits of circulation.

In the emergence of the Modern State, there is a socio-territorial dynamic in which state power is in control of the population in terms of movements that generate freedom with security and in the expansion of competition with less state intervention. The environment became the territory organized by public administration (Segato, 2018). A body of knowledge emerges concomitantly with the Modern State, such as: political science, sociology, geography, statistics, biology, economics, psychology, anthropology, pedagogy, language sciences, and administration. The management perspective becomes the management of risks to the population in its circulation within the environment (Foucault, 2008a).

Thus, protecting society became a task focused on organizing the social pact through diplomacy and the militarization of bodies adjacent to psychopedagogical, legal, medical-biological, statistical, geographical, economic, political, cultural, and historical devices. Social security should be a benchmark for regulating population movement for consumption and entrepreneurship (Foucault, 2008b).

Generalized surveillance will bring a new guise to the State and society with coupled elements of societal and subjective organization in connection with political economy and culture to manage the environment and the various bodies that inhabit and circulate in space at a given time.

The construction of the environment as an authoritarian neo-extractive, security-exploitative administration. Population displacements would cause harm and compromise security, as they should be avoided and even prohibited. Therefore, emerging diplomatic devices became tactics of governmentality in which dialogue in the face of the tensions of the world political economy is combined with the organization of nascent states (Foucault, 2008a). The notion of nature to be tamed by culture was formulated in political economy in the face of industrial capitalism and the accumulation of capital in the patriarchal tone of controlling biology through the woman's body, in biopolitics.

This rationality produced an anthropocentric notion of objectified management of nature, sustained by the idea that the human species possesses superior thought, legitimizing predatory civilizing practices. The separation between nature and culture consolidated itself as an epistemological and political foundation of modernity, reinforcing hierarchies that disregard the agency of other beings and modes of existence (Segato, 2019).

The rational administration of political science, social sciences, geography, statistics, and biology is intensely applied to attempts at socio-territorial regulation of the dynamics between the environment and culture within the context of interdependent relationships between beings. Parenthood between human and non-human beings implies bringing existential agency and the relationships between agencies into focus in care practices for the promotion of collective mental health within the biopotency of social practices.

If biopolitics is about making live and letting die, then creating counter-conducts of resistance is about making biopower as an affirmation of life in a way of existing in which woman and nature

are not subordinate or inferior, but rather are body-territories that forge collective health as a way of cooperative and ancestral care (Scaramuzzi, 2017).

In the course “Security, Territory and Population,” Foucault (2008a) presented an analysis of documents from the administration of the Modern State associated with the emergence of biology, history, and the sciences of language as a means of governing the entry of life into history, in which the species-body, along with the social body, are coupled in a security apparatus.

Regulating nature and organizing it through culture meant granting man sovereignty over territory and women. Naming and governing were actions reserved for men, hierarchically placed in a position of superiority in patriarchal society. Through work, language, and biology, an analytical tripod of modernity was fabricated (Foucault, 2008a). The legal sovereignty of the State becomes armed, militarized.

Therefore, it is produced in association with the emerging diplomatic devices of governmentality, with culture being defined as environment. The articulation between the environment as an agglutination of culture with nature was an administrative management strategy for the State, both in the management of the life and health of the population and in the discipline of bodies for their docility. Work, language, and biology brought the analytical tripod of modernity to the nascent human and social sciences coupled with the mechanisms of governance of territories and the population (Foucault, 2008a; 2008b).

Managing life and the political economy became about exhausting what are called resources seen as voiceless, unintelligent, lacking agency, autonomy, and decision-making power. Exhausting and causing collapse was a societal project labeled as developmentalist, based on legal rules of commercial administration and international law through the economic dynamics of competition and free market. The idea of controlling nature and women was born and grew alongside the desire to manage land as property and subjugate bodies-territories to make them commodities and fetishes on the shelves of mercantile seduction. Predatory and dominating uses produced pain and destruction, compromising collective mental health and turning the environment into a resource to be used without any caution (Warren, 1996). The commodification of the environment and women went hand in hand with the project of modernity. Therefore, resisting this model of existence and organizing society means creating parenthoods among beings without defining them by hierarchies. In this field, we must question behavioral economics, which focuses on the so-called truth market and ecotourism linked to the sexual exploitation of women, for example.

Breaking with the logic of the sexual exploitation of women is a step towards resisting the destruction of the environment. The earth, as a woman, cries out for help and carries within its depths the strength that has been the collective vigor of resistance in the Amazon.

Faced with this scenario, an anthropocentric perspective was constructed, anchored in the idea that there was superiority of culture over nature, of man over women. Life, objectified as a resource and a thing to be exploited, was transformed into a commodity in capitalist society. The management of the environment and the circulation of goods became a focus of capitalism in its security and territorial management devices in the name of the perspective of bioeconomy and biovalue uses in the society of control and biopolitics.

Bioeconomy would be the voracious exploitation of everything that is modulated as having biovalue in the environment and that can be transformed into profit in the bioeconomy, that is, in

the so-called green economy. The transformation of life into a market is born along with modernity and has been expanded in neoliberalism in recent decades.

Breaking with the logic of the sexual exploitation of women is a step towards resisting environmental destruction. The earth, as a woman, cries out for help and carries within its depths the strength that has been the collective vigor of resistance in the Amazon. Faced with this scenario, an anthropocentric perspective was constructed, anchored in the idea of the superiority of culture over nature, of man over women. Life, objectified as a resource and a thing to be exploited, has been transformed into a commodity in capitalist society. The management of the environment and the circulation of goods has become a focus of capitalism in its security and territorial management mechanisms, in the name of the perspective of bioeconomy and biovalue uses in a society of control and biopolitics. The bioeconomy would be the voracious exploitation of everything that is modulated as having biovalue in the environment and can be transformed into profit in the bioeconomy, that is, in the so-called green economy. The transformation of life into a market is born with modernity and has been expanded in neoliberalism in recent decades.

Given that it is women's work that protects and conserves natural life in forestry and agriculture, and that it is through this conservation work that human life is sustained, guaranteeing the supply of food and water, the destruction of the integrity of forest ecosystems is felt more vividly and concretely by peasant women (Shiva, 2024, p. 34).

The utilitarian notion of thinking about and using the environment as passive nature to be devastated is the same one that makes women an object to be destroyed and violated. Therefore, carrying out a collective mental health practice with the body-territories of Amazonian women implies acting in the inversion of maps and values to work with a community rationality that collectivizes practices and makes them processes of care without tutelage (Haesbaert, 2020).

It is worth mentioning how the expropriation of women goes hand in hand with that of nature through the authoritarian political culture that subordinates bodies-territories, attempting to silence and prohibit them in various ways in society, especially in certain specific spaces and from certain women in particular. Thus, it is possible to point out that women are being positioned as submissive and irrational, without autonomy and the target of passive expectations of being destroyed just like nature.

I characterize the special epistemological tradition of modern Western patriarchy of "scientific revolution" as "reductionist" because 1) it reduced the capacity of humans to know nature by excluding as many other figures of knowledge as other ways of knowing; 2) by manipulating nature as inert and fragmented matter, nature's capacity for creative regeneration and renewal was reduced.

Neo-extractivism is one of the tactics that expands the coloniality of territorial prejudice along with sexist, class-based, and ethno-racial prejudice. In the West, life has become valued through the extraction of women-nature by means of capitalism, which has come to vampirize bodies-territories as a strategy of the political economy centered on white male supremacists (Oliva, 2022).

In this sense, we observe how women-nature have been targeted by a Western curriculum geared towards compulsory motherhood and making inexhaustible sources of resources sprout from the earth for the market to exhaust and exploit without limits. However, this voracious desire

to exploit and extract has become debilitating and has turned into an alienated illusion of validating the idea that resources are infinite and that the bodies-territories of women-nature are submissive to the extreme of the perverse desire to extract indefinitely (Oliva, 2022).

The relationship between women-nature and men-culture has been marked and traversed by the logic of monoculture with dimensions that deceive those who believe in and are seduced by the fetish of the market, modernity, and a society based on patriarchy, racism, and territorial invasion that operates through brutal violent practices of intensive extraction to the point of exhaustion of bodies-territories (Shiva, 2003). Therefore, there is a neo-extractivist epistemological tradition that kills and annihilates, carrying out a patriarchal movement of brutal destruction and depersonalization, as Mies and Shiva (2021, p. 81) observe:

Many Latin American communities that experience extractive exploitation in their territories, whether for oil, soybean cultivation, or deforestation, among others, are mostly led by women. This representation contributes to updating the understanding of the need for depatriarchalization as an important arm of the struggles of these communities, whose motto comes from the strategic idea of “body-territory,” since: it is strategic in a very precise sense, expanding a way of ‘seeing’ from bodies experienced as territories and territories lived as bodies. The image of the body-territory, in addition to signaling a field of forces and making it sensitive and legible from the conflict [...] (Gago, 2019, 106-107).

Indeed, the confession of women-as-nature became the governing mechanism of conduct in the regulation of sexuality through disciplinary and biopolitical education directed at society by the objective of civilizing modernity as an emblem of neo-extractive authoritarian evolution and development. Confessing the memories of this way of existing became an eagerness to pursue as a medicalized manifestation of the pains of women-as-nature.

Condemned to suffer and endure endlessly within the institutionalized Christian framework of the flesh, they were left with the place of hysterical complaint and the duty to constantly accept being educated for the docility and usefulness of their body-territories. Permanent obedience was imposed upon them for the purpose of care as service and profession, destiny and duty.

The direction of souls and conduct became the relationship between flesh and sexuality in the control mechanisms through the guilt of sin and sexuality in the management of blood and sex, yet nothing fragile, for the destiny of suffering in the exploitative masculinist paradise was naturalized and banalized as the malaise of society.

The precept of wanting to control bodies-territories in a masculinist and virile way, based on a will fueled by a civilizing ideology that attempted to justify itself through modernity with so-called scientific knowledge in addition to religious knowledge, was systematically violated by women-nature in the face of men-culture (Puleo, 2013).

The pain and delight of being who they are and becoming has led women-nature to circumvent and profane the sacred and the medical-biological aspects of bioeconomy and biovalue capital. The Amazon trembles, screams, groans, and records its memories and traumas with the force of its

rivers and the dynamics of its cosmoperceptions enchanted by the ripples of the waters that move values, local knowledge, and forge Amazons in becoming to fight with warriors and witches who profane the rules of the market and the men-culture who try to expropriate their bodies-territories (Brum 2021). In this sense,

[...] monocultures spread not because they increase production, but because they increase control. The expansion of monocultures has more to do with politics and power than with systems of enrichment and improvement of biological production. This applies as much to the Green Revolution as to the genetic revolution or new biotechnologies. (Shiva, 2003, p. 18).

Therefore, it is postulated that creating and inventing collective mental health in the Amazon is to think-do the desacralization and profanation that systematically disobeys the very bodies-territories that they attempted to violate and abuse, because these resist and produce collective mental health in the Amazon, especially in the struggles of the present.

If flesh was made of the bodies-territories of witches and their enchanted knowledge, the Amazons resurface with their magic and circumvent the masculinist rationalities that attempt to maintain and reproduce their supremacist privileges of racist patriarchy in capitalism. The current rationality called the Anthropocene, with its bioeconomy and the notion of mitigation to achieve climate justice, has become a mantra of the neoliberal market that aims to repair, with minimal social benefits, the damage, devastation, and destruction carried out so far.

However, this minimal and insignificant reparation is not capable of redeeming the blood of women-nature spilled and the sexual violation of their bodies-territories that has been carried out up to that moment (Warren, 1996).

For Foucault (1988), women-mothers were the target of biopolitics in the pedagogization of sex and in the hystericization of women's bodies-territories, transformed into reproductive wombs and market forces subjugated by the medicalization of their conduct and the docilization of their existences by a culture based on childcare and education grounded in civilizational manuals.

This includes mining, the incessant and careless use of land in monoculture, river pollution, indiscriminate waste disposal, the construction of landfills in the territories of poor populations and near rivers and demarcated territories. There is a degrading exploitation of labor, sexual exploitation, human trafficking, violence against women, racism, violation of rights, and the expropriation of forests and subsoil (Wolff, 2021).

According to Grosfoguel (2016), racism goes hand in hand with extractivism, insofar as it is present as a deadly project constructed by the biting and merciless fury of a modernity based on development conceived as civilizing. Constant exploitation and unrestrained devastation bring the logic of monoculture and the practices of international corporations as a source of brutal violence.

There has been and continues to be displacement of populations due to large-scale projects, a lack of potable water and basic sanitation, the absence of food sovereignty and quality public transportation, a lack of housing, low monthly income, and a lack of school places.

The absence of schools in rural areas and in the territories of traditional communities and indigenous peoples, the lack of accessibility, the helplessness of mothers facing violence against their children, and so many other ills demonstrate the extent of social and economic inequality in society, and how selective its presence is (Sacch, 2003).

These inequities are more prevalent in certain body-territories and affect them severely, with little effective support from the State due to the filter of colonial practices and the low level of equitable response in public policies even today. There are undoubtedly plots of exploitation that affect bodies-territories and their existences with the projects of modernity based on the values of a set of international market corporations and regional elites in articulation with militias and privileged groups that extract their benefits and exorbitant profits from bodies-territories, especially from women-nature (Santos, Ferreira, 2022).

There is a degrading facet of the expropriation of authoritarian neo-extractivism, and it is evident in the Amazon, for example, with a strong incidence in an explicit trend of selective abandonment, violence, expropriation, and intensive exploitation of the Northern Hemisphere against the Southern Hemisphere.

The neoliberal capitalist world has deepened social and economic inequalities, making them abysmal. The African continent, Latin America, the Caribbean, and the East have been targeted by forces and groups that live their privileges without questioning them.

The abysmal and ferocious desire for capital accumulation, coupled with the progressive and continuous act of violating the bodies-territories of women-nature, is a desire of men-culture in their military, warlike zeal, for virile affirmation, for life for capital and for limitless exploitative frenzy (Santos, Ferreira, 2022). There is an explanation of political economy allied to the culture of the desire to exploit without limits.

Colonialities, especially territorial, sexist, and ethno-racial ones, are interconnected with those of social and economic class and bring to the fore the process of modernity as their central value. Concomitantly, there is an epistemological extractivism, which goes hand in hand with sexual and territorial exploitation.

Even in decolonial discussions, we can see this everyday epistemological extractivism when one does not question one's own privileges and uses decolonial terms and cites authors merely to affirm a logic of academic marketing, according to Cusicanqui (2010).

There is a reproduction of privileges with biases stemming from patriarchal desire and racism, coupled with territorial prejudice. Women are guardians of the territory who cannot be understood without considering the power of resistance they carry in their bodies and ways of life.

The nature-culture segmentation brings the materiality of devastation and patriarchy to be combated and challenged (Scaramuzzi, 2017). Bringing women to the center of the debate alongside nature means considering their ways of inventing other worlds and dismantling the mechanisms of destruction based on authoritarian neo-extractive expropriation.

Collective mental health is built through resistance to social and economic inequalities in women's lives, articulated with environmental policies for the care of biodiversity. [...] ecofeminism is the only political structure I know capable of explaining the historical links between neoliberal capitalism, militarism, corporate science, worker alienation, domestic violence,

reproductive technologies, sex tourism, child sexual abuse, neocolonialism, Islamophobia, extractivism, nuclear weapons, industrial toxins, land and water appropriation, deforestation, genetic engineering, climate change, and the myth of modern progress (Shiva, 2021, pp. 17–18).

To conceive of a policy of comprehensive, equitable, and intersectoral care in the Amazon for women's bodies-territories, it is fundamental to interrogate nature-culture and to consider the historical production of this dyad in modernity and its destructive effects marked by violence and expropriation.

The strand of ecofeminism that explicitly addresses the act of death allied to the project of patriarchal modernity with capitalism and its mythologies of progress in the name of a false promise of well-being is becoming increasingly strong.

Fighting against the annihilation of women's desire and subjectivity in the Amazon is to create a composting action that, through local knowledge, makes a cosmopolitics based on the cosmoperceptions of the voices and ways of life in the daily lives of women in every thought, feeling, act, relationship, and way of existing.

To produce collective mental health for women-nature, it is important to undo the essence and bring forth the materiality of unveiling that makes the phenomenon of being appear as becoming through the power of existing and experiencing the way of living with. It is this living with that allows one to count on the shelter of the earth that welcomes and fosters parenthood in socio-biodiversity.

A society that effectively promotes collective mental health needs to be anchored in the fight against environmental, recreational, and religious racism. An anti-asylum struggle becomes feminist and anti-racist as well as sanitary, that is, it seeks to collectivize the production of health to create other worlds and ways of living with respect and solidarity, cooperative and equitable care as a way of coexisting.

According to Saidón (2008), when violence and the violation of rights are systematically denied, intense subjective suffering occurs, producing a process of helplessness, disillusionment, and intense exclusion. Generally, there is a feeling of abandonment, of great suffering to the point of generating thoughts of death and disinterest in life.

Fighting against asylums means producing feminist and anti-racist collectives because patriarchy and the capitalist mode of society confine people in asylums and slave ships as correlates, as well as prisons and nursing homes, or even monoculture and a hospital-centric logic.

Therefore, the struggle is transversal and intersectional. It needs to articulate local movements and knowledge in an ecology of knowledge that operates through dialogues of multiplicities. [...] ecofeminism [...] is a careful theoretical elaboration of principles formulated from the reality and struggles that women produce in their concrete existence, in the fight for the survival of their knowledge and to remain alive (Shiva, 2021, p. 11).

It is known that women were interned and lost their freedoms in asylums when they sought to fight for their rights and resisted the pathologization and medicalization of their body-territories. The psychiatric logic is moral and brings the pharmaceutical industry alongside the arms and security industries, together with agribusiness and extensive livestock farming.

The asylum project has always been a model for the internment of the miserable and excluded from society as a source of profit for the security and pharmaceutical industries. To carry out an anti-asylum struggle, it is necessary to create a movement that is simultaneously feminist and anti-racist, as well as a fight for food sovereignty and for the standing forest (Siliprandi, 2015).

Family farming and the peasant movement bring to agroecology a perspective of care for body-territories that aims to multiply existence and diverse experiences of the complexity of parenthood with the humus of the earth and the fertility of composting.

To that end, it is necessary to articulate myths, rites, knowledge, ways of life, spaces, times, waters, plants, minerals, stones, rocks, mountains, sun, rain, clouds, animals, human beings, extra-human beings, and non-human beings. This cosmopolitics can coexist with breath and complex diversity.

Collective health coexists side by side with mental health because both need to be together in immanent effectuation, therefore, correlated. Rich in plasticity and innocent magic, the Amazonian nature reveals itself as aspiring to a mythical age, full of freedom and telluric energy.

It is situated in a cosmic time in which everything springs forth as in the primeval sources of creation; the forest, the rivers, the birds, the fish, the animals, man, myth, the gods. It is in this context that the imaginary establishes a communion with the marvelous, becoming conducive to epiphanies. (Paes Loureiro, 2016, p. 412).

According to Paes Loureiro (2016), the Amazon possesses a power in its way of existing and creating experiences that points to a cultural quality marked by socio-biodiversity. In this sense, the bodies-territories of the Amazon are magic and enchantment, mysteries and self-poetic inventiveness.

There is a broken mirror of the Amazonian imaginary that shatters the narcissism of privilege, allowing it to become a productive invention of desire in intense and powerful existential and experiential paths.

To create the ethical subject of the desire of women-nature, it is significant that one can produce ways of life open to the body-territory of collective experiences of health promotion in the integrality of care in a verve that an ecofeminism to the anti-racist movement as a walking of life through biopotency and the multiplicity of an inventive and mutant subjectivity that can effect its strength and vigor like rivers in movement and encounters with the sea (Warren, 1996).

Final considerations

It is postulated that collective mental health, according to Fagundes (2020), brings the movement of waters as the forces of women-nature in their fecund and fertile vital potency of

experiences that are not compulsory motherhood but rather the political pulsation of desire as an insurrection of subjugated knowledges.

Vitality lies in the coexistence of multiplicities in differentiation. To this end, resistance to the asylum is sought as one who seeks to (re)exist with breath to expand botany, fauna, and the movement of waters. The aim is to develop a care process that considers the perspectives of comprehensiveness, equity, intersectorality, and the integration of collective mental health through popular health education with democratic social participation.

To create the ethical subject of the desire of women-nature, it is significant that one can produce ways of life open to the body-territory of collective experiences of health promotion in the integrality of care, in a vein that is an ecofeminist movement within the anti-racist movement, as a journey through life through biopotency and the multiplicity of an inventive and mutant subjectivity that can effect its strength and vigor like rivers in movement and encounters with the sea (Warren, 1996). Final Considerations

The aim is to enchant a disenchanted world in the face of the death of the monoculture of cultured men who have turned voraciously to profit, death, and destruction as a civilization and modernity called progress and development that lets die and even kills in the name of the lives of a few, of some, and, in general, of white men from the Global North who concentrate in their paradises that are bubbles in a world that is collapsing (Coradin, 2020).

Comprehensive health care implies mobilizing ecofeminism as an emancipatory pedagogy and linking it to cosmoperceptions that bring local knowledge and complexities of a relationship between multiple territories of subjectivity with the present struggles of women who connect with the earth and so-called nature in an immanent way (Mies, Shiva, 2021).

Ecofeminism has become a bridge to the anti-psychiatric struggle and the promotion of collective health, following the same path where women's bodies-territories have walked alongside the Amazon as a space of courage, of the truth of the Amazons, and of their enchanting magic against those who wish to destroy.

The siren's song brings the deviation to unsee the world. This deviation is the divergence and insubordination of those who have been placed in the box of servitude and subalternity. But the box could not contain or retain the force of the surge of women-nature.

At no point was the intention here to naturalize ecofeminism, but rather to show that the logic that created the causal relationship was similar to that which enthroned men-culture as symbols of superiority and made them live to devastate, exploit, and violate as an insignia of virility.

References

- Bombardi, Larissa Mies. *Agrotóxicos e colonialismo químico*. São Paulo: Elefante, 2023.
- Brum, Eliane. *Banzeiro òkòtó: uma viagem à Amazônia Centro do Mundo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2021.
- Cabnal, Lorena. "Acercamiento a la construcción de la propuesta de pensamiento epistémico de las mujeres indígenas feministas comunitarias de Abya Yala". In: **Feminismos diversos: el feminismo comunitario**. Madrid: Acsur Las Segovias, 2010, pp. 11-25.

- Cabnal, Lorena. Defender o território-terra e não defender o território-corpo das mulheres é uma incoerência política. In: INSTITUTO POLÍTICAS ALTERNATIVAS PARA O CONE SUL (PACS) (Brasil) (Org.). **Outras Economias: alternativas ao capitalismo e ao atual modelo de desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Instituto Políticas Alternativas Para O Cone Sul - Pacs, 2018. p. 23-28.
- Coradin C. Entre buvas e flores vermelhas: autorias das mulheres Sem Terra na ecologização da reforma Agrária no Paraná [tese]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2020. 239 p.
- Costa, Maria da Graça. Agroecologia, (eco)feminismos e “bem-viver”: emergências decoloniais no movimento ambientalista brasileiro. In: HOLLANDA, Heloisa Buarque de (org.). *Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020. Cap. 14. p. 284-297.
- Cusicanqui, Silvia Rivera. **Sociología de la imagen: Miradas ch'ixi desde la historia andina**. Buenos Aires: Tinta Limón, 2015. Disponível em: <<http://tintalimon.com.ar/descargar.php?libro=978-987-3687-10-5>>. Acesso em: 16 nov. 2019.
- Federici, Silvia. *O Ponto Zero da Revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista*. São Paulo: Elefante, 2018.
- Federici, Silvia. *Calibã e a Bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva*. São Paulo: Elefante, 2017.
- Foucault, M. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. São Paulo: Paz & Terra, 1988.
- Foucault, M. *Segurança, território e população*. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.
- Foucault, M. *O Nascimento da Biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.
- Grosfoguel, Ramón. Del «extractivismo económico» al «extractivismo epistémico» y «extractivismo ontológico»: una forma destructiva de conocer, ser y estar en el mundo. *Tabula Rasa*, Bogotá, v. 24, n. 1, p.123-143, jan./jun. 2016. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39646776006>>. Acesso em: 10 maio. 2026.
- HERNÁNDEZ, Delmy Tania Cruz. *Una mirada muy otra a los territorios-cuerpos femeninos*. 2017. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/326446571>>. Acesso em: 10 maio. 2026.
- Haesbaert, Rogério. *Viver no limite: território e multi/transterritorialidade em tempos de insegurança e contenção*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.
- Haesbaert R. Do corpo-território ao território-corpo (da Terra): contribuições decoloniais. *GEOgraphia*. 2020;22(48). DOI: <https://doi.org/10.22409/GEOgraphia2020.v22i48.a43100>
- Mies, Maria; Shiva, Vandana. *Ecofeminismo*. Tradução de Caroline Caires Coelho. Belo Horizonte: Editora Luas, 2021.
- Oliva VF. Do corpo-espço ao corpo-território: o que a geografia feminista tem a dizer? *Geoensaios*. 2022;8(17):139-157. DOI: <https://doi.org/10.22409/eg.v8i17.52313>
- Paredes, Julieta. *Hilando Fino: desde el feminismo comunitario*. La Paz: Comunidad Muires Creando Comunidad, 2010.

- Puleo A. *Ecofemismo para otro mundo possible*. Espanha: Kobo Editions; 2013.
- Sacch, Ângela. "Mulheres indígenas e participação política: a discussão de gênero nas organizações de mulheres indígenas". *Revista AntHropológicas*, v. 14, n. 1+2, set. 2003. ISSN 2525-5223. Disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaanthropologicas/article/view/23601> . Acesso em 25/01/2026.
- Saidón, Osvaldo. *Devires da clínica*. São Paulo: Hucitec, 2008.
- Santos FVS, Ferreira MA. O corpo-território: feminismos decoloniais, saúde e estratégias dos movimentos de mulheres indígenas na Amazônia brasileira. [SYN]THESIS. 2022;15(1):30-44. DOI: <https://doi.org/10.12957/synthesis.2022.69285>
- Scaramuzzi, Igor. "A resistência dos quilombolas de Oriximiná à mineração". In: Nobre, Miriam. *Violência e desigualdade no Brasil*. São Paulo: Sempreviva Organização Feminista, 2017.
- Shiva, Vandana. *Monoculturas da mente: perspectivas da biodiversidade e da biotecnologia*. Tradução de Dinah de Abreu Azevedo. São Paulo: Gaia, 2003.
- Shiva, Vandana. *A Violência da Revolução Verde: agricultura, ecologia e política do terceiro mundo*. 1. ed. Portugal: Edições Mahatma, 2015.
- Shiva, Vandana. *Terra viva: minha vida em uma biodiversidade de movimentos*. Tradução de Marina Kater. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2024.
- Siliprandi E. *Mulheres e agroecologia: transformando o campo, as florestas e as pessoas*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ; 2015.
- Warren KJ. *Filosofias ecofeministas*. Espanha: Icaria Editorial; 1996.
- Wolff, Cristina Scheibe. *Mulheres da floresta: outras tantas histórias*. *Revista de Estudos Amazônicos*, Belém, v. 6, n. 1, p. 21- 40, 2011.



CHALLENGES OF PSYCHOSOCIAL CARE IN THE BRAZILIAN PSYCHIATRIC REFORM: THE FETISH OF THE CRISIS IN QUESTION

*Desafios do atendimento psicossocial na reforma
psiquiátrica brasileira: o fetiche da crise em questão*

*Desafíos de la atención psicossocial en la reforma
psiquiátrica brasileña: el fetichismo de la crisis en cuestión*



Rossana Seabra Sade  



Rafael Nicolau Carvalho  

Abstract

This article reflects on a workshop held at the Escola Franca e Franco Basaglia in Belém in 2025, based on a discussion of the text “Fetichismo da Crise: desafios para a atenção psicossocial,” written by the authors. A critical analysis of the topic was conducted from the perspective of the Brazilian Psychiatric Reform. The psychic crisis was examined as one of the main challenges facing mental health within the context of psychosocial care, and the discussion highlighted conflicts arising in service settings between two still-coexisting paradigms: the psychiatric and the psychosocial. It was concluded that this tension stems from the way psychiatry has appropriated the category of crisis, transforming it into a genuine fetish.

Keywords: Mental Health. Crisis Intervention. Psychiatric Reform.

Resumo

Este artigo reflete sobre uma oficina realizada na Escola Franca e Franco Basaglia, em Belém, em 2025, baseada na discussão do texto “Fetichismo da Crise: desafios para a atenção psicossocial”, de autoria dos autores. Foi realizada uma análise crítica do tema sob a perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira. A crise psíquica foi examinada como um dos principais desafios enfrentados pela saúde mental no contexto do cuidado psicossocial, e a discussão destacou conflitos que surgem nos serviços entre dois paradigmas ainda coexistentes: o psiquiátrico e o psicossocial. Concluiu-se que essa tensão decorre da forma como a psiquiatria se apropriou da categoria de crise, transformando-a em um verdadeiro fetichismo.

Palavras-chave: Saúde Mental. Intervenção em Crise. Reforma Psiquiátrica.

Resumen

Este artículo reflexiona sobre un taller realizado en la Escola Franca e Franco Basaglia de Belém en 2025, basado en el análisis del texto “Fetichismo da Crise: desafios para a atenção psicossocial”, escrito por los autores. Se realizó un análisis crítico del tema desde la perspectiva de la Reforma Psiquiátrica Brasileña. La crisis psíquica se examinó como uno de los principales desafíos que enfrenta la salud mental en el contexto de la atención psicossocial, y el debate puso de relieve los conflictos que surgen en los servicios entre dos paradigmas aún coexistentes: el psiquiátrico y el psicossocial. Se concluyó que esta tensión proviene de la forma en que la psiquiatría se ha apropiado de la categoría de crisis, transformándola en un auténtico fetichismo.

Palabras clave: Salud mental. Intervención en crisis. Reforma psiquiátrica.

Introduction

This text reflects on the article “Fetichismo da crise: desafios para a atenção psicossocial,” published by Sade and Carvalho (2025) and discussed at a workshop held at the Escola Franca e Franco Basaglia in Belém in the same year. The workshop aimed to examine the issue of psychic crisis within the framework of the Brazilian Psychiatric Reform, discussing how it has become a fetish for contemporary psychiatry and a challenge for care practices guided by the reform paradigm.

It should be highlighted that the crisis operates in both the domain of care practices and the domain of public policy. These two dimensions are not independent; on the contrary, they are deeply intertwined, given that the political organization of the mental health field drives the development of new practices while simultaneously being transformed by them.

The Brazilian Psychiatric Reform is a landmark in the struggle for the rights of people with mental health problems in the country. It is also a symbol of the democratic struggle, which, allied with the Movement Sanitary, galvanized progressive forces in the political landscape of the late 1970s and throughout the 1980s, pushing for the end of the Military Dictatorship and advocating for public health as a universal right. The reform was also a social project, grounded in democracy and human rights, aimed in particular at deinstitutionalizing madness and building a care network. Deinstitutionalization in the mental health field entailed shifting the focus of care from closed, asylum-type institutions to the community and its territory (Hirdes, 2009). For Amarante (1996), deinstitutionalization also refers to an epistemological critique of medical-psychiatric knowledge, which appropriated the experience of madness in order to establish itself as a field of knowledge.

The reform advanced and was organized through Law No. 10.216, of April 6, 2001 (Brasil, 2001), which addresses the protection and rights of people with mental health problems and the reversal of the care model, that is, the shift from care based on the traditional psychiatric or asylum model to the psychosocial care model and the construction of a new care network.

From then on, a set of regulations gradually consolidated the precepts of the reform, including the progressive reduction of psychiatric beds, investment in services to replace the asylum model, such as the Psychosocial Care Centers in their various modalities, and the Therapeutic Residential Services for housing individuals discharged after long periods of hospitalization in psychiatric institutions, alongside psychosocial rehabilitation supports such as the Return Home Program. In 2011, this structure, which had been gradually built on multidisciplinary and intersectoral collaboration, was reorganized as the Psychosocial Care Network, established through Ministerial Order No. 3.088, of December 23, 2011 (Brasil, Ministério da Saúde, 2011), aiming to provide mental health care for people with mental health problems and/or those who make harmful use of alcohol and drugs, within a network that brings together different points of mental health care in the Unified Health System (SUS), encompassing primary care, emergency networks, general hospitals, and all services and programs that were already part of the then-existing “mental health network.”

The psychosocial care network is part of a broader strategy that aims to address the fragmentation of healthcare actions, which had previously led to the creation of separate care networks. From the perspective of the healthcare reform, the RAPS marked a significant milestone.

The psychosocial care network can be understood as simultaneously a domain of care practices and of public policy. The care practices developed within the network are notably influenced by the precepts of the reform and by the knowledge produced by various professionals and their respective disciplines. The field of public policy, in turn, reflects the political and social organization of a given historical moment and unfolds in the implementation and organization of the network, its objectives, available resources, and so on; care practices and policy are therefore intertwined and present in the countless health actions that develop within the network and beyond, reflecting attitudes, ideologies, paradigms, and modes of practice. It is within the RAPS, with all its complexity, that the psychic crisis is addressed, both from the perspective of care practices and from the political perspective, expressed here in the organization of the network.

The care of psychic crises faces significant challenges in the mental health field, particularly given their urgent nature, the paradigms used to interpret them, and the stigmas and prejudices that accompany them, rendering the crisis a genuine fetish in contemporary times. The crisis is one of the most significant phenomena in mental health, as it is deeply shaped by social standards of normality, causing great suffering in the individual who experiences it and in those around them. This analysis allows us to recognize the importance of approaches to the “crisis” that prioritize the person’s existence and suffering, drawing on a different body of knowledge, not centered on the disease-cure paradigm. The advance of the reform has enabled dialogue with other ways of understanding the crisis, respect for the diversity of experiences, and incorporation of the singularity of the person who suffers. However, this openness has not eliminated the psychiatric paradigm and its reading of the crisis, which continues to hinder its approach within both care practices and the political organization of the network.

The role of services must therefore be reconsidered, with a fundamental emphasis on promoting social inclusion, citizenship, and autonomy, in which service users are the protagonists of their own care, developing coping skills and reducing future crises and medication use, while preserving their individuality. In the psychosocial care model, as advocated by the psychiatric reform, crisis care is primarily associated with the provision of longitudinal care within the contexts of people’s lives and within a community-based network of care aimed at enabling individuals to reclaim their lives in full.

The psychiatric model, by contrast, has consolidated an approach to crisis care that is fundamentally at odds with the psychosocial paradigm, in which containment and hospitalization in psychiatric institutions lead to the individual’s removal from family and community life. Hospitalization has long been the primary response to crisis, grounded in principles of security and control. The Brazilian Psychiatric Reform introduces a paradigm shift, proposing that the psychic crisis should be addressed within the community setting, promoting care in freedom, a paradigm

that recognizes the transformative potential of crisis (Ferigato et al., 2007).

Against this backdrop, the following sections examine elements that highlight the complexity of psychic crisis within the context of psychosocial care and the RAPS. The discussion focuses on how the crisis has historically been appropriated by psychiatry and transformed into a genuine fetish. By problematizing this construction, the aim is to clarify its effects on care practices, the organization of the network, and the challenges it poses to consolidating the psychosocial paradigm.

Understanding the crisis

Any definition of crisis must take into account the context and organization of psychiatry itself within a given historical setting (Dell'Acqua & Mezzina, 2005). The word crisis originates from the Greek *krisis*, which denotes a situation or moment of risk requiring a decision to be made. It also derives from the Latin *crisis*, indicating a moment of choice and change. The term encompasses both risk and transformation; in its philosophical sense, it carries its original semantic attributes and can also signify purification (Ferigato et al., 2007; Dassoler, 2022).

Throughout history and across cultures, the psychic crisis has been characterized as a manifestation of the divine, wisdom, possession, witchcraft, and the subversion of social order, until psychiatry reduced it to the label of illness. Stripped of all its symbolic content as “madness,” the crisis becomes the incontestable marker of mental illness, deviance, and dangerousness (Ferigato et al., 2007; Dassoler, 2022).

Even as psychiatry has reshaped reform processes, crisis intervention continues to be approached as something negative: autonomy is taken away from individuals and transferred to professionals, who exercise total control over the person. This occurs because psychiatry has transformed crisis into both a pathology and a form of deviance.

This transformation is evident in the diagnostic systems promoted by the American Psychiatric Association, through successive editions of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, which label a wide range of behaviors and symptoms as psychiatric diagnoses. These manuals have been widely criticized for their scientific validity, despite being used globally for the diagnosis of psychological distress (Amarante et al., 2018; Zorzanelli et al., 2014).

Despite the progress of the psychiatric reform and the paradigm shift from the asylum model to psychosocial care, two meanings of the psychic crisis have become crystallized: (1) what may be called the psychiatric crisis, which preserves the conceptions produced within psychiatry and evokes feelings of fear and of something uncontrollable that must be contained; and (2) the psychosocial crisis, which approaches the crisis as a lived experience in which something unbearable ruptures the person's system of meaning or threatens the dimensions of their life, potentially compromising their physical and symbolic existence, but which may also serve as a vehicle for transformation, as it enables the individual to communicate suffering they had been unable to articulate.

There is a duality in how the crisis is understood: in the psychiatric paradigm, it is interpreted as a symptom of mental disorder that must be immediately contained, whereas in the psychosocial paradigm, it is understood as an experience that must be traversed. As an experience, it is shaped by the social contexts of life, including family, work, emotions, culture, and relationships. From this perspective, the crisis should be welcomed and its content analyzed by the various professionals involved in the care.

Araújo (2022) argues that the crisis should not be viewed as an isolated event or as the result of “mental illness.” The author proposes that the crisis is a consequence of suffering accumulated through various forms of violence, oppression, vulnerability, and dilemmas that the individual is unable to process, owing to a lack of emotional, cultural, and social resources.

The fetish of crisis

According to the Houaiss dictionary, the term “fetish” carries multiple meanings. It can refer to an object attributed with magical powers, a part of the body considered to possess special or erotic attributes, or, more broadly, something that exerts a strong attraction and fascination (Houaiss, 2025). These definitions reflect the various contexts in which the term has been used and how it has been reappropriated over time. The word itself derives from the Portuguese *feitico*, meaning enchantment, and was used in the context of colonization during the 15th and 16th centuries to describe objects considered magical by African people (Mountain, 2014; Salvador Roberto et al., 2009).

The word itself, in turn, derives from the Latin *facticius*, meaning something artificial, that is, made by human hands. The term was incorporated into French as *fétiche* in the 18th century through anthropological studies connecting it to the magical-religious practices of African people. From anthropology, the term migrated to other fields and evolved, broadening its meaning and giving rise to the expression fetishism, which became an important concept in the human and medical sciences. Initially employed in anthropology and sociology, fetishism was later appropriated by psychoanalysis, psychology, and psychiatry. These successive uses have continuously expanded its meaning, shaping the various senses attributed to it (Mountain, 2014; Salvador Roberto et al., 2009).

For Freud, the fetish is a concept central to psychoanalysis and sexuality, one that helps illuminate psychic mechanisms. Fetishism, in this framework, refers to an object or thing that substitutes for a sexual desire or a psychic conflict. According to Freud, during the boy’s psychosexual development, he perceives that the mother does not have a penis and associates this with the possibility of castration, generating fear and anxiety. To manage this conflict, a fetish is formed around some object or body part, substituting for the fear and endowing that object with a powerful sexual meaning. The fetishized object, therefore, subjectively replaces the fear while simultaneously preserving and redirecting desire onto the object. The enchantment of the object

ascribes to it a quality it does not truly possess; the sexual fetish creates the illusion that the individual is protected from castration, establishing false relations in place of real ones (Carvalho & Simanke, 2024).

Freud's notion of the fetish helps us reflect on the fetish of crisis. In its drive to establish itself as a science, psychiatry converts the experience of madness into its own domain. To do so, it takes madness as the object of its practice and the figure of the "mad person" as the object of intervention. This conversion into pathology was initially still closely associated with moral deviance. Within this relationship lies psychiatry's underlying desire to become a discipline capable of ordering social life and space through its classificatory system and the exercise of power, resulting in what might be called "normalization."

Psychiatry crystallized the crisis, transforming it into a fetish. That is, substitution and illusion operate within the fetish of crisis: an artificial relationship is created in which the crisis, in and of itself, confirms the existence of mental illness and denies the psychosocial and sociohistorical dimensions of that relationship. In doing so, the crisis takes on magical and tragic attributes. It becomes a mystery and thereby produces an intrinsic fascination. It is tragic because it disrupts the social order and professional certainties, evoking fear and anguish in those who witness it or deal with it. Even with the emergence of new bodies of knowledge that reclaim and resignify the experience of madness, such as those advanced by the Brazilian Psychiatric Reform, the psychic crisis persists as the Achilles' heel of reformist movements.

The crisis is the fetish object for psychiatry because it shields psychiatry from the denial of its authority by other fields, reinforcing the discourse that only psychiatry is capable of managing crisis. For this reason, even professionals who recognize madness as an experience and who strive to approach the psychic crisis as something to be traversed find themselves captured by its mystery and drawn in by its fascination, seeking to contain it, fixated on documenting and categorizing its manifestations, attentive to its signs and to the ways of managing its symptoms.

It is not difficult to find studies in the literature demonstrating this fetish expressed in the opposition between the two paradigms. The fetish is present when, in dealing with the crisis, professionals struggle to understand it, experience fear and distress, and find their conceptions oscillating between the psychiatric and psychosocial paradigms without adequate mediation. The fetish of crisis thus symbolizes the interaction between the two paradigms, despite their inherent contradiction (Moura et al., 2022; Carvalho et al., 2024; Homercher & Volmer, 2021).

Possibilities

It should be highlighted that, at the political level, crisis services are less receptive to changes in mental health policy, maintaining their conservative character in part because of the way the crisis has been fetishized (Dassoler, 2022). In the care provided at CAPS facilities, the fetish of crisis operates in a more diffuse way, since this setting brings together distinct conceptions of

mental health and of crisis. Within the same space, pragmatic interventions guided by biomedical protocols may coexist alongside community-based practices that prioritize the formation of bonds, receptive care, and subjective dimensions (Dassoler, 2022; Dias et al., 2020).

Although other approaches and intervention perspectives exist among professionals, psychiatric knowledge remains the organizing force behind the care. The RAPS is organized around mental health care points across its various network components. One such component is the urgent and emergency care sector, which should provide crisis response through certain services: the Mobile Emergency Service; the Emergency Care Unit; and the psychiatric emergency care units in general hospitals. In this configuration, the psychic crisis is treated as a medical emergency, defined in terms very close to those of clinical urgencies. Approaches in this setting are often highly conservative, aligned with medical-psychiatric knowledge, and involve the use of physical restraint and even police force, as well as well-documented difficulties in accessing care at both the services (Wasum et al., 2024; Almeida et al., 2015). In this context, the senses of risk and dangerousness that characterize the fetish of crisis prevail.

It should be noted that, throughout the course of the Brazilian Psychiatric Reform, greater concern was directed toward institutionalized service users, who were victims of all forms of violation. At that time, crisis situations occurred largely within those hospital settings. With the deepening of the reform and the creation of the care network, services now contend with new crisis situations involving not only individuals diagnosed with serious psychological distress but also those with no psychiatric history who experience significant suffering related to abrupt life events such as violence, major losses, unemployment, inadequate housing conditions, illness, and related adversities (Dassoler, 2022).

For Basaglia (1985), the principle of placing mental illness in brackets refers to the individuation of the person, that is, to engaging not with mental illness as a psychiatric concept in its ideological function, but rather with everything that has been constructed around the illness. Services aligned with the asylum model treat the psychic crisis as a mere object, depersonalizing it and stripping it of all symbolic content. In this context, psychiatric practice operates through physical and pharmacological restraint and the isolation of individuals. Medications serve to interrupt all manifest content expressed through the crisis. These situations frequently become a grotesque performance of inhumanity, further reinforcing the sense of urgency and danger that already pervades the social imaginary surrounding them.

For Araújo (2022), the experience of suffering produces a continuum in which the abrupt experience becomes entangled with other difficulties in the person's life, leading to an intensification of suffering. When the objective, subjective, and symbolic resources needed to process the experience are lacking, the individual enters a crisis state. When these individuals are seen in psychiatric emergency services, their entire lives may be determined by that encounter, since, as already noted, the fetish of crisis operates in the struggle between paradigms, stripping subjects of their place and reducing them to mere objects of fascination and fear.

Final considerations

Overcoming the fetish of crisis requires a paradigm shift that places the individual at the center of care, recognizing their singularity and promoting inclusive practices. Only in this way will it be possible to provide quality care that respects human rights and promotes mental health care in its entirety.

The analysis of the fetish of crisis reveals how psychiatry, throughout history, has shaped the perception of madness and crisis in rigid and normative terms, obscuring the psychosocial and sociohistorical dimensions essential to an understanding of this experience. The crisis, transformed into a fetishized object, dehumanizes the individual, reducing them to a mere case and perpetuating the notion of danger and urgency that demands immediate and controlling intervention.

According to Dell'Acqua and Mezzina (2005), crisis unfolds within a collective space, and the social actor should be able to move through it without losing connection with their environment and the significant people in their life. This process allows possibilities to expand and new ties with the service to be established. However, most social actors identified as being in crisis by services and family members receive high doses of psychotropic medications, becoming idle and drowsy, trapped within the crisis itself, sitting or pacing back and forth. Professionals often limit themselves to observation and questioning what can be done beyond medication management.

The crisis, by disrupting the established order of health services and the routine of professionals, reveals the tension between the psychiatric and psychosocial paradigms. This tension is manifested in the competition for authority over crisis treatment and in the search for methods that respect individuality and promote personal transformation without resorting to pathologization.

To address these challenges, the role of the professional must be transformative, attributing new meaning to the complexity of the crisis rather than interpreting it as incapacity, insanity, or illness, and simply caring through a lens of diversity, respecting the social actor's way of living and their different way of relating to the world. Knowledge must therefore not be used as a normative technique but as a means of creating subjectivities. Technique ceases to be an instrument of violence when practice functions as a deconstruction of clinical convention.

It should be emphasized that clinical practice in crisis care must be guided by deinstitutionalization, which, according to Rotelli (2001), is a practical-critical process that reorients institutions and services, energies and knowledge, strategies and interventions. Its goal is not cure, but emancipation. In other words, it seeks to recognize the potential within the crisis, enabling the person to constitute themselves as the subject and author of their own history, grounded in a new paradigm centered on care and on demystifying the fetishization of crisis.

References

- Almeida ABA, Souza AIJ, Nascimento ERP, Rodrigues J, Zeferino MT, Hermida PMV. Atendimento móvel de urgência na crise psíquica e o paradigma psicossocial. *Texto Contexto Enferm.* 2015; 24:1035-43.
- Amarante P, Pitta AMF, Oliveira WF, organizadores. *Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política.* São Paulo: Zagodoni; 2018.
- Amarante P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.
- Araújo AP. *(Des)sentidos da loucura: experiência do sofrimento das pessoas com problemas de saúde mental em João Pessoa/PB.* [tese]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2022.
- Basaglia F. *A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico?* Jahn H, tradutora. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.
- Brasil. (2001, 6 de abril). 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.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011, 23 de dezembro). 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).
- Carvalho DP, Simanke RT. Fetichismo e regressão em Freud e Adorno: da psicanálise à teoria social. *Psicologia USP.* 2024; 35:e220137. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e220137>
- Carvalho SL, Herreira LF, Ávila M, Nasi C, Tomiello CA, Tisott ZL, Ketzer N, Pinho LB. Significados dos sentimentos reverberados por trabalhadores no atendimento à pessoa em crise psíquica: estudo fenomenológico. *REME - Rev Min Enferm.* 2024;28:e-1552. DOI: 10.35699/2316-9389.2024.46943.
- Dassoler VA. O acolhimento à e o desafio na atenção psicossocial. In: Zambenedetti G, Santos KA, organizadores. *Saúde Mental, Políticas Sociais e Democracia.* São Paulo: Hucitec; 2022, p.143-157.
- Dell'Acqua G, Mezzina R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: Amarante P, organizador. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial.* Rio de Janeiro: Nau; 2005, p. 161-194.
- Dias MK, Ferigato SH, Fernandes ADSA. Atenção à Crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2020;25(2):595-602. [cited 20 Sep 2021]. DOI: 10.1590/1413-81232020252.09182018. Available at:<https://www.scielo.br/j/csc/a/Jw3ZjFQbY5zcQVZvqY76hxf/?lang=pt&format=pdf>

- Ferigato SH, Campos RTO, Ballarin MLGS. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Rev Psic UNESP*. 2007;6(1):31-44.
- Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009; 14:297-305. ISSN 1413-8123. Available at:
- Homercher BM, Volmer AL. Interloquções entre acolhimento e crise psíquica: percepção dos trabalhadores de uma Unidade de Pronto-Atendimento. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2021;31(3):e310312. doi: .<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310312>
- Houaiss. Fetichismo. [cited 8 Feb 2025]. Available at:<https://houaiss.uol.com.br>
- Mountain I. Fetichismo. In: Teo T, editor. *Enciclopédia de Psicologia Crítica*. Nova York: Springer; 2014.
- Moura BR, Amorim MF, Reis AOA, Matsukura TS. Da crise psiquiátrica à crise psicossocial: noções presentes nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. *Cad. Saúde Pública*. 2022;38(11):e00087522. doi: 10.1590/0102-311XPT087522.
- Rotelli, f.; Leonardis, o.; Mauri, d. *Desinstitucionalização*. hucitec: São Paulo, 2001.
- Sade RS, Carvalho RN. O fetiche da crise: desafios para a atenção psicossocial. *Bol Inst Saúde*. 2025; 26(2): 123-131.
- Salvador Roberto MC, Augusto MF, da Rocha OB, de Mello ISP. Estudo introdutório acerca do fetichismo. *Contextos Clínicos*. Jul-Dec. 2009;2(2):106-112. DOI: 10.4013/ctc.2009.22.05.
- Wasum FD, Siqueira DF, Xavier MS, Zubiaurre PM, Oliveira MAF, Sequeira CAC. Avaliação de Quarta Geração: intervenções realizadas na atenção à crise em saúde mental. *Saúde Debate*. 2024;48(142):e9252. doi: 10.1590/2358-289820241429252P
- Zorzaneli R, Bezera Júnior B, Costa JF, organizadores. *A criação de diagnóstico na psiquiatria contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond; 2014.



THE THERAPEUTIC COMPANION AS AN AGENT IN THE TERRITORY FOR CARE IN FREEDOM

*O acompanhante terapêutico como agente no território
do cuidado em liberdade.*

*El acompañante terapéutico como agente territorial
para un cuidado en libertad*



Sara Letícia Bessa Souza  



Camila Rosa Santos Souza  



Jacinta Fatima Sena da Silva  



Maria de Nazareth Rodrigues
Malcher de Oliveira Silva



1 Part of the initial structuring of this text relied on artificial intelligence tools for text organization, which were revised, adapted, and validated by the authors.

Abstract

This theoretical essay aims to reflect on Therapeutic Companionship as an agent in the territory for care in freedom, in light of international paradigms and the guidelines of Brazilian mental health policy. Based on a qualitative approach and a literature review in the fields of Clinical Psychology, Collective Health, and Therapeutic Companionship, the study traces the history of the practice from its origins in reformist movements to its insertion in the Psychosocial Care Network. The results show that the therapeutic companion's approach aligns with the psychosocial rehabilitation model and the Recovery paradigm, as it emphasizes user protagonism and the construction of life within the dimensions of territorial meaning. However, the literature reveals challenges such as precarious working conditions and the still incipient insertion of this practice in the care network devices. We conclude by reflecting that the therapeutic companion's work can strengthen care in freedom as an agent mediating with territorial representations, but it still requires public policy regulations that guarantee funding, training, and professional recognition within care devices.

Keywords: Therapeutic Companionship; territory; care in freedom; Psychosocial Care Network.

Resumo

Este ensaio teórico tem como objetivo refletir sobre o Acompanhamento Terapêutico como agenciador no território para o cuidado em liberdade, à luz dos paradigmas internacionais e das diretrizes da política de saúde mental brasileira. A partir de uma abordagem qualitativa e de uma revisão da literatura nos campos da Psicologia Clínica, Saúde Coletiva e Acompanhamento Terapêutico, o estudo percorre o histórico, desde suas origens nos movimentos reformistas até sua inserção na Rede de Atenção Psicossocial. Os resultados mostram que a abordagem do acompanhante terapêutico se alinha ao modelo de reabilitação psicossocial e ao paradigma do Recovery, pois enfatiza o protagonismo do usuário e sua construção de vida nas dimensões de sentido de território. No entanto, evidenciamos na literatura desafios como a precarização do trabalho e a inserção ainda incipiente nos dispositivos da rede de cuidado. Finalizamos refletindo que o trabalho do acompanhante terapêutico pode fortalecer o cuidado em liberdade, como um agenciador de mediações com o as representações territoriais, mas que ainda merece de regulamentações nas políticas públicas que garantam financiamento, formação e reconhecimento profissional nos dispositivos de cuidado.

Palavras Chaves: Acompanhamento Terapêutico; território; cuidado em liberdade; Rede de Atenção Psicossocial.

Resumen

Este ensayo teórico tiene como objetivo reflexionar sobre el Acompañamiento Terapéutico como agenciador en el territorio para el cuidado en libertad, a la luz de los paradigmas internacionales y de las directrices de la política de salud mental brasileña. A partir de un enfoque cualitativo y de una revisión de la literatura en los campos de la Psicología Clínica, Salud Colectiva y Acompañamiento Terapéutico, el estudio recorre la historia de la práctica desde sus orígenes en los movimientos reformistas hasta su inserción en la Red de Atención Psicossocial. Los resultados muestran que el enfoque del acompañante terapéutico se alinea con el modelo de rehabilitación psicossocial y con el paradigma del Recovery, ya que enfatiza el protagonismo del usuario y la construcción de vida en las dimensiones de sentido del territorio. Sin embargo, la literatura evidencia desafíos como la precarización laboral y la inserción aún incipiente en los dispositivos de la red de cuidado. Concluimos reflexionando que el trabajo del acompañante terapéutico puede fortalecer el cuidado en libertad, como un agenciador de mediaciones con las representaciones territoriales, pero que aún requiere regulaciones en las políticas públicas que garanticen financiamiento, formación y reconocimiento profesional en los dispositivos de cuidado.

Palabras clave: Acompañamiento Terapéutico; territorio; cuidado en libertad; Red de Atención Psicossocial.

Introduction

This study aims to reflect on the Therapeutic Companion (TC) as an agent in the territory, understanding this practice as a concrete possibility for care in freedom, in light of international paradigms and the guidelines of contemporary Brazilian mental health policy.

The TC emerges in the context of transformation in the logic of mental health care, a historical change that occurred worldwide, shifting from the asylum model, centered on confinement and prolonged hospitalization, to a model of care based on territory and community, which respects the particularities and needs of each place and each subject (Amarante, 2015). This change, far from being merely technical, carries an ethical-political bet: that psychic suffering does not need to be synonymous with exclusion, and that care can and must take place in the spaces of everyday life. It is in this fertile ground that the therapeutic companion emerges as a singular figure: someone whose function is to be with the person in psychic suffering through alleys, squares, public transport, health services, schools, and city markets.

To understand the place that the TC occupies today in the Psychosocial Care Network (RAPS), it is necessary to recover the historical soil from which it springs. Initially, the experiences of reformist movements in the second half of the 20th century, driven above all by Franco Basaglia's experience in Italy, promoted radical critiques of traditional psychiatric knowledge and practices, questioning not only treatments but the very asylum institution as a producer of exclusion (Amarante, 1998).

In Brazil, the Brazilian Psychiatric Reform (RPB) did not emerge as a merely technical-assistance movement, but rather in the wake of the great social and political transformations of the late 1970s, where Amarante and Oliveira (2004) analyze that the Mental Health Workers' Movement (MTSM) emerged in 1978 from the public denunciation of violent conditions in psychiatric hospitals – a denunciation that triggered the first public sector strike since the beginning of the military dictatorship, revealing that the Brazilian psychiatric reform was born as a social movement articulated with the struggle for re-democratization.

At the II National Congress of Mental Health Workers, held in Bauru in 1987, the MTSM ceased to be a predominantly technical movement and assumed a broad identity as a social movement, under the motto "For a society without asylums" (Amarante & Oliveira, 2004, p. 16). This motto expressed an epistemological and strategic rupture: the axis of the debate abandoned merely assistance-related limits and began to envision the radical overcoming of the traditional psychiatric model – expressed both in the asylum structure and in medical knowledge about madness. It was in this context that the guidelines of psychosocial rehabilitation were developed. The pioneering experience took place in Santos (SP) in 1989, when the Anchieta asylum underwent a major intervention and, in its place, an innovative structure of services based on the concept of territory was set up: the Psychosocial Care Centers (NAPS), prototypes of the new substitute care model to replace asylums (Amarante & Oliveira, 2004).

According to Chauí-Berlinck (2011), it was in the context of the RPB that the TC emerged in Brazil as an option contrary to the hospitalization model, configuring itself as a resource for mental health treatment. The social movements, therefore, had in their discourses the defense of citizenship and the recognition of people in psychic suffering as subjects endowed with reason and will.

In this scenario of social movements, the TC was born as a political tool aligned with these ideals; initially, in the 1960s and 1970s in Latin America, the TC appeared in the role of a psychiatric assistant – interns who participated in the daily lives of people in crisis, offering basic care and affective support (Hermann, 2012) – and only later did it move from the hospital walls to the city streets.

In its forty years of existence, the TC has reinvented itself, ceasing to be merely an assistant inside psychiatric hospitals to become one who mediates, connects people to possible spaces in the territory, walks with them through squares, helps in the search for work, in home care, in daily chores; and it is no longer restricted to people with severe psychic suffering in the process of dehospitalization, but has expanded to various possibilities and contexts, such as general hospitals, schools, the judicial system, aging processes, among other fields (Metzger, 2017).

Neto and Dimenstein (2016) state that the TC presents itself as one of the fronts for the construction of this new care that takes place in RAPS services, that is, focusing on the singular character of the treatment of mental disorders, not relying on standardized protocols or diagnoses, but on the subject's desire as a therapeutic motor; responding to the guidelines of the Brazilian psychiatric reform, in which the person with psychic suffering can effectively circulate through the city, appropriating the territory as a living space and no longer as a surveillance scenario.

This new logic, with the TC acting as an operator accompanying the subject in the concrete steps of daily life, mediating relationships, strengthening social networks, and assisting in negotiation with territory equipment, is in direct consonance with the psychosocial rehabilitation model, which proposes to go beyond symptom control and mere adaptation of the subject to the environment, which bets on the reconstruction of the social contractual power of the person in psychic suffering, understanding that deinstitutionalization is not completed only by leaving the hospital, but with the creation of new life possibilities in the territory, including housing, work, leisure, affectivity, and citizenship (Pitta, 2001).

Furthermore, another process that the TC encompasses is social contractuality and the reconstruction of life projects, which also aligns with the international person-centered paradigm, Recovery and human rights of the World Health Organization, which, among various guidelines, focuses on the process of lived experience, the narrative about the processes in the dimensions and daily life of the person.

Brandão, Figueiredo and Delgado (2022) describe that Recovery emerged in the mental health field from the movements of people with lived experience of psychic suffering and their families in Anglo-Saxon countries in the 1970s, becoming relevant for the understanding of care practices that value user protagonism. Based on the classic definition of Anthony (1993), the authors point out that Recovery is not confused with cure in the biomedical sense, but rather with a personal and singular process of change: a way of living a satisfactory, hopeful, and meaningful life, even in the face of limitations caused by psychic suffering.

When approaching the TC from this international paradigm, it is not a matter of mechanically transplanting a foreign model, but of extracting from it its potentialities: user centrality, a bet on hope, the right to a meaningful life in the territory, in light of the achievements and concrete limits of the Brazilian Psychiatric Reform.

In Brazil, some experiences have described the TC in the devices of the Psychosocial Care Network and intersectoral services, such as in Psychosocial Care Centers (CAPS), Therapeutic

Residences (RT), and the judicial system, expanding its performance beyond mental health care itself. Silva (2012) points out that, although still incipient, sporadic, and timid, such experiences produce a significant impact on care and on the network. One example is the “TC in the Network” project, developed in Rio Grande do Sul since 1988 as an extension and research initiative linked to the Federal University of Rio Grande do Sul.

In the context of RAPS, the TC could be considered a privileged operator, due to the care strategies it develops for care in freedom that goes beyond mere discourse, but also takes effect as an act in the living territory, even though it remains tensioned between its clinical potency and institutional precariousness. Given the above, the central question guiding this essay arises: how can Therapeutic Companionship strengthen care in freedom in the territory, overcoming limits that still persist in the Psychosocial Care Network?

Methodology

This qualitative research was composed as a theoretical essay which, according to Meneghetti (2011), focuses on permanent reflection as a zone of centrality, through the theme of therapeutic companionship care as a relevant device of the psychosocial rehabilitation model and current paradigms.

The text is characterized by the interconnection between the experiences and the background of the authors, who analyze elements of the thematic field in search of an understanding of its complexity. Thus, they engage critically, descriptively, and interpretatively, allowing them to compose a synthesis of existing knowledge and to identify gaps for future investigations. To this end, literature was used in the form of articles and books from Clinical Psychology, Collective Health, and the field of Therapeutic Companionship.

The material, composed of books and articles, was analyzed based on themes related to the practice of TC and reflection in light of Brazilian mental health policy, and was subsequently triangulated with reality.

Results and Discussion

The TC constitutes a clinic in constant construction, open to the new and marked by a rupture with traditional models centered on the office. Inserted in the real contexts of the lives of people in psychic suffering, the TC produces not only technical interventions but also human connections built in the daily encounters between therapeutic companion and accompanied person. It is in this proximity, sustained by relationships and coexistence, that support, understanding of the uniqueness of human experiences, and the expansion of possibilities for social insertion of people in suffering become possible. This way of operating already points to a first answer to the central question: the TC strengthens care in freedom by moving the clinic from the closed space of the office to the living territory where life happens.

In this direction, according to Hermann (2005), the TC is understood from the practice itself and the place occupied by the one who accompanies the subject in their singular way of being in the world. The therapeutic companion must sustain, together with the accompanied person, the reconstruction of this world, building singular strategies and favoring possibilities of existence

without imposing models or pre-established ways of living. Thus, the TC strengthens care in freedom by starting from the subject's desire and singularity, rather than from standardized protocols or diagnoses.

We therefore consider that the TC can be constituted, as Lancetti (2008) refers, as a peripatetic clinic, carried out in the open air, that goes to meet the accompanied person in their daily routes, in the spaces where they live, circulate, and establish relationships. In this way, it becomes possible to accompany their singular modes of existing, tracing a map that reveals not only their pains and enclosures but also their unexpected potencies, their sensitivity, and the rhythms with which they inhabit the world and time. This can be a strategy for the RAPS by operating in situations and scenarios where services often do not reach, namely: on the street, at home, in leisure and work spaces.

There are several ways to conceptualize the TC in the literature. For Metzger (2017), what defines the TC is attentive listening to the suffering subject in an attempt to build social ties from the interventions that emerge from each encounter. Mendonça (2017) supports the TC as a "clinic of everyday life," understanding the TC as a clinical-assistance approach that is restricted neither to psychotherapy and transference management nor solely to practical activities of daily living, with management and handling as fundamental operations of clinical practice, where the bond is the tool to sustain care in freedom even in the face of crises and highly complex situations.

Palombini (2004) broadens the understanding of the TC by highlighting its political-clinical dimension, understanding the TC as a practice aimed at transformation and at building possibilities for coexistence in the world based on the recognition of different ways of existing. The author understands the TC as a clinical-political technology articulated with the public mental health network and substitute services. She also presents it as a fundamental device for sustaining and analyzing the principles of psychiatric reform. Thus, the TC operates as a tool for deinstitutionalization and transformation of traditional clinical practice, by building care networks in the extra-institutional space and producing practices that move away from asylum logic. This political-clinical dimension is central to overcoming the limits of RAPS, because the TC not only cares but also denounces and transforms the structures that still perpetuate exclusion.

For the TC to exercise this transformative power, Palombini (2004) emphasizes the importance of a practice guided by an ethics of encounter and by the constant analysis of lived reality. From this perspective, the therapeutic companion does not rely on fixed protocols but builds their performance based on the uniqueness of each encounter with the subject and their existential territory, in which the clinic takes place directly in the daily crossings at home, on the street, in services, and in different spaces of circulation, making life's events and impasses material for the creation of new meanings and possibilities of existence.

Thus, the TC transcends the condition of mere technique and affirms itself as a clinical-political practice that problematizes established knowledge and acts micropolitically in the deconstruction of the norms and habits that sustain asylum logic (Palombini, 2004). It is at this point that this clinic most strongly contributes to overcoming the limits of RAPS: by questioning crystallized practices and betting on the daily creation of new possibilities.

The insertion of the TC into Brazilian public mental health policies is marked by the experience of Santos (SP), especially after the intervention at the Anchieta asylum in 1989, a fundamental event for the anti-asylum struggle in Brazil. From this process, the first Psychosocial Care Centers (NAPS)

were created, precursors of the current CAPS, consolidating a model of territorial, community-based, and freedom-based care, in which the TC found space to develop as a clinical practice inserted in the public mental health network (Prefeitura de Santos, 2024). The creation of these spaces for territorial, community-based, and freedom-based care allowed the TC to strengthen itself as a clinical practice inserted in the public network, including with TC professionals who passed civil service exams since the first NAPS (Souza, 2026). This experience demonstrates that the formal insertion of the TC into RAPS, with stable employment ties, is a path to overcome institutional precariousness.

Another important milestone in the insertion of the TC into Brazilian public policies is the Comprehensive Care Program for the Judicial Patient (PAI-PJ), linked to the Court of Justice of Minas Gerais. Since its creation in 2001, the program has incorporated the TC as a fundamental clinical tool in the care of people in psychic suffering subjected to security measures or in situations of legal vulnerability. Supported by an articulation between justice, health, social assistance, and civil society, the PAI-PJ is guided by the principles of psychiatric reform and by the construction of alternatives to incarceration and asylum logic, maintaining the TC as a clinical function that permeates all professions (Barros-Brisset, 2010).

In the PAI-PJ, the TC occupies a strategic clinical function by acting directly in the daily lives of subjects, favoring their circulation through the city, access to rights, and the construction of care networks. Inserted in an interdisciplinary team and having the TC as a cross-cutting clinical function across different professional categories, it operates as an articulator between health, justice, and social assistance, accompanying situations marked not only by psychic suffering but also by social exclusion, racism, violence, and poverty. Through clinical work carried out in the territory, the TC sustains care practices in freedom, favoring processes of autonomy and the construction of new possibilities of existence and social circulation, even in the face of deep marks of stigma and exclusion. Thus, the PAI-PJ experience evidences the power of this device to tension asylum-like and judicial structures, affirming care in freedom as a concrete possibility, even in contexts of high institutional complexity (Barros-Brisset, 2010).

Another important experience in the insertion of the TC into the Brazilian public network was the “TC in the Network” project at UFRGS, created in 1998. With continuous action for nearly three decades, the project articulates extension, teaching, and research, contributing to the training of professionals and to the RAPS of Porto Alegre, in addition to becoming a national reference in the promotion of care in freedom (Palombini et al., 2022). The consolidation of the TC in the Network has always been supported by a broad collaboration network between university, public services, faculty, students, and accompanied persons, becoming a national reference in the practice of TC in the public context. Linked to the university, the project articulates extension, teaching, and research, enabling its continuity and theoretical foundation, but also evidencing structural limits, since its existence depends on academic institutional support, without constituting a formal public policy of SUS (Palombini et al., 2022). Even so, the experience demonstrates the clinical and social power of the TC and points to the need for its more effective incorporation into public mental health policies (Palombini et al., 2022).

Another relevant experience in which professionals act as TCs are the Therapeutic Residential Services (SRTs) in the city of Rio de Janeiro, initiated in 1998 as strategic devices of the deinstitutionalization policy. Regulated from the year 2000 onwards, the SRTs offer housing

inserted in the urban space for people discharged from long psychiatric hospitalizations, favoring their return to community life and care in freedom. In this context, the TC occupies a central role in care coordination, working alongside caregivers and nursing technicians (Soares & Silva, 2019). In the SRTs, the TC constitutes the central axis of care, offering daily support in the home environment and favoring processes of psychosocial rehabilitation, autonomy, and community insertion. The TC, hired via a formal work card through a Social Organization (OS), acts as a reference technician, articulating clinical and social care, supervising caregivers, and sustaining the residence as a space of life in freedom, avoiding its institutionalization (Soares & Silva, 2019).

Despite the different forms of institutional insertion of the TC in the experiences presented – whether through public civil service exams, as in Santos, the cross-cutting clinical function exercised in the PAI-PJ, formal hiring in the SRTs of Rio de Janeiro, or the university link in the TC in the Network – all converge in supporting the TC as a powerful practice of care in freedom. Even though crossed by different institutional arrangements, the TC demonstrates, in all these contexts, its capacity to build bonds, expand social circulation, articulate care networks, and sustain singular modes of existence outside asylum logic. These experiences show that the power of this clinic is not reduced to the institutional model to which it is linked, but is affirmed precisely in the ethics of the encounter, in presence in the territory, and in the daily construction of possibilities for life and social belonging.

Final Considerations

This study made it possible to describe the history and performance of Therapeutic Companionship (TC) and reflected on its relevance as an actor in psychosocial rehabilitation care, through expanded clinic strategies, in the territory, and mainly in freedom. It proved important, therefore, to carry out reflections on this device in light of international paradigms and the guidelines of Brazilian mental health policy.

Throughout the theoretical path constructed, it was possible to show that TC historically emerges as a border practice, situated between clinic and politics, between hospital and city, between the technical and the existential. From its origins in the reformist movements of the second half of the 20th century, through the Italian experience and the Brazilian anti-asylum struggle, TC has consolidated itself as a deinstitutionalization device that operates in the living territory, accompanying people in psychic suffering in their daily routines. The analysis also demonstrated that TC aligns with the psychosocial rehabilitation model, by betting on the reconstruction of social contractuality, as well as with the international paradigm of Recovery, which emphasizes user protagonism and the construction of a meaningful life even in the face of limitations.

Notwithstanding the clinical and political power of TC, this study also evidenced the tensions that permeate its practice in the context of the Psychosocial Care Network. The therapeutic companion remains frequently subjected to precarious working conditions, with fragile employment ties, lack of regulation, and little institutional supervision. Moreover, the insertion of TC into the network's devices is still sporadic and timid, concentrated in local experiences with little national reach. These limits point to the need for institutional strengthening of TC as a public policy and not just as an isolated initiative.

Faced with the central question that guided this essay – how can TC strengthen care in freedom in the territory, overcoming limits that still persist in the RAPS? – it is considered that TC strengthens care in freedom to the extent that it operates as an agent connecting the subject to the territory's equipment, as a network builder, and as a trigger for autonomy processes. However, for this power to be realized in an expanded and sustainable way, it is suggested as a course of action that TC ceases to be a marginal practice and begins to occupy the place of a central device in mental health policies. This implies the need for: (a) inclusion of TC as a specific service in the RAPS, with its own funding; (b) continuing education and permanent supervision for therapeutic companions; (c) guarantee of dignified employment ties; (d) promotion of research that evaluates the impact of TC on reducing rehospitalizations and expanding user autonomy. It is hoped that this essay contributes to making TC visible as a fundamental strategy for the consolidation of care in freedom and for the advancement of the anti-asylum struggle in Brazil.

References

- Amarante, P. (1998). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (2ª ed.). Fiocruz.
- Amarante, P. (2015). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Fiocruz.
- Amarante, P., & Oliveira, W. F. de. (2004). A saúde integral e a inclusão da saúde mental no SUS: pequena cronologia e análise do movimento de reforma psiquiátrica e perspectivas de integração. *Dynamis Revista Tecno-Científica*, 12 (47), 6-21.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Barros-Brisset, F. O. (2010). *Por uma política de atenção integral ao louco infrator*. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais.
- Brandão, A. D. de L., Figueiredo, A. P., & Delgado, P. G. G. (2022). Incorporações e usos do conceito de recovery no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira: uma revisão da literatura. *Trabalho, Educação e Saúde*, 20, e00189174. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs00189>
- Chauf-Berlinck, R. (2011). *Acompanhamento terapêutico: uma clínica em construção*. Annablume.
- Hermann, M. C. (2012). *Acompanhamento terapêutico e psicose: um articulador do real, simbólico e imaginário* (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo.
- Lancetti, A. (2008). *Clínica peripatética* (3. ed.). Hucitec.
- Meneghetti, F. K. (2011). O que é um ensaio teórico? *Revista de Administração Contemporânea*, 15(2), 320-332.
- Metzger, C. (2017). *Clínica do acompanhamento terapêutico e psicanálise* (1. ed.). Aller.
- Neto, M., & Dimenstein, M. (2016). Experiência de Acompanhamento Terapêutico: do hospital à cidade. *Pesquisa e Prática Psicossociais*, 11(2), 489-498.

Palombini, A. (2004). *Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública: a clínica em movimento* (2. ed.). UFRGS.

Palombini, A. L., Pasini, V. L., & Ecker, D. D. (Orgs.). (2022). *Linhas do tempo: acompanhamento terapêutico na rede pública*. Rede Unida.

Pitta, A. M. F. (2001). O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In *Reabilitação psicossocial no Brasil*. Hucitec.

Prefeitura de Santos. (2024). *Marco da luta antimanicomial no País, intervenção da Casa de Saúde Anchieta, em Santos, completa 35 anos*. <https://www.santos.sp.gov.br/?q=noticia/marco-da-luta-antimanicomial-no-pais-intervencao-da-casa-de-saude-anchieta-em-santos-completa-35-anos>

Prefeitura de Santos. Secretaria Municipal de Finanças e Gestão. (2025). Anexo II – Descrição sumária das atividades. Edital nº 40/2025 – SEPLA-RH.

Soares, L. M. L., & Silva, P. R. F. da. (2019). Serviços Residenciais Terapêuticos na cidade do Rio de Janeiro: uma análise da estrutura e do processo de cuidado. *Saúde em Debate*, 43(esp. 2), 101-113. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S208>



REVIEW STUDIES



HUMAN RIGHTS, SOCIAL VULNERABILITY, AND FREEDOM-BASED CARE IN MENTAL HEALTH¹

*Direitos humanos, vulnerabilidade social e cuidado
em liberdade na saúde mental*

*Derechos humanos, vulnerabilidad social y atención
en libertad en salud mental*



Hélio Luiz Fonseca Moreira  

¹ Part of the initial structuring of this text relied on **artificial intelligence** tools for text organization, which were revised, adapted, and validated by the authors.

Abstract

This article presents a systematic review that articulates human rights, social vulnerability, and mental health, with emphasis on the Brazilian Psychiatric Reform and the Psychosocial Care Network (RAPS). The objective is to analyze how vulnerability conditions impact access to the right to mental health and how care in freedom operates as either a realization or denial of fundamental rights. Fifty-two publications were selected from SciELO, LILACS, PubMed, and CAPES Journals databases (2010–2025). Results indicate that socioeconomic inequalities, structural racism, sexism, and LGBTQIA+phobia constitute barriers to service access and produce psychological suffering. Care in freedom, sustained by interdisciplinary teams and territorial practices, proves more effective when guided by human rights principles, although challenges persist regarding financing, professional training, and resistance to asylum-based models. The study concludes that intersectoral policies, strengthening of the RAPS, and confrontation of structural vulnerabilities are necessary.

Keywords: Human rights. Social vulnerability. Mental health. Care in freedom.

Resumo

Este artigo apresenta uma revisão sistemática que articula direitos humanos, vulnerabilidade social e saúde mental, com ênfase na Reforma Psiquiátrica brasileira e na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O objetivo é analisar como condições de vulnerabilidade impactam o acesso ao direito à saúde mental e como o cuidado em liberdade opera como concretização ou negação de direitos fundamentais. Foram selecionadas 52 publicações nas bases SciELO, LILACS, PubMed e Periódicos CAPES (2010–2025). Os resultados indicam que desigualdades socioeconômicas, racismo estrutural, sexismo e LGBTQIA+fobia constituem barreiras ao acesso aos serviços e produzem sofrimento psíquico. O cuidado em liberdade, sustentado por equipes interdisciplinares e práticas territoriais, mostra-se mais efetivo quando orientado por direitos humanos, embora persistam desafios de financiamento, formação e resistência manicomial. Conclui-se pela necessidade de políticas intersectoriais, fortalecimento da RAPS e enfrentamento das vulnerabilidades estruturais.

Palavras-chave: Direitos humanos. Vulnerabilidade social. Saúde mental. Cuidado em liberdade.

Resumen

Este artículo presenta una revisión sistemática que articula derechos humanos, vulnerabilidad social y salud mental, con énfasis en la Reforma Psiquiátrica brasileña y en la Red de Atención Psicossocial (RAPS). El objetivo es analizar cómo las condiciones de vulnerabilidad impactan el acceso al derecho a la salud mental y cómo el cuidado en libertad opera como concretización o negación de derechos fundamentales. Se seleccionaron 52 publicaciones en las bases SciELO, LILACS, PubMed y Periódicos CAPES (2010–2025). Los resultados indican que las desigualdades socioeconómicas, el racismo estructural, el sexismo y la LGBTQIA+fobia constituyen barreras al acceso a los servicios y producen sufrimiento psíquico. El cuidado en libertad, sustentado por equipos interdisciplinarios y prácticas territoriales, se muestra más efectivo cuando orientado por derechos humanos, aunque persistan desafíos de financiamiento, formación y resistencia manicomial. Se concluye por la necesidad de políticas intersectoriales, fortalecimiento de la RAPS y enfrentamiento de las vulnerabilidades estructurales.

Palabras clave: Derechos humanos. Vulnerabilidad social. Salud mental. Cuidado en libertad.

Introduction

Human rights constitute the foundation of contemporary public policies, recognized in the Universal Declaration of Human Rights (1948) and in Brazil's Federal Constitution (1988), which enshrines human dignity as the basis of the Democratic State of Law. In the health field, these rights materialize in universal, comprehensive, and equitable access to services, as established by the Unified Health System (SUS), articulated with the social determinants of health (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

Brazil's Psychiatric Reform and Law nº 10.216/2001 represent landmarks in the transition from an asylum-based model to a psychosocial, territorially-based model grounded in care in freedom (Amarante, 2013; Delgado, 2011). This constitutes an ethical-political inflection that repositions the person experiencing psychological distress as a rights-bearing subject, rather than an object of guardianship, valuing their history, social bonds, and community belonging. Hospitalization becomes an exceptional resource, while treatment occurs primarily in community-based services articulated with users' daily lives.

The Psychosocial Care Network (RAPS), established by Ordinance nº 3.088/2011, operationalizes this directive by organizing substitute services Psychosocial Care Centers (CAPS), Therapeutic Residential Services, Street Clinics, general hospital beds, and primary care interventions distributed across territories and coordinated intersectorially, aiming not only at clinical treatment but also at promoting autonomy, social participation, and guaranteeing civil, political, and social rights (Brasil, 2004; 2011).

However, the gap between the normative provision of rights and their concrete realization becomes particularly acute in contexts of social vulnerability. Although equality and universality of health access are legal principles, material and symbolic barriers limit the exercise of these rights. Income inequality, structural racism, sexism, LGBTQIA+phobia, and ableism produce precarious living conditions that significantly impact mental health and access to care resources (Werneck, 2016; Brasil, 2010).

Social vulnerability transcends material poverty, encompassing symbolic, political, and institutional dimensions: criminalization of poverty, state violence, and systematic invisibilization of demands in decision-making processes (Santos, 2006; Crenshaw, 2002). Psychological suffering is traversed by hunger, unemployment, inadequate housing, and violence, chronifying illness and restricting help-seeking behaviors. The denial of rights is not a punctual event but rather a structure that naturalizes hierarchies of race, gender, class, and territory, producing citizens of a "second category."

Mental health practices developed within the Psychosocial Care Network (RAPS) operate in a contested field between the affirmation of autonomy and the persistence of rights-violating practices. Innovative proposals for territorial care, centered on dialogue and shared construction of therapeutic projects, coexist alongside interventions marked by guardianship, excessive medicalization, and control. Although community-based services demonstrate potential for realizing human rights, they face precariousness, chronic underfunding, professional turnover, and political pressures for the reinstatement of asylum-based models, demanding permanent resistance (Lancetti; Amarante, 2013; Vasconcelos; Yasui, 2019; Furtado, 2016; Onocko-Campos et al., 2018).

It becomes relevant to articulate, within a single analytical framework, the guarantee of human rights in contexts of social vulnerability and the right to mental health, with emphasis on care in freedom. This is not merely a juxtaposition of fields, but rather an understanding of how human rights and mental health are co-produced in the concrete lives of subjects living in territories marked by inequality and violence. The question emerges as to the extent that practices, knowledges, and policies of care in freedom have effectively realized rights, reduced inequalities, and promoted citizenship for people experiencing psychological distress, particularly historically marginalized groups, while revealing both emancipatory potentialities and persistent contradictions.

The objective of this article is to analyze, through a systematic literature review, how recent scientific production addresses the interface between human rights, social vulnerability, and mental health, identifying advances, limitations, and challenges for consolidating a model of psychosocial care committed to human dignity. It maps how the Psychiatric Reform and RAPS have been interpreted and implemented in contexts of vulnerability, evaluating their capacity to challenge asylum-based practices and strengthen a rights-based perspective. The ethical-political implications of territorial care practices are problematized, articulating critique of rights violations with valorization of emancipatory experiences that invest in autonomy, social participation, and collective construction of therapeutic projects (Amarante; Nunes, 2018; Passos; Benevides, 2015). In doing so, this article contributes to the debate on the directions of mental health policy in Brazil, offering elements for the defense and improvement of care in freedom that is clinically, socially, and politically committed to social justice.

Methodology

This is a systematic review of qualitative and descriptive-analytical literature examining the relationship between human rights, social vulnerabilities, mental health, and care in freedom, conducted according to guidelines for qualitative health research (MINAYO, 2017). The review was guided by three central research questions: (1) How does the literature describe the relationship between social vulnerabilities and guarantees/violations of human rights in mental health? (2) In what manner does care in freedom operate as a strategy for realizing rights? (3) What knowledges and practices promote care in freedom, and what challenges persist in the implementation of public policies?

The search was conducted in SciELO, LILACS, PubMed, and CAPES Journals databases (January to March 2025, covering 2010–2025), using descriptors in Portuguese, English, and Spanish combined with Boolean operators: “direitos humanos” AND “vulnerabilidade social”; “direitos humanos” AND “saúde mental”; “saúde mental” AND “cuidado em liberdade”; “reforma psiquiátrica” AND “Brasil”; “psychosocial care” AND “human rights”; “social vulnerability” AND “mental health”; “community mental health” AND “human rights”.

Included were scientific articles in Portuguese, English, or Spanish addressing the interface between human rights, social vulnerability, and mental health, with focus on care in freedom, substitute services, and mental health policies. Excluded were studies published before 2010, non-peer-reviewed works (except normative frameworks), and duplicate publications. The initial search yielded 428 references. After removing duplicates (312 publications), analyzing titles and abstracts (102 articles selected), and conducting full-text review, 50 studies were included along with two

normative documents and key reference works (Brasil, 2001; Amarante, 2013; Vasconcelos; Yasui, 2019), totaling 52 references.

Analysis followed a thematic approach, organizing studies into categories: (a) social vulnerabilities and psychological suffering; (b) institutional violence and rights violations; (c) public policies and Psychiatric Reform; (d) care in freedom and territorial practices; (e) emancipatory knowledges and practices; (f) challenges to realizing human rights in mental health.

Results and discussion

Of the 52 studies included in the review, the majority were produced in Brazil, with strong representation from journals in public health, psychology, social work, and public health. Qualitative studies predominate, employing interviews, focus groups, ethnographies, case studies, and documentary analysis (Minayo, 2017), although quantitative works with epidemiological data and statistical analyses are also present (Brasil, 2018; WHO, 2022).

Regarding thematic focus, one set of articles emphasizes the interface between social vulnerabilities and mental health, highlighting social determinants such as poverty, racism, and gender inequality (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; WERNECK, 2016). Others are dedicated to evaluating experiences of care in freedom and RAPS services (COSTA; DIMENSTEIN, 2017; ONOCKO-CAMPOS et al., 2018; FURTADO, 2016), while a third group discusses human rights and public mental health policies more broadly (Lancetti; Amarante, 2013; Vecchia; Martins; Nunes, 2016; Amarante; Nunes, 2018).

1. Social Vulnerabilities, Psychological Suffering, and Unequal Access

The studies converge in characterizing social vulnerabilities as multidimensional phenomena, encompassing poverty, unemployment, work precariousness, low educational attainment, urban violence, racial discrimination, gender-based discrimination, sexual orientation and gender identity discrimination, as well as territorial inequalities marked by inadequate housing and lack of urban infrastructure (Buss; Pellegrini Filho, 2007; Brasil, 2018).

Research with homeless populations, alcohol and other drug users, and incarcerated individuals reveals elevated rates of psychological suffering, depression, anxiety, and problematic substance use (Brasil, 2012; Borysow; Fischer, 2014; Falcão et al., 2019). The literature indicates that these conditions are not merely risk factors but rather expressions of historical processes of exclusion and rights violations (Santos, 2006).

Simultaneously, the most vulnerable groups are those facing the greatest barriers to accessing mental health services. Borysow and Fischer (2014), analyzing Street Clinics in a major Brazilian city, identify obstacles including incompatible service hours, documentation requirements, discriminatory attitudes, and insufficient services in territories. Falcão et al. (2019), in discussing mental health and homeless populations from a harm reduction perspective, demonstrate that care often occurs in fragmented and delayed fashion, concentrating on crisis moments.

2. Institutional Violence, Stigma, and Rights Violations

A recurring dimension in the studies is the presence of institutional violence and rights-violating practices within health services and the social assistance network itself. Inspection reports and qualitative research describe situations of coercion, neglect, abusive use of physical and chemical restraint, and moralizing discourse in inpatient institutions, particularly in therapeutic communities and services not aligned with the Psychiatric Reform (CFP, 2018; Lancetti; Amarante, 2013).

In these contexts, stigma associated with mental illness and drug use intersects with racialized and class-based stereotypes, producing effects of criminalization and pathologization of poverty (Werneck, 2016; Brasil, 2010). Analyses informed by Foucault (2014a; 2014b) highlight the disciplinary dimension of these practices, in which mechanisms of control, surveillance, and punishment overlap with care, reactivating devices of exclusion historically associated with mental illness and other forms of deviance.

3. Public Policies, Psychiatric Reform, and Psychosocial Care Network

The literature analyzes, with relative consensus, Brazil's Psychiatric Reform as a political, social, and cultural process aimed at overcoming the asylum-based model, involving legislative changes, service reorganization, and transformation of practices and social discourses about mental illness (Amarante, 2013; Rotelli; Leonardis; Mauri, 1990; Vasconcelos; Yasui, 2019). Law nº 10.216/2001 is identified as the central normative framework, ensuring rights and prioritizing treatment in community services (Brasil, 2001).

The creation of the Psychosocial Care Network (RAPS) is considered a landmark in organizing networked care, articulating Psychosocial Care Centers (CAPS), primary care, emergency units, general hospital beds, therapeutic residential services, street clinics, and other services (BRASIL, 2011; BRASIL, 2004; BRASIL, 2013). Service evaluation studies point to successful experiences in which intersectoral coordination and user participation in social control mechanisms generate concrete possibilities for social inclusion and reduction of hospitalizations (Onocko-Campos et al., 2018; Furtado, 2016).

On the other hand, there is consensus regarding chronic underfunding of mental health, insufficiency of CAPS in many territories, and weak articulation with primary care (Campos, 2000; Vasconcelos, 2016). Changes in national mental health guidelines, with renewed emphasis on psychiatric hospitals and expanded funding for therapeutic communities, are identified as potential vectors of regression regarding Psychiatric Reform principles (CFP, 2018; Amarante; Nunes, 2018).

4. Experiences of Care in Freedom and Territorial Practices

Studies on care in freedom emphasize services and arrangements seeking the construction of singular therapeutic projects, valorization of territory as a space of life, and inclusion of users in social, cultural, and labor networks (Yasui, 2015; Vasconcelos; Yasui, 2019; Lancetti, 2015). Experiences with Psychosocial Care Centers (CAPS III), street-based clinics, and articulation with cultural movements are described as strategies capable of promoting bonds, reducing social

isolation, and expanding access to citizenship resources (Costa; Dimenstein, 2017; Borysow; Fischer, 2014).

Multiple studies highlight the importance of multiprofessional and interdisciplinary teams, as well as family and community participation in care (Onocko-Campos et al., 2018; Passos; Benevides, 2015). The concept of expanded clinic, proposed by Campos (2000), emerges as a reference for thinking practices that transcend symptom-focused intervention, incorporating social, cultural, and political dimensions of suffering.

Despite these advances, studies identify challenges in consolidating care in freedom, including the persistence of medicalization-centered practices, difficulty in effective intersectoral work, professional turnover, and tensions between standardized protocols and the need for singularized, contextualized care (Costa; Dimenstein, 2017; Furtado, 2016).

5. Emancipatory Knowledges and Practices in Mental Health

A significant portion of the literature brings together reflections and descriptions of knowledges and practices that can be understood as emancipatory. Such knowledges draw inspiration from Italian deinstitutionalization, democratic psychiatry, critical social psychology, collective health, and intersectional and decolonial approaches (Rotelli; Leonardis; Mauri, 1990; Amarante, 2013; Santos, 2006; Crenshaw, 2002).

Emancipatory practices are characterized by the centrality of user voice, shared construction of care plans, problematization of power relations, and active pursuit of rights guarantees (Passos; Benevides, 2015; Amarante; Nunes, 2018). Examples include user participation in health councils, conferences, and public policy forums; human rights training initiatives for professionals; advocacy practices conducted by user and family associations; and community support networks articulating clinical care, material support, and relational care (Vasconcelos, 2016; Vecchia; Martins; Nunes, 2016).

6. Human Rights and Mental Health: An Inseparable Relationship

The findings of this review demonstrate the inseparability between human rights protection and the realization of the right to mental health, particularly in contexts marked by social vulnerabilities. Literature shows that rights violations including denial of access to health, housing, education, and work; exposure to violence; and structural discrimination simultaneously function as social determinants of psychological suffering and obstacles to adequate care (Buss; Pellegrini Filho, 2007; Brasil, 2018; WHO, 2022).

Conceptualizing mental health as a right thus requires broadening focus beyond clinical dimensions, incorporating the perspective of social determinants and analysis of structures producing exclusion (WHO, 2013; Santos, 2006). Care in freedom cannot be reduced to deinstitutionalization but must be understood as a process of affirming citizenship, building community bonds, and expanding subjects' capacity to exercise their rights (Amarante, 2013; Vasconcelos; Yasui, 2019).

The mere existence of normative frameworks guaranteeing rights, such as Law nº 10.216/2001 and Ordinance nº 3.088/2011 (Brasil, 2001; 2011), is insufficient to ensure their effectiveness. Mental health policy implementation occurs within contexts traversed by conflicts, disputes, and diverse

interests, wherein rights-violating practices may persist or be reactualized (CFP, 2018; Delgado, 2011). From this perspective, social control and strengthening of anti-asylum and human rights movements constitute essential components for guaranteeing rights in mental health (Amarante; Nunes, 2018; Passos; Benevides, 2015).

7. Social Vulnerability, Intersectionality, and Production of Inequalities

The articulation between social vulnerability, care in freedom, and human rights reveals that mental health policy is a contested space around societal projects, not merely a technical field. In territories marked by poverty, racism, and violence, care in freedom becomes possible only when articulated with social protection policies, income, housing, education, and work. Otherwise, it reduces to deinstitutionalization without guarantees of care continuity (Buss; Pellegrini Filho, 2007; Brasil, 2018). The Psychosocial Care Network (RAPS), when grounded in Psychiatric Reform principles, operates as a strategic mechanism for rights affirmation by bringing care closer to daily life and problematizing exclusions (Amarante, 2013; Vasconcelos; Yasui, 2019).

However, the discourse of “care in freedom” may be captured by logics that individually blame users while disregarding structural barriers. When this occurs, freedom reduces to physical deinstitutionalization without expanding autonomy and citizenship. Therefore, care in freedom must be understood as an ethical-political project requiring simultaneous transformation of clinical practices, strengthening of community networks, and confrontation of inequalities of race, gender, and class (Lancetti; Amarante, 2013; Werneck, 2016; Crenshaw, 2002). This repositions mental health as a field of struggle for human rights, wherein how care is organized marks the type of society one seeks to build.

An intersectional perspective reveals that vulnerability concentrates among historically subalternized groups: Black populations, women, LGBTQIA+ persons, homeless individuals, and drug users. These groups experience overlapping oppressions racism, sexism, LGBTQIA+ phobia, poverty that intensify risks and limit access to protective resources (Werneck, 2016; Souza et al., 2018). Ignoring these markers reproduces invisibilities and naturalizes inequalities.

An intersectional and decolonial perspective enables recognition that psychological suffering relates to racism, coloniality, gender-based violence, and economic dispossession (Santos, 2006; Crenshaw, 2002). This demands affirmative action policies, anti-racist and gender-sensitive professional training, and direct participation of affected groups in mental health policy formulation (Brasil, 2010; 2011).

8. Care in Freedom: Potentialities and Limitations

Care in freedom, as delineated by the Psychiatric Reform and Psychosocial Care Network (RAPS), represents an ethical-political horizon for transforming mental health practices, displacing care from psychiatric hospitals to territories and substituting segregation with coexistence, control with autonomy (Amarante, 2013; Rotelli; Leonardis; Mauri, 1990; Yasui, 2015).

Well-structured CAPS experiences and territorial services reduce hospitalizations, strengthen social bonds, and expand user participation in care planning, recognizing people with mental

health needs as rights-bearing subjects (Costa; Dimenstein, 2017; Onocko-Campos et al., 2018; Furtado, 2016; Vasconcelos; Yasui, 2019).

However, in many territories the substitute service network is insufficient, with overburdened teams and weak intersectoral coordination, reducing care in freedom to discourse without concrete grounding. The persistence of medicalization-centered practices demonstrates that service substitution alone does not guarantee paradigm change (Costa; Dimenstein, 2017; Lancetti, 2015; Campos, 2000).

Adding to this are regressions in mental health policy, with expansion of therapeutic communities and reopening of psychiatric beds without adherence to human rights protections, demanding permanent defense of Psychiatric Reform principles against risk of reinstating asylum-based logic (CFP, 2018; Delgado, 2011; Amarante; Nunes, 2018).

9. Knowledges, Practices, and the Political Dimension of Care

Emancipatory practices described in the literature demonstrate that it is possible to construct forms of care breaking with logics of guardianship, paternalism, and excessive medicalization, while simultaneously promoting rights including freedom, participation, privacy, information access, non-discrimination, and social inclusion (Passos; Benevides, 2015; Vecchia; Martins; Nunes, 2016; Amarante; Nunes, 2018). Such experiences are grounded in active listening to user narratives, shared construction of therapeutic projects, valorization of popular and community knowledges, and articulation with social movements (Vasconcelos, 2016; Yasui, 2015).

Professional training emerges as a strategic dimension. The absence of content on human rights, social determinants, racism, gender, sexuality, and social participation in curricula contributes to reproduction of rights-violating practices, even in services formally aligned with Psychiatric Reform (Minayo; Deslandes; Gomes, 2015; Brasil, 2013). Conversely, experiences of permanent in-service educatio

10. Implications for Public Policy and Research

Study findings yield significant implications for public mental health policy and research agendas. Regarding policy, strengthening and expanding the Psychosocial Care Network (RAPS) emerges as paramount, requiring adequate financing, equitable territorial distribution, and effective integration with primary care and allied sectors (Brasil, 2004; 2011; Vasconcelos; Yasui, 2019). Development of intersectoral policies coordinating health, social assistance, education, culture, employment, housing, and justice is essential for addressing social vulnerability's multifaceted dimensions (Brasil, 2012; 2018).

Implementation of monitoring and accountability mechanisms addressing human rights violations within mental health services is equally imperative, encompassing institutional violence prevention protocols and substantive user and family participation in evaluative processes (CFP, 2018; Onocko-Campos et al., 2018).

Research priorities include expanding investigations employing intersectional and decolonial frameworks (Crenshaw, 2002; Werneck, 2016) incorporating user and historically marginalized group perspectives, and assessing innovative care-in-freedom initiative effectiveness (Costa; Dimenstein,

2017; Borysow; Fischer, 2014). Particularly critical are studies examining macroeconomic policy-mental health relationships, life precariousness dynamics, and evidence supporting Psychiatric Reform defense amid regressive pressures (Delgado, 2011; Amarante; Nunes, 2018).

11. Care in Freedom: Emancipatory Practices and Rights Consolidation Challenges

Realizing human rights in mental health necessitates knowledges and practices acknowledging care's political character. Clinical interventions embody ethical-political choices reflecting worldviews and power dynamics, structuring possibilities for inclusion, recognition, and dignity. Mental health interventions encompass fundamental contests regarding normalcy, madness, responsibility, autonomy, and citizenship questions bearing concrete existential implications (Foucault, 2014a; 2014b).

Foucauldian analysis reveals madness as historical and social construction, generated through discourses and institutional practices defining normalcy and deviation. Psychiatric institutions function as disciplinary mechanisms controlling and correcting through surveillance and normalization. Acknowledging care's political dimension, however, precludes determinism; care's very political character enables resistance, rights affirmation, and social transformation.

Emancipatory practices deliberately rupture guardianship and medicalization logics while advancing freedom, participation, and social inclusion. Characterized by user voice centrality, they recognize service users as life experts. Qualified listening constitutes ethical openness toward others, honoring their humanity and reflexive capacity. Care planning emerges from genuine professional-user dialogue wherein both contribute expertise toward contextualized, flexible objectives and strategies acknowledging diverse caring possibilities.

Such practices explicitly interrogate power relations within therapeutic encounters and service structures, critically examining how professional hierarchies, class, race, and gender differences reproduce or transform. Committed practitioners actively minimize unnecessary asymmetries, distribute information transparently, and establish spaces enabling user control over affecting actions.

Characterized further by active, sustained rights guarantee pursuit, they function as advocates mobilizing resources ensuring housing, income, education, employment, and justice access. Popular and community knowledge valorization constitutes essential practice, recognizing knowledge distribution beyond professional monopoly to communities, families, and territorial cultural traditions. Particularly significant is recognition of knowledges rooted in Afro-Brazilian, Indigenous, and other historically marginalized cultural matrices.

Social movement and anti-asylum struggle articulation represents fundamental political dimension. Practice transformation cannot occur in isolation but must connect to broader rights, social justice, and vulnerability-producing structure transformation struggles. Professionals and users engage conferences, forums, and advocacy movements influencing public policy and constructing alternatives.

Professional education emerges as frequently underemphasized strategic dimension. Critical content absence regarding human rights, social determinants, racism, gender, sexuality, ableism, and coloniality in curricula perpetuates rights-violating practices within formally Reform-aligned

services. Professionals lacking critical exposure tend naturalizing inequality and individual user blame, disregarding social structural factors.

In-service permanent education integrating critical theory, territorial analysis, and practice experimentation generates significant care approach shifts. Professional critical practice reflection, human rights and social determinant learning, and prejudice and privilege examination produce substantial attitudinal and behavioral transformation. Generalized across teams or services, these transformations alter institutional cultures, establishing environments genuinely committed to rights and emancipation.

Permanent education must transcend technical training, incorporating Psychiatric Reform history, human rights, social determinants, institutional racism, gender, intersectionality, decoloniality, and participatory methodologies. It must establish safe examination spaces for professional vulnerabilities, traumas, and prejudices, recognizing other-care intimately connects to self-care.

Care's political dimension emerges as transformation opportunity. Professionals, users, families, and social movements possess agency constructing just, inclusive care committed to human dignity. Service organization, user relationship, and resource distribution choices reflect and reinforce worldviews and societal projects.

Emancipatory knowledge and practice consolidation constitutes continuous, unfinished, collective process. It demands constant dialogue, training investment, genuine participation space creation, permanent exclusion vigilance, and fundamentally, ethical commitment constructing care honoring all dignity, autonomy, and rights, especially those in greatest vulnerability and exclusion.

Final considerations

This systematic review has demonstrated that guaranteeing and protecting human rights in the context of social vulnerabilities constitutes an intricate dimension of the right to mental health and care in freedom. Human rights, social vulnerability, and mental health are co-produced in the concrete experiences of subjects living in territories marked by structural inequalities, multiple forms of violence, and historical exclusions. This finding repositions mental health as a privileged field of struggle for human dignity and the construction of more just and democratic societies.

Brazil's Psychiatric Reform and the Psychosocial Care Network represent significant advances in the transition from an asylum-based model to a psychosocial, territory-centered model committed to autonomy and social participation. Law nº 10.216/2001 and Ordinance nº 3.088/2011 reposition people experiencing mental health needs as rights-bearing subjects. Nevertheless, the gap between normative provision and concrete realization remains substantial, particularly for those in situations of heightened vulnerability.

Social vulnerabilities poverty, unemployment, work precariousness, structural racism, sexism, LGBTQIA+phobia, and territorial inequalities not only increase exposure to psychological suffering but also constitute formidable barriers to service access and realization of fundamental rights. Historically marginalized groups (Black populations, women, LGBTQIA+ persons, homeless individuals, drug users) experience overlapping oppressions intensifying vulnerability and limiting care possibilities. An intersectional and decolonial perspective is essential for understanding that

psychological suffering is intimately linked to experiences of racism, coloniality, gender-based violence, and economic dispossession.

The persistence of human rights violations within mental health services themselves coercion, neglect, excessive medicalization, stigma, and control constitutes a troubling paradox. Even in services formally aligned with Psychiatric Reform, subtle mechanisms of guardianship and paternalism continue operating, suggesting that normative frameworks and service reorganization alone are insufficient to transform deeply rooted practices and mentalities. This demands continuous investment in permanent education, critical training, professional sensitization, and monitoring mechanisms with active user and family participation.

Care-in-freedom experiences demonstrate significant potentialities when implemented with genuine commitment to Psychiatric Reform principles. Psychosocial Care Centers, Street Clinics, and Therapeutic Residential Services, when well-structured and networked, reduce hospitalizations, strengthen community bonds, and expand user participation. These experiences demonstrate that care forms breaking with segregation and control logics while promoting autonomy, dignity, and citizenship are possible. However, such potentialities are fully realized only when articulated with intersectoral policies guaranteeing access to housing, income, education, work, and social protection, recognizing that freedom in care is inseparable from freedom in material conditions of existence.

The identified challenges are substantial. Chronic underfunding, service insufficiency across many territories, work condition precariousness, and weak intersectoral coordination constitute structural obstacles to RAPS consolidation. Movements seeking to reintroduce asylum models through therapeutic community expansion or psychiatric bed reopening represent concrete regression risks, demanding permanent vigilance, social movement mobilization, and unwavering defense of Psychiatric Reform principles.

Care's political dimension emerges as central to realizing human rights in mental health. Recognizing that all care practices involve meaning disputes, power relations, and choices about what type of society to build is fundamental to preventing care-in-freedom discourse from being captured by logics individualizing user responsibility while disregarding structural barriers. Emancipatory knowledges and practices grounded in qualified listening, genuine participation, and collaborative therapeutic planning reveal themselves as viable alternatives for breaking exclusion and rights violation cycles.

Professional training and permanent education constitute indispensable pillars for practice transformation. Curriculum absence of critical content on human rights, social determinants, racism, gender, sexuality, and intersectionality perpetuates rights-violating practices. Experiences articulating critical theory, territorial analysis, and experimentation with new care forms demonstrate potential for generating shifts in professional mentalities and actions, transforming them into change agents committed to social justice.

References

- Amarante, P. (2013). *Crazy for life: The trajectory of psychiatric reform in Brazil* (2nd ed.). Fiocruz.
- Amarante, P., & Nunes, M. de O. (Eds.). (2018). *Essays: Subjectivity, mental health, society*. Fiocruz.
- Borysow, I. C., & Fischer, F. (2014). Healthcare for homeless populations: A study on street-based clinics in a major Brazilian city. *Public Health Notebooks*, 30(1), 1–10. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00196916>
- Brasil. (1988). *Constitution of the Federative Republic of Brazil*. Federal Senate. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Brasil. (2001). *Law No. 10.216, of April 6, 2001. Provides for the protection and rights of persons with mental disorders and redirects the mental health care model*. Official Gazette of the Union. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- Brasil. Ministry of Health. (2004). *Mental health in the unified health system: Psychosocial care centers*. Secretariat of Health Care. http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf
- Brasil. Ministry of Health. (2010). *Health of the Black population: Policies and actions*. Secretariat of Strategic Management and Participation. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_negra_politicas_acoes.pdf
- Brasil. Ministry of Health. (2012). *Manual on healthcare for homeless populations*. Secretariat of Health Care. file:///C:/Users/user/Downloads/manual_cuidado_populacao_rua.pdf
- Brasil. Ministry of Health. (2013). *Mental health* (Primary Care Notebooks, No. 34). Secretariat of Health Care. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf
- Brasil. Ministry of Health. (2011). *Ordinance No. 3.088, of December 23, 2011. Establishes the psychosocial care network (RAPS)*. Official Gazette of the Union. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Brasil. Ministry of Health. (2018). *Brazil's health 2017: An analysis of health status and challenges for achieving the SDGs*. Secretariat of Health Surveillance. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf
- Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). Health and its social determinants. *Physis: Journal of Collective Health*, 17(1), 77–93. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
- Campos, G. W. de S. (2000). *Health Paideia*. Hucitec.
- Federal Council of Psychology. (2018). *National inspection report on therapeutic communities: 2017*. CFP. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/07/RELATORIO-INSPECAO-NACIONAL-CTS-2017.pdf>
- Costa, M. C. O., & Dimenstein, M. (2017). Deinstitutionalization and coexistence: Care in freedom in mental health. *Physis: Journal of Collective Health*, 27(3), e270301. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300001>

- Crenshaw, K. (2002). Document for the meeting of experts on aspects of racial discrimination related to gender. *Feminist Studies Journal*, 10(1), 171–188. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>
- Delgado, P. G. G. (2011). Psychiatric reform and mental health policy in Brazil. *Public Health Notebooks*, 27(10), 1973–1976. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001000001>
- Falcão, I., et al. (2019). Mental health and homeless populations: An analysis from a harm reduction perspective. *Interface – Communication, Health, Education*, 23, e170627. <https://doi.org/10.1590/Interface.170627>
- Foucault, M. (2014a). *History of madness in the classical age* (10th ed.). Perspectiva.
- Foucault, M. (2014b). *Discipline and punish: A history of violence in prisons* (40th ed.). Vozes.
- Furtado, J. P. (2016). Evaluation of the psychosocial care network: Challenges and perspectives. *Health in Debate*, 40(109), 88–101. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610900008>
- Lancetti, A. (2015). *Peripatetic clinic* (7th ed.). Hucitec.
- Lancetti, A., & Amarante, P. (2013). Mental health and psychological suffering from a human rights perspective. *Science & Collective Health*, 18(7), 1889–1896. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700002>
- Minayo, M. C. de S. (2017). *The challenge of knowledge: Qualitative research in health* (15th ed.). Hucitec.
- Minayo, M. C. de S., Deslandes, S. F., & Gomes, R. (Eds.). (2015). *Social research: Theory, method, and creativity* (34th ed.). Vozes.
- United Nations. (1948). *Universal declaration of human rights*. UN. <https://www.ohchr.org/en/universal-declaration-of-human-rights>
- World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013–2020*. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/89966>
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- Onocko-Campos, R. T., et al. (2018). Evaluation of mental health services: Building a participatory process. *Science & Collective Health*, 23(10), 3459–3470. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.17832018>
- Passos, E., & Benevides, R. (Eds.). (2015). *Clinic and politics: Subjectivity and rights violations*. Sulina.
- Rotelli, F., Leonardis, O. de, & Mauri, D. (1990). Deinstitutionalization. In F. Nicácio (Ed.), *Deinstitutionalization* (pp. 17–59). Hucitec.
- Santos, B. de S. (2006). *The grammar of time: Toward a new political culture* (3rd ed.). Cortez.
- Souza, J. T., et al. (2018). Mental health and gender: A critical analysis of care policies and practices. *Health in Debate*, 42(118), 180–194. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811800>
- Vasconcelos, E. M. (2016). *Deinstitutionalization, social networks, and human rights*. Hucitec.
- Vasconcelos, E. M., & Yasui, S. (2019). *Mental health and psychosocial care* (3rd ed.). Hucitec.

- Vecchia, M. D., Martins, S. R., & Nunes, M. de O. (2016). Human rights, mental health, and psychiatric reform in Brazil: Achievements and challenges. *Journal of Health Law*, 17(2), 28–52. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v17i2p28-52>
- Werneck, J. (2016). Institutional racism and the health of Black populations. *Health and Society*, 25(3), 535–549. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016150822>
- Yasui, S. (2015). *Clinic in motion: Cartography of mental health care* (2nd ed.). Hucitec.



EXPERIENCE REPORT



THE WORK OF FAMILIES AND THE BURDEN ARISING FROM CARING FOR PEOPLE SUFFERING FROM SEVERE MENTAL ILLNESS¹

*O trabalho das famílias e o ônus advindo do cuidado
com pessoas em sofrimento psíquico grave*

*El trabajo de las familias y la carga que supone el cuidado de
personas que padecen enfermedades mentales graves*



Paollo Borghi  

¹ Part of the initial structuring of this text relied on **artificial intelligence** tools for text organization, which were revised, adapted, and validated by the authors.

Abstract

In psychiatry, therapeutic models have excluded family members from care management, restricting the person in distress. The aim of this essay was to describe the work developed with family members who bear the burden of caring for people in severe mental distress, carried out at the Department of Mental Health in Trieste since 1987. This program emerged from initiatives providing opportunities for information, participation in services, greater knowledge among family members, and effective mutual support programs, with the family actively involved in organizing the therapeutic project and in educational and informational programs. When the family is left alone, it faces the weight of responsibility in isolation, dominated by despair, shame, and loss of hope. Finally, the involvement of families in the work process with people in severe distress is relevant for the family members, the person, and the service, as an expanded form of mental health care.

Keywords: Family; Severe mental distress; Expanded clinical practice

Resumo

Na psiquiatria os modelos terapêuticos excluíram os familiares no manejo do cuidado, restringindo a pessoa em sofrimento. O objetivo deste ensaio foi descrever o trabalho desenvolvido com familiares que cuidam com ônus de pessoas em sofrimento psíquico grave realizado no Departamento de Saúde Mental de Trieste, desde 1987. Este programa surgiu com iniciativas de oportunidades de informação, participação nos serviços, maior conhecimento entre os familiares e programas efetivos de ajuda mútua, com envolvimento da família de forma ativa na organização do projeto terapêutico e nos programas educativos e informativos. Quando a família é deixada sozinha, enfrenta o peso da responsabilidade no isolamento, dominada pelo desespero, vergonha e perda de esperança. Finalmente, o envolvimento das famílias no processo de trabalho de pessoas em sofrimento grave é relevante para os familiares, a pessoa e o serviço, como uma forma ampliada de cuidado em saúde mental.

Palavras Chaves: Família; Sofrimento psíquico grave; Clínica ampliada

Resumen

En psiquiatría, los modelos terapéuticos han excluido a los familiares de la gestión de la atención, limitando así a la persona que sufre. El objetivo de este ensayo fue describir el trabajo desarrollado con familiares que asumen la carga del cuidado de personas con sufrimiento mental grave, llevado a cabo en el Departamento de Salud Mental de Trieste desde 1987. Este programa surgió de iniciativas que brindan oportunidades de información, participación en los servicios, mayor conocimiento entre los familiares y programas efectivos de apoyo mutuo, con la familia involucrada activamente en la organización del proyecto terapéutico y en programas educativos e informativos. Cuando la familia se queda sola, enfrenta el peso de la responsabilidad en aislamiento, dominada por la desesperación, la vergüenza y la pérdida de esperanza. Finalmente, la participación de las familias en el proceso de trabajo con personas con sufrimiento mental grave es relevante para los familiares, la persona y el servicio, como una forma ampliada de atención a la salud mental.

Palabras clave: Familia; Sufrimiento mental grave; Práctica clínica ampliada

Introduction

This essay¹ aims to describe the work developed with families regarding the burden of caring for and accompanying people experiencing severe psychological distress, carried out at the Mental Health Department (DSM) of Trieste. It reflects on the relevance of supporting and caring for family members who live within this context.

This reflection was presented in May 2025 at the 3rd International Congress on Mental Health: *Franca and Franco Basaglia School – The Right to Mental Health and Care in Freedom*, contributing to the discussion on the importance of the work carried out at the Mental Health Department (DSM) of Trieste, focused on support and assistance for family members who care for service users.

Throughout the history of psychiatry, therapeutic models alternated over time, and for a long period they excluded family members, believing that care should focus solely on the person experiencing suffering, distancing families from participation in the care process.

In Italy, as in many other parts of the world, during the existence of psychiatric asylums, mental illness was explained exclusively from an organic perspective. In fact, within the medical-biological model, mental illness was viewed and interpreted in anatomical-physiological terms and considered hereditary. Clinical records therefore contained little information about family members and family dynamics, including only whether or not there were “hereditary burdens” related to the individual’s disorder. In this context, the family member became regarded as the main cause of the pathology affecting their loved one, generating feelings of guilt and shame among families.

The psychoanalytic model recognizes that individual development takes place through relationships maintained with family figures, moving away from an exclusively organic interpretation and incorporating other dimensions into the relationship with the person. In this model, family relationships are important because they positively or negatively influence the family member’s way of living and allow the development of their ability to relate to others. However, in the practice of mental health services, although the family was valued, it still remained in the background and was not actively involved in therapy, which remained centered mainly on the individual experiencing psychological suffering.

Another approach that considers the family is the systemic-relational model, which describes the family as a system understood as a group that tends to maintain its own balance, in which members mutually influence one another. In this model, the family is analyzed through the reactions among its members, verbal and non-verbal communication, alliances, and so forth. Thus, the family itself becomes the “object” to be analyzed and modified.

¹ Parte da estruturação inicial deste texto foi auxiliada por uma ferramenta de inteligência artificial (ChatGPT, da OpenAI), sendo posteriormente revisada, adaptada e validada pelo autor.

The radicalization of some interpretations regarding conditioning within the family nucleus led, especially in Anglo-Saxon countries during the 1960s and 1970s, to the anti-psychiatry movement, which emphasized irrational dynamics structured within the family, comparing it to other total institutions such as prisons and asylums.

Laing (1983) stated that everyone who studied the families of people diagnosed with schizophrenia agreed that the apparent irrationality of the individual finds, largely or entirely, its rationality within the family context of origin. At this point, the family itself appears irrational. Positively, this contributed to reducing the stigma surrounding mental illness and questioning the incomprehensibility of the “mad person,” valuing the meaning of various behaviors such as rebellion, isolation, refusal, and others.

In many Western countries, the beginning of deinstitutionalization favored increased contact and coexistence between former asylum residents and their families. From these reconnections emerged another approach: psychoeducational intervention, which provides families with simple tools to improve coexistence with the person, accept them, and face periods of crisis with less tension and anguish. Family interventions are considered an essential component in the treatment of severe psychoses (American Psychiatric Association, 2023).

Psychoeducational guidance programs are positively evaluated both by family members—who acquire more tools to face crises, greater knowledge about psychological suffering, and increased attention to the needs of their loved one—and by the mental health professionals involved. In this context, the concept of “expressed emotion” was also introduced, since it was observed that in some families it was very intense and in others less so. Although a direct family cause for the onset of illness was excluded, it was considered that family dynamics could influence its course.

Scales measuring hostility, criticism, emotional involvement, warmth, and positive comments began to be included, for example within the vulnerability-stress model, in which expressed emotion appears as a stress factor strongly associated with relapses (Hooley et al., 1995).

The Beginning

Within this historical trajectory, Italian psychiatric care legislation (Law 833/1978), by declaring the end of the asylum institution, promoted the organization of territorial mental health services and guaranteed the right to care and citizenship for individuals institutionalized in psychiatric hospitals. Thus, service users, their families, and citizens became directly involved in therapeutic work.

In this sense, since 1987 the Mental Health Department of Trieste has promoted a program of initiatives aimed at creating opportunities for information, participation in services, greater understanding among family members, and the construction of effective mutual-help programs.

The program for families emerged from practical experience, which demonstrated that when families are involved throughout the care process of a person experiencing psychological

suffering, they become active participants in organizing the therapeutic project and also take part in educational and informational programs. Conversely, when families are left alone, they face the burden of responsibility in isolation, dominated by despair, shame, and loss of hope.

About the Family Program

Intervention aimed at families also arose from the need to address, in moments specifically dedicated to them, the difficulties experienced in daily life, encouraging stress reduction and greater exchange among participants.

Over time, it was observed that participation in these programs improves quality of life, family functioning, and social functioning, while also reducing relapses and crises. Research highlights two relevant aspects: (i) psychoeducational intervention significantly reduces relapses (Falloon, 1986); and (ii) there are two problematic contexts that directly affect family caregiving (Hoenig and Hamilton, 1966).

These two problematic contexts are: (i) objective issues, such as practical problems involving financial and work-related difficulties, time devoted to caregiving, reduction of leisure time and social relationships, and, especially for women, abandoning employment or career opportunities; and (ii) subjective issues, such as psychological problems experienced by family members, suffering due to the loss of the idealized image of the child, anxiety, depression, psychosomatic symptoms, feelings of guilt and shame, disorientation caused by lack of information, and social isolation.

To reduce these problematic contexts, concrete support from services is necessary, including therapeutic group work, appreciation of family members, and exchange of experiences. Furthermore, it is important that family members acquire broader knowledge about the pathology in order to help reduce feelings such as guilt, challenge prejudices, value their own history, and recognize the capacities of their relative.

The family program makes it possible to transform relationships among family members as well as within services, improving the capacity to face problems and crises, reducing demands on services, and decreasing relapses. In addition, it stimulates new forms of intervention and the active participation of everyone involved.

The work with families was structured around three approaches with their respective objectives, defending rights and combating discrimination and prejudice:

- a) **Psychoeducational:** improvement of knowledge about psychological suffering, expectations, and limits of treatment, carried out in ten biweekly meetings;
- b) **Psychotherapeutic:** encouraging exchange of experiences, stress reduction, support, and emotional assistance in group settings;
- c) **Solidarity network approach:** encouraging the expansion of social networks, self-help groups, combating isolation, and promoting mutual support.

The psychoeducational meetings address topics such as: (i) course presentation; (ii) mental disorder: explanatory models; (iii) pathologies; (iv) the family and severe disorders; (v) crisis: understanding and prevention; (vi) therapeutic projects and rights; (vii) psychopharmaceuticals; (viii) rehabilitation and social inclusion; (ix) recovery time and quality of life; and (x) coping techniques and support networks.

For Rotelli (1990), deinstitutionalization does not reside in cure itself, but in emancipation, in the creation of new models and opportunities, demystifying “madness.” By deconstructing a body of knowledge that had supported the foundations of Psychiatry since the Enlightenment, the notion of madness as alienation, error, or dangerousness can be replaced by the notion of difference, life production, and subjectivity. In this sense, the construction of new models that foster possibilities for social inclusion, appropriation of citizenship rights, and co-responsibility between the family and the service is highly relevant, thereby reducing the burden placed upon families.

Finally

Understanding the importance of involving families in the work process of people experiencing severe or chronic psychological suffering demonstrates how relevant this process is in benefiting the family, the individual, and the service itself, constituting a broader form of mental health care.

The program for families of people experiencing severe or chronic psychological suffering, carried out in Trieste, Italy, and presented in this article, contributes to understanding the complexity and importance of family members in caregiving, as well as the involvement of all actors, who should be encouraged through information, therapeutic support, and the expansion of support and care networks.

We conclude these reflections through the paradigm of deinstitutionalization, which shifted the organizational structure of the mental health system by decentralizing it and moving beyond a purely sanitary perspective, renewing an entire system of knowledge and mental health care, while recognizing service users and family members as agents of knowledge.

References

- American Psychiatric Association. (2023). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5-TR)* (5th ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Ian R. H. Falloon, Julian L. Boyd, & Mc Gill. (1986). *Trattamento familiare della schizofrenia: concettualizzazione e metodi. Terapia del Comportamento*, 75–104.
- John Hoenig, & Maxwell W. Hamilton. (1966). *The schizophrenic patient in the community and his effect on the household*. *International Journal of Social Psychiatry*.

- Jill M. Hooley, Lynn R. Rosen, & John E. Richters. (1995). Expressed emotion: Toward clarification of a critical construct. In Gregory A. Miller (Ed.), *The behavioral high-risk paradigm in psychopathology* (pp. 88–120). New York: Springer-Verlag.
- Franco Rotelli. (1990). *Deinstitutionalization, another pathway*. In Franco Rotelli et al., *Deinstitutionalization*. São Paulo: Hucitec.
- R. D. Laing. (1983). *The politics of the family* (p. 55). Ed. 73.





FROM FRANCO BASAGLIA TO COMMUNITY-BASED MENTAL HEALTH: TOWARDS A PARADIGM SHIFT

*De Franco Basaglia à saúde mental comunitária:
rumo a uma mudança de paradigma*

*De Franco Basaglia a la salud mental comunitaria:
hacia un cambio de paradigma*



Roberto Mezzina  

Abstract

This text analyzes the paradigm shift in mental health, criticizing traditional psychiatry for reproducing Western models of exclusion based on the asylum. Such models, anchored in the mind-body duality inherited from René Descartes, prove insufficient to deal with the contradictions between normality and deviance. From an epistemological and institutional critique, the emergence of community care as an alternative is discussed, emphasizing the centrality of subjectivity, social determinants, and citizenship. It is argued that deinstitutionalization implies not only the transformation of institutions but also the reconstruction of the relationships between knowledge, power, and care. It is concluded that the ongoing paradigmatic shift points towards a participatory epistemology and practices oriented towards social inclusion and the production of life.

Keywords: deinstitutionalization; community mental health; paradigm; citizenship; recovery

Resumo

Este texto relata e analisa a mudança de paradigma na saúde mental, criticando a psiquiatria tradicional por reproduzir modelos ocidentais de exclusão baseados no asilo. Tais modelos, ancorados na dualidade mente-corpo herdada de René Descartes, mostram-se insuficientes para lidar com as contradições entre normalidade e desvio. A partir da crítica epistemológica e institucional, discute-se a emergência do cuidado comunitário como alternativa, enfatizando a centralidade da subjetividade, dos determinantes sociais e da cidadania. Argumenta-se que a desinstitucionalização implica não apenas a transformação das instituições, mas a reconstrução das relações entre conhecimento, poder e cuidado. Conclui-se que a mudança paradigmática em curso aponta para uma epistemologia participativa e para práticas orientadas à inclusão social e à produção de vida.

Palavras-chave: desinstitucionalização; saúde mental comunitária; paradigma; cidadania; recuperação

Resumen

Este texto analiza el cambio de paradigma en salud mental, criticando la psiquiatría tradicional por reproducir modelos occidentales de exclusión basados en el manicomio. Dichos modelos, anclados en la dualidad mente-cuerpo heredada de René Descartes, resultan insuficientes para abordar las contradicciones entre normalidad y desviación. Desde una crítica epistemológica e institucional, se analiza el surgimiento de la atención comunitaria como alternativa, enfatizando la centralidad de la subjetividad, los determinantes sociales y la ciudadanía. Se argumenta que la desinstitucionalización implica no solo la transformación de las instituciones, sino también la reconstrucción de las relaciones entre conocimiento, poder y cuidado. Se concluye que el cambio de paradigma actual apunta hacia una epistemología participativa y prácticas orientadas a la inclusión social y la producción de vida.

Palabras clave: desinstitucionalización; salud mental comunitaria; paradigma; ciudadanía; recuperación

Introdução

Everywhere around the world a certain kind of psychiatry, which has simply imported Western models of asylum-based exclusion, is incapable of governing the social contradictions between normality and deviancy. That psychiatry betrays its origins in the history of medicine as an ideology: ie. the attempt to regain control of Nature embedded in the *mind-body duality*, and which finds its philosophical counterpart in Western thought from Descartes on. That is the trick of Western Thought that affects psychiatry.

The contradiction between a subject and an object is reflected in the position of the observer, the scientist, or the physician, entering into a relationship of knowledge vis-a-vis an object, which is the brain as part of the body, or the illness and ultimately Nature, which he must modify through treatment.

In this case, the contradiction of objectifying a subjectivity through an operation of exclusion, based on a nexus between power and knowledge, cannot be resolved. In his writings, Binswanger described the crisis of psychiatry as a science, ie. an epistemology or understanding that is conceived in relation to something that is real, objective and systematic.

As soon as I transform my 'similar' into an object, as soon as I start to objectify him, in the subjectivity of his subjective being he is no longer my 'similar'; conversely, as soon as I subjectify the organism, that is I transform it from a natural object into a responsible subject, it is no longer an organism as understood by medical science. (Binswanger)

Phenomenological concepts like the juxtaposition "Körper / Leib" – the body as an object and the body as experienced by the subject - returned to this point. On the other hand, all the studies about the powerful effect of social determinants in mental health remind us of the complex relationship between the inner space of mind and social experience (psychogenesis and sociogenesis). The concept of Self, as in Parsons, refers to social interaction and thus to the constructed or culture-bond intrinsic idea of a person, and Nature (biology) underlies the social experience.

The neo-positivist approach to psychiatry, in the form of biological models which seek to govern illness by acting upon the symptoms and/or otherwise confining the ill person in extremely restricted spatial-temporal limits, seems not to have fulfilled its promises.

Despite the massive use of new drugs, their multi-receptor profile, which makes them applicable to the most diverse conditions, instead of offering real advantages at the therapeutic level seem only to have created a greater tolerance (as shown by recent independent studies, e.g. CATIE and CUTLass1), while stigma remains linked overwhelmingly to the face of Psychiatry and to the reality of its methods and settings.

As Robert Castel foresaw in the '70's, modernization in psychiatry involves a downsizing and, at times, a partial superseding of psychiatric hospitals, at least in advanced countries, but rarely the closure of mental hospitals and never the interdiction of forms of coercion and exclusion, in a difficult balance between the ethical duty to 'treat' patients who are 'unaware' of their condition, and the mandate for the control of deviancy which society has always conferred upon psychiatry.

Once the social reality, or the community, is accepted as the new scenario, a different strategy imposes itself, based on the simple but radical observation that, by now, the greater part of the life-cycle of a person who suffers from a severe mental disorder takes place outside of the institutions that once defined that limit in an inflexible and often permanent manner, sanctioning an exclusion in terms which were truly absolute. This means creating alternative care practices which are, if not more effective, then socially and individually more acceptable than segregative and total institutions and which guarantee a true 'social reproduction' of the individual, even though (or even if) that person is ill.

Illness and institutions

There exists an entire stream of western thought which is critical of the application of the objective sciences to human beings and thus to the status of psychiatry as one of the natural sciences. Much of this criticism is based on a historical analysis of the roots of psychiatry itself (Husserl, Sartre, Foucault, Goffmann, Porter, Deleuze and Guattari). Because psychiatric knowledge has always been produced and modified through a dialectic process with the existing institutions, this knowledge became, at least in part, interwoven with the international movement for deinstitutionalization (M. Jones, Basaglia, Tosquelles, Laing and others).

According to Khun, we can say that a revolutionary break occurred with deinstitutionalization, which produced a rupture, and a radical change in both epistemological and practical terms. It modified the course and outcomes of mental disorders, and became "preventive" from the moment that it intervened in the institution itself, which had been identified as the focus of risk for chronicity, social exclusion, deprivation of power and the denial of the value of the experiences of persons suffering from such disorders. We can therefore posit a new model, or paradigm, that derives from deinstitutionalization at its heuristic-operational level.

This paradigm is based on the principle of complexity through the highly flexible interaction between observer and observed, that is, between "scientists" and "patients". It revolves around meaning and sense-making through new therapeutic actions conceived as "whole life projects" for people in need. In fact, we can define it as an "interactive comprehension model".

If we stop looking for an "in itself" of illness, and therefore for some absolute gnoseological claims which seek to apply an exhaustive knowledge to it, we arrive at the conclusion that illness is an "invented reality", which can be conceived as a series of concentric circles around the hard,

inner core of the “subject”. Franco Basaglia, the Italian pioneer of deinstitutionalization, described this situation as follows:

“Given the extremely reduced level of our knowledge in the area of mental illness (in particular schizophrenia, where we know the different ways in which it expresses itself, but virtually nothing regarding its aetiology), we cannot continue to “set aside” the ill individual while waiting for a more profound understanding of what exactly it is he or she suffers from, thereby increasing their suffering through internment and segregation. Instead, we should “set aside” the illness as an empty definition and simple act of labelling, and seek to create the possibility of life and communication so as to nurture and free up elements which can provide us with indications for future investigations. If the illness continues to be masked by institutional illness, it will be impossible to escape from this total identification which prevents us from obtaining any possible understanding.” (Introduction and presentation of various work groups, 1974)

In short, Basaglia’s question was not “what is mental illness?” (or, more philosophically, “madness”), but “what is psychiatry?”.

“If the psychiatrist wishes to understand and, especially, to have some effect upon the mentally ill person, he finds himself in the position of being forced to place the illness, the diagnosis and syndrome with which that person has been labeled between parentheses, given that the person is harmed much more by what the illness is presumed to be and the restrictive measures which have been imposed as the result of such an interpretation, than by the illness itself.” (F. Basaglia, “What is psychiatry”, 1967).

If Basaglia’s most misunderstood affirmation (i.e. “putting illness between parentheses”) is reread today in the light of a constructive epistemology, we see that it expresses a powerful need to remain within the “subject/object” relationship and to constantly question our actions and strategies, or “how should we deal with the patient’s demands”. Affirming, as Basaglia did, that the definition of illness expresses a “medical and social contradiction” meant, even then, that such a definition includes both the observer and the observed.

In the concept of “epoché”, he would discuss the relationship with the illness, speaking of the implication of the observer’s presence in the area being observed, but also with the overall context (framework, institutional conditioning, semiological horizon).

“Psychiatry’s current task might be that of refusing to seek a solution for mental illness as illness, and instead approach this specific kind of ill person as a problem which – only to the degree to which it is present in our reality – might

represent one of the contradictory aspects which will require conceiving and inventing new forms of research and new therapeutic structures". (F. Basaglia, op. cit.)

Basaglia began with the problem of the body as organism and moved towards the "social" body, thereby placing into question the idea of a Norm, and of existing norms. Based upon this conceptual approach, he formulated his criticism of the objectification of the ill person in psychiatry and its institutions.

Basaglia's fundamental premise is that the psychiatric hospital is "institutionalised violence" (Basaglia). The institution expresses and reflects a given social structure and is functional to its mechanisms of exclusion (Basaglia), given that it reproduces a violent exclusion of the inmates. Here, Basaglia clearly refers to Foucault's analysis of madness: it does not appear, but is an epiphenomenon which is only "permitted" to emerge through the language of power, i.e. mental illness. In revealing the nexus between madness and deprivation/misery, it contains and reproduces that deprivation, like Foucault's history of madness reconstructed. Its all-pervasive presence infects the community like a 'social germ' (Maccacaro). It rationalizes madness as 'mental illness', in a place conceived around it (re Goffman). The institution creates a "double" of the illness, as a social role and overlapping behaviour. For Basaglia, deprived of a personal history, and thus without responsibility, the patient finds his new identity in the institution. The individual, without problematic or dialectic, becomes the symptom's strongest support, thereby reconfirming the medical model.

Institutionalisation is harmful not just because internment/seclusion prevents social reintegration and recovery and therefore favours chronicity (Ciompi), but because internment actually generates new forms of illness, such as the 'institutional neurosis' described by Russell Burton, or 'institutionalism' (Wing).

Basaglia's solution was to "cut across" the contradictions of the institution/psychiatric hospital, in the awareness that it was incapable of offering "emancipation". Ultimately, Basaglia came to the stark and radical conclusion, that the mental hospital had be phased out and finally shut down.

As an extension of his critical thought, he addressed the problem of Ideology, unmasking and interpreting not only "old" psychiatry, but new psy-techniques as hidden ideologies.

The restitution of meaning in the real world

Almost half century after Basaglia's death, we are still working towards a comprehensive restoration of the user's subjectivity, based on our firm conviction that this is always intelligible in his actions, even if those actions are conditioned by historical contingencies, among which the psycho-pathological suffering itself.

Various trends in the fields of philosophy, psychopathology, sociology, anthropology and epistemology regarding the issue of the restitution of meaning to social beings must therefore be evaluated. For instance, in the historical-anthropological approach to illness, meaning seems to constitute or structure itself through a series of nexi: with institutions, with prevailing traditions and with the contradictions of social life (Augè). The illness, seen as an elementary form of event, likewise leads us back to meaning, significance. Illness is a calling into question, a placing into discussion of the social by means of an individual life (illness as social signifier). The search for meaning thus appears as the search for ways in which the social reception of the fact and event takes place: as a message.

But we would once again be committing a fatal error if we did not link these trends to the reality of the psychiatric experience, which takes its departure from an anti-institutional practice and has as its primary aim the restoration of dignity and the conferring of a central role to persons hitherto considered only as semi- or partial persons to be clinically objectified.

Our aim is therefore not to discuss illness/meaning, or the semantics of symptoms, but rather the various montages and pathways of meaning by which the individual - as subject, as a subjective being - seeks self-affirmation.

Meaning is tied to an individual's life history (and the links and nodes it establishes) and to power (recognition of rights, and the tangible access to and enjoyment of such rights). Just as subjective meaning (i.e. within the subject) and personal truth is always intelligible when the husk of illness is stripped away, so too is it present in the qualitatively different level of the observer's interpretation. Meaning is thus deposited not only in experience, in actions, but also in their communicative value. The problem of "objective meaning" is identified with that of its social significance, in relation to prevailing norms; an event/experience to cancel or recuperate in terms of understanding - and thus a shared sense.

Deinstitutionalization does not only mean shutting down psychiatric hospitals, but also establishing procedures, or anti-procedures, which are critical of existing psychiatric practices and which will result in the gradual disappearance/ improvement /reduction of "illness" and the emergence of the "person" as a global entity. Specifically, these procedures involve the breaking of medical codes and the movement towards reciprocity; reconstructing the nexi "illness and..." (...and deprivation, and oppression, and the social/institutional environment, etc), which stands in opposition to illness conceived as a false autonomy; and rehabilitation understood as the restitution of rights (civil, social, legal); ultimately, human rights.

"Diagnosis in psychiatry has, by now, assumed a categorical value, in the sense that it corresponds to a labeling beyond which no action or solution is possible. At the very moment the psychiatrist finds himself face to face with his counterpart ("the mentally ill person") he knows he can rely on a quantity of technical knowledge with which – starting with symptoms – he will be able to reconstruct the phantasm of an illness; however, at the same time, he will

have the distinct sensation that – as soon as he has formulated his diagnosis – the real person will have slipped from view because codified in a role which serves, above all, to sanction a new social status.”
(F. Basaglia in “What is psychiatry?”)

But how has deinstitutionalization made personal suffering more visible, both within and beyond the context of illness? In the encounter with a community mental health service, there needs to be a free zone where it is possible to rediscover the rights of citizenship, and to manifest and express the contradictions and problematics inscribed within the individual. “Recognition” is not only “comprehension”, but also discovering and “blazing” pathways of meaning. Included here are all those practices founded on reciprocity, and which aim towards empowerment and rehabilitation.

Deinstitutionalization and empowerment

In the new scenario of community care which has resulted from the closure of the mental hospital and the re-conversion of resources to community based services, there has been a shift from the relationship of domination/control to the therapeutic relationship, seen as a reciprocal relationship and not merely its objectification in the illness, and the rediscovery of the whole person and their subjectivity. From this point of view, deinstitutionalization can be seen as the change in relations of power: priority is given to the user’s needs and actions, but in order for them to become “visible”, the distance in the institutional relationship must be criticised and radically reduced.

In order to transform the actors of the institutional scene and the link between knowledge and power, Basaglia examined the pedagogy of power, that is, the ways in which all the actors involved, including the patient/user, can learn to use power for the transformation of existing conditions. Power is something that can be divided, delegated, or offered as a choice in a strategy of empowerment. Dismantling the psychiatric hospital’s apparatuses of oppression and its hierarchy through a power-transfer was clearly a bottom-up / top-down process which aimed at this form of empowerment.

Re-evaluating life stories and situations before the patient’s hospitalisation (or in any case before the encounter with psychiatry), restoring meaning to a personal crisis and re-evaluating possible resources in their social networks results in a holistic approach to the “person”, to whom the sense of personal value and self-esteem and the integrity of their own needs must be restored. In order for the user’s subjectivity to emerge, the operator must enter into play and engage with that subjectivity. The therapeutic/rehabilitative project that takes place within a new idea of the contract between the user and the “Service” (here meant quite literally) is one in which the user “takes and uses” what is offered in order to progress in existential terms. In this interaction, which

modifies both sides of the relationship, the elements of meaning are recognized together, within a mutual affectivity (or an alliance). But this can only happen within a context of restored rights.

The Service's negotiation with the user is a *de facto* recognition of the user's power and should take place during all phases and in all aspects of practice, from the contact (the question of consent) to the definition of the therapeutic program (its places, times and means). This does not mean that psychiatry renounces its responsibility and social mandate of control, but instead finds new ways of fulfilling that mandate. In fact, this responsibility must be *towards* and *with* the individual, not denying but enhancing and attributing value to the relation with a social context in all its complexity (social systems, social networks, institutions, community, society).

“When the patient is interned, the doctor is free; when the inmate is free, it is the doctor who is interned! The doctor cannot accept this situation of equality: either one or the other must be locked up!”

(F. Basaglia, Brazilian conferences, 1978)

In order to function, the therapeutic-rehabilitative program of an “open” Service should structure itself based on the user's indications, active will (or willingness), levels of health and social ability and with his aims and needs in mind. Rehabilitation means recognising that the user occupies a specific existential space and has a specific power, first and foremost with respect to the Service. The family needs to be increasingly involved in this setting as a pole of responsibility, and as an actor involved in decision-making, the question of resources, and as a critical limit for the therapeutic action.

The practice of a participatory decoding of crisis situations by these actors, a decoding which is constantly related to the facts of daily life, and to their causes, greatly reduces the aspects of manipulation, relational games and symptomatic behavior. These factors are instead interpreted as forms of communication related to a situation, and thus often deconstructed beginning with their institutional implications. Here it might be useful to recall Basaglia's view of “acting-out” as an act of rebellion against medical power.

From restoring the individual to community engagement

When we engage in a relationship with the individual outside the total institution and beyond that other “institution” that is the illness, our perspective widens to include the community, not only as a framework or a setting, but as a key player in the transformation process.

Over the past years, Basaglia's initial intuitions regarding the dismantling and reorientation of psychiatric power have developed in a two-fold way: towards the individual (and his subjectivity) as a social being, which implies a critical-theoretical approach to society and its norms, and towards the community. At the heart of this process was a shift from exclusion (guardianship) to a reaffirmation

of the social contract through empowerment and an increase in the individual's contractual power, thereby creating the material conditions for a possible re-entry into the real community.

Crossing the threshold from Inside to Outside was also, and primarily, the movement of single individuals (patients), of individual lives. In fact, it is through personal stories that one rediscovers ties with the community (the fisherman who was accompanied to his village near Trieste in order to find his relatives, and then returned repeatedly until he finally remained, restored to his original community). The integration of single individuals in the community sometimes resulted in the recognition of a form of belonging – thereby overcoming the fear of someone who was an “alien” twice-over. Sometimes the visibility and especially the free circulation of the ill person who was still clearly “different” or “strange”, created scandal or led to the tracing of an invisible *cordon sanitaire* around that person. More frequently, it involved a difficult apprenticeship of adaptation, as in the case of normalised persons who were not permitted to have any social visibility in order to be accepted into anonymous condominiums.

Basaglia again:

“When we began our reform process, in reality we violated society by forcing it to accept the “crazy” person, and this created major problems that did not exist before. The important thing, however, even as we violated society we were there (as new “technicians”) to accept the consequences of this violence, and to take responsibility for our actions in order to help the community understand what the presence of a mentally ill person in society meant. (F. Basaglia, Conversations on Law 180, 1979).

The term “community” refers to the creation of a living space in order to enhance its potential for help, as opposed to the separation of a total institution. In the Italian experience of deinstitutionalisation, the term “community” (*territorio*) – as in “community-based psychiatry” and “community Service”, instead referred much more to the actual local physical and social context and stressed certain key-elements such as: resources, access, networking with other services, human geographies and their policies. And thus the community as myth in many senses: a specific social place (social context vs. local context) which contains the promise of “health”, which can “heal” (re-socialisation, social reintegration), but also a place which generates the contradictions that can lead to mental suffering, and thus, contradictions which it can either hide or reveal.

The therapeutic culture which the community develops within itself, and which forms an integral part of it, cannot avoid a relationship with the so-called “Norm”, by “ignoring the culture of the outside world” and overly distancing itself from it. This problem reappears in the attempt, criticised by Basaglia, to reproduce Outside, in society, the model of Maxwell Jones' therapeutic community. In this instance, Society is seen “simply as a sum of interactions which can be understood and guided by means of psychological and psycho-dynamic techniques”, thereby

ignoring the inevitable “questioning of the values and principles upon which the social group in which the illness manifests itself is based and, above all, the limits of the Norm - as that Group defines it” (F. Basaglia & F. Ongara Basaglia, 1970). The Norm should thus be understood not as a “given value” but as a “social product” (ibid).

The problem of the symmetry between micro- and macro- immediately arose. As we said earlier, the Psychiatric Hospital was considered the double of society, mirroring the social conditions and balance of power which sustained it. It was a photocopy of the social which was realised within it, as if dominated by a systemic rationality. And this, in turn, infected the community, sanctioning a specific ideology of illness and its treatment.

Even though the transformation process was made possible and sustained by local political-administrative decisions, the process involved clear violations of existing laws and social practices, which were based on exclusion. The alliance with persons oppressed by the institution was therefore an alliance “against the community”, in the sense that it refused to continue to contain the social misery that this community “dumped” into the psychiatric hospital, a “dumping” that was masked by the definition of illness.

The utopia of that misery being reversed and “poured back into” the community (the mass violation of the rules of internment as in the case of the famous horse, Marco Cavallo), and thus of its being rejoined to it by breaching the walls that separated it from that community, was a necessary element here.

In announcing the closure of the psychiatric hospital in Trieste (1977) Basaglia summarised this process as follows:

“An important result for us is that the community Centres, by not exorcising the still precarious level of their practice, become increasingly meeting places for ex-inmates, new users and other people: figures which, if they do not have a common code of reference from the outset, progressively discover the terrain of their common alliance in the emergence of common needs and oppressions. Another important fact is that the so-called “patient management” seems to lose the totalising meaning which it had in the hospital: the total assumption of the person, the complete administration of his life. The end of “guardianship” and the beginning of the “contract” also signify the end of this type of management: it signifies the beginning of a discourse which is reciprocal and allows for opposition. Aside from the question of “management”, and in some place other than the asylum, our being with those who express distress, suffering and oppression, will now go forward in a relationship which is no longer that of guardian and ward, but the continuation of the struggle against the social organisation, and in favour of whatever consolidates and strengthens the level of power acquired by those who will no longer testify, who already refuse to testify in favour of torture.”

Working in the community

The creation of the Community Mental Health Centres, together with the process of moving beyond the Psychiatric Hospital, seems to have manifested all of the contradictions involved in moving towards the community. On the one hand, they remain small therapeutic communities “diffused and expanded”, which aim at the maximum level of internal exchanges, the inclusion of family members, the involvement of ordinary people and volunteers and therefore the extension of the social support network thanks to a “community” quality in the relationships structured within it. They carry the challenge of the institutional dimension of relationships “outside”, a quality which is, in itself, neither tolerant nor protective but based on a reciprocity among institutional actors/entities made possible by a dimension of power which is no longer authoritative and legitimised by a form of knowledge.

On the other hand, the aim of the Centres is to develop the therapeutic dimension by functioning as meeting-places and locations for the democratic participation of ordinary people. Thus the “citizenship” assemblies in the Centres, when they first opened, in order to discuss their significance and possible uses. And then the constant search for the community, in its representational and organised forms (the collaboration with the community councils, as places for direct democracy), the first specific, focussed interventions, the offer of services and meeting places open to all, and the many critical stimuli aimed at marginal or alternative cultures.

While this movement was accomplishing its aims and the asylum disappeared, the “effects of the persistence of the asylum” (Rotelli) in the other healthcare structures, in the legal system and social services became strikingly evident, as if they had been unveiled by this process. The discovery of the “circuit” of the psychiatric demand was at the heart of the practices during this period, and was based on the “strong idea” of collective responsibility (of the service, the group providing care) for the ill person, of a therapeutic continuity – but not only – in real time and in the social reality of the community.

In dealing with the community, therefore, an attempt was made to “read” it strategically as a network of institutions (which, in fact, constituted the “circuit”). But it was precisely through the relationship-confrontation with the administrative that the process was transposed into institutional changes, in a specific, albeit empirical, engineering of the new services.

The territory as an “administrative” community was a codified space which had to be contaminated. In this sense, one spoke of the invasion of the community by the Services, or of going through the neighbourhood with the “long-term patient slung over one’s shoulder”. This movement from “Inside to Outside” was both necessary and consistent with the overall aims. The community possessed, in any case, its own form of truth and vitality, in its self-notation as a place of power and relationships, as a space for socialising and thus of a possible reintegration.

For Basaglia, it was important to provoke conflicts, as many as possible, in order to activate subjects, persons around human suffering.

The Centres gradually stratified knowledge within the community, based on the interweaving of stories, relationships and conflicts. This “knowledge transfer” began as soon as the Centres presented themselves as points of reference and receptors for the demand, as places for the observation and transformation of individuals and groups.

Today, the Services are an integral part of the community, comparing and contaminating technical knowledge with the language and presence of real actors, both individual and collective, and restoring a possible sense of community through forms of social actions and communications within it.

“The originality of the Trieste model perhaps consists precisely in this. Not so much, or not only, in its having tried to co-opt the city’s population for its project (...) but rather in its having proposed a very direct terrain for confrontation, provided by the evidence of choices carried out in plain view of everyone. This resulted in the operators taking explicit and direct responsibility for every single decision taken along the way, regardless of their consequences, together with a profound identification of the operators with their patients. On the other hand, due to the conflicts that arose, this method offered the public possibility of indicating the contents and limits of a special form of action, with respect to the discrepancy that existed between the abstract adherence to the recognition of the patient’s rights and the effective possibility of his having a degree of power in the life of the city. Verbal consent to the former can be easily obtained; but the second will inevitably create contradictions and conflicts which – once they have been faced and dealt with in real terms – can constitute the terrain for the growth of rights and the enrichment of resources for the entire community.” (F. Basaglia, *The therapeutic vocation*, 1979)

Our experience of psychiatric practice based on the community as a tangible social reality is certainly characterised by a profound ambivalence. The real community has often appeared as an ideology or spectre: the plural community which is based on the person and not on individuals, which promotes and solicits mediators of community, has rarely manifested itself as such. For us, this is a difficult reminder that we are still dealing with a critical limit – ie. deviancy – and thus with the restoration to the community of a living portion of it, without which one “cannot provide” a true community.

Instead, a possible community can be glimpsed in forms of action which, as sociologists tell us, occurs via networks of help and support that appear after crises or negative events. Around the ill person and the Service will appear the community of conflicts and differences, still based on inclusion and, by reflection, on exclusion; a community which still requires judgements of diversity and still feels the need to clearly circumscribe deviancy. But where it will also be possible to find solidarity and the creation of a new awareness.

The Service must continue to question the community with respect to its definitions of normalcy, its mechanisms of exclusion and censorship (though it can do so only by placing itself, its ability or in-ability to produce health for the community – or simply its ability to “create community” – constantly into question).

At times, we have seen in the practice that “creating community” could exist, connected in some way to the social, inter-subjective meaning of events and new relationships among persons, and often transcending the new institution of “community” itself – the Service.

Today, the main priority is no longer that of maintaining the user’s social context (“no to exclusion” and thus fighting the institutions that practice or enact such exclusion), but reducing social harm and **creating recovery processes, understood as the re-production of subjectivity in the social** (i.e. its networks and pathways), while never losing sight of the reality of the psychiatric disability which reduces the capacity for access and social opportunities.

Recovery as regaining power and finding meaning in personal suffering

If deinstitutionalization has made it possible to re-establish the rights of citizenship for persons affected with mental disorders by permitting them to regain a certain level of power but also by giving them a “voice” and the possibility of “expressing themselves”, then it is important to understand the connections between alternative practices which are implicitly or explicitly critical of psychiatry and the new forms of self-determination, empowerment and the appearance of users-as-subjects on the social scene, as well as the connection between the possibility of integration and defending the value of the experience of suffering as a form of diversity.

The concept of recovery appears as an essential element for combining the experiences, which resulted from the deinstitutionalization of psychiatry and its institutions, with the knowledge that emerges from personal experiences through processes of empowerment and emancipation. Recent qualitative research sought to examine the recovery process from the perspective of the consumer. These researches, while confirming that the individual with a severe mental disorder appears as the main contributor to his own recovery process, at the same time underscores the crucial importance of social and ‘institutional’ factors with respect to this process.

We must move beyond the medical model which is based on the total delegation of the patient’s body and mind to technicians. Recovery most definitely involves a *recognition* or awareness of oneself and one’s problems, as well as the purpose or aims of one’s existence. It has nothing to do with the “knowledge of illness” as a sort of “apprenticeship” for the institutionalisation of the ill person, who as a consequence of such institutionalisation is forced substitute his own body with the institution’s body, ie. with an object, and incorporate acts and ideas which are not his own. It emphatically does not mean “recognizing illness” as a sort of ‘training’ or ‘prepping’ for the institutionalisation of the ill person.

Recovery should therefore be viewed as something beyond a merely personal process, for an excessive individualisation would imply a sort of “redemption” from a condition - the illness - which is still conceived as a fault or failing. Similarly, rehabilitation should not just be seen just as the reacquiring of skills, but also as a re-education, *but* in the language of power.

Another issue here is what individuals can do in order to change the dominant rules and ideas about health and illness. The first thing to do is break the automatic link between disability (illness) and stigma. For the person who suffers, recovery also means reversing the introjection of deviancy, thereby abandon the role of “being sick”. In our view, the process by which a person becomes mentally ill can be deciphered, but not the illness itself, which is outside of discourse, and a form of existential exile.

A person can also become a therapeutic resource for his own recovery or the recovery of others, something which is now recognized by the figure of “recovery guides”.

As Basaglia put it:

“When we speak of a psychologist or a schizophrenic, a maniac or a psychiatrist it’s all the same thing: there are so many roles within the asylum that we no longer know who is healthy and who is sick. I believe that a key characteristic of our work was that our unity was not technical but political: what united everyone were the political aims. Being a psychologist, a psychiatrist, an occupational therapist, etc. and being an inmate was the same thing because when we held our group discussions, everyone tried to make their own contribution for change. We recognised, for example, that a mad person was much more a therapist than a psychiatrist, and therefore the psychologist and psychiatrist were placed into question.” (Brazilian conferences, 1978)

The recovery issue hence presents us with the question of how illness, as crisis, inscribes itself in the personal history of the individual: with what continuity or, conversely, through what ruptures, breaks and discontinuities.

As we said before, when ‘the subject’ appears, when the person becomes visible and illness/psychiatry recede into the background, the possibility that suffering regains value as a personal process, as something with interpersonal significance for our social life and the possibility of coexistence also reemerges. The change implicit in recovery becomes possible when the person discovers a significant meaning attached to their crisis/illness, thereby enabling them to reevaluate their suffering. But this can only take place when there is a recognition by some significant other and/or a mental health service. The Service that is able to instigate such a process is a service that truly fosters, or even produces, “recovery processes”.

In re-evaluating recovery as an interpersonal and social fact, we can distinguish three levels:

- Personal recovery, divided in turn into: complete recovery / social recovery / coping with symptoms;
- Family recovery: involving the family in a program to change persons other than just the “designated patient”; this means recognising that “his problem is also, in some way, my problem”. This process often leads to significant social, participatory, community and political awareness (in the broadest possible sense);
- Community recovery: the recognition of the value of participation and the contribution which each member of the community or society can make to the ill person, or to someone with a history of illness, and not just in terms of solidarity but of integration.

Citizenship: the social dimension of recovery.

The search for and production of meaning and recovery processes are therefore the fundamental axes of psychiatric practice, while a return to normality and a unique process of emancipation remain the two poles for care and healing processes.

Where exclusion prevails, and the ideology of the asylum remains intact, the concept of freedom, and not of recovery, is paramount. Similarly, the concept of full citizenship has little meaning where freedom is lacking. Hence the need for a transnational and trans-cultural perspective of recovery, an approach which offers interesting research possibilities as to the substantially higher rate of recovery in Asian and African countries, despite the total lack of formal services.

If we prefer to speak of recovery *and* “emancipation”, it is because we wish to emphasise the lack-of-freedom which is inevitably linked to the condition of illness as personal and social deprivation, the loss of rights, or the denial of access to socially exploitable resources; and, conversely, to the effort which must be made in order to “come back”.

Most recently, this has been re-conceptualized as the “social capital issue”, defined at either the community (Putnam) or the individual level (Bourdieu), as resources available in terms of relations and measured by participation, trust and reciprocity, which all work against social exclusion.

Here the lead value is not just solidarity, but providing common access to the “use-values” produced, something which Social Enterprise (as a comprehensive approach, and not just specific initiatives in the domain of social firms or coops) then developed more completely. In bringing together the intelligence of the real community or of another, invented or still to be invented community, Social Enterprise presents a cultural challenge with respect to the constant reiteration of the distance between the two worlds of production and welfare.

This causes a shift from the relationship Social/human needs to that between the State and the rights of citizenship, which in turn creates the possibility that those areas of inequality which psychiatry succeeds in intercepting and uncovering enter into a wider “channel”, an area of

access to social enrichment. Today, the access to goods and services constitutes the parameters of social citizenship: and in this sense the “social value added” is nothing other than the creation of community.

Qualitative researches, based on patient interviews, which identify and register the factors involved and the personal meanings intrinsic to such experiences, seem to highlight the sense of community and participation that the experience of care/healing can open up. Such experiences offer the possibility of a new visibility which goes beyond both therapeutic omnipotence and the rhetoric of a passive adaptation or submission to systems of social regulation, for which psychiatry still functions as one of the “agents”.

In the new international multi-center research on recovery, in which the participants include the USA, Norway, Sweden, Italy and Australia, two directions appear as most promising (albeit controversial): the importance of the “social issue” (participation, rights, power, inclusion) and the role of community mental health services in supporting personal changes by going beyond a merely “therapeutic role”, and instead functioning as a sort of mediator, an *agency for integration*. Again, the concept of social capital reminds us that the Services possess or invest such capital only if they are able to promote trust, reciprocity and participation.

Although “recovery” processes often occur independently of professional help, we must continue to ask ourselves what the Services can do to facilitate the recovery and regaining of oneself, as opposed to institutional damage and the iatrogenic effects of treatments.

The deinstitutionalization experience in Trieste shows that turningpoints in recovery experiences often coincide with interventions by the Service, but that this is closely linked to the opportunities offered and the resources activated (e.g. working in coop, social activities, outings, mutual help, sports, joy, a social role, community experiences, sense of belonging, new identities, etc.). The Service makes the network emerge and become visible; the person realises that resources exist that can help them, or that they are part of a network (and thus “the social issue” again, on a micro-level). When operators move beyond the institutional relationship, true “decision-making” by users with regards to their own lives occurs, forcing operators to deal once again with the question of power.

A participatory epistemology?

According to the philosopher Juergen Habermas (*Ethics of discourse*, 1987):

“If we compare the attitude of the Third Person assumed by those who simply tell us ‘how things are’ or how things function (the attitude of the scientist) with the performative attitude of someone who attempts to understand what is being said to them (the attitude of the interpreter), the methodological consequences for a hermeneutic dimension in research becomes clear.

Firstly, interpreters enjoy the superiority of the observer's privileged position because, in virtual terms at least, they too are a party to the discussion on the meaning and intention of what is being expressed. Given that they participate in communicative actions, they accept in principle the same status as those they wish to understand".

We believe that a precarious definition of a "participatory" epistemology is linked to the deinstitutionalisation of the institutional relationship; to user involvement in services and empowerment; and to "a recovery vision" in the Service's practices aimed at emancipation.

"Within a process of understanding – virtual or actual – there is no a priori decision as to who should learn from whom...Understanding 'what is being said' requires not only observation but participation.

Reasons or arguments can be understood only to the degree to which they are taken seriously – and evaluated – as such, i.e. as arguments". (Habermas, 1987)

Instead of referring Madness to Reason, i.e. to given social norms, we must relate it to *reasons*, in the sense of finding and recognizing human reasons and explanations (Rotelli). We must grasp the radical nature of fundamental human acts and facts (estrangement - separation, nearness - distance) so that they can then be modified by practical actions. Once again the question is, what can we do for this person?

A Service is oriented towards recovery if it is *accessible* on a 24hr basis in the community and if it is *able to offer* something (affordable). An accessible Service is one where the user finds points and persons of reference and where he is received in a way which is human, warm and participatory; where there is a willingness to deal with the problems of his daily life and not just his disorders; where the institutional rules do not just impoverish, diminish, contain and compress the person in crisis. Basaglia once again: "In order to deal with the illness we must be able to deal with it outside of the institutions, and not only the psychiatric institution but any other body whose function is to label, codify and establish".

But he asks himself:

"Is there an "outside" which it is possible to act upon before the institutions destroy us? The face of the illness as we know it is always "institutional": the norm reabsorbs into the institution every attempt to break it".

And then: "*I have said that I do not know what madness is. It can be everything or nothing at all. It is a human condition. Madness is a part of us, just like reason is. The problem is that society, in order to call itself civilised, should except madness just as it accepts reason. Instead, our society recognises madness as part of reason, and reduces it to reason at the precise moment that there exists a science which is given the task of eliminating it. The asylum has its raison d'être because it makes the irrational*

become rational. When someone is mad and enters an asylum, they cease to be mad in order to become sick: they become rational to the degree they are sick. The problem is how to loose this knot, how to overcome institutional madness and recognise madness where it begins, that is, in life itself.” (Brazilian conferences, 1978)

Conclusions

Today, it may appear that everything gravitates around psychiatric power, since it has entered a network or a microphysics of other administrative or technical powers. But in fact it continues to provide them with “scientific” legitimacy. It is not a power based on force, but on knowledge, which substantiates and informs a new order and “establishment” in the healthcare and social domain.

Community care cannot merely provide an effective response to the “object-illness”, but must focus on the person and expand the area of rights for people with mental health problems. The right to care must be linked to the rights of citizenship, the former cannot be given in exchange for the latter.

Change thus inevitably means closing down psychiatric hospitals and fighting against any form of seclusion and physical violation in mental health; and thus against all practices of dehumanisation and exclusion (psychiatric exclusion being a form of social exclusion).

The widely misunderstood Italian concept of deinstitutionalization, embodied in the Psychiatric Reform Act of 1978 (the ‘Basaglia Law’), began with the de-construction of the institutions and psychiatry in order to arrive at the de-construction of the Illness itself.

In my view, *that kind of* deinstitutionalization implies emancipation, social inclusion and citizenship, which are words that must be linked to recovery in order to endow the process with more meaning and quality.

We must ask ourselves what conception of society and human beings underpins recovery. Otherwise, it merely remains within the medical model of illness (which doesn’t interest me at all), as opposed to a “lay knowledge” which is seen as being intrinsically good, while at the same time being an ideology and reflecting the contradictions of social life. In my view, recovery can not be reduced to a personal technique for objectifying experience, nor is it dependent upon some ‘shaman’ or guru. On the contrary, I prefer to believe in the uniqueness of a person’s recovery, in the same way I believe someone’s personal truth when they are honest enough to acknowledge their limits and the contradictions inherent in any personal path.

As with self-help or empowerment, recovery still runs the risk of becoming a mere slogan or catchword, something used to create the illusion of change, and therefore and once again, an “ideology”. Just as Basaglia refused any ideology, so too we must refuse the idea of a psychiatric service which remains locked in its own paradigms, whatever those paradigms may be.

I believe this to be a very real risk not only in Italy, but everywhere. Nobody explains how good, recovery-based guidelines have the potential of transforming services, which are institutions dominated in a very material way by their internal logic and their power structures. A good dose of “common sense”? Ethical choices? The only response is deinstitutionalization – perhaps in some new and different form, and based on the recognition of the user’s contribution.

Participation, rights, power and social inclusion are interwoven with the role of community mental health services to support individual change, as agents for integration that can provide or be a catalyst for resources and opportunities.

Therefore, we can envisage two major implications of deinstitutionalization in a new epistemology for mental health:

- institutional change (‘the observer’) has been paired to a change in the phenomenology of the illness (‘the observed object’) toward a relativization into a given context of care and into a given culture of services;

- this is reflected by a split between illness (the object) and recovery (the subjective experience of the individual).

- A participatory epistemology, or better, an epistemology of change is necessary in order to compass this situation.

- Within this perspective, some of the basic elements for a new therapeutic practice today are:

- deregulation of illness (disassembly of the system within which the illness is oriented, steered) moving towards the relativization of its communications system, that is, the system of communication based on symptoms;

- strengthening self-direction and the sense of Self towards empowerment.

- inter-subjective practice among technicians and all actors: let’s construct reality together in a community horizon.

Coming back to Kuhn’s concept, there can no doubt that we are witnessing a period marked by a paradigm shift in the area of mental health. A paradigm (or a set of theoretical assumptions, practices and knowledge transfers) which is being challenged not only by increasing ‘anomalies’ of both an empirical and conceptual nature, but also by actual practices.

The paradigm shift currently taking place, even if in a confused way, is the passage from the biological-medical model for treating illness to the model of a response to real, tangible needs. These needs include the psychological and intensely subjective needs (or, as the sociologists say, post-materialist needs) of the person who is in a state of suffering, helping them in their often long and difficult journey of recovery and, if necessary, of emancipation. In a certain sense, therapeutic practice must get out of, or go beyond itself. In order to produce “health” it must first be able to produce “life”. We must continue to demonstrate the useless and harmful nature of psychiatry, and relentlessly fight against the stereotyped, institutional image of illness. In order create a new

freedom in the field of healthcare, the medical model must be deconstructed and social integration and practices against exclusion must be promoted. Ultimately, health must be the result of both an individual and community project, and not just the result of institutions or social systems.

References

- Associação Americana de Psiquiatria. (2023). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5-TR)*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Falloon, I.R.H., Boyd, J.L. Mc Gill. (1986). *Trattamento familiare della schizofrenia: concettualizzazione e metodi Terapia del comportamento*. 75/104
- Hoening, J. , Hamilton, M. W. (1966). The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *International journal of Social Psychiatry*.
- Hooley, J. M., Rosen, L. R., & Richters, J. E. (1995). Expressed emotion: Toward clarification of a critical construct. In G. A. Miller (Ed.), *The behavioral high-risk paradigm in psychopathology* (pp. 88-120). New York: Springer-Verlag.
- Rotelli, F. (1990). Desinstitucionalização, uma outra via. Em: Rotelli, F. et al, *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec.
- Laing, R.D. La politica della famiglia. (1983). ed. 73 (pag. 55).



HUMAN RIGHTS, RECOVERY, AND PERSON-CENTERED CARE IN MENTAL HEALTH: EXPERIENCES WITH HEARING VOICES GROUPS AND OPEN DIALOGUE¹

*Direitos humanos, recovery e cuidado centrado na pessoa
em saúde mental: experiências com grupos de ouvidores
de vozes e open dialogue*

*Derechos humanos, recovery y atención centrada en la persona en
salud mental: experiencias con grupos de oyentes
de voces y diálogo abierto*



Clarissa Mendonça Corradi-Webster  



Thiago Magela Ramos  



Ramiz Caneloro Pedroso de Moraes  



Priscilla Regina Cordeiro  

¹ Part of the initial structuring of this text relied on **artificial intelligence** tools for text organization, which were revised, adapted, and validated by the authors.

Abstract

The Recovery paradigm and person-centered care have gained prominence in contemporary discussions about mental health by proposing care approaches guided by autonomy, social participation, and recognition of people experiencing psychological distress as subjects of rights. This article aims to discuss the relationships between human rights, recovery, and person-centered care in the mental health field, presenting Hearing Voices Groups and Open Dialogue as examples of practices committed to these principles. This is a theoretical-reflective article, grounded in national and international literature and in the discussion of Brazilian experiences. The analyzed experiences indicate possibilities for building care approaches less centered on medicalization and the exclusive authority of professionals, valuing lived experience, dialogue, social networks, and shared construction of care.

Keywords: Mental Health Services; Human Rights; Psychosocial Care Center; Anti-asylum Movement.

Resumo

O paradigma do recovery e o cuidado centrado na pessoa têm ganhado destaque nas discussões contemporâneas sobre saúde mental por proporem formas de cuidado orientadas pela autonomia, participação social e reconhecimento das pessoas em sofrimento psíquico como sujeitos de direitos. O presente artigo tem como objetivo discutir as relações entre direitos humanos, recovery e cuidado centrado na pessoa no campo da saúde mental, apresentando os Grupos de Ouvidores de Vozes e o Open Dialogue como exemplos de práticas comprometidas com esses princípios. Trata-se de um artigo teórico-reflexivo, fundamentado na literatura nacional e internacional e na discussão de experiências brasileiras. As experiências analisadas indicam possibilidades de construção de formas de cuidado menos centradas na medicalização e na autoridade exclusiva dos profissionais, valorizando a experiência vivida, o diálogo, as redes sociais e a construção compartilhada do cuidado.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Mental; Direitos Humanos; Centro de Atenção Psicossocial; Movimento de Luta Antimanicomial.

Resumen

El paradigma del recovery y la atención centrada en la persona han ganado prominencia en las discusiones contemporáneas sobre salud mental al proponer enfoques de atención guiados por la autonomía, la participación social y el reconocimiento de las personas que experimentan sufrimiento psicológico como sujetos de derechos. Este artículo tiene como objetivo discutir las relaciones entre derechos humanos, recovery y atención centrada en la persona en el campo de la salud mental, presentando Grupos de Oyentes de Voces y Diálogo Abierto como ejemplos de prácticas comprometidas con estos principios. Se trata de un artículo teórico-reflexivo, fundamentado en la literatura nacional e internacional y en la discusión de experiencias brasileñas. Las experiencias analizadas indican posibilidades de construcción de enfoques de atención menos centrados en la medicalización y la autoridad exclusiva de los profesionales, valorando la experiencia vivida, el diálogo, las redes sociales y la construcción compartida de la atención.

Palabras clave: Servicios de Salud Mental; Derechos Humanos; Centro de Atención Psicossocial; Movimiento Antimanicomial.

According to the World Health Organization, human rights are an inseparable foundation of mental health, since psychological well-being depends not only on the absence or management of symptoms, but also on the concrete conditions that allow people to live with dignity, exercise autonomy, participate in social life, and belong to the community (World Health Organization, 2019). From this perspective, the capacity to face adversity and build a meaningful life is directly linked to recognizing individuals as subjects of rights and understanding that mental health is an integral part of the right to health itself.

The World Mental Health Report (World Health Organization, 2022) deepens this understanding by recognizing mental health as a fundamental human right, encompassing protection against risks, access to quality care, and community inclusion. The same document, however, identifies persistent violations of this right, expressed through social exclusion, discrimination regarding basic civil rights, barriers to access to essential opportunities, and institutional abuses such as neglect, inappropriate restraints, and coercive interventions without informed consent.

Given this, mental health care cannot be limited to the clinical management of symptoms. It is necessary to consider the social, economic, political, and cultural determinants that traverse human suffering, as well as to ensure the active participation of individuals in decisions about their care. This requires transforming care models that have historically controlled and silenced people, reduced their experiences to excessive medicalization, sustained segregating practices, reproduced stigmas, limited social participation, and stripped them of the power to make decisions about their own lives.

It is within this transformative horizon that two complementary perspectives emerge: the recovery paradigm and person-centered care. Although distinct in their origins and emphases, both converge in the defense of autonomy, active participation, and recognition of the person as a subject of rights. Whereas person-centered care emphasizes the shared construction of care and respect for individual preferences and experiences, recovery broadens this horizon by incorporating dimensions such as citizenship, community belonging, and social participation as central elements of mental health care. This article examines these perspectives and presents two approaches that seek to actualize them in practice: Hearing Voices Groups and Open Dialogue.

In the field of mental health, the recovery paradigm has established itself as a perspective broadly aligned with human rights principles. Its historical emergence is linked to movements of people with lived experience who challenged exclusionary psychiatric practices and demanded autonomy, respect, and participation (Corradi-Webster et al., 2024). Recovery can be understood as a personal, continuous, and nonlinear process through which an individual rebuilds a sense of positive identity, belonging, and the possibility of living autonomously, even when symptoms persist (Davidson, 2016). It is a singular trajectory of change, in which the individual develops attitudes, values, and skills that allow them to lead their own life, achieve well-being, and realize their potential.

This conception represented a break with the clinical pessimism that had long sustained the idea that people with severe mental disorders could not build full and meaningful lives. As the concept evolved, however, tensions also emerged. In some contexts, the emphasis on personal and individual journeys began to be used to justify reductions in service resources, under the argument that the process depended primarily on individual effort (Rowe & Davidson, 2016). Such a reading disregards the fact that recovery is not built in isolation: it is realized through relationships, access to concrete opportunities, and social contexts that foster participation, recognition, safety, and the exercise of rights (Corradi-Webster et al., 2024).

The recovery paradigm considers the person in their life context, recognizing their agency in defining goals and meanings for their trajectory, while also drawing attention to the role of social and material conditions in enabling those choices (Bøe, Topor, & Ness, 2026; Davidson & González-Ibáñez, 2017). Accordingly, public policies and mental health services must assume central responsibility for creating the conditions that make these pathways possible, in alignment with human rights principles.

The recovery paradigm places great importance on peer support groups. Grounded in the lived experience of people who have navigated psychological distress, these spaces are structured around the sharing of experiences, solidarity, and mutual recognition. By fostering horizontal exchanges, strengthening bonds, and expanding individuals' active participation in their own pathways, peer groups contribute to processes of hope, empowerment, and reconstruction of life projects, while also challenging traditional power relations in the field of mental health (Evans, 2023).

While the recovery paradigm emerged from the struggles of people who had experienced psychiatric treatment and identified themselves as “psychiatric survivors,” the clinical field consolidated a perspective that engages with these issues from a different angle: person-centered care. This perspective is rooted in the contributions of Carl Rogers, who postulated the existence of an innate tendency toward human development and argued that the therapist's role was to facilitate this process within a less hierarchical relationship, sustained by empathy, acceptance, and authenticity (Lefurgey, 2025).

In the health field, this approach gained traction from critiques of the biomedical model and advocacy for a medicine oriented toward improving health outcomes. As this debate advanced, the term “person-centered” began to be adopted to broaden the lens beyond the clinical condition, emphasizing an understanding of the individual in their uniqueness and life context (Davidson, Tondora, Miller, & O'Connell, 2015).

In the context of public policy, this perspective is reflected in the development of person-centered care plans, that is, collaborative processes involving the individual, healthcare providers, and their support network, guided by the person's own goals, values, and life projects. When people actively participate in their care, outcomes are more favorable, with greater engagement and treatment retention, improved clinical and functional outcomes, reduced hospitalizations

and emergency service use, greater community integration, and better quality of life (Davidson, Tondora, Miller, & O'Connell, 2015).

This model has been incorporated by health regulatory agencies as a guideline for the organization of care, understood as a comprehensive proposal that demands a paradigmatic shift in services. The focus must move beyond an exclusive emphasis on diagnosis to consider the person in their full existential complexity, placing autonomy, legal capacity, and subjectivity at the center of interventions (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022).

Accordingly, person-centered care involves recognizing and valuing the potential of each individual, promoting their agency in managing their own condition. Care ceases to be a unilateral practice and becomes a collaborative construction, involving the person, their support network, and the various services required along their pathway. It also presupposes recognition of the right of individuals to make decisions about their own lives, even when those choices do not align with what professionals consider ideal. The care plan is oriented by the person's life goals, not solely by their symptoms, integrating interventions that are meaningful to their trajectory (Davidson, Tondora, Miller & O'Connell, 2015). In clinical practice, this perspective is guided by the protection and expansion of the right to self-determination, enabling each individual to pursue their own life projects (Davidson & Tondora, 2022). A respectful relationship between the professional and the person in distress is not sufficient; care planning must be built collaboratively, not defined unilaterally by the professional. Rather than occupying a passive position, the person must actively participate in defining the priorities, strategies, and supports needed along their pathway.

While person-centered care represents an important advance in the qualification of clinical practices by emphasizing the therapeutic relationship, participation, and respect for individual preferences, the recovery paradigm broadens this horizon by shifting the focus to the person's life in its entirety. In this sense, recovery is not limited to the service context, but encompasses dimensions such as community integration, work, social relationships, and the exercise of citizenship, calling into question the very centrality of mental health services in organizing people's lives.

The current challenge lies not only in discursively adhering to values such as autonomy, participation, and citizenship, but in producing concrete care arrangements capable of redistributing power, legitimizing experiential knowledge, and sustaining genuine forms of inclusion in community life. Among the initiatives that have sought to actualize these principles, practices stand out that expand the participation of individuals and their social networks in care, value lived experience, and shift exclusive agency away from services and professionals. It is within this horizon that Hearing Voices Groups and Open Dialogue emerge.

This article aims to discuss the relationships between human rights, recovery, and person-centered care in the field of mental health, presenting Hearing Voices Groups and Open Dialogue as examples of practices committed to these principles.

Hearing Voices Groups

Hearing Voices Groups constitute an example of peer support aligned with human rights principles and the recovery paradigm. The very term “voice hearer” represents a shift away from traditional psychiatric language, which tends to frame this experience as “auditory hallucination,” frequently associated with diagnoses such as psychosis or schizophrenia. By adopting this terminology, the aim is to remove the experience from an exclusively pathologizing framework and broaden its understanding, recognizing that different people may hear voices in various contexts, including religious experiences or situations of intense stress. In this way, the terminology contributes to the normalization of the experience, the reduction of stigma, and its recognition as a possible part of human experience.

These groups have gained prominence in both the Brazilian and international contexts and are grounded in the Hearing Voices Movement (Corradi-Webster et al., 2024). The Hearing Voices Movement is an international movement that aims to transform public and professional perceptions of the experiences of hearing voices and having visions, which have historically and scientifically been associated with psychoses (Higgs, 2020). This movement originated in the Netherlands in the 1980s, from dialogues between voice hearer Patsy Hague and her psychiatrist Marius Romme, in which Hague’s personal interpretations of the meaning of her voices were valued over conventional clinical diagnoses. In 1987, this partnership gained public visibility through an appearance on Dutch television, attracting contact from hundreds of people who experienced similar phenomena and culminating in the organization of the first international congress in Utrecht.

From this meeting and subsequent research conducted by Romme and Sandra Escher, it was observed that many people who heard voices did not use psychiatric services and frequently associated their voices with contexts of trauma or social adversity. This trajectory consolidated an emancipatory model that redirected the understanding of voices, previously interpreted as mere symptoms of a biological disease, reframing them as significant human experiences deeply rooted in the individual’s life history and self-determination. At the same time, it sought to develop ways of supporting voice hearers in coping with these experiences and broadening the understanding of family members, friends, and professionals. From this broader perspective, the movement points toward transformations in the field of psychiatry itself (Baker, 2019; Higgs, 2020). Today, the Hearing Voices Movement advocates for alternative forms of mental health care grounded in personal narratives, mutual support, cooperation, and respect for the diversity of ways in which psychological distress is experienced (Longden, Read, & Dillon, 2017).

One of the most effective strategies for operationalizing the Movement’s proposals is the Hearing Voices Groups (Rufato & Corradi-Webster, 2024). These groups function as collective spaces of mutual support, in which the experience of hearing voices is treated as meaningful and worthy of understanding, rather than something to be immediately silenced or pathologized. Participation is voluntary, and the environment is structured to ensure safety, acceptance, and respect for the

different ways of experiencing voices. During meetings, participants share accounts, explore possible meanings of the voices, identify patterns, develop practical coping strategies, and reflect collectively on the impact of these experiences on their lives (Rufato et al, 2023). Facilitators, preferably including people with lived experience, maintain a horizontal stance, encouraging curiosity, autonomy, and the construction of new meanings (Corradi-Webster, Santos, & Leão, 2017). By strengthening bonds, expanding support networks, and promoting hope through accounts of overcoming, these groups contribute to recovery processes, fostering greater understanding, reduction of fear, expanded self-management, and the strengthening of citizenship in the field of mental health (Corradi-Webster, Leão, & Rufato, 2018).

One of the first Hearing Voices Groups in Brazil was established in the municipality of Ribeirão Preto, São Paulo, and over ten years consolidated itself as a space for strengthening participants' autonomy and collectively building new forms of support. Over this period, the initiative expanded to include weekly meetings at the CAPS, remote activities with national reach, monthly meetings at a municipal community library, and continuous support via WhatsApp. Now recognized as an independent social movement, the group draws on its own members to organize and disseminate the initiative across new services in the local mental health network (Corradi-Webster, Coutinho, Candeloro, & Rufato, 2026).

The Ribeirão Preto experience highlighted attitudes that contribute significantly to processes of coping and overcoming. Participants collectively build an environment of acceptance in which different perspectives are respected and narratives of distress find legitimate space for expression. A curious and open stance toward voices is also observed, seeking to understand them and assign new meanings to the experiences, which facilitates the development of more constructive ways of relating to them. The group also enables the strengthening of bonds and the expansion of support networks, aspects essential to community inclusion. Finally, the sharing of trajectories of overcoming and positive transformations experienced by members themselves serves as a concrete source of hope, encouraging the perception of possibilities for change and growth (Rufato et al., 2021).

For participants, the groups constitute spaces of free sharing where it is possible to construct new meanings around the experience of hearing voices, exchange coping strategies, and strengthen bonds of mutual support and self-acceptance. Participation must be strictly voluntary, respecting the individual's agency and autonomy, fundamental principles of the recovery paradigm. In addition to offering resources for coping with distress and discussing topics such as the use of psychotropic medications, peer support expands social networks and helps in confronting the stigma associated with mental disorder (Corradi-Webster, Coutinho, Candeloro, & Rufato, 2026).

Implementing Hearing Voices Groups in Brazilian Psychosocial Care Centers (CAPS) requires a strategic alignment between management and professionals, aimed at ensuring the legitimacy and continuity of the initiative both within and beyond the health service. The professionals responsible for these initiatives generally have a profile engaged in community-based psychiatric reform and initially act as "autonomy incubators," facilitating the process until leadership among

service users themselves takes center stage. It is imperative that these practitioners have solid grounding in the recovery paradigm and in the Hearing Voices Movement approach, preventing the group from becoming a conventional therapeutic activity or one focused merely on medication psychoeducation (Corradi-Webster, Coutinho, Candeloro, & Rufato, 2026).

Hearing Voices Groups produce, in daily practice, forms of care aligned with person-centered care, the recovery paradigm, and the defense of human rights in mental health. By recognizing the experience of hearing voices as something that can be understood and shared, rather than merely silenced or pathologized, these spaces promote autonomy, acceptance, and the collective development of coping strategies. The horizontal nature of relationships, the valuing of lived experience, and the strengthening of support networks contribute to recovery processes, expanding hope, social belonging, and participation in community life.

Furthermore, Hearing Voices Groups engage directly with the principles of the Psychiatric Reform and the anti-asylum movement by strengthening community-based forms of care and confronting practices marked by segregation, stigma, and social exclusion. More than therapeutic groups, they constitute spaces for the production of citizenship and agency, in which people with lived experience move away from a passive role in care and actively participate in constructing new meanings for their own trajectories and for the field of mental health itself.

Open Dialogue

The World Health Organization recommends that mental health services be guided by recovery-based practices and highlights Open Dialogue as an approach capable of promoting person-centered care aligned with human rights (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022). This is an approach that was developed in Finland and derived from the Needs-Adapted Treatment, initially designed for care in psychotic crises but now applicable to various situations of psychological distress (Seikkula, Alakare, & Aaltonen, 2023).

In the Brazilian context, its incorporation can be understood not as a foreign proposal distant from national reality, but as a deepening of principles already present in the tradition of psychosocial care and psychiatric reform in the country, particularly those related to territorial care, the centrality of the network, and the promotion of autonomy and citizenship. Psychosocial rehabilitation underpins a large part of mental health practices in Brazil, while recovery broadens this field by restoring perspective on the autonomy, agency, and lived experience of individuals (Anastácio & Furtado, 2013). In this sense, Open Dialogue can be understood as an approach that challenges and enriches these practices, contributing to their ethical and clinical deepening by strengthening processes of participation, shared construction of care, and valorization of individuals' narratives.

The approach proposes a territorial, longitudinal, and relationship-centered form of care, actively involving the person's social and family network. Dialogical meetings take place,

preferably, in the person's own life contexts, such as the home, with dialogue as the primary care resource (Seikkula, 2014). More than a technique, this represents a shift in clinical and institutional positioning, in which care ceases to be something "offered to the patient" and becomes something built with people in a shared process, sustained by supported decision-making, ensuring the active participation of people with lived experience as protagonists of their own care.

Although grounded in consistent theoretical foundations, Open Dialogue should not be understood as a closed or prescriptive method, but as an approach that is constructed within the relationship, requiring sensitivity to the context, the singularities, and the demands of each territory. Its principles function as guides for practice, rather than fixed rules. Initially developed for the care of psychotic crises, Open Dialogue can be applied across different situations of psychological distress, maintaining the same set of principles as a reference, regardless of diagnosis (Seikkula, Alakare, & Aaltonen, 2023). It provides guidelines for territorial, longitudinal care that involves the user's social and family network (Seikkula, 2014).

Its fundamental principles include: (1) *immediate help* - since the first contact with the person in crisis and their social network takes place within 24 hours of seeking crisis services, helping to prevent the deterioration of the crisis and reduce the need for hospitalization; (2) *inclusion of the social and family network* - as family members, friends, and other significant relationships of the person in crisis are invited to participate not only in the first meeting but throughout the entire follow-up process; (3) *flexibility* - as care is adapted to the specific demands of each case; (4) *responsibility* - as the professional who receives the first request for help organizes and assumes responsibility for the follow-up of the case; (5) *tolerance of uncertainty* - avoiding hasty decisions such as the immediate use of neuroleptics; (6) *psychological continuity* - ensuring continuous follow-up of the person in crisis throughout treatment; and (7) *dialogism* - sustaining the understanding that experience can take on different meanings for each person, with no single truth to be imposed, and that care is built through dialogue, through the shared production of meanings and openness to different possibilities of understanding and action (Seikkula, 2016).

Open Dialogue, as argued by the approach's creator, Jaakko Seikkula, is not a theory-driven practice, but a practice driven by practice itself; it must therefore be adapted to different territories and to the demands that each context presents (Florence & Yasui, 2019). By sustaining a person-centered care practice, it proposes a shift away from the traditional biomedical model, which tends to understand psychological distress as the expression of a pathology to be suppressed. In this model, psychiatric science frequently occupies a hegemonic position, with medication prescription appearing as the primary therapeutic resource. Open Dialogue, by contrast, understands the crisis as a singular, complex, and situated experience that can be approached as an opportunity for the construction of meaning, opening space for dialogue and the reframing of lived experience.

This shift also implies a transformation in the positioning of healthcare providers, who move away from exclusively occupying the role of knowledge holders and become engaged in the joint

construction of care. Open Dialogue, in this sense, invites professionals to revisit their practice, recognizing that care is not limited to a technical intervention, but occurs through relationship, presence, and the shared construction of meanings.

By including social determinants, such as housing, work, education, and social bonds, as central elements of care, this approach aligns directly with the principles of psychosocial rehabilitation and recovery. Reducing the individual to their symptoms can erase their history and context, hindering the construction of broader responses to distress. When dialogue is not sustained, there is a greater risk of adopting coercive practices and referrals for hospitalization that could have been avoided. On the other hand, when listening, presence, and relationship are sustained, possibilities expand for supporting individuals in constructing new meanings for their experience, fostering movements toward autonomy, belonging, and continuity of life, even in the face of distress.

In this process, fundamental elements stand out, such as supported decision-making, the active participation of people with lived experience, the valuing of their knowledge, integration with the social network, and consideration of the social determinants of health. The dimension of spirituality is also recognized as a possibility for the production of meaning, hope, and the reconstruction of life projects.

The results associated with this approach have been accumulating over more than 30 years of research conducted in Finland and other countries. The main evidence correlates Open Dialogue with reduced medication use during the follow-up of psychic crises and throughout treatment; decreased hospital admissions; reduced residual symptoms; and expanded social inclusion through study, work, and other aspects (Kantorski, Cardano, 2019). In the United Kingdom, the first randomized clinical trial, entitled *Open Dialogue: Development and Evaluation of a Social Network Intervention for Severe Mental Illness (ODDESSI)*, has been underway since 2017 (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022).

In Brazil, although experiences with Open Dialogue remain nascent, particularly in public services of the Psychosocial Care Network (RAPS), they have shown favorable results and indicate the viability of adaptation to different territories. In the literature, one original article reports an experience in the municipality of Jaraguá do Sul, in which the approach, over two years of implementation, was associated with reduced medication use, fewer hospitalizations, and improved quality of life during the post-crisis period (Dias, 2017).

Additionally, the literature presents experiences with the approach conducted at a CAPS I in the municipality of Carmo do Cajuru, reported in an article (Paula, 2022) published by the National Council of Municipal Health Secretariats (CONASEMS), and in a master's thesis not yet fully published (Ramos, Figueiredo, 2024). Two experience reports also document the implementation of the approach within the RAPS of the municipality of Divinópolis, Minas Gerais (Ramos, Tibiriçá, Borges, Fagundes, & Coelho, 2025) and at the CAPS Ad in Quixadá, Ceará, through an intervention based on the principles of Open Dialogue (Fiocruz, 2025).

Consistent with findings reported in the international literature, experiences in Brazil have demonstrated favorable results that support the implementation of the approach. Between 2015 and 2016, the approach was applied with 10 individuals in Jaraguá do Sul, and challenges were identified, including the predominance of the biomedical model, difficulties in organizing schedules, and resistance from users, family members, and the team itself regarding the prescription of medications during the first meeting. Despite these challenges, the results indicated a path toward person-centered, less invasive care associated with better quality of life during the post-crisis period (Dias, 2017).

Throughout 2021 (January through December), in Carmo do Cajuru, Minas Gerais, the approach was applied with 37 individuals, 20 of whom were experiencing a first crisis and 17 a re-exacerbation. The reported data, available in summary form in the literature, indicate that 80% of first crises were stabilized within three months, and only 27.8% of these individuals required medication use throughout the follow-up period, with deprescription occurring in 80% of those cases. In interviews conducted with the professionals who implemented Open Dialogue in the municipality, it was reported that the approach was carried out amid challenges and difficulties inherent to mental health care itself and to the prevailing psychiatric model, but contributed to reigniting the expectation of envisioning a mental health system centered on the individual and respectful of their decisions (Ramos & Figueiredo, 2024).

The approach was implemented in the municipality of Divinópolis, beginning in May 2023, and was still under development at the time the experience report was published in December 2025. During this period, 68 cases (individuals) were followed, with the Open Dialogue team responsible for attending referrals from the municipality's Psychosocial Care Centers (CAPS), across different modalities (CAPS III, CAPS AD III, and CAPS ij). According to the report, the experience demonstrated potential for a paradigm transformation in mental health, indicating that person-centered approaches and territorial, non-invasive care that respect human rights and the knowledge of users and family members are possible even amid the challenges faced by mental health professionals (Ramos et al, 2025).

At the CAPS Ad in Quixadá, Ceará, the experience based on the principles of Open Dialogue began in 2022. In addition to these principles, the proposal integrates care with Integrative and Complementary Practices, such as meditation and Community Therapy, and the Family Systemic Approach. According to the report presented, the approach has produced positive results, including the remission of psychotic symptoms. Professionals also observed strengthened family and community bonds, greater adherence to follow-up, reduced use of psychoactive substances, and increased user autonomy (Fiocruz, 2025).

Experiences with Open Dialogue in Brazil are still being built and, while they reveal challenges and difficulties, such as institutional resistance and the need for professional training in dialogical practice, they highlight issues that can be understood and addressed by both management and frontline care professionals. Even so, these experiences indicate the possibility of creating spaces

for active listening and joint transformation, in which not only the person in distress is transformed, but also the professionals and the modes of care.

From this perspective, it is possible to understand that practices aligned with Open Dialogue approach psychosocial rehabilitation when they produce the development of concrete competencies, the strengthening of agency and decision-making capacity, expanded community bonds, social participation, and a greater capacity to navigate crises with less need for guardianship (Anastácio & Furtado, 2013). They reveal that, even when not applied exactly as originally developed in Finland, such practices can be implemented in Brazil, as they are aligned with an ethical, clinical, and political approach to mental health care in the country, with the potential for results similar to those observed in their country of origin and in other international experiences. Accordingly, Open Dialogue does not represent a wholesale importation of the Finnish model, but a concrete possibility for deepening and radicalizing existing practices in the field of Brazilian mental health.

Final considerations

The experiences analyzed in this article are part of a broader historical process of transformation in Brazilian mental health, strongly influenced by the Psychiatric Reform and the anti-asylum movement. By challenging practices centered on institutionalization, excessive medicalization, and social exclusion, these movements opened the way for forms of care guided by autonomy, social participation, and the recognition of people experiencing psychological distress as subjects of rights.

It is within this context of the strengthening of human rights in the field of mental health that the recovery paradigm, person-centered care, and practices such as Hearing Voices Groups and Open Dialogue come to occupy a central place in contemporary discussions about care, autonomy, and social participation.

The experiences discussed throughout this article indicate the possibility of building forms of care less centered on control, medicalization, and the exclusive authority of professionals. By expanding people's participation, valuing lived experience, and strengthening networks of support and dialogue, these practices indicate modes of care more committed to autonomy, social belonging, and life in the community. They are initiatives that reaffirm the need for a clinical approach that recognizes psychological distress without reducing it to rigid diagnostic categories, but understands it in its relational, social, and existential complexity.

At the same time, the article shows that the incorporation of these practices in the Brazilian context still takes place amid significant tensions, such as the persistence of biomedical logics, hierarchical relationships, and institutional difficulties in sustaining more horizontal and community-based forms of care. It is necessary to strengthen public policies that promote continuing professional training, institutional support, and the expansion of community-based mechanisms guided by human rights principles.

The analyzed experiences demonstrate that it is possible to develop, within the territories and public services of Brazil, practices aligned with human rights without merely reproducing international models, but rather adapting them to local realities and to the historical trajectories of the Brazilian Psychiatric Reform.

References

- Anastácio, C. C., & Furtado, J. P. (2013). Reabilitação psicossocial e recovery: conceitos e influências nos serviços oferecidos pelo sistema de saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 4(9), 72–83. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v4i9.68691>
- Baker, P. (2019). *A voz interior: Um guia prático para e sobre pessoas que ouvem vozes* (A. Pimentel, N. Malcher & P. Seabra, Orgs.; R. da C. Moura, Trad.; 1a ed.). Belém, PA: UFPA/IFCHQ/PPGP/NUFEN.
- Bøe, T. D., Topor, A., & Ness, O. (2026). Taking mental health practices into social realities: A triologue between Open Dialogue, recovery capital and Power Threat Meaning Framework. *Journal of Constructivist Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/10720537.2026.2643336>
- Corradi-Webster, C. M., Santos, M. V., & Leão, E. A. (2017). Construindo novos sentidos e posicionamentos em saúde mental: Grupo de Ouvidores de Vozes. In E. F. Rasera, K. Taverniers, & O. Vilches-Álvarez (Orgs.), *Construccionismo social en acción: Prácticas inspiradoras en diferentes contextos* (Vol. 1, pp. 167–193). Taos Institute Publications. <https://repositorio.usp.br/item/002925130>
- Corradi-Webster, C. L., Leão, E. A., & Rufato, L. S. (2018). Colaborando na trajetória de superação em saúde mental: Grupo de ouvidores de vozes. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 27(61), 22–34. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-78412018000200003
- Corradi-Webster, C. M., Rodríguez, A. F., Guilger-Primos, C. P., Silva, I. C., Rufato, L. S., Candeloro, N. S. V., & Coutinho, P. J. R. (2024). O paradigma do recovery em pesquisas latinoamericanas em saúde mental. In F. C. S. Lemos, M. R. de Moraes Júnior, & E. M. Senhoras (Orgs.), *Saúde pública: Temas emergentes* (pp. 287–318). Editora IOLE. ISBN 978-65-85212-80-9.
- Corradi-Webster, C. M., Candeloro, N. S. V., Coutinho, P. J. R., & Rufato, L. S. (2026). Implementação de grupos de ouvidores de vozes em serviços de saúde mental: Lições da experiência brasileira. In M. Dimenstein & A. C. R. Simoni (Orgs.), *Cuidados culturais, saúde mental e atenção psicossocial* (Vol. 1, pp. 377–391). Editora Rede Unida. ISBN 978-65-5462-300-1.
- Davidson, L., Tondora, J., Miller, R., & O'Connell, M. J. (2015). Person-centered care. In P. W. Corrigan (Ed.), *Person-centered care for mental illness: The evolution of adherence and self-determination* (pp. 81–102). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14644-005>

- Davidson, L. (2016). The recovery movement: Implications for mental health care and enabling people to participate fully in life. *Health Affairs*, 35(6), 1091–1097. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0153>
- Davidson, L., & González-Ibáñez, À. (2017). La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 189–205. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352017000100011>
- Davidson, L., & Tondora, J. (2022). Person-centred care planning as foundational to clinical practice. *World Psychiatry*, 21(1), 1–2. <https://doi.org/10.1002/wps.20922>
- Dias, M. J. F. (2017). Open dialogue: Uma experiência no Brasil. *Diversitates International Journal*, 9(3), 97–110. <https://doi.org/10.53357/GFFQ5455>
- Evans, M. (2023). *Peer support services reaching people with schizophrenia: Considerations for research and practice*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-29042-8>
- Fiocruz Brasília. (2025). Mostra de experiências virtual do projeto Nós na Rede: Grupo de Intervenções Sistêmicas – integrando histórias e acolhendo vidas. <https://brasilia.fiocruz.br/nosnarede/mostra-de-experiencias/grupo-de-intervencoes-sistemicas-integrando-historias-e-acolhendo-vidas>
- Florence, A. C., & Yasui, S. (2019). Abordagem Open Dialogue na Finlândia: Entrevista com Jaakko Seikkula. *Interface (Botucatu)*. <https://doi.org/10.1590/Interface.180239>
- Higgs, R. N. (2020). Reconceptualizing psychosis: The hearing voices movement and social approaches to health. *Health and Human Rights Journal*, 22(1), 133–144. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7348419/>
- Kantorski, L. P., & Cardano, M. (2019). O diálogo aberto e os desafios para sua implementação: Análise a partir da revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(1), 229–246. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.32232016>
- Lefurgey, S., Detillieux, S., Shaheen, A., Daigle, P., Nolan, D., & Rudnick, A. (2025). Person-Centered Care: Learning from the Evolution of Mental Health Care. *Encyclopedia*, 5(1), 29. <https://doi.org/10.3390/encyclopedia5010029>
- Longden, E., Read, J., & Dillon, J. (2017). Assessing the impact and effectiveness of Hearing Voices Network self-help groups. *Community Mental Health Journal*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0148-1>
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2022). *Orientações sobre serviços comunitários de saúde mental: Promoção de abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos*. Organização Pan-Americana da Saúde. <https://doi.org/10.37774/9789275726440>

- Paula, G. de. (2022). Diálogo aberto: O envolvimento da família e amigos no cuidado da saúde mental em Carmo do Cajuru-MG. CONASEMS.https://www.conasems.org.br/brasil_aqui_tem_sus/dialogo-aberto-o-envolvimento-da-familiae-amigos-no-cuidado-da-saude-mental-em-carmo-do-cajuru-mg
- Ramos, T. M. & Figueiredo, R. C. Diálogo Aberto e intervenção na crise psíquica: estudo de caso em um CAPS [dissertação]. São João Del’rei: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São João Del Rei; 2024.https://sig.ufsj.edu.br/sigaa/public/programa/defesas.jsf?lc=pt_BR&id=1616
- Ramos T. M., Tibiriçá V. A., Borges S. A. O., Fagundes A. D. & Coelho E. R. Diálogo Aberto: experiência de implantação no município de Divinópolis (MG) . *Bol Inst Saúde*. 2025; 26(2): 95-101.<https://doi.org/10.52753/bis.v26i2.41926>
- Rowe, M., & Davidson, L. (2016). Recovering citizenship. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 53(1), 14–20.<https://doi.org/10.1521/ijpsy.2016.53.1.14>
- Rufato, L. S., & Corradi-Webster, C. M. (2024). Grupo de ouvidores de vozes: tecendo redes de suporte social em momentos desafiadores. *Revista Caderno Pedagógico*, 21(9).<https://doi.org/10.54033/cadpedv21n9-251>
- Rufato, L. S., Corradi-Webster, C. M., Reis, G., Bien, C., Davidson, L., Bellamy, C. D., & Costa, M. N. (2023). Strategies for the management of voices shared in a Brazilian hearing voices group. *Psychiatric Quarterly*, 94(2), 243–254.<https://doi.org/10.1007/s11126-023-10032-z>
- Rufato, L. S., Corradi-Webster, C. M., Sade, R. M. S., Reis, G. C., Bien, C., & Costa, M. N. (2021). Suporte de pares em saúde mental: Grupo de Ouvidores de Vozes. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 13(36), 156–174.<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/76826>
- Seikkula, J. (2014). *Il dialogo aperto: L'approccio finlandese alle gravi crisi psichiatriche*. Giovani Fioriti Editore. ISBN 978-88-95930-86-2
- Seikkula, J. (2016). Open dialogues in the present and the future: New developments.<http://bit.ly/32HPLGF>
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2023). Diálogos abertos em psicose, parte 2: Uma comparação de casos com resultados bons e ruins. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 32(76), 7–18.<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9943298>
- World Health Organization. (2019). *QualityRights da OMS: Saúde mental, deficiência e direitos humanos: Treinamento principal QualityRights da OMS: saúde mental e serviços sociais*. World Health Organization.<https://sites.usp.br/cedihus/treinamento-qualityrights-da-oms/>
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization. ISBN 978-92-4-004933-8.



<https://www.instagram.com/revistanufen>

E-mail: revistadonufen@ufpa.br



RNUFEN



PHENOMENOLOGY AND INTERDISCIPLINARITY

@ Programa de Pós-graduação em Psicologia

DOSSIÊ

DIREITO À SAÚDE MENTAL E O CUIDADO EM LIBERDADE: SABERES E PRÁTICAS

A LIBERDADE É TERAPÊUTICA



Volume 18 • 2026

Qualis CAPES: | A4 ISSN 2175-2591



RNUFEN

PHENOMENOLOGY AND INTERDISCIPLINARITY

Volume 18 • 2026

Revista NUFEN: Phenomenology and Interdisciplinarity

ISSN: 2175-2591



Editorial

Adelma Pimentel – UFPA

Maria de Nazareth Malcher – UNB

Hernani Pereira dos Santos – Universidade Estadual do Ceará

Victor Cavaleiro – UFPA

Wanderson Quinto – UEPA

Fábio Alex Rincon – UFPA

Diagramação e Arte Final / Layout

Ione Sena

Tradutor juramentado

Raimundo Moura

Financiamento/ financing

CNPQ CHAMADA 12/2024

Eventos Científicos em Saúde

Produção Editorial / Editorial Production

Adelma Pimentel - UFPA

Submissão/ Submission:

<https://submission-pepsic.scielo.br/index.php/nufen/login>

E-mail: revistadonufen@ufpa.br

Ficha catalográfica / Catalog card

Revista NUFEN: Phenomenology and Interdisciplinarity, Volume 18 (2026) Dossier / Dossiê Direito à saúde mental e o cuidado em liberdade: saberes e práticas. Belém/Pará. UFPA-PPGP

ISSN: 2175-2591

Qualis: A4

141 page

Citação/citation: Revista NUFEN: Phenomenology and Interdisciplinarity, Volume 18 (2026) Dossier / Dossiê Direito à saúde mental e o cuidado em liberdade: saberes e práticas. Belém/Pará. UFPA-PPGP, 141 page



Sumário

EDITORIAL

Maria de Nazareth R Malcher | Adelma Pimentel | Hernani Pereira dos Santos

APRESENTAÇÃO

A ESCOLA FRANCO E FRANCA BASAGLIA EM BELÉM DO PARÁ: O CENTENÁRIO DE FRANCO BASAGLIA, A HISTÓRIA DE MARCO CAVALLO E NOVAS HISTÓRIAS DE LIBERDADE

Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de Oliveira Silva | Roberto Mezzina | Rossana Seabra Sade | Clarissa Mendonça Corradi-Webster

ARTIGOS

Percepções sobre a escuta terapêutica como ferramenta de cuidado em saúde mental

Guilherme Gonçalves Maynardes | Lucas Monteiro Pellá | Deivisson Vianna Dantas dos Santos | Sabrina Stefanello

Grupos de ajuda mútua em saúde mental: uma análise através da teoria da subjetividade

Daniela Viecili Costa Masini | Daniel Magalhães Goulart

O projeto terapêutico singular pelo modelo multidimensional: considerando a pessoa, o cotidiano e o contexto ambiental

Maria de Nazareth R. Malcher

ESTUDOS TEÓRICOS/ENSAIOS

Resistências dos corpos-territórios de mulheres na Amazônia frente ao neoextrativismo autoritário da atualidade

Flávia Cristina Silveira Lemos | Thiago da Silva Pinheiro

Desafios do atendimento psicossocial na reforma psiquiátrica brasileira: o fetiche da crise em questão

Rossana Sade Seabra | Rafael Nicolau Carvalho

O acompanhante terapêutico como agente no território do cuidado em liberdade

Sara Letícia Bessa Souza | Camila Rosa Santos Souza | Jacinta Fatima Sena da Silva | Maria de Nazareth Malcher

ESTUDOS DE REVISÃO

Direitos humanos, vulnerabilidade social e cuidado em liberdade na saúde mental

Hélio Luiz Fonseca Moreira

RELATO DE EXPERIÊNCIA

O trabalho das famílias e o ônus advindo do cuidado com pessoas em sofrimento psíquico grave

Paollo Borghi

De Franco Basaglia à saúde mental comunitária: rumo a uma mudança de paradigma

Roberto Mezzina

Direitos humanos, recovery e cuidado centrado na pessoa em saúde mental: experiências com grupos de ouvidores de vozes e open dialogue

Clarissa Mendonça Corradi-Webster | Thiago Magela Ramos | Ramiz Candeloro Pedroso de Moraes | Priscilla Regina Cordeiro



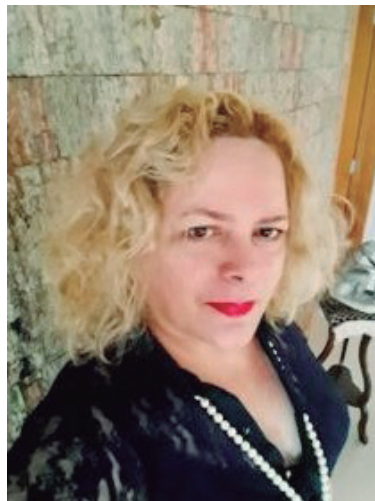
DOSSIÊ

DIREITO À SAÚDE MENTAL E O CUIDADO EM LIBERDADE: SABERES E PRÁTICAS

EDITORIAL



Maria de Nazareth R
Malcher



Adelma Pimentel



Hernani Pereira dos Santos

O Dossiê *Direito à saúde mental e o cuidado em liberdade: saberes e práticas* comunica experiências de serviços de pesquisadoras e pesquisadores e de profissionais, nacionais e internacionais, que atuam em Universidades e em cenários diversos de cuidado, tendo como loco de reflexão a atenção em saúde mental no território, priorizando a clínica ampliada e a desinstitucionalização.

É um produto da III edição da escola Fraco e Franca Basaglia no Brasil e da VI **Congresso Internacional Franca and Franco Basaglia School, ocorrido em Belém, Pará, em maio de 2025**, numa parceria entre Brasil e Itália, com parcerias interinstitucionais do Departamento de Saúde Mental de Trieste/ Itália; a Universidade de São Paulo; a UNIFESP; a Faculdade de ciência e Tecnologia da Universidade de Brasília; e a Universidade Federal do Pará, por meio do Programa de Pós-graduação em Psicologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas que foi anfitrião do evento. Além de integração com profissionais de diferentes dispositivos das políticas públicas, comunidade acadêmica, usuários e familiares dos serviços.

A relevância e legado deste dossiê consistiu em honrar e divulgar saberes relacionados às produções científicas na forma de práticas estabelecidas e reconhecidas no Sistema Único de Saúde (SUS) e em instituições italianas, como o reconhecimento de que a desinstitucionalização deve ser superada e o cuidado reinventado nos dispositivos de cuidado comprometidos com a liberdade e a dignidade das pessoas em sofrimento psíquico. Como Basaglia referiu compreender que no cuidado, a doença deve estar entre parênteses na relação com a pessoa.

Há uma configuração internacional no Dossiê, pois os textos que o compõem são caracterizados pela cooperação entre Brasil e Itália, por meio de Trieste; também pela heterogeneidade, envolvendo diferentes gêneros científicos: artigos de pesquisa, ensaios teóricos e relatos de experiência.

As autoras e os autores são oriundos das diversas regiões geográficas do Brasil, sendo que temos recortes temáticos que examinam as tecnologias de inclusão, de desinstitucionalização e de cuidado em liberdade; as estratégias do modelo de reabilitação psicossocial da política de saúde mental brasileira, estratégias inovadoras de saúde mental, e o paradigma internacional centrado na pessoa, em *Recovery* e direitos humanos.

Destacamos em Roberto Mezzina a descrição do processo histórico de Franco Basaglia na construção do paradigma do cuidado em saúde mental na comunidade, em liberdade e sob o enfoque aos direitos humanos. Com o título *De Franco Basaglia à saúde mental comunitária: rumo a uma mudança de paradigma*, ingressamos nos pressupostos que tornaram representativos em nossa política brasileira;

Hélio Moreira contextualiza o processo das instituições totais e as vulnerabilidades associadas a cenários como por exemplo de pessoas em restrição de liberdade, Sob o título, *Saberes, práticas e garantias de proteção dos direitos humanos no contexto das vulnerabilidades sociais* nos estimulam a refletir sobre a vivência do encarceramento e luta por direitos humanos;

Lemos e Pinheiro escreveram *Resistências dos corpos-territórios ao projeto de dominação da díade natureza-cultura como dispositivo de segurança da modernidade*, com amplitude teórica e uma aposta política mais radical, pois se recusam a abordar a saúde mental de forma dissociada das

condições materiais e simbólicas que produzem o sofrimento. O território focalizado é um lugar de enunciação específico e politicamente situado: a Amazônia, simultaneamente tomada como corpo-território e como episteme. Desta forma, ilustram a experiência em primeira pessoa de pesquisadores/ docentes que conectam sua prática pedagógica com estudantes quilombolas, ribeirinhos e agricultores familiar, elaborando reflexões ecofeministas e decoloniais – uma recusa ao etnocentrismo que historicamente situa os saberes periféricos como “dados a explicar” e os saberes metropolitanos como “instrumentos explicativos”.

Masini e Goulart nos oferecem o título *Grupos de Ajuda Mútua em Saúde Mental: uma análise através da Teoria da Subjetividade*, Maynardes; Pellá; Santos e Stefanello abordam *Percepções sobre a escuta terapêutica como ferramenta de cuidado em saúde mental*, Malcher focaliza *o projeto terapêutico singular pelo modelo multidimensional: considerando a pessoa, o cotidiano e os contextos ambientais*;

Paolo Borghi no texto, *o trabalho das famílias e o ônus advindo do cuidado com pessoas em sofrimento psíquico grave*, conduz leitoras e leitores a Trieste – ao coração da experiência que inspirou não apenas a Reforma Psiquiátrica Brasileira, mas os movimentos de desinstitucionalização ao redor do mundo. Borghi apresenta no relato de experiência, a gênese, o desenvolvimento e a estrutura do programa de trabalho com familiares de pessoas em sofrimento psíquico grave – iniciado em 1987 e que permanece, até hoje, como referência internacional. O texto reconstrói, com precisão histórica e densidade clínica, o percurso das abordagens psiquiátricas em relação às famílias: desde a exclusão dos familiares no modelo médico-biológico – que os encarava, no limite, como portadores hereditários da patologia ou como causadores do adoecimento de seus parentes –, passando pela valorização ambivalente do modelo psicanalítico, que reconhecia a importância das relações familiares mas as mantinha apartadas do processo terapêutico, até as intervenções psicoeducativas contemporâneas e o modelo sistêmico-relacional. Nesse percurso, a família transita de objeto de suspeita a sujeito ativo do cuidado – transformação que é, ela mesma, um capítulo da história da desinstitucionalização.

O programa descrito por Borghi organiza-se em três dimensões complementares: a psicoeducativa; a psicoterapêutica e, a de rede de solidariedade que, implica a ampliação das redes sociais, a proposta de grupos de autoajuda e o ativo combate ao isolamento. A articulação dessas três dimensões sustenta uma compreensão ampliada do cuidado em uma leitura que é, ao mesmo tempo, psicológica e política, de reconstituir a contratualidade social tanto dos usuários quanto de seus familiares – que também sofrem, também se isolam e precisam de cuidado.

O conjunto de textos deste dossiê permite vislumbrar, por entre as práticas inovadoras e os referenciais teóricos críticos, as contradições que marcam o campo da saúde mental coletiva no Brasil contemporâneo. Se a Reforma Psiquiátrica produziu transformações históricas inegáveis – a progressiva substituição dos leitos manicomial por dispositivos territoriais, a consolidação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a criação das residências terapêuticas e o reconhecimento legal dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico –, os anos recentes têm testemunhado a fragilização dessas conquistas.

Ressaltamos que a realização III edição da escola Fraco e Franca Basaglia no Brasil e da VI **Congresso Internacional Franca and Franco Basaglia School, ocorrido em Belém, Pará, em maio de 2025** foi estratégica para focalizar processos gerais em saúde mental com o olhar para a região Norte do Brasil – e especialmente para a Amazônia, que envolveu o próprio Congresso aqui relatado.

A cobertura da RAPS no Norte é estruturalmente deficitária: segundo dados do Ministério da Saúde, a região apresenta um dos menores índices de CAPS por habitante do país. Muitos municípios de médio porte carecem de qualquer dispositivo especializado de atenção psicossocial; a imensidão territorial, a dispersão demográfica, as dificuldades de logística e a precariedade das vias de comunicação, em particular, impõem desafios que as políticas formuladas nos centros metropolitanos do Sudeste frequentemente não contemplam.

O profissional de saúde mental atuante em diferentes territorialidades ribeirinhas do Pará ou do Amazonas habita uma realidade radicalmente distinta daquela descrita nos manuais e nas diretrizes nacionais, que tendem a ser espelhar outros contextos.

A presença de povos originários e de comunidades tradicionais – ribeirinhos, quilombolas, populações de várzea – adiciona uma dimensão de complexidade irreduzível, que requerem agregar nas políticas de cuidado cosmovisões, práticas de cura e formas de compreender o sofrimento que não se encaixam nas categorias diagnósticas da psiquiatria ocidental.

Apesar dos caminhos tortuosos ocasionados por ataques diversos às políticas brasileiras para saúde mental e o cuidado no território, consideramos que o paradigma atual embasado em princípios da integralidade, equidade e respeito aos direitos humanos da pessoa em sofrimento psíquico está consolidado. Entendemos que a sociedade civil organizada não permitirá retrocessos.

No Dossiê situamos um diálogo respeitoso com os diversos saberes – o que implica romper com o etnocentrismo epistemológico que ainda organiza grande parte da formação profissional e das práticas clínicas. Com este escopo divulgamos o volume 18/2026, que se alinha as vozes e escritas, em prol do fortalecimento e continuidade da reforma em saúde mental, baseada na clínica reinventada que elege o reconhecimento da pessoa, das diversidades, do território, e do cuidado ontologicamente delineado como suportes inalienáveis.

Aproveitem a leitura e compartilhem:
<https://www.instagram.com/revistanufen/>



A ESCOLA FRANCO E FRANCA BASAGLIA EM BELÉM DO PARÁ: O CENTENÁRIO DE FRANCO BASAGLIA, A HISTÓRIA DE MARCO CAVALLO E NOVAS HISTÓRIAS DE LIBERDADE

The Franco and Franca Basaglia School in Belém do Pará: the centenary of Franco Basaglia, the story of Marco Cavallo, and new stories of freedom

La escuela Franco y Franca Basaglia en Belém do Pará: el centenario de Franco Basaglia, la historia de Marco Cavallo y nuevas historias de libertad

APRESENTAÇÃO



Maria de Nazareth Rodrigues
Malcher de Oliveira Silva  



Roberto Mezzina  



Rossana Seabra Sade  



Clarissa Mendonça Corradi-Webster  

Este dossiê surge para marcar a realização do **III Congresso Internacional de Saúde Mental: Escola Franca e Franco Basaglia – “O Direito à Saúde Mental e o Cuidado em Liberdade: Saberes e Práticas”**, importante evento brasileiro que recebeu a Escola Franca e Franco Basaglia em Belém do Pará e oportunizou a discussão, entre profissionais, usuários e comunidade, de experiências de serviços que operam na comunidade, bem como de exemplos nacionais e internacionais bem-sucedidos no campo da desinstitucionalização. O evento também homenageou os 100 anos de Basaglia e retomou o simbolismo de Marco Cavallo no processo de desinstitucionalização italiana, que influenciou mudanças em diferentes partes do mundo, inclusive no Brasil.

Roberto Mezzina, então diretor do Departamento de Saúde Mental de Trieste, em setembro de 2011, iniciou a “Franca and Franco Basaglia International School” com o objetivo de envolver a participação de diversos países na interlocução de boas práticas no processo de desinstitucionalização. A primeira Internacional A escola foi intitulada “Além o paredes: as transição do hospital para comunidade baseado care”, realizado em Trieste - Itália, com a colaboração da OMS – Saúde Mental de Genebra e Copenhague, da Rede Internacional de Saúde Mental (IMHCN), da Conferência Permanente para a Saúde Mental no Mundo – ConfBasaglia e da Associação Mundial de Reabilitação Psicossocial (WAPR). Escola em Trieste.

No Brasil, o evento ocorreu pela primeira vez em setembro de 2014, nas cidades de Campinas e Ribeirão Preto (estado de São Paulo), constituindo a quarta edição da International School e a primeira realizada fora da Itália. Ela foi batizada Escola Internacional de Franca e Franco Basaglia e contornou com o tema “Portas Abertas: do hospital psiquiátrico ao território – Políticas e ações de boas práticas em saúde mental”. A segunda edição brasileira ocorreu em 2017, em Marília e Ribeirão Preto, com o tema “Encontro com o território: diálogos entre a teoria e a prática”. Finalmente, em 2025, o evento deslocou-se da região Sudeste para o Norte do país, sendo realizado em Belém do Pará com o tema deste dossiê, reunindo cerca de 400 participantes e valorizando aspectos loco-regionais distintos das demais regiões do Brasil.

O objetivo da Escola é, principalmente, promover uma troca de experiências entre os participantes, de forma dialógica e reflexiva, em torno do tema “Boas práticas em saúde mental”, por meio de conferências, mesas-redondas, workshops, rodas de conversa e visitas supervisionadas nos dispositivos locais de saúde mental.

Além disso, pretende-se também: (i) organizar uma rede nacional e internacional de produção e troca de conhecimentos, composta por universidades, secretarias de saúde e sociedade civil, voltada à discussão e ao aprimoramento de propostas em saúde mental com abordagem interdisciplinar e inovadora; (ii) difundir conhecimentos sobre experiências de serviços que operam na comunidade e exemplos internacionais bem-sucedidos no campo da desinstitucionalização; (iii) promover intercâmbio entre estados brasileiros e os países de origem dos questionados sobre práticas inovadoras de desinstitucionalização; e (iv) fortalecer espaços micropolíticos de troca de experiências exitosas.

Portanto, este evento tem valor imensurável para os processos de trabalho nos dispositivos da saúde mental e na rede intersetorial, pois fortalece diretrizes como a integralidade, a clínica ampliada e o cuidado no território, contribuindo para o distanciamento do paradigma hospitalocêntrico e institucionalizante. Trata-se de um movimento fundamentado nos princípios da desinstitucionalização italiana, fortemente marcados pelo legado de Basaglia e pelo simbolismo de Marco Cavallo.

Entre tantos teóricos precursores do processo político de mudança do paradigma do cuidado em saúde mental, Franco Basaglia destaca-se como uma referência que continua a nos mobilizar até os dias atuais, por ter impulsionado a discussão sobre questões sociais, políticas e econômicas, além de propor práticas de cuidado distintas à desinstitucionalização e à promoção de um cuidado humanizado e cidadão às pessoas em sofrimento psíquico.

O processo brasileiro, iniciado em 1978 pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que questionava as práticas e saberes manicomiais, foi de certa forma influenciado pelas transformações que ocorriam na Itália, país que instituiu uma nova Lei da Reforma Psiquiátrica, regulamentando a extinção do modelo manicomial e suas substituições por um conjunto de práticas, princípios e dispositivos substitutivos, posteriormente incorporados às políticas brasileiras de saúde mental.

Em Trieste, Basaglia formulou bases conceituais e políticas e liderou um dos mais importantes processos de transformação da história da psiquiatria, questionando os conceitos fundadores da psiquiatria enquanto ideologia, epistemologia e política, trouxe uma pessoa no centro do cuidado, colocando a doença entre parênteses, como categoria. Esta abordagem enfatizava a cidadania e as necessidades concretas de vida, como moradia, trabalho, amigos, música, arte, cidade e território, desconstruindo a ideia do “louco” associada à periculosidade e à insensatez.

Portanto, os 100 anos de Basaglia ainda reverberam na necessidade de compreendermos que a questão do sofrimento psíquico e da *loucura* não pode ser considerada apenas técnico-assistencial, é uma à reconfiguração do território e da vida cotidiana, uma saúde mental comunitária, um cuidado em liberdade.

Marco Cavallo, na trajetória da reforma psiquiátrica Tristina, é um símbolo de como a liberdade é terapêutica. Nos anos de 1970, os moradores do então hospital psiquiátrico de Parco di San Giovanni em Trieste, enviei a carta ao presidente da Província de Trieste, escrita em pessoa como se fosse a narrativa do próprio primeiro cavalo, solicitando a sua retirada das condições de exploração às quais foi concedida e evitando o destino de ser sacrificado. O pedido foi atendido e tornou-se um marco no processo de abertura institucional e de reconhecimento e resgate dos direitos civis dos moradores, transformando Marco Cavallo em um símbolo do fim do isolamento nas instituições psiquiátricas.

Neste cenário de luta e pertencimento, moradores, profissionais, trabalhadores e artistas, como o escultor Vittorio Basaglia e o diretor de teatro Giuliano Scabia, trabalharam juntos durante dois meses para criar um grande cavalo azul, da cor do céu, feito de papel machê, chamado

Marco Cavallo. Em sua barriga foram colocados escritos com os desejos, sonhos, esperanças dos moradores e de todos que participaram do processo de construção de Marco.

Marco Cavallo passou a representar uma metáfora do Cavalo de Troia, tornando-se um símbolo na luta contra as estruturas da hospitalização e em defesa da liberdade e dos direitos humanos das pessoas institucionalizadas nos manicômios. Em 25 de março de 1973, Marco Cavallo estava pronto para sair em marcha pela cidade, com o barriga cheia de sonhos dos moradores e com a bandeira para aprovação do fim dos manicômios. Foi construído dentro do Laboratório de Artes, não se pensou nas dimensões monumentais da obra e nenhuma porta do hospital era grande o suficiente para permitir sua saída. A dificuldade envolveu uma profunda frustração dos moradores, comparando a situação, ao aprisionamento que viviam, devido às leis hospitalares aplicáveis aos internados. O impasse foi resolvido por Basaglia e outros membros da equipe, jogando o cavalo contra o portão, permitindo a saída e a quebra da parede real e simbólica entre o “interior” e o “exterior”. (Figura 1).

Figura 1 – Fotos ilustrativas da história Marco Cavallo. Fonte: FOTOCULT/ Itália. Gaspar (1973)



A realização da sexta Franca e Franco Basaglia International School e a terceira no Brasil, em Belém do Pará constituiu, inicialmente, um processo de desafios, mas que foi estudado em dias de intensa troca de experiências e práticas inovadoras entre participantes nacionais e internacionais, como o idealizador da Internacional School , o psiquiatra Roberto Mezzina que participou de todas as edições da Escola no Brasil.

Desta forma, pensamos que toda a vivência e protagonismo no evento de 2025 foi mais um dos cenários históricos que planejamos adicionar na trajetória de parcerias que compõe a história construída por Basaglia, Rotelli , Peppe D' Acqua , Roberto Mezzina e tantos outros envolvidos na luta pela desinstitucionalização e pelos direitos humanos.

É por estas histórias que acreditamos e lutamos.

Que possamos construir a cada vez mais histórias marcadas por boas práticas em saúde mental, pois a liberdade sempre será terapêutica!!!

Viva o SUS: saúde como direito de todos!



ARTIGO



PERCEPÇÕES SOBRE A ESCUTA TERAPÊUTICA COMO FERRAMENTA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL



Perceptions of therapeutic listening as a tool for mental health care

Percepciones sobre la escucha terapéutica como herramienta para la atención de la salud mental



Guilherme Gonçalves Maynardes  



Lucas Monteiro Pellá  



Deivisson Vianna Dantas dos Santos  



Sabrina Stefanello  

Resumo

A partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a assistência em saúde mental no país passou por transformações relevantes, resultando na consolidação do modelo de Atenção Psicossocial. A Rede de Atenção Psicossocial é formada por diversos serviços e pontos de atenção, dentre eles a Atenção Primária à Saúde (APS) e as equipes das Unidades de Saúde. O cuidado em saúde mental na APS acontece, dentre outras estratégias, através da escuta qualificada, embora ainda faltem estudos que se aprofundem sobre a escuta terapêutica enquanto um instrumento do cuidado em saúde mental. Assim, o objetivo do estudo foi levantar percepções de profissionais da APS sobre a escuta no cuidado em saúde mental. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório e descritivo. Os resultados apontam que a escuta aparece como uma ferramenta importante do cuidado em saúde mental e parece ir ao encontro dos princípios da atenção psicossocial e de um cuidado humanizado.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental, Humanização da Assistência.

Abstract

Since the Brazilian Psychiatric Reform, mental health care in the country has undergone significant transformations, resulting in the consolidation of the Psychosocial Care model. The Psychosocial Care Network is composed of various services and points of care, including Primary Health Care (PHC) and the teams of Health Care Units. Mental health care in PHC occurs, among other strategies, through qualified listening, although there is still a lack of studies that explore therapeutic listening as a tool in mental health care. Thus, the aim of this study was to identify the perceptions of PHC professionals regarding listening in mental health care. This was a qualitative study with an exploratory and descriptive design. The results indicate that listening emerges as an important tool in mental health care and appears to align with the principles of psychosocial care and humanized care.

Keywords: Primary Health Care, Mental Health, Humanization of Care.

Resumen

A partir de la Reforma Psiquiátrica Brasileña, la atención en salud mental en el país ha experimentado transformaciones relevantes, resultando en la consolidación del modelo de Atención Psicossocial. La Red de Atención Psicossocial está compuesta por diversos servicios y puntos de atención, entre ellos la Atención Primaria de Salud (APS) y los equipos de las Unidades de Salud. El cuidado en salud mental en la APS ocurre, entre otras estrategias, a través de la escucha cualificada, aunque aún faltan estudios que profundicen en la escucha terapéutica como una herramienta del cuidado en salud mental. Así, el objetivo del estudio fue identificar las percepciones de los profesionales de la APS sobre la escucha en el cuidado en salud mental. Se trata de una investigación cualitativa de carácter exploratorio y descriptivo. Los resultados señalan que la escucha aparece como una herramienta importante del cuidado en salud mental y parece estar en consonancia con los principios de la atención psicossocial y de un cuidado humanizado.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Salud Mental, Humanización de la Atención.

Introdução

A reforma sanitária brasileira ocorrida no final do século passado trouxe o debate sobre a necessidade de um sistema de saúde público, universal que se atente aos determinantes sociais em saúde, culminando na formação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse processo, a Atenção Primária à Saúde (APS) se configura como um pilar importante do sistema, uma vez que é estruturada no cuidado no território, e em contato direto com a comunidade (Giovannella, 2012). No mesmo período, a reforma psiquiátrica propôs transformações na estruturação da assistência à saúde mental no país, de um modelo manicomial ao modelo psicossocial e territorial, orientando a criação de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que propõe a expansão da atenção psicossocial ao direcionar recursos e a atenção em saúde mental para ações no território, estimulando a inserção e cuidados em caráter comunitário às pessoas que vivem com algum sofrimento psíquico (Amarante, 1998).

A atenção psicossocial pressupõe não apenas a reorganização dos pontos de atenção da rede de saúde mas também a mudança na compreensão do adoecimento psíquico, propondo uma mudança no modo de compreensão do processo saúde-doença de uma clínica centrada na doença e em classificações diagnósticas para uma clínica ampliada, que considere também os determinantes sociais de saúde, os aspectos contextuais dos problemas em saúde mental e as narrativas de vida dos sujeitos (Costa-Rosa, 2000).

A incorporação do cuidado à saúde mental na APS é uma estratégia de viabilizar o cuidado em saúde mental no território, próximo ao contexto onde se dá a vida cotidiana do usuário do SUS. Muitos dos seus princípios são convergentes com a atenção psicossocial, como o cuidado integral, a territorialização, a longitudinalidade e o estabelecimento de vínculo entre os profissionais e a população sob seu cuidado (Santos, 2019). No entanto, a APS manifesta em seu contexto particular as disputas no âmbito geral envolvendo os rumos da reforma psiquiátrica no Brasil. A literatura apresenta uma série de dificuldades presenciadas pelas equipes no manejo de demandas de saúde mental, ao mesmo tempo em que se apontam as potencialidades desse cenário de cuidado em saúde, dada a compatibilidade de princípios entre a APS e a RAPS. Há uma coexistência de dois modelos de atenção, em que persiste uma predominância do modelo biomédico e prescritor em boa parte das equipes, configurando o que é chamado de “mentalidade manicomial”, ao mesmo tempo em que práticas compatíveis com a reforma psiquiátrica e o cuidado integral se fazem cada vez mais presentes (Hirdes & Scarparo, 2015; Yasui et al., 2018; Barros et al., 2019; Treichel & Campos, 2022).

A escuta aparece com frequência em estudos sobre o cuidado em APS como uma ferramenta importante da terapêutica e de humanização do cuidado (Santos, 2019; Nascimento, 2020). No entanto, ainda há uma escassez na literatura de estudos que se aprofundem sobre a escuta terapêutica enquanto instrumento do cuidado em saúde. A literatura disponível parece apontar que essa é uma eficiente tecnologia terapêutica que pode e deve ser implementada em diversos

cenários, mas que carece de maiores pesquisas acerca do impacto nos diferentes níveis, requerendo o desenvolvimento de habilidades técnicas para sua melhor operação. (Mesquita & Carvalho, 2014, Nascimento, 2020, Oliveira, 2020, Santos, 2019).

O presente estudo tem como objetivo explorar a percepção de profissionais de unidades básicas de saúde em relação à escuta terapêutica como ferramenta de cuidado às pessoas em sofrimento mental na APS, em diálogo com os princípios da atenção psicossocial.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório qualitativo, recorte do projeto de pesquisa “A Atenção Psicossocial nos Serviços e Estratégias de Saúde”. A metodologia de pesquisa foi escolhida por permitir apreender melhor o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes dos fenômenos sociais observados (Minayo, 2010).

O estudo foi realizado no município de Curitiba-PR. Em 2021, o município possuía uma população estimada de 1.963.726 pessoas e a rede SUS com 109 Unidades de Saúde, 13 CAPS, 16 Hospitais Gerais e 09 UPAs, entre outros serviços (Curitiba, 2023). A RAPS da cidade conta atualmente com 4 CAPS II e 6 CAPS III que atuam no modelo híbrido (descrito adiante), 2 CAPSi II e 1 CAPSi III; 2 Centros de Especialidades Médicas, que contam com atendimentos ambulatoriais em psicologia e psiquiatria; 1 ambulatório voltado para o público psiquiátrico infantil; 1 Unidade de Estabilização Psiquiátrica (unidade hospitalar de pequeno porte criada para estabilização de crises psiquiátricas); 1 hospital psiquiátrico privado com o qual a prefeitura possui contrato, além das equipes de consultório na rua (Curitiba, 2023). Chama a atenção a ausência de equipamentos comunitários sendo a rede de saúde mental centrada nos CAPS e nos equipamentos tradicionais como ambulatórios e hospitais psiquiátricos.

Curitiba organiza a Rede de Serviços de Saúde conforme distritos sanitários. Os 10 distritos sanitários são heterogêneos nas características dos territórios, quantidade populacional, índices de vulnerabilidade, quantidade de UBS/ESF, CAPS e outros serviços. Sobre a Atenção Primária, entre 2014 e 2019 houve redução do número de equipes de saúde da família em um quarto (Maros, 2020), que em 2023 cobria 53 das 109 UBS da cidade (Curitiba, 2023). Atualmente é possível perceber um cenário em que a maior parte da APS curitibana tem equipes que trabalham no modelo de Unidade Básica e não no modelo ESF.

O estudo parte da hipótese de que existem fatores cognitivos, de juízo e afetivos (de ordem individual, social, cultural e técnicos) operando nos profissionais da atenção primária à saúde de Curitiba, em seu local de trabalho, que se expressam no cuidado oferecido e que podem estar potencializados no atendimento aos usuários que procuram a unidade básica de saúde por problemas relacionados à saúde mental. A partir das entrevistas, buscava-se perceber o significado que os profissionais dão a essa experiência e seu efeito no cuidado. As Unidades Básicas de Saúde

(UBS) incluídas no estudo foram selecionadas por terem profissionais de saúde conhecidos da equipe de pesquisa, com práticas em saúde mental mais próximas aos princípios da atenção psicossocial. Com isso, pretendia-se buscar serviços que tivessem boas práticas e uma percepção de bom atendimento em saúde mental. Esses profissionais eram todos(as) médicos(as) de família e comunidade, por ser o grupo profissional com o qual o grupo de pesquisa tinha mais proximidade. Muitos dos entrevistados estão envolvidos com programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade e tem uma participação ativa dentro de órgãos dessa especialidade. Outras categorias profissionais foram incluídas no estudo a partir da indicação desses primeiros participantes - foi solicitado que os profissionais indicassem outros que também tivessem um bom atendimento em saúde mental, no julgamento do profissional entrevistado. Foram realizadas entrevistas em 9 UBS, distribuídas em 6 das 10 regionais de saúde do município. Os nomes das unidades foram omitidos para preservar o anonimato dos entrevistados, assim como seus nomes foram substituídos pela letra "P", abreviação de "profissional", seguida de um número.

O contato com os entrevistados se deu por aplicativo de mensagens instantâneas. Os contatos telefônicos dos profissionais já conhecidos foram cedidos pelos professores orientadores. Primeiro foi realizado um questionário sobre dados sociodemográficos, formação profissional e local e tempo de atuação profissional dos entrevistados. Em seguida, foi realizada entrevista com roteiro semiestruturado, composto de perguntas disparadoras com o foco explorar a experiência e a percepção dos profissionais em relação a elementos importantes dentro do referencial da atenção psicossocial.

As entrevistas foram realizadas em profundidade com perguntas abertas sobre o cotidiano do trabalho na APS, o cuidado em saúde mental e casos difíceis que os entrevistados lidam, buscando permitir o máximo de expressão dos entrevistados sobre os temas propostos. A partir dessas entrevistas iniciais, foi solicitado ao profissional entrevistado que indicasse para o estudo outros profissionais da unidade de saúde que também tivessem, na sua percepção, boas práticas de cuidado em saúde mental. Foram critérios para a inclusão destes profissionais de saúde no estudo: ter mais de 18 anos, ter pelo menos seis meses de atuação profissional na unidade de saúde e aceitar participar da pesquisa. Os entrevistadores foram estudantes de mestrado em saúde coletiva e em saúde da família – o próprio pesquisador e outro estudante de pós-graduação que participa do mesmo projeto de pesquisa. Estes foram treinados por meios de oficinas, que ocorreram nas reuniões do grupo de pesquisa o qual participam. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR (Parecer nº 5920.498) e da Prefeitura Municipal de Curitiba (Parecer nº 6035- 245).

Para o tratamento dos dados, foi utilizado o método hermenêutico proposto por Ricoeur (1988;2013). Foi realizada a transcrição manual das entrevistas por completo, por estudantes de graduação e pós-graduação participantes do projeto. Depois, os dados foram inseridos em tabela, agrupando os relatos semelhantes na tentativa de organizar o material em núcleos argumentativos,

e esses em categorias. Os núcleos argumentativos foram criados a partir das palavras e trechos presentes nas narrativas e depois agrupados por semelhança em categorias, sendo agrupados e organizados em planilhas.

Alguns trechos sofreram pequenas modificações da grafia em relação à transcrição original – remoção de vícios de linguagem, de repetições de palavras e correção de grafia de algumas palavras faladas – para facilitar a compreensão do texto, sem comprometimento do significado original. Os resultados foram discutidos à luz de conceitos e da tradição da atenção primária e da atenção psicossocial. Os trechos foram analisados e discutidos à luz do referencial dos teóricos da reforma psiquiátrica, atenção psicossocial, atenção primária e saúde coletiva, a saber alguns deles: Paulo Amarante, Gastão Campos, Lígia Giovanella e Barbara Starfield.

Resultados e Discussão

As entrevistas foram realizadas com 15 profissionais de saúde, caracterizados na Tabela 1. As informações foram autodeclaradas. Participaram da pesquisa uma maioria de profissionais com um alto grau de qualificação e com muito tempo de experiência na atenção primária. Baseado nessas entrevistas, o conteúdo encontrado permitiu a identificação de diversos temas: como os profissionais caracterizam os problemas de saúde mental, como realizam o cuidado, como é o processo de trabalho e quais as redes possíveis para articulação do cuidado. Neste artigo, vamos nos ater a discussão sobre a percepção dos profissionais em relação à escuta como ferramenta de cuidado.

Tabela 1 - Caracterização dos entrevistados.

Identificação	UBS	Gênero	Cor/Raça	Profissão	Escolaridade	Tempo de experiência na APS
P1	UBS 1	F	Branca	Médica	Pós-graduação	Maior que 20 anos
P2	UBS 2	M	Pardo	Médico	Mestrado	Entre 10 e 20 anos
P3	UBS 3	M	Branco	Médico	Mestrado	Entre 10 e 20 anos
P4	UBS 4	F	Mestiça	Médica	Especialização	Maior que 20 anos
P5	UBS 5	F	Branca	Médica	Mestrado	Entre 10 e 20 anos
P6	UBS 6	F	Branca	Médica	Pós-graduação	Maior que 20 anos
P7	UBS 7	F	Branca	Médica	Mestrado	Maior que 20 anos
P8	UBS 8	F	Branca	Médica	Mestrado	Menor de 10 anos
P9	UBS 9	M	Branco	Médico	Mestrado	Maior 10 e 20 anos
P10	UBS 10	M	Branco	Médico	Mestrado	Entre 10 e 20 anos
P11	UBS 11	F	Branca	Enfermeira	Pós-graduação	Maior que 20 anos
P12	UBS 12	F	Branca	Enfermeira	Especialização	Maior que 20 anos
P13	UBS 13	F	Parda	Agente Comunitária de Saúde	Graduação	Maior que 20 anos
P14	UBS 14	F	Negra	Agente Comunitária de Saúde	Ensino Médio completo	Maior que 20 anos
P15	UBS 15	F	Alva	Técnica de enfermagem	Incompleto	Maior que 20 anos

A escuta ativa nos atendimentos individuais apareceu nas entrevistas como um dos principais elementos no cuidado em saúde mental. Em muitos relatos essa escuta é realizada no primeiro contato com o serviço de saúde, processo denominado “acolhimento”, que aparece nos relatos como uma estratégia importante de cuidado, tanto no manejo da demanda espontânea, quanto

no manejo de crises em saúde mental. É identificada como o primeiro passo no atendimento dos usuários quando comparecem à UBS – “Então a primeira coisa é entender o que tá acontecendo: é o acolhimento. A partir do acolhimento, o resto do fluxo vai tentar seguir” (P5).

O acolhimento é uma modalidade de tecnologia leve em saúde proposta pela Política Nacional de Humanização do SUS (PNH). Lançada em 2003, a PNH tem o objetivo de operacionalizar os princípios do SUS nos serviços de saúde, melhorando a qualidade dos atendimentos através da proposição de estratégias que visam qualificar os profissionais de saúde para lidar com a dimensão subjetiva do trabalho em saúde (Brasil, 2009). O acolhimento é apresentado pela política como uma diretriz ética/estética/política que tem como objetivo valorizar o momento do encontro entre o profissional e o usuário do sistema, de forma com que o último consigo se sentir cuidado e bem atendido no seu contato com o serviço, com responsabilidade e resolutividade. A prática visa mudanças em relação às dificuldades enfrentadas pelas pessoas para chegarem ao local de atendimento, receberem uma informação adequada por parte do serviço de saúde, conseguirem uma consulta e, mediante agendamento, garantirem seu retorno, para evitar determinados aborrecimentos como o fato de dormirem nas filas ou deixarem de ser atendidos (Coelho & Jorge, 2009). Por mais que inclua a classificação de risco como parte do processo, se diferencia da “triagem” por não se tratar de um processo do trabalho, mas uma postura que deve ocorrer em todas as etapas da trajetória do usuário pelo sistema (Brasil, 2010). Restringir o acolhimento ao momento de recepção do usuário na unidade gera um empobrecimento do que seria a prática, esvaziando o significado original do termo (Januário, 2023)

Para além do acolhimento e do direcionamento do usuário dentro do fluxo de atendimento da unidade, a escuta também é descrita como um instrumento terapêutico em si, e que muitas vezes ela é indicada como uma estratégia suficiente para o tratamento de muitas queixas em saúde mental. Os entrevistados relatam perceber uma boa resposta no manejo das pessoas atendidas quando dedicam tempo de seus atendimentos para escutá-los. Em relação à técnica, em geral os profissionais deixam o usuário falar livremente, expondo o que está sentindo, e a permitir que a pessoa reconheça seu sofrimento e construa conjuntamente com o profissional um plano de intervenção. É enfatizada a importância do respeito à fala do usuário e de evitar julgamentos, dar conselhos ou fazer apontamentos do que deve ser feito — embora alguns profissionais apontem que isso seja feito quando julgam necessário ou terapêutico, como nos momentos de atendimentos de emergência. O fato de ser uma prática que pode ser feita por qualquer profissional, não necessariamente do campo sanitário, faz com que muitas vezes essa prática seja desvalorizada em detrimento de outras condutas técnicas (Santos, 2019). No entanto, o processo de escuta qualificada permite que a humanização do cuidado se concretize e as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas dos sujeitos são mais facilmente visualizadas, e o significado do sofrimento melhor apreendido pelos profissionais (Januário, 2023).

O relato de P7 ilustra esses elementos:

Então, o principal é a escuta, eu faço bastante retorno para esses pacientes, para que sejam escutados. Como eu conheço muito, tenho muito vínculo com essas pessoas, então, acaba sendo, muitas vezes, só, assim, essa escuta é o tratamento. (...) é o que a gente chama de escuta ativa, né, que é escutar e depois estimular que a pessoa fale né? Como eu falo pros residentes: sem ter a pretensão de achar a solução, nada disso. Só escuta mesmo. Então eu acho que esse é o que faz mais diferença na maior parte das pessoas e eu sou assim. Aquele abraço no final da consulta, aquele carinho que a pessoa sente de se preocupar. Eu acho que são coisas que fazem a diferença. (P7)

Em relação à técnica de abordagem, no geral os entrevistados não apontaram nenhuma técnica específica para a realização da escuta. Duas abordagens psicoterapêuticas – terapia sistêmica e entrevista motivacional – foram mencionadas em dois relatos. Mas o que os entrevistados referiram fazer de forma cotidiana nos atendimentos em saúde mental foram aconselhamentos ou terapias breves durante as consultas individuais, sem seguir uma abordagem psicológica específica, descrevendo esses atendimentos como “intuitivos”, baseados no que foi percebido a partir da escuta com o usuário e em conhecimentos prévios dos profissionais. Segue o relato de P4:

A terapia breve que eu falo não é a terapia breve, assim, a clássica, né. Abordagens breves eu posso dizer assim. Tipo assim, uma pessoa que está em desintoxicação de álcool, de drogas, [são marcados] agendamentos diários durante um tempo até a desintoxicação. Pessoas com questões de ansiedade ou depressão, agendamentos semanais com tarefas, sabe, toda a abordagem, no retorno, eu proponho alguma coisa para essa pessoa fazer durante o dia. Alguma percepção, algum exercício, ou de respiração ou de percepção dos comportamentos (...). E, durante toda semana, normalmente eram 10 sessões, de terapia breve. Que eu não vou dizer que é uma psicoterapia, porque eu não sou psicóloga. Então, era muito mais intuitivo da minha parte. (P4)

Albuquerque (2022), indica que há dois tipos de psicoterapia realizada em ambiente de consultório médico: aquela realizada de forma informada, com objetivos definidos e com um número de sessões pré-estabelecido; e a realizada nos atendimentos cotidianos por meio da escuta e do aconselhamento, em que muitas vezes não se chega a informar a pessoa que está sendo feita uma abordagem psicoterapêutica, nem se estabelece uma quantidade pré-determinada de encontros, podendo ocorrer em um único atendimento. O autor refere que o não conhecimento das bases psicodinâmicas e psicológicas dessas intervenções não as impede de serem chamadas de psicoterapia; no entanto, o aprendizado de técnicas psicoterapêuticas pode contribuir para que a prática seja melhor fundamentada e que os profissionais tenham maior consciência do que estão fazendo. O fato da equipe de saúde da família ter contato longitudinal com o usuário, além de conhecer as suas histórias e acompanhá-los ao longo de suas vidas torna a consulta com esses profissionais um momento propício para esse tipo de intervenção (Santos, 2019)

Outro tema relacionado à escuta é o vínculo que se estabelece com os usuários a partir do contato destes com a unidade de saúde. O vínculo é percebido como uma relação particular que se estabelece a partir da escuta com o usuário, e que contribui para o cuidado. Os entrevistados

demonstram estabelecer uma relação de preocupação com os sujeitos que atendem, não apenas de fazer o tratamento de forma adequada, mas em compreender suas histórias de vida, e de se preocupar com seu bem-estar, identificando esse processo como terapêutico. Pichon-Rivière define o vínculo como a maneira particular pela qual cada indivíduo se relaciona com o outro ou outros, criando uma estrutura particular a cada caso e a cada momento. Segundo Rivière, nas relações que acontecem nos serviços de saúde se estabelece o chamado “vínculo terapêutico”, em que prestador de serviço e usuário se colocam e colocam papéis uns aos outros, e a assumpção do papel proposto pelo outro seria uma condição necessária para que o vínculo aconteça (Sant’ana, 2022).

Relacionado com o vínculo, a longitudinalidade do cuidado, um dos atributos da APS descritos por Starfield (2002), também é um tema mencionado pelos entrevistados. Ela permite uma grande quantidade de encontros entre o profissional e usuário, multiplicando os momentos de escuta, e permitindo que o usuário possa trazer diversos relatos a respeito do seu processo de adoecimento. Isso permite que o profissional construa uma narrativa da experiência do usuário com a doença a partir desses relatos, de modo a permitir explorar os elementos subjetivos do processo de adoecimento vivido (Jones e Cutcliffe, 2009, Santos, 2019). Nesse sentido, a longitudinalidade propicia o desenvolvimento do vínculo entre o profissional da APS e o usuário, criando o que se pode chamar de “vínculo longitudinal”, ou seja a relação estabelecida de forma terapêutica entre usuário e equipe, reconhecendo a APS como fonte regular de cuidado ao longo do tempo (Santos, 2018).

Muitos entrevistados falaram sobre o pouco tempo para atendimento, o que limita a possibilidade de uma escuta adequada. Relatam sobre a existência de uma pressão para a realização de atendimentos curtos, o que gera um sentimento de frustração nesses profissionais, por não poderem se aprofundar nos relatos dos atendidos. Para se fazer a escuta, é necessário uma certa estrutura, tanto em aspectos organizacionais, como uma quantidade de tempo adequada, local com capacidade de privacidade, demanda compatível com a capacidade de atendimento e conforto para o usuário, quanto de habilidades desenvolvidas pelo profissional, como a própria humanização da equipe (Januário, 2023). Muitas vezes a narrativa do usuário pode ser confusa, sem uma ordem cronológica clara e com ênfase maior em eventos de maior impacto psicológico. Escutar atentamente, fazer pontes com elementos relatados em outro momento e repetir o relato do usuário com outras palavras são habilidades que podem ser necessárias para conduzir o atendimento (Jones & Cutcliffe, 2009). Fatores relacionados a infraestrutura, o excesso de burocratização do trabalho, falta de tempo e outros elementos que impedem o usuário, os trabalhadores e os gerentes do sistema de saúde de visualizarem potencialidades assistenciais instaladas dentro do ambiente de cuidado são apontados como elementos presentes em muitos serviços de APS que prejudicam o estabelecimento de vínculo (Santos, 2018).

Muitos entrevistados mencionam sobrecarga nos atendimentos e desgaste em relação ao processo de escuta. Starfield (2002) afirma que há uma diferença entre o locus da longitudinalidade ser localizado em um indivíduo, uma equipe ou em um local específico. Quando esse locus é

localizado em um indivíduo o peso da coordenação do cuidado é maior, já que é mais fácil para uma equipe estar sempre disponível para a realização do atendimento do que para um indivíduo (Starfield, 2002). Ações de acolhimento centradas em apenas uma única categoria profissional tendem a produzir um cuidado fragmentado e fragilizado (Januário, 2023). Em muitas unidades, o sentimento de “estar sozinho” e de se ver como única fonte de apoio aos usuários aparece nos relatos. Ao mesmo tempo que indica uma certa sobrecarga, já que o locus da atenção se concentrou nesse profissional, também é um sinal de que houve o estabelecimento de vínculo, e que os usuários tenderiam a se abrir mais nesses atendimentos.

Considerações finais

A escuta aparece no estudo como um elemento importante do cuidado. O ponto privilegiado no sistema em que essa prática ocorre, a APS, parece favorecer o fortalecimento e formação de vínculo entre os usuários e a equipe de saúde, já que a longitudinalidade do cuidado e o vínculo terapêutico estabelecido entre profissionais e usuários são elementos que tendem a estar potencializados na APS em relação a outros âmbitos da atenção, dada a proximidade da equipe de saúde com os usuário e o território onde vivem. Isso dialoga com a ideia de um cuidado em saúde mental realizado em território e não institucionalizado, promovida pela reforma psiquiátrica e pela atenção psicossocial.

Os relatos apontam para a escuta enquanto uma ferramenta de cuidado com um potencial terapêutico em si. Esse potencial é mencionado em outros estudos, porém tende a ser pouco valorizado no ensino em saúde em comparação com tratamentos medicamentosos e outras abordagens não relacionais. Pensar em formas de qualificar os profissionais para garantir a escuta terapêutica pode ser uma forma de trazer um cuidado mais humanizado e próximo de uma clínica ampliada para o cuidado em saúde mental dentro do contexto da APS. O conteúdo relatado indica que o mais importante para uma boa escuta não é tanto o domínio de uma técnica ou abordagem psicoterapêutica específica, mas o exercício de uma escuta livre de julgamentos, além de o estabelecimento de uma relação longitudinal com os usuários e um olhar atento para o contexto de vida das pessoas e suas trajetórias de vida. No entanto, o conhecimento de alguns fundamentos de psicoterapia por parte de todos os profissionais que realizam atendimento ao público pode contribuir para uma melhor condução desse atendimento. O trabalho em equipe e a escuta ser realizada por não apenas um profissional também parece contribuir tanto para um melhor atendimento, pois propicia mais momentos de escuta; mas também pode ajudar a reduzir a sobrecarga que pode advir desse tipo de atendimento.

O presente estudo apresenta limitações em relação a metodologia, dado que foram entrevistados profissionais predominantemente médicos, e não foram entrevistados usuários. Estudos mais abrangentes, que tragam o ponto de vista de usuários e outros profissionais podem contribuir ainda mais para uma compreensão mais global do cenário.

Referências

- Aguiar, D. S. (1998). *A “Saúde da Família” no Sistema Único de Saúde: Um novo paradigma?* (Master's Thesis, Escola Nacional de Saúde Pública). Rio de Janeiro.
- Albuquerque, M. A. C. (2022). *Psicoterapia para médicos de família: A arte de conversar com o paciente* [E-book Kindle]. Blucher.
- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro, Fiocruz. ISBN 978-85-7541-335-7. <https://doi.org/10.7476/9788575413357>.
- Barros, S., Nóbrega, M. P. S. S., Santos, J. C., Fonseca, L. M., & Floriano, L. S. M. (2019). Saúde mental na atenção primária: Processo saúde-doença segundo profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6), 1609–1617. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0743>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *O HumanizaSUS na atenção básica*. Brasil. Ministério da Saúde. (2010). *Cartilha da Política Nacional de Humanização: Acolhimento nas práticas de produção de saúde*.
- Campos, G. W. S. (1997). *Uma clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada*. Campinas, Mimeo.
- Coelho, M. O., & Jorge, M. S. B. (2009). Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 1523–1531. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800026>
- Costa-Rosa, A. (2000). O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante, P. (Org.) *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro, Fiocruz.
- Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. (2023). *Relatório detalhado do quadrimestre anterior (RDQA): 3º quadrimestre de 2023*. Retrieved April 29, 2024, from <https://saude.curitiba.pr.gov.br/a-secretaria/instrumentos-de-planejamento-emsaudef.html>
- Giovanella, L. & Mendonça, M. H. M. (2012). Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L. V. C., Noronha, J. C. & Carvalho, A. I. (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro, Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0019>
- Hirdes, A. & Scarparo, H. B. K. (2015). O labirinto e o minotauro: saúde mental na atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2), 383-393. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.12642013>
- Januário, T. G. F. M., Varela, L. D., Oliveira, K. N. S., Faustino, R. S., & Pinto, A. G. A. (2023). Escuta e valorização dos usuários: Concepções e práticas na gestão do cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(8), 2283–2290. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023288.05952023en>

- Jones, A. C., & Cutcliffe, J. R. (2009). Listening as a method of addressing psychological distress. *Journal of Nursing Management*, 17, 352–358. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.00998.x>
- MAROS, A. Reduzida em 26%, Saúde da Família poderia ajudar a frear Covid-19 em Curitiba. *Jornal Plural*, Curitiba, 14 de setembro de 2020. Disponível em < <https://www.plural.jor.br/noticias/vizinhanca/reduzida-em-26-saude-da-familia-poderia-ajudar-a-frear-covid-19-em-curitiba/> > acesso em 15/09/2024.
- Mesquita, A. C., & Carvalho, E. C. (2014). A escuta terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: Uma revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(6), 1127–1136. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000700022>
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (12ª ed.). Hucitec.
- Nascimento, J. M. F., Carvalho Neto, J. F., Vieira Júnior, D. N., Braz, Z. R., Costa Júnior, I. G., Ferreira, A. C. C., Santos, L. E. S., & Oliveira, A. K. S. (2020). Escuta terapêutica: Uma tecnologia do cuidado em saúde mental. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 14, 244–257. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.244257>
- Oliveira, A. B., Barbosa, V. F. B., Alexandre, A. C. S., Santos, S. C., & Santos, D. C. S. (2020). O acolhimento na rede de atenção psicossocial: Estudo descritivo-exploratório. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 19(2). <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20206374>
- Ricoeur, P. (1988). *O conflito das interpretações: Ensaio de hermenêutica* (M. F. Sá Correia, Trad.). Rés.
- Ricoeur, P. (2013). *Hermenêutica e ideologias* (3ª ed.). Vozes.
- Sant’Ana, M. R. L. V. (2022). *A produção de vínculos entre usuários com sofrimento psíquico grave, seus familiares e equipes de Saúde da Família* (Master’s thesis, Universidade Federal de Minas Gerais).
- Santos, A. B. (2019). Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na atenção básica. *APS em Revista*, 1(2), 170–179. <https://doi.org/10.14295/aps.v1i2.23>
- Santos, R. O. M. (2018). Vínculo longitudinal na Saúde da Família: Construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28(2), e280206. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280206>
- Starfield, B. (2002). *Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. UNESCO; Ministério da Saúde.
- Treichel, C., & Campos, R. (2022). Avaliação da atuação da rede comunitária de saúde mental em um município paulista de médio porte. *Saúde em Debate*, 46(132), 121–134. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213208>
- Yasui, S., Luzio, C. A., & Amarante, P. (2018). Atenção psicossocial e atenção básica: A vida como ela é no território. *Revista Polis e Psique*, 8(1), 173–190. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.80426>



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA EM SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE ATRAVÉS DA TEORIA DA SUBJETIVIDADE¹

*Grupos de Ayuda Mutua en Salud Mental:
un análisis desde la Teoría de la Subjetividad*

*Mutual Help Groups in Mental Health:
an analysis through the Theory of Subjectivity*



Daniela Viecili Costa Masini  

Doutoranda no Departamento de Antropologia, SOAS –
Universidade de Londres, Reino Unido



Daniel Magalhães Goulart  

Professor Adjunto da Faculdade de Educação,
Universidade de Brasília (UNB), Brasil

¹ Parte da estruturação inicial deste texto contou com o auxílio de ferramentas de **inteligência artificial** para organização textual, revisada adaptada e validada pelos autores e autoras.

Resumo

Neste trabalho discutimos estratégias participativas em saúde mental e suas contribuições para a reforma psiquiátrica brasileira, com base em uma pesquisa qualitativa sobre a subjetividade social de um grupo de ajuda mútua, fundamentado na Metodologia Construtivo-Interpretativa, na Epistemologia Qualitativa e na Teoria da Subjetividade de Fernando González Rey. Os participantes foram integrantes de um grupo de ajuda mútua no Distrito Federal (Brasil), e o instrumento de pesquisa consistiu em dinâmicas conversacionais. Os resultados indicam que, por um lado, o grupo expressa processos subjetivos que reafirmam a centralidade do profissional de saúde na condução do cuidado; por outro, evidenciam tensões internas que desestabilizam essa centralidade, abrindo espaço para práticas de cuidado mais horizontais, dialógicas e participativas. Conclui-se que é precisamente nesses espaços de tensão e contradição que se produzem processos de desinstitucionalização, evidenciando o valor de estratégias participativas no fortalecimento e na continuidade da reforma psiquiátrica.

Palavras-chave: Saúde Mental, Ajuda Mútua, Subjetividade.

Resumen

En este trabajo discutimos estrategias participativas en salud mental y sus contribuciones a la reforma psiquiátrica brasileña, a partir de una investigación cualitativa sobre la subjetividad social de un grupo de ayuda mutua, fundamentada en la Metodología Constructivo-Interpretativa, la Epistemología Cualitativa y la Teoría de la Subjetividad de Fernando González Rey. Los participantes fueron integrantes de un grupo de ayuda mutua en el Distrito Federal (Brasil), y el instrumento de investigación consistió en dinámicas conversacionales. Los resultados indican que, por un lado, el grupo expresa procesos subjetivos que reafirman la centralidad del profesional de la salud en la conducción del cuidado; por otro, evidencian tensiones internas que desestabilizan esa centralidad, abriendo espacio para prácticas de cuidado más horizontales y participativas. Se concluye que es precisamente en estos espacios de tensión y contradicción donde se producen procesos de desinstitucionalización, lo que pone de relieve el valor de las estrategias participativas en el fortalecimiento y la continuidad de la reforma psiquiátrica.

Palabras clave: Salud Mental, Ayuda Mutua, Subjetividad.

Abstract

In this paper, we discuss participatory strategies in mental health and their contributions to the Brazilian psychiatric reform, based on a qualitative study of the social subjectivity of a mutual help group, grounded in the Constructive-Interpretative Methodology, Qualitative Epistemology, and the Theory of Subjectivity developed by Fernando González Rey. The participants were members of a mutual help group in Federal District (Brazil), and the research instrument consisted of conversational dynamics. The results indicate that, on the one hand, the group expresses subjective processes that reaffirm the centrality of health professionals in care; on the other, they reveal tensions and that unsettle and reconfigure this position, opening space for more horizontal, dialogical, and participatory practices of care. We conclude that it is precisely within these spaces of tension and contradiction that processes of deinstitutionalization are produced, highlighting the value of participatory strategies in strengthening and sustaining the psychiatric reform.

Keywords: Mental Health, Mutual Help, Subjectivity.

Introdução

Um dos desafios atuais da reforma psiquiátrica brasileira é a priorização de práticas de cuidado conduzidas por profissionais de saúde em detrimento de estratégias voltadas para o fomento e o fortalecimento de vínculos sociais (Cruz, Gonçalves & Delgado, 2020), o que pode estar associado, entre outros fatores, à persistência de práticas de cuidado medicalizantes e objetificantes mesmo em serviços substitutivos em saúde mental (Goulart, 2019).

Nesse contexto, estratégias participativas em saúde mental, como grupos de ajuda mútua, representam uma via potencial para a desinstitucionalização – um amplo processo de reconfiguração dos saberes e das práticas sociais relacionadas à “loucura” (Nascimento & Silva, 2020) – na medida em que tais estratégias podem configurar um espaço para a (re)invenção de socialidades alternativas às formas hegemônicas.

Algumas das estratégias participativas em saúde mental foram pensadas com base em modelos importados de países ditos “desenvolvidos” e, portanto, ainda precisam ser mais estudadas em contextos latino americanos, tal como o brasileiro, que são frequentemente marcados por intensa desigualdade social, racismo e sexismo.

Neste trabalho temos como objetivo refletir sobre as potencialidades e desafios das estratégias participativas no cenário da reforma psiquiátrica brasileira, em específico da estratégia de ajuda-mútua (Vasconcelos, 2013, 2017; Figueiredo, 2021; Lainas, 2023; Sevelius et al., 2024; Corradi-Webster et al., 2025), a partir do relato de uma pesquisa sobre a subjetividade social de um grupo de ajuda mútua no Distrito Federal, Brasil.

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa que se baseou nos aportes da Teoria da Subjetividade em uma perspectiva histórico-cultural, da Metodologia Construtivo-Interpretativa e da Epistemologia Qualitativa, de autoria de Fernando González Rey (González Rey, 2015, 2019a, 2019b; González Rey & Mitjans Martínez, 2019, 2025).

A reforma psiquiátrica e estratégia de ajuda mútua no Brasil

Um dos marcos iniciais da reforma psiquiátrica no Brasil consistiu na formação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) – o primeiro movimento nacional organizado que visava transformar as formas de cuidado de pessoas em sofrimento psíquico.

Inicialmente, o MTSM defendia propostas predominantemente técnicas, expressando o descontentamento dos profissionais de saúde com suas condições de trabalho. Esse fato é interessante para exemplificar tanto a presença histórica dos profissionais de saúde na reforma psiquiátrica brasileira, quanto o potencial de transformação da participação dos usuários dos serviços e de seus familiares nesse processo, visto que foi por meio da participação destes últimos, e da influência de outros movimentos sociais, que a proposta do MTSM passou a ter um caráter antimanicomial de fato, defendendo a substituição das instituições manicomiais por outras formas de cuidado (Emmanuel-Tauro & Foschaches, 2018).

A reforma psiquiátrica brasileira foi impulsionada por um momento de intensa reorganização e articulação social no período de redemocratização do país, a partir do qual foram formuladas novas leis, políticas públicas e um novo sistema público de saúde, no qual manicômios seriam progressivamente substituídos por outras formas de cuidado em liberdade.

Mas para além das mudanças em marcos legais e serviços de saúde, parte fundamental da reforma antimanicomial tem sido a organização de iniciativas voltadas a romper a clausura social da loucura, através por exemplo de intervenções na música, pintura, literatura e teatro (Liberato & Dimenstein, 2013; Amarante & Torre, 2018, p. 1100). Como fala Lobosque:

Supor que a instituição (manicomial) está doente, e que é preciso tratá-la [...], sem partir para a invenção de recursos que lhes permitam viver e produzir fora do espaço institucional, significa partir do pressuposto de que o lugar do louco é na instituição e não na cultura (2001, p.18).

A fala de Lobosque chama a atenção para como transformar o cuidado das pessoas em sofrimento mental demanda uma transformação social mais ampla. Isto é, não se trata apenas de mudar os serviços de saúde mental em si.

Desde seu início, a reforma psiquiátrica brasileira tem sido marcada por períodos, ora de avanço, ora de estagnação e/ou retrocesso. Por exemplo, o recente giro político conservador no país, o qual vem associado ao fortalecimento de movimentos que buscam resgatar a centralidade dos profissionais de saúde, em específico de médicos, nos serviços de atenção psicossocial (Costa Masini & Lagoas, 2022). Esse movimento, evidente em diversas portarias, políticas e decretos instituídos entre 2016 e 2019, fragilizou conquistas das décadas anteriores e, como consequência, a internação psiquiátrica voltou a ser promovida como principal forma de tratamento em detrimento das abordagens comunitárias (Cruz et al., 2020).

Como será discutido adiante neste trabalho, a centralidade da atuação dos profissionais de saúde no campo da saúde mental pode associar-se à dificuldade em promover a construção de laços comunitários por parte dos usuários. Isso pode ocorrer mesmo nos serviços substitutivos de saúde mental, dificultando a proposta de tais serviços de favorecerem a (re)inserção social.

Outras pesquisas discutem como o cuidado praticado em serviços substitutivos pode gerar formas sutis de dependência e cronicidade, configurando novas formas de institucionalização, por meio dos quais a vida dos usuários passa a se organizar em torno da instituição de saúde mental e de suas lógicas de funcionamento (Goulart, 2019; Goulart & González Rey, 2019; Corrêa & Lima, 2024). Nesse contexto, observa-se um deslocamento da valorização das relações interpessoais para uma maior ênfase em intervenções medicamentosas, implicando maior centralização do cuidado em profissionais de saúde.

No Brasil, existem algumas normas que regulam a participação social na saúde, principalmente no que diz respeito à processos de gestão, e alguns dispositivos que dão abertura para formas de cuidado menos medicalizantes. Alguns exemplos são a Lei nº 8.142 e a Resolução nº 453, que instituem e regulam os conselhos e conferências de saúde – um dos principais espaços onde usuários e familiares podem participar da construção de políticas públicas e de sua implementação nos âmbitos de atuação municipal, estadual e nacional (Brasil, 1990, 2012).

A Portaria nº 5.738 de 2024 regula o serviço de Centros de Convivência, cuja finalidade é oferecer à população em geral um espaço de sociabilidade, contando com o suporte de profissionais com treinamento na área e/ou experiência na área de saúde. Todavia, essa portaria veda a promoção de atividades em grupo com finalidade “psicoterapêutica”, dando preferência para outras práticas também relevantes que visem fomentar a construção de laços sociais de forma mais ampla (Brasil, 2024).

A *Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas*, e a *Política Nacional sobre Drogas* não incluem estratégias específicas para a formação ou manutenção continuada de grupos ou

associações de usuários e/ou familiares como espaços de participação social *no cuidado*, apesar de que a Portaria n° 3.088, conhecida por instituir a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no país, tem como diretriz “ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares” (Brasil, 2001, 2011, 2019).

O aparato legal e normativo brasileiro pode ser visto como um exemplo internacional no que diz respeito à participação social no desenvolvimento de políticas públicas de saúde. Todavia, percebe-se que as normas que regulam a atenção em saúde mental não fazem referência específica a estratégias participativas de saúde, nem propõem formas de cuidado de pessoas em sofrimento mental menos centradas na atuação de profissionais de saúde.

Dentre tais estratégias participativas, existem os grupos de ajuda mútua, que consistem em espaços para suporte recíprocos entre pares. São grupos não diretivos, que se diferenciam dos grupos terapêuticos em geral, pois o cuidado é compartilhado entre seus membros, e não centrado na figura de um profissional de saúde (Sevelius et al., 2024).

Os grupos de ajuda mútua surgiram historicamente em países europeus e ganharam força na América do Norte, onde tiveram papel fundamental no desenvolvimento da perspectiva de Recovery – a qual se baseia na crítica à noção de transtorno mental enquanto doença crônica, progressiva e incapacitante, bem como na defesa de um cuidado que leve em consideração o potencial do indivíduo em situação de sofrimento mental de experienciar processos de vida com qualidade (Figueiredo, 2021).

Na literatura anglofônica sobre a estratégia de ajuda mútua, existem diferentes termos usados para denominá-la, entre os quais constam *mutual support/mutual aid* (suporte ou ajuda mútua) ou *peer support* (suporte por pares). Tais termos são por vezes usados para se referir a grupos de ajuda mútua tal como vem sendo comumente implementados no Brasil (Vasconcelos, 2013). Mas também são usados para se referir a estratégias de cuidado menos pautadas na reciprocidade, que contam com a atuação de indivíduos que já passaram por situações de intenso sofrimento mental, consideram-se recuperados, e atuam ajudando pessoas com transtornos mentais (Lainas, 2023).

Alguns autores situam as estratégias de ajuda mútua e de suporte por pares num continuum: em que grupos de ajuda mútua se aproximam mais de relações de amizade – devido à reciprocidade – e grupos de suporte por pares se aproximam mais da atuação de profissionais de saúde – devido ao estabelecimento de uma relação menos recíproca e mais hierárquica com aquele que é cuidado, apesar de que, ainda assim, a autorrevelação de experiências pessoais por parte dos cuidadores é mais marcante do que na relação entre profissionais de saúde e usuários dos serviços (Davidson et al., 2006; Sevelius et al., 2024).

De modo geral, estratégias participativas de saúde mental permitem a construção de identidades e sociabilidades menos centradas na noção de doença e diagnóstico, mostrando seu potencial enquanto dispositivo de empoderamento em saúde mental (Schneider, 2012). Outras pesquisas apontam para a expansão desse tipo de estratégia no contexto brasileiro (Corradi-Webster et al., 2025), e para seu potencial em desestabilizar perspectivas que associam incapacidade e sofrimento psíquico, abrindo espaço para formas de existência e de cuidado baseadas na participação, na produção de vínculos e na valorização dos saberes situados dos próprios usuários (Figueiredo, 2021).

É válido apontar que, ao abordar o tema do empoderamento, é necessário cautela para não incorrer em perspectivas individualistas e neoliberais, como tem ocorrido em contextos em que

estratégias participativas de saúde mental têm servido como justificativa para a sustentação de um sistema de saúde pouco acessível (Agner & Braun, 2018). Na perspectiva adotada neste trabalho, considera-se que uma característica essencial do processo de empoderamento refere-se a práticas coletivas, a partir das quais é possível criar laços de solidariedade e abrir vias de transformação social, em associação ou não com os dispositivos do Estado.

Além disso, é importante pontuar que não se trata de essencializar a participação de usuários dos serviços e de seus familiares, como se esta fosse a “pílula” que faltava para fazer a reforma psiquiátrica brasileira finalmente se efetivar. A diversificação de vozes é aqui compreendida como um meio de potencializar práticas dialógicas e ampliar o engajamento de diferentes atores na produção de mudanças. No entanto, quando reduzida a mero protocolo, a participação social pode esvaziar-se de seu potencial transformador, tornando-se mais um mecanismo de reprodução das lógicas institucionais que se pretende superar.

Grupos de apoio mútuo podem incentivar práticas dialógicas entre os diferentes atores envolvidos na reforma psiquiátrica, fator essencial para que exista mudança (González Rey & Mitjans Martínez, 2019). Para que tais estratégias se prestem de fato a transformações, convém realizar mais pesquisas sobre o assunto em nosso contexto. A estratégia de ajuda mútua foi desenvolvida em países cujas características sociais, culturais e econômicas são, de modo geral, diferentes daquelas que encontramos na América Latina – algo que deve ser levado em consideração.

Num contexto marcado por intensa desigualdade social, racismo, e sexismo, é certamente desafiador implementar estratégias de saúde pautadas na horizontalidade. É necessário evitar a tendência de apropriação idealística de abordagens e políticas sociais dos países do Norte Global, pois isso acaba por inibir o desenvolvimento de “caminhos próprios”, mais interessantes para compreender e intervir em nossa realidade (Vasconcelos, 2017).

A Teoria da subjetividade em uma abordagem histórico-cultural

A obra de González Rey oferece contribuições teóricas e metodológicas interessantes para a presente discussão, tendo em vista que permite compreender como um grupo de ajuda mútua é vivenciado por seus integrantes, e como o processo de desinstitucionalização se desdobra no âmbito subjetivo.

A Teoria da Subjetividade é uma abordagem histórico-cultural que parte de um esforço teórico em elaborar um conjunto de conceitos interrelacionados para o estudo da subjetividade de forma indissociável da cultura. O autor buscou superar dicotomias que marcam o pensamento moderno, tais como entre o simbólico e o emocional, bem como entre o social e o individual. A crítica a tais dicotomias deu origem à definição ontológica da subjetividade: um sistema simbólico-emocional, cuja unidade básica são os sentidos subjetivos (González Rey & Mitjans Martínez, 2019).

Nessa perspectiva, a divisão entre subjetividade social e individual é principalmente didática, pois estas são mutuamente constitutivas, como “dois lados da mesma moeda”. A dimensão individual da subjetividade refere-se à produção subjetiva acerca da história de vida do indivíduo, a qual se dá num determinado contexto e rede de relações, cuja subjetivação, por sua vez, está relacionada aos diferentes espaços de subjetividade social que a atravessam. A subjetividade social representa “a complexa rede de configurações subjetivas sociais na qual todo o funcionamento social acontece”

(González Rey, 2015, p. 13), expressando-se por meio de representações sociais, discursos, crenças, sexualidade e moralidade expressos nos diferentes espaços sociais. Portanto, a subjetividade não consiste numa formação intrapsíquica isolada da dimensão social, pois o indivíduo se constitui dentro de diferentes subjetividades sociais, ao mesmo tempo que atua como um momento de subjetivação diferenciado destas (González Rey, 2019a). Nesse sentido, é sempre uma produção singular do indivíduo e dos grupos sociais histórico e culturalmente situados.

A subjetividade possui caráter dinâmico e gerador. Os sentidos subjetivos são produzidos em um fluxo não linear e não consciente, que, ao articularem-se entre si, originam configurações subjetivas relativamente estáveis. Estas configurações funcionam como geradoras de novos sentidos subjetivos, e circunscrevem como experiências concretas são subjetivamente vividas.

Nessa perspectiva teórica, indivíduos e grupos sociais estão ativamente implicados na sua produção subjetiva, apesar de que não no controle desta. Dessa forma, pessoas não são meros epifenômenos de processos externos (González Rey, 2019a). Todavia, seu caráter gerador não implica necessariamente que a produção subjetiva de uma pessoa ou grupo irá romper com formas institucionalizadas de ser, pensar e sentir.

Em alguns contextos, a subjetividade social pode funcionar de forma mais limitante, gerando desdobramentos significativos na qualidade dos processos de vida daqueles que participam de tais espaços. Um exemplo disso são formas de subjetividade social que sustentam a lógica manicomial, estreitamente atreladas ao fenômeno da nova institucionalização mencionado anteriormente.

Processos subjetivos sociais relacionados à lógica manicomial dizem respeito a relações entre usuários, familiares e profissionais de saúde marcadas por práticas de cuidado predominantemente patologizantes e pouco dialógicas, que acabam por reduzir o outro ao lugar de objeto de intervenção (Goulart, 2019; Goulart & González Rey, 2019).

A subjetividade social manicomial, como qualquer outra forma de produção subjetiva, não é expressa de forma declarativa na fala dos indivíduos, dado que não é um processo necessariamente consciente ou intencional. Processos subjetivos relacionados a essa lógica também podem estar presentes mesmo em contextos onde predominam discursos em prol da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial (Goulart, 2019).

A leitura da nova institucionalização como expressão de uma subjetividade social manicomial mostra que mudanças nos processos subjetivos não ocorrem apenas por alterações formais nas políticas de saúde mental. Transformações sociais, culturais e institucionais estão sempre ligadas à produção de sentidos subjetivos individuais e sociais, e esses novos sentidos se desenvolvem por meio do diálogo, entendido como um espaço relacional compartilhado que dá abertura para reflexões, tensionamentos e possíveis reconfigurações das práticas sociais. O diálogo (tal como definido no presente referencial teórico) constitui um instrumento fundamental de desinstitucionalização no campo da saúde mental, tal como será discutido adiante neste trabalho (Goulart, 2019).

Metodologia

Esta pesquisa está vinculada ao projeto de pesquisa “Subjetividade, educação e saúde: o desenvolvimento subjetivo em foco”, que conta com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio de bolsa produtividade 2. Também, está vinculada

ao projeto de pesquisa intitulado “Saúde mental, desenvolvimento subjetivo e ética do sujeito: alternativas à patologização da vida”, que foi aprovado pelo Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal.

Em estreita articulação à Teoria da Subjetividade, este artigo fundamentou-se na Epistemologia Qualitativa e na Metodologia Construtivo-Interpretativa de González Rey. A unidade teoria-epistemologia-metodologia permite maior consistência no processo de pesquisa e na sustentação de práticas profissionais (González Rey & Mitjás Martínez, 2019, 2025). Essa proposta enfatiza a produção de conhecimento científico como processo (1) construtivo-interpretativo, (2) dialógico e (3) orientado à legitimação do singular como uma fonte legítima de saber.

O grupo participante desta pesquisa foi um grupo de ajuda mútua em uma cidade do Distrito Federal. Os critérios de inclusão para participação nesta pesquisa consistiram em apresentar interesse para participar, de modo a não haver critérios de exclusão relativos ao diagnóstico, idade ou gênero. Mediante aceitação coletiva do convite de participação na pesquisa, foram realizadas visitas ao grupo ao longo de quatro meses, durante os quais o grupo mantinha encontros com duração média de duas horas, a cada 15 dias.

A pesquisa realizada com base na Metodologia Construtivo-Interpretativa consiste num processo de construção interpretativa, a partir da articulação de informações derivadas de diferentes momentos com o(s) participante(s) da pesquisa. Entende-se que é necessário criar um espaço de expressão autêntica, visando envolver os participantes subjetivamente e, dessa forma, facilitar a expressão de sentidos subjetivos.

Nessa pesquisa os instrumentos utilizados foram dinâmicas conversacionais, as quais consistem num processo dialógico entre pesquisador(a) e participante (González Rey & Mitjás Martínez, 2019, 2025). Em vez de seguir um roteiro estruturado, essas interações são orientadas pelo fluxo da conversa, permitindo que os participantes se expressem de forma mais livre. Esse formato busca criar um espaço de confiança e engajamento, favorecendo a expressão de sentidos subjetivos.

Após cada encontro com o grupo, a pesquisadora (primeira autora do artigo) escreveu trechos de fala e atitudes de participantes, acontecimentos, e percepções sobre o funcionamento do grupo em um diário de campo. A partir desse registro, ela realizou, após cada encontro, uma seleção dos trechos mais significativos para o fenômeno estudado. Em respeito ao sigilo no processo de pesquisa, o conjunto de dados que suporta os resultados deste estudo não está disponível.

Posteriormente a cada sessão, os pesquisadores construíram *indicadores*, isto é, significados atribuídos às informações do campo, os quais não são diretamente e explicitamente enunciados pelos participantes da pesquisa. A articulação de diferentes indicadores conduz à elaboração de hipóteses mais abrangentes sobre o problema estudado, que, em seu processo de construção e desdobramentos culminam no modelo teórico resultante da pesquisa (González Rey & Mitjás Martínez, 2019, 2025).

Resultados e Discussão

Quando iniciada a pesquisa, o grupo de ajuda mútua em questão já existia há cerca de um ano e funcionava de forma “aberta”, isto é, qualquer interessado poderia comparecer aos encontros. A maior parte do grupo era constituída por frequentadoras assíduas: adultas ou idosas, do gênero

feminino, e frequentadoras de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) próximo – um dos principais serviços de saúde mental que visam substituir os manicômios no Brasil. Tanto usuários quanto familiares de usuários desse CAPS frequentavam o grupo.

O grupo começou em 2018, a partir da iniciativa do CAPS local. A proposta dos profissionais era que o grupo se guiasse pelo modelo de ajuda mútua proposto por Vasconcelos (2013), na qual os grupos de ajuda mútua são entendidos como espaços de encontro de pessoas que compartilham experiências de sofrimento psíquico, em que o protagonismo dos integrantes no cuidado do grupo é valorizado.

O modelo de ajuda-mútua discutido por Vasconcelos (2013) ressalta o papel mediador do *facilitador*, responsável por estimular a convivência respeitosa e o compartilhamento de experiências entre os integrantes do grupo. Na prática, essa função — que inclui organizar o tempo e a ordem de fala — é revezada, garantindo que todos tenham voz e participem ativamente no grupo (Figueiredo, 2021).

Segundo alguns dos frequentadores mais antigos do grupo, mesmo este sendo oficialmente aberto, ainda assim ocorria um processo de seleção daqueles que eram informados do grupo, ou convidados a frequentá-lo. Essa seleção informal ficava à cargo das profissionais envolvidas no projeto, as quais mostravam-se preocupadas com o comparecimento de indivíduos em sofrimento que não estariam “preparados” para frequentar aquele espaço.

Com relação à formação inicial do grupo e à possibilidade de fazer um curso de formação de facilitadores, surgiu o seguinte trecho de diálogo com D., usuário do CAPS:

Quando teve o primeiro curso de facilitação, eu quis participar, mas me disseram (os profissionais de saúde) que eu “não contemplava os requisitos”. Mas aí, quando surgiu esse grupo, me chamaram pra participar.

O relato de D. sugere que os profissionais de saúde assumiram o papel de decidir se um determinado indivíduo está apto ou não a desempenhar a função de facilitador. Tais dinâmicas de funcionamento do grupo apontam para a existência de relações de tutela sutis entre os profissionais de saúde e os demais integrantes do grupo. Nesse contexto, apenas determinados indivíduos são vistos como capazes de frequentar esse espaço de ajuda-mútua e, para tanto, precisam atender a determinados pré-requisitos estabelecidos por profissionais de saúde. Essa representação acerca da função dos frequentadores, e em especial, dos facilitadores da estratégia de ajuda mútua, acaba por contribuir com a manutenção de relações de poder assimétricas entre usuários/familiares e profissionais de saúde.

A situação descrita por D. também permite a construção do indicador de que a função de facilitador de grupo de ajuda mútua não é representada como possível via de desenvolvimento dos usuários de saúde mental, dado que apenas aqueles que já contemplam os tais pré-requisitos puderam exercer essa função. Num outro momento, esse indicador foi reforçado ao observar que um dos motivos pelos quais determinada integrante do grupo foi convidada para ser facilitadora foi o fato de ter recebido alta do CAPS, apontando que o aval para participação no curso de facilitadores se baseia em parte na avaliação de melhora clínica dos usuários, expressando implicitamente uma representação de pessoas em sofrimento psíquico enquanto incapazes de assumir responsabilidades no grupo.

Tais indicadores sugerem que a produção subjetiva acerca da atuação do facilitador reproduz a forma como o cuidado é socializado e distribuído em contextos de apoio protagonizados por profissionais de saúde, onde frequentemente rege a representação social do cuidador da área psi enquanto pessoa que já passou por algum tipo de processo terapêutico e treinamento.

Ao longo da pesquisa, percebeu-se que alguns participantes do grupo estavam ali mais pelo desejo de um espaço de escuta individual pelos profissionais de saúde que frequentavam o grupo, do que pela procura por um espaço de convivência em grupo. Por exemplo, num dos encontros do grupo, uma das integrantes agiu como se estivesse numa sessão de terapia individual, não deixando outras pessoas falarem e interagindo apenas com a psicóloga que estava presente. Esse evento sugere que práticas de cuidado centradas na atuação de profissionais de saúde podem articular-se ao concomitante desinvestimento em relações de apoio mútuo dentro de um grupo.

É válido ressaltar que as profissionais envolvidas no grupo posicionavam-se de forma crítica quanto à expectativa compartilhada por membros do grupo de que elas liderariam seu funcionamento. Expressavam também a expectativa de que, com o passar do tempo, o grupo começaria a funcionar de forma mais autônoma.

Na seguinte fala, E., uma ex-usuária do CAPS, conta sua trajetória até o grupo de ajuda mútua:

Eu fui no CAPS durante um ano, ia só no grupo de caminhada, passei um ano sem ver um psicólogo de lá. Fui no psiquiatra particular mesmo, e lá no CAPS só renovavam minhas receitas. Aí, eu recebi alta e me falaram desse grupo que tem uma psicóloga. Aí, eu vim.

Apesar de que a proposta desse tipo de grupo é promover relações de ajuda mútua entre todos os seus integrantes, E. parece ter ido ao grupo exatamente pela presença de uma psicóloga. Seu tom de crítica velada ao falar do CAPS, quando diz que ia “só” no grupo de caminhada, sem ver nenhum psicólogo ou psiquiatra do serviço, aponta para a desvalorização de relações interpessoais de ajuda mútua com outras pessoas em sofrimento psíquico, bem como para um sentimento de insatisfação com o serviço de saúde mental que frequentava. Outros integrantes do grupo também expressaram tais sentimentos de insatisfação ou de distanciamento em relação a outros serviços de saúde, permitindo a construção do indicador de que esta era uma motivação importante para a participação no grupo de ajuda mútua por parte de alguns de seus membros.

Além disso, o fato de que, no único encontro do grupo em que não havia profissionais de saúde, apenas quatro pessoas compareceram, reforça o indicador de que a presença de um profissional é pré-condição para o encontro aconteça, ao menos para parte do grupo. Tendo em vista tais indicadores, pode-se formular a hipótese de que processos subjetivos relacionados à centralidade da atuação do profissional de saúde no cuidado são dominantes no funcionamento do grupo.

Num dos encontros do grupo, ocorreu que os integrantes que já haviam feito um curso de formação de facilitadores não estavam dispostos a desempenhar essa função naquele dia, e os outros integrantes do grupo não se sentiram confortáveis em fazê-lo, alegando que só poderiam ser facilitadores se tivessem feito o curso para facilitadores. Nesse dia, a função de facilitador acabou recaindo sobre a psicóloga.

Mesmo a psicóloga tendo ciência de que a função de amparo estava sendo delegada a ela, e apesar de sua postura crítica em relação a isso, ela sentia-se no dever de cuidar dos integrantes do grupo tal como o faria cotidianamente em um CAPS. Apontando para a dificuldade de romper com formas de cuidado transpostas de outros espaços institucionais. Assim, a “ajuda” acaba por ser relegada a determinadas pessoas, em especial aos profissionais de saúde, e não compartilhada pelos integrantes do grupo – o que reduz substancialmente a condição de protagonismo destes.

Ainda assim, foi possível notar como as produções subjetivas dominantes do grupo estão em contínuo tensionamento com processos subjetivos relacionados à formas alternativas de distribuição da prática de cuidado. Por exemplo, em determinado encontro, J. — um homem habitualmente quieto e reservado — surpreendeu ao cumprimentar as novas pessoas e dar-lhes as boas-vindas, demonstrando uma postura claramente diferente do seu comportamento usual.

A pesquisadora encontrava-se sentada junto a J. e outra integrante do grupo, conversando casualmente antes do começo do encontro. Ao notar a chegada de pessoas novas no ambiente, J. comentou, direcionando-se à pesquisadora “olha, tem um pessoal novo chegando, alguém precisa receber eles.” A pesquisadora deu um sinal de que havia percebido, mas fingiu não entender o pedido implícito que parecia ser endereçado a ela. Vendo que nenhuma das duas se moveram, J. levanta e vai ele mesmo receber e conversar com os recém chegados.

É válido ressaltar que J. era de modo geral silencioso, e raramente falava nos encontros, mostrando-se por vezes, um tanto quanto “desorganizado”. Dessa forma, ele não se enquadrava na concepção hegemônica, naquele espaço, de alguém que era capaz de cuidar de outros. Mesmo assim, exerceu essa função de forma alegre e sem aparentes dificuldades.

O exemplo de J. mostra o potencial de grupos de ajuda mútua em subverter os critérios hegemônicos segundo os quais o cuidado é distribuído e socializado. Ao dispor-se em receber os recém chegados, J. colocou em xeque a configuração social hegemônica que o desqualificaria para exercer o cuidado – a qual articula-se à associação entre incapacidade e sofrimento mental – e também desafiou normas sociais que tendem a alocar a função de cuidado em figuras femininas, como a pesquisadora.

O grupo oferecia também maior abertura para posicionamentos críticos quanto à centralidade da atuação dos profissionais de saúde no cuidado de pessoas em sofrimento mental. Isso fica mais explícito no seguinte trecho de fala de D.:

Um dia desses convidei um usuário lá do CAPS pra vir pro grupo. Aí, ele fez aquela pergunta (risos): “Tem profissional de saúde lá?” Aí eu falei que tinha a assistente social e a psicóloga. Parece que o pessoal só pensa nisso!

Assim, foi possível perceber que havia processos subjetivos que tensionavam o institucionalizado no grupo. Para permitir o desenvolvimento dessas formas alternativas de ser, seria necessário investir em espaço dialógicos em que tais tensões e conflitos fossem reconhecidos e debatidos no grupo. No entanto, nem sempre isso ocorria. O seguinte trecho de conversa ocorreu entre M. e uma profissional de saúde durante um dos encontros do grupo:

M.: O professor disse que tem que separar o grupo dos familiares do grupo dos usuários. E aí gente, quando nós vamos discutir isso?

Profissional de saúde: Sim, nós vamos discutir isso no grupo de supervisão dos facilitadores, não aqui, aqui é ajuda-mútua.

Nesse trecho de conversa, M. questiona o grupo acerca de um tema de interesse comum, expressando uma abertura ao diálogo com outros integrantes do grupo quanto à gestão do cuidado naquele espaço. Ela se refere à fala de um estudioso (o “professor”) que costuma ser palestrante em cursos de formação de facilitadores de grupos de ajuda-mútua, referidos anteriormente, quem orientava que grupos de ajuda-mútua devem ser divididos entre familiares e usuários. No caso analisado aqui, familiares e usuários participavam do mesmo grupo.

Respondendo a M., a profissional estabelece que o assunto será debatido na reunião entre facilitadores e profissionais de saúde, que ocorria periodicamente visando oferecer suporte aos facilitadores no desempenho de suas funções. Isso de fato ocorreu, visto que nenhum daqueles presentes se opôs à sua decisão. Ainda assim, o fato de a pergunta de M. poder emergir nesse espaço aponta para o tensionamento entre diferentes modos de gestão do cuidado ali em jogo.

Trata-se de um tensionamento que só se torna possível na medida em que foi coletivamente construído, ainda que de forma contraditória: a mesma profissional que, naquele momento, assume o lugar de uma autoridade, dizendo o que pode ou não ser feito ali; em outros momentos, defendia ativamente a proposta de ajuda-mútua diante das críticas de outros profissionais do CAPS onde trabalhava. Da mesma forma que M., que num momento instigava o diálogo, em outros monopolizava a conversa, direcionando se exclusivamente às profissionais de saúde presentes.

O caso discutido mostra que grupos de ajuda mútua constituem espaços importantes de desenvolvimento não apenas para usuários de serviços e seus familiares, mas também de profissionais de saúde, visto que, nesse contexto, profissionais podem experimentar relações e modos de atuação que desafiam lógicas institucionais tradicionais — potencialmente favorecendo mudanças nos outros cenários em que estes porventura atuem.

Considerações Finais

O objetivo desse trabalho foi compreender processos da subjetividade social de um grupo de ajuda mútua, visando aprofundar a discussão acerca da implementação de estratégias participativas de saúde mental no cenário brasileiro. Com base no que foi discutido, um aspecto importante na configuração subjetiva social do grupo estudado é a busca por um espaço de cuidado centrado na atuação de um profissional de saúde. Já a proposta de apoio mútuo em si parece ser secundária em relação ao que motiva os membros a participar do grupo.

Na Teoria da Subjetividade, ações são entendidas como configuradas subjetivamente, e não externas à subjetividade (González Rey, 2019b). Dito isso, as práticas de cuidado e as relações interpessoais presentes nesse grupo compõem configurações subjetivas sociais que têm um papel importante na produção de novos sentidos subjetivos nesse espaço social.

Nesse grupo, a priorização do cuidado exercido por profissionais parece estar articulada à associação entre transtorno mental e incapacidade, e à manutenção de uma relação de tutela entre os profissionais da saúde e os outros integrantes. Nota-se que tais processos subjetivos desdobram-se na forma como o cuidado é socializado e distribuído no grupo. Aqueles percebidos como mais aptos para a função de cuidado, e sobre os quais tal função frequentemente recai, são indivíduos

que passaram por algum tipo de treinamento, e que estão em condições de saúde supostamente adequadas para cuidar de outros.

Todavia, gestos de cuidado, aberturas ao diálogo, posicionamentos críticos, e o esforço em cultivar a existência do grupo num contexto onde estratégias participativas de saúde mental ainda são pouco valorizadas, apontam que os processos subjetivos sociais de centralidade da atuação de profissionais de saúde no cuidado estão em tensionamento nesse espaço, e ilustram o potencial de desinstitucionalização desse tipo de estratégia.

Aqui é possível diferenciar a desinstitucionalização tal como é comumente abordada – enquanto um conceito amplo e por vezes vago (Nascimento & Silva, 2020) – da desinstitucionalização tal como se dá no ritmo do dia-a-dia: um processo que se realiza nas relações cotidianas, e que avança de forma desigual em relação às transformações institucionais mais amplas. Como sugere Lefebvre (1991), a vida cotidiana constitui um plano específico da experiência social, no qual as mudanças ocorrem de maneira não linear e frequentemente contraditória.

Para que a reforma psiquiátrica cumpra com seu projeto de transformação, é necessário investir em espaços dialógicos que mobilizem seus atores, favorecendo que familiares e usuários de saúde possam assumir o lugar de sujeitos desse processo. Afinal, como dito anteriormente, a reforma psiquiátrica brasileira só adquiriu um caráter antimanicomial a partir da participação de outras vozes nesse movimento.

É importante destacar que a proposta de ampliar a participação de usuários dos serviços de saúde mental e de seus familiares nas práticas de cuidado não implica dizer que suas perspectivas sejam ou serão necessariamente favoráveis aos processos de desinstitucionalização. Não se trata de presumir tais atores como inerentemente progressistas, em oposição a profissionais de saúde supostamente reprodutores, como que por natureza, de lógicas manicomiais.

O presente estudo aponta que os grupos de ajuda mútua configuram espaços potentes para o tensionamento e mudança de formas institucionalizadas de pensar e praticar o cuidado, justamente por oferecerem um lugar de (re)invenção, onde um integrante se sente autorizado a questionar: “E aí gente, quando nós vamos discutir isso?”

Os desafios da reforma psiquiátrica extrapolam a afirmação de princípios gerais, e somente podem ser abordados com contundência se a dimensão subjetiva dos processos humanos implicados no campo da saúde mental for levada em consideração.

Referências

- Agner J. & Braun K.L. (2018). Patient empowerment: A critique of individualism and systematic review of patient perspectives. *Patient education and counseling*, 101, 2054-2064.
- Amarante, P., & Torre, E. H. G. (2018). “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Revista De Administração Pública*, 52(6), 1090–1107.
- Brasil. (1990, 28 de dezembro). *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*. Diário Oficial da União.

- Brasil. (2001, abril 6). *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*. Diário Oficial da União.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011, 23 de dezembro). *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.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. (2012, 10 de maio). *Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012: Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde*. Diário Oficial da União.
- Brasil. (2019, abril 11). *Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019: Dispõe sobre a Política Nacional sobre Drogas e estabelece diretrizes para ações de cuidado, tratamento, acolhimento e reinserção social*. Diário Oficial da União.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2024, novembro 14). *Portaria GM/MS nº 5.738, de 14 de novembro de 2024: Altera as Portarias de Consolidação MS nºs 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Centro de Convivência - CECO da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS*. Diário Oficial da União.
- Corradi-Webster, C. M., Reis, G., Brisola, E. B. V., Sampaio, C. A., Araujo, C. N. P., Rufato, L. S., Oliveira, R. a. S., Ricci, R. É. C., de Oliveira, W. F., de Oliveira, B. R., Bellamy, C., & Costa, M. (2025). A reflection on the role of individuals with lived experience in shaping the Brazilian psychiatric reform. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 1–7.
- Corrêa, L. M., & Lima, R. C. (2024). A tendência à neoinstitucionalização e o discurso religioso: Elementos de análise para a reforma psiquiátrica. *Saúde e Sociedade*, 33, e230288pt.
- Costa-Masini, D. V., & Lagoas, J. M. (2022). Análisis de los Discursos Médico y Bolsonaroista: un estudio sobre las pretensiones de “despolitización” de la política en Brasil. *V Congreso Latinoamericano y Caribeño de Ciencias Sociales*, 2, 817–834.
- Cruz N.F.O., Gonçalves R.W., & Delgado P.G.G. (2020). Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3).
- Davidson L., Chinman M., Sells D., & Rowe M. (2006). Peer support among adults with serious mental illness: a report from the field. *Schizophrenia bulletin*, 32(3),443-50.
- Emmanuel-Tauro D.V. & Foschaches D.A.L. (2018). As atuais políticas de saúde mental no Brasil: reflexões à luz da obra de Cornelius Castoriadis. *Mental*, 12(22), 90-112.
- Figueiredo A.P. (2021). Grupos de recuperação e ajuda mútua e apoio em saúde mental: Análise de uma experiência. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 14 (2), 93-103.
- González Rey L.F. (2015). A new path for the discussion of social representations: Advancing the topic of subjectivity from a cultural-historical standpoint. *Theory & Psychology*, 25(4), 494–512.

- González Rey L.F. (2019a). Subjectivity as a New Theoretical, Epistemological, and Methodological Pathway Within Cultural-Historical Psychology. In: González Rey L.F, Mitjás Martínez A., Goulart D.M. (eds.). *Subjectivity within Cultural-Historical Approach*. Singapore: Springer.
- González Rey L.F. (2019b). Subjectivity in debate: Some reconstructed philosophical premises to advance its discussion in psychology. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 49, 212-234.
- González Rey L.F., & Mitjás Martínez A. (2019). The Constructive-Interpretative Methodological Approach: Orienting Research and Practice on the Basis of Subjectivity. In: González Rey L.F, Mitjás Martínez A., Goulart D.M. (eds.). *Subjectivity within Cultural-Historical Approach*. Singapore: Springer.
- Goulart D.M. (2019). *Saúde mental, desenvolvimento e subjetividade*. São Paulo: Cortez Editora.
- Goulart D.M., & González Rey L.F. (2019). Studying Subjectivity in Mental Health Services: Education, Subjective Development and the Ethics of the Subject. In: González Rey L.F, Mitjás Martínez A., Goulart D.M. (eds.). *Subjectivity within Cultural-Historical Approach*. Singapore: Springer.
- Lainas S. (2023). Self-help/mutual aid groups for health and psychosocial problems: Key features and their perspectives in the 21st century. *American Journal of Community Psychology*, 72(3–4), 271–287.
- Lefebvre, H. (1991). *Critique of Everyday Life*. London: Verso.
- Liberato, M. T. C., & Dimenstein, M.. (2013). Arte, loucura e cidade: a invenção de novos possíveis. *Psicologia & Sociedade*, 25(2), 272–281.
- Lobosque AM. Experiências da loucura. Rio de Janeiro: Garamond; 2001.
- Nascimento, M. S., & Silva, M. B. B. E. (2020). Desinstitucionalização em debate: Uma etnografia em eventos de saúde mental. *Saúde em Debate*, 44(spe3), 33–44.
- Sevelius, J., Saggese, G., Gomez, J. L., Carvalho, P. G. C. de, Santos, C. A. da S., Wanzeller, M. das M. de O., Lippman, S., & Veras, M. A. (2024). Peer support workers as a tool to expand access and improve the quality of care for transgender women and travestis in Brazil. *Epidemiologia E Serviços De Saúde: Revista Do Sistema Único De Saúde Do Brasil*, 33(spe1), e2024324.
- Schneider, B. (2012). Participatory Action Research, Mental Health Service User Research, and the Hearing (Our) Voices Projects. *International Journal of Qualitative Methods*, 11(2).
- Vasconcelos E.M (coord.) (2013). *Manual de ajuda e suporte mútuos em saúde mental*. Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ.
- Vasconcelos E.M. (2017). As abordagens anglo-saxônicas de empoderamento e recovery (recuperação, reestabelecimento) em saúde mental I. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 9(21),31-47.



O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR PELO MODELO MULTIDIMENSIONAL: CONSIDERANDO A PESSOA, O COTIDIANO E O CONTEXTO AMBIENTAL

*The unique therapeutic project through a multidimensional model:
considering the person, daily life, and environmental context*

*El proyecto terapéutico individualizado a través de un modelo
multidimensional: considerando a la persona,
la vida cotidiana y el contexto ambiental*



Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de Oliveira Silva  

Resumo

A Classificação de Incapacidade e Funcionalidade em Saúde foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde para conhecer os aspectos da saúde de uma pessoa, mesmo com um diagnóstico, sendo um paradigma de saúde nacional e internacional. O objetivo deste estudo foi descrever o uso do diagrama como um modelo de Projeto Terapêutico Singular e refletir à luz do modelo de reabilitação psicossocial. A abordagem foi qualitativa, utilizando dados da pesquisa Saúde Funcional na saúde mental, descrevendo o uso de um diagrama dos componentes no processo de acolhimento, avaliação e organização do Projeto Terapêutico Singular, que facilitou na coprodução da problematização e na cogestão do processo de trabalho além da remissão dos signos psicopatológicos para a cotidianidade. Finalmente, a organização do uso deste classificador como Projeto Terapêutico Singular favoreceu valorizar o desenvolvimento da saúde funcional, mas também sistematização de estratégia para profissionais que lidam com a reabilitação psicossocial.

Palavras Chaves: CIF, Reabilitação psicossocial, Projeto Terapêutico Singular, Saúde mental

Abstract

The Disability and Functioning in Health Classification (DFC) was developed by the World Health Organization to understand aspects of a person's health, even with a diagnosis, and serves as a national and international health paradigm. The objective of this study was to describe the use of this diagram as a model for an Individualized Therapeutic Project and to reflect on it in light of the psychosocial rehabilitation model. The approach was qualitative, using data from the Functional Health in Mental Health research, describing the use of a diagram of the components in the process of welcoming, evaluating, and organizing the Individualized Therapeutic Project. This facilitated the co-production of problem-solving and the co-management of the work process, as well as the remission of psychopathological signs to daily life. Finally, the organization of the use of this classifier as an Individualized Therapeutic Project favored the development of functional health, but also the systematization of strategies for professionals who deal with psychosocial rehabilitation.

Keywords: ICF, Psychosocial rehabilitation, Individualized Therapeutic Project, Mental health

Resumen

La Clasificación de Discapacidad y Funcionamiento en Salud (CDFS) fue desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para comprender aspectos de la salud de una persona, incluso con un diagnóstico, y sirve como paradigma de salud nacional e internacional. El objetivo de este estudio fue describir el uso de este diagrama como modelo para un Proyecto Terapéutico Individualizado y reflexionar sobre él a la luz del modelo de rehabilitación psicossocial. El enfoque fue cualitativo, utilizando datos de la investigación sobre Salud Funcional en Salud Mental, describiendo el uso de un diagrama de los componentes en el proceso de acogida, evaluación y organización del Proyecto Terapéutico Individualizado. Esto facilitó la coproducción de la resolución de problemas y la gestión del proceso de trabajo, así como la remisión de signos psicopatológicos a la vida diaria. Finalmente, la organización del uso de este clasificador como un Proyecto Terapéutico Individualizado favoreció el desarrollo de la salud funcional, pero también la sistematización de estrategias para los profesionales que trabajan en rehabilitación psicossocial.

Palabras clave: CIF, rehabilitación psicossocial, proyecto terapéutico individualizado, salud mental

Introdução

Este artigo apresenta como objetivo descrever o uso do Classificador de Funcionalidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma proposta de Projeto Terapêutico Singular (PTS) e assim refletir sobre o modelo multidimensional na reabilitação psicossocial em saúde mental sob o enfoque das demandas reais da pessoa e suas intercessões com a comunidade.

O sofrimento psíquico em saúde mental é gerador de danos em diversas dimensões de uma pessoa, interferindo na sua saúde funcional e que, segundo Saidón (2008), deve nos fazer pensar em estratégias terapêuticas que habilitem relacionar as produções sociais e subjetivas para os domínios em saúde em práticas eficazes e sistemática clínica, possibilitando construir evidências, produzindo um cuidado integral, em consonância com o modelo de reabilitação psicossocial.

A CIF é uma classificação desenvolvida pela OMS (2022) para conhecer os aspectos da saúde de uma pessoa, mesmo com um diagnóstico, e que independentemente das condições de saúde e doença, apresenta incapacidades, mas também funcionalidades preservadas. Para isso, é utilizado uma linguagem comum e padronizada que permite a comunicação de evidências em todo o mundo entre os vários campos profissionais, com os objetivos de: (i) fornecer um sistema de codificação sobre funcionalidade e saúde; (ii) possibilitar uma tomada de decisão estratégica; (iii) promover ações de saúde e favorecimento da equidade; e (iv) desenvolver ações para a gestão de política pública.

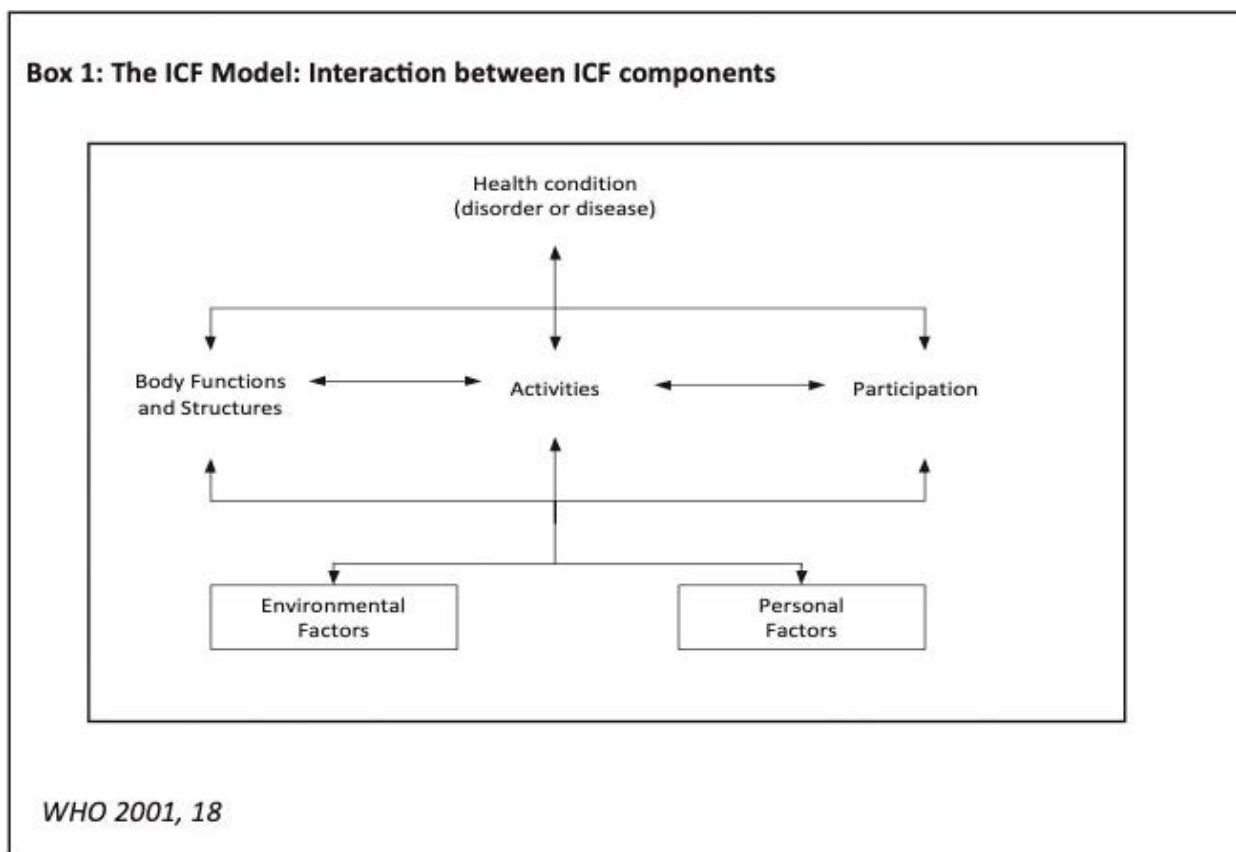
Este classificador apresenta como paradigma a saúde funcional em que,

- (i) Duas pessoas com a mesma doença não têm, necessariamente, o mesmo nível funcional;
- (ii) Duas pessoas com a mesma alteração funcional não têm, necessariamente, a mesma doença; e
- (iii) Duas pessoas com as mesmas deficiências não têm, necessariamente, as mesmas incapacidades (OMS, 2004).

A CIF está organizada em dois grandes enfoques: (i) a funcionalidade e a incapacidade nos componentes de função (b) como os sistemas do corpo, de estrutura (s) nas partes topográficas do corpo, e nos domínios (d) na participação das atividades; e (ii) os contextos relacionados aos facilitadores e barreiras ambientais (e) e aos fatores pessoais, neste último não classificado pela CIF.

O modelo de funcionalidade e incapacidade considera-se como um processo interativo e evolutivo que possibilita encaminhar diferentes aspectos deste modelo, por meio de um diagrama que auxilia na visualização da compreensão da interação dinâmica entre seus componentes; orientando que a funcionalidade de uma pessoa em um domínio específico ocorre por uma interação de aspectos complexos entre estados ou condição de saúde e fatores contextuais.

Figura 1 - Interações entre os componentes da CIF.



Fonte: OMS (2022)

Por meio deste diagrama os componentes da CIF apresentam uma interrelação dinâmica, ou seja, a intervenção em um componente pode corresponder na modificação de aspectos em um ou mais componentes, sob dois enfoques: (i) explorando as associações e ligações causais; e (ii) descrever a experiência de saúde na sua totalidade, sob o prisma biopsicossocial.

Todos os componentes são úteis. Pois uma pessoa pode:

(...) ter deficiência sem limitação (uma desfiguração resultante da doença de Hansen pode não ter efeito sobre a capacidade da pessoa); ter problemas de desempenho e limitações de capacidade sem deficiências evidentes (redução de desempenho nas atividades diárias associadas a várias doenças) ; ter problemas de desempenho sem deficiências ou limitações de capacidade (indivíduo HIV positivo, ou um ex-paciente curado de doença mental, que enfrenta estigma ou discriminação nas relações interpessoais ou no trabalho); ter limitação de capacidade sem a assistência e nenhum problema de desempenho no ambiente habitual (um indivíduo com limitações de mobilidade pode receber tecnologia de assistência da sociedade para se movimentar; e experimentar um grau de influência em sentido contrário (inatividade dos membros pode levar a atrofia muscular; a institucionalização pode resultar em perda das habilidades sociais). (OMS, 2022, p. 33)

A CIF foi implementada no Brasil por meio da Resolução nº 452/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo incluída no Sistema Único de Saúde (SUS) e na saúde suplementar para introduzir no referencial da funcionalidade e incapacidades das pessoas com objetivo de melhorar a qualificação dos registros de saúde, a reabilitação e a formulação de políticas públicas voltadas para pessoas com deficiência ou restrições de saúde.

Esta construção de modelo de cuidado em saúde mostra-se próximo do modelo de reabilitação psicossocial da política de saúde mental brasileiro, que segundo a OMS (2022) torna-se um processo dialético do modelo médico focado na doença, como um problema da pessoa onde a assistência médica é considerada a questão principal; e o modelo social onde o processo de saúde doença está associado a incapacidade, uma integração da pessoa com sua cotidianidade e sociedade.

Neste sentido, considera-se que o diagrama apresentado pelo paradigma da CIF pode ser utilizado como uma forma de Projeto Terapêutico Singular em saúde mental, como uma possibilidade de distanciar da abordagem hospitalocêntrica, centrada nos signos psicopatológicos em si, com velhas praticas tradicionais; e adentrar para abordagens inovadoras que enfoque o sofrimento psíquico, a pessoa e as dimensões de vida cotidiana.

O modelo de reabilitação psicossocial da política de saúde mental brasileira é conceituado como um conjunto de ações que buscam o fortalecimento, a inclusão e o exercício de direitos de cidadania de pacientes e familiares, mediante a criação e o desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho, habitação, educação, cultura, segurança e direitos humanos (Brasil, 2007).

Este modelo apresenta um paradigma em saúde mental que trabalha com tecnologias de empoderamento que agenciam recursos clínicos, materiais, afetivos para a reconstrução de sujeitos, minimização dos danos da experiência, restituição do poder contratual para gerar novas ordens para lidar com enfrentamentos cotidianos (Pitta, 1996).

O Ministério da Saúde considera como diretrizes do cuidado à pessoas em sofrimento psíquico devem constar no PTS, o território, a rede, o acolhimento, a integralidade, a cidadania e a autonomia; por meio de uma organização com itens gerais como, o diagnóstico contextual, a definição de metas, a divisão de responsabilidades e a reavaliação. (Brasil, 2007)

Para isso, é importante ampliar o olhar sobre a pessoa em sofrimento psíquico no PTS que amplie o cuidado do biológico mas também o psicossocial, não de cura mas de restituição dos laços sociais para vencer a exclusão, ampliação da capacidade de criar respostas eficazes para os problemas da vida cotidiana, melhorar a vida cotidiana e não exclusivamente reduzir o sintoma, com a ideia de cura relacionada a autonomia, iniciativa, pró-atividade; e que segundo Oliveira (2008) produzir *movimento de co. gestão e de co. produção do processo terapêutico de um sujeito singular, individual ou coletivo, em situação de vulnerabilidade* (p. 59).

Este estudo parte da questão de pesquisa de como focar no cuidado sem saber como o a pessoa experimenta o sofrimento, como se relaciona com sua rede, e quais os efeitos na sua vida diária? Constituindo como objetivo de descrever o uso do diagrama da CIF como um modelo de

PTS e refletir sobre o cuidado multidimensional em saúde mental sob o enfoque dos processos cotidianos e de saúde funcional à luz do modelo de reabilitação psicossocial.

Metodologia

Esta pesquisa seguiu as Resoluções nº 510 de 2016 e nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Pesquisa com seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (CONEP/CNS) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília, sob o número N. 4.148.978; respeitando os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça e assegurando os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

A abordagem de pesquisa foi qualitativa descritiva de abordagem construtivista social que segundo Creswell (2010) valoriza a participação dos colaboradores e do pesquisador, com significado sobre os instrumentos e subjetividade das vivências; com interação a partir dos contextos históricos e culturais, dando atenção a atividades cotidianas do sujeito, trabalho e história pessoal.

O cenário foi o projeto de extensão e pesquisa intitulado: A saúde funcional no campo da saúde mental, da Universidade de Brasília, que ocorre desde 2020 com o objetivo de descrever os componentes da funcionalidade, incapacidade e saúde dos indivíduos acompanhados pela rede de saúde mental, possibilitando ampliar as estratégias de cuidado.

O desenvolvimento deste projeto ocorre em uma associação não governamental, beneficente e filantrópica que atua há 38 anos, em horário comercial em uma Região Administrativa do Distrito Federal como um centro de acolhimento na comunidade para pessoas em sofrimento psíquico, por meio de diversas oficinas terapêuticas, profissionalizantes, lúdicas, e de geração de renda.

O projeto realiza atendimentos individual e em grupo de Terapia Ocupacional com pessoas de diversas idades que se encontram em sofrimento psíquico onde a CIF foi utilizada na entrada dos participantes de duas formas: (i) por meio de um formulário com os códigos dos itens de cada componente para conhecer o perfil e descrever relatórios de saúde funcional; e (ii) incorporando o diagrama dos componentes da CIF como PTS do acompanhamento, etapa que será descrita neste estudo.

Os participantes do estudo foram informados e convidados a participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde foi priorizado o anonimato dos dados, preservando os participantes da pesquisa, que neste estudo foi focado apenas na descrição e reflexão do uso do diagrama da CIF como PTS e os processos associados a este uso no cuidado em saúde mental.

Portanto o resultado dos dados será a descrição das etapas para construção do PTS desenvolvido no projeto e as reflexões sobre esta estratégia numa correlação do modelo multidimensional e de reabilitação psicossocial.

Resultados e discussão

O diagrama da CIF é utilizado no acolhimento, na avaliação e na organização das estratégias que serão contratualizadas junto as pessoas e familiares para os atendimentos da Terapia Ocupacional.

Inicialmente no acolhimento (Figura 2) ocorre o levantamento dos dados sociodemográficos a escuta da demanda, na qual busca compreender aspectos da pessoa, contextos de saúde e doença, relacionamentos familiares; além de compreender o entendimento sobre o trabalho da Terapia Ocupacional e as expectativas em relação ao que deseja em relação ao processo de cuidado.

Figura 2 – formulário e roteiro para colher as demandas da pessoa que buscou o atendimento.



OCCUPATIONAL THERAPY INTAKE



Date: ___/___/___ Referred: _____

GENERAL INFORMATION

Name: _____

Date of Birth: ___/___/___ **Age** _____ **social security number:** _____ **School/Grade** _____

Adress: _____ **Telephone** _____

Diagnosis / Treatment: _____

Use /CID _____

Name of Guardians: _____ **Occupation** _____ **CPF** _____

_____ **Occupation** _____ **CPF** _____

_____ **Occupation** _____ **CPF** _____

Benefits:
Intake Guide(Gather information while allowing the individual to tell their own story, and, as the process unfolds, provide relevant referrals.)

1. Introduce and learn the names of the individuals, their ages, occupations, and the dynamics of their immediate family relationships (people living with the client).
2. Gather information about the reasons for and needs related to occupational therapy services.
3. Understand the client's routines, habits, occupations, occupational roles, and related contexts, as well as their extended family.
4. Understand family organization and dynamics.
5. Understand what people perceive OT to be—listen and add to, clarify, or inform them about our work at ASSIM.
6. Identify perspectives and needs (based on their understanding of what OT entails) regarding the presented need.
7. Explain the initial work process (assessment/observation, creation of the therapeutic plan, discussion with everyone about the plan), emphasizing the importance of partnership.

O acolhimento mostra como espaço relevante no processo de cuidado para contratualização, compreensão de demandas reais, aspectos singulares da história, definição de corresponsabilidades e cogerção, e repensar nas expectativas sobre o processo de cuidado. Este cenário coaduna com Ministério da Saúde (Brasil, 2007) que associa no modelo de reabilitação psicossocial a clínica ampliada com aspectos relevantes como a escuta no acolhimento oferecendo espaço para acolher qualquer demanda da pessoa e ajudar a reconstruir (e respeitar) o contexto do adoecimento, mas também as correlações que estabelece entre o que sente e a vida.

A segunda etapa ocorre o período de avaliação utilizando diversos recursos, como brinquedos, brincadeiras, jogos pedagógicos ou escritos, colagens e desenhos, onde são levantadas respostas relacionadas a interação, resposta de comandos, afetividade, aspectos do desenvolvimento da idade, como responde as tarefas e ao brinquedo e brincadeira, como se expressa (interação, linguagem e vocabulário, escrita), como está a aprendizagem formal, as funções mentais de acordo com faixa etária, autocuidado, conhecer a rotina geral, os hábitos, as atividade de vida diária, as habilidades, o ambiente familiar e rede de suporte e apoio.

Os dados do acolhimento e da avaliação são organizados de forma esquemática em temáticas dos componentes da CIF (Figura 3), que posteriormente serão organizadas no diagrama da CIF, de forma objetiva para a contratualização do PTS, na qual se define qual(is) componente(s) iremos priorizar no cuidado.

Figura 3 – Organização do conteúdo do acolhimento e avaliação no roteiro dos componentes da CIF.



OCCUPATIONAL THERAPY INTAKE



ASPECTOS PRINCIPAIS

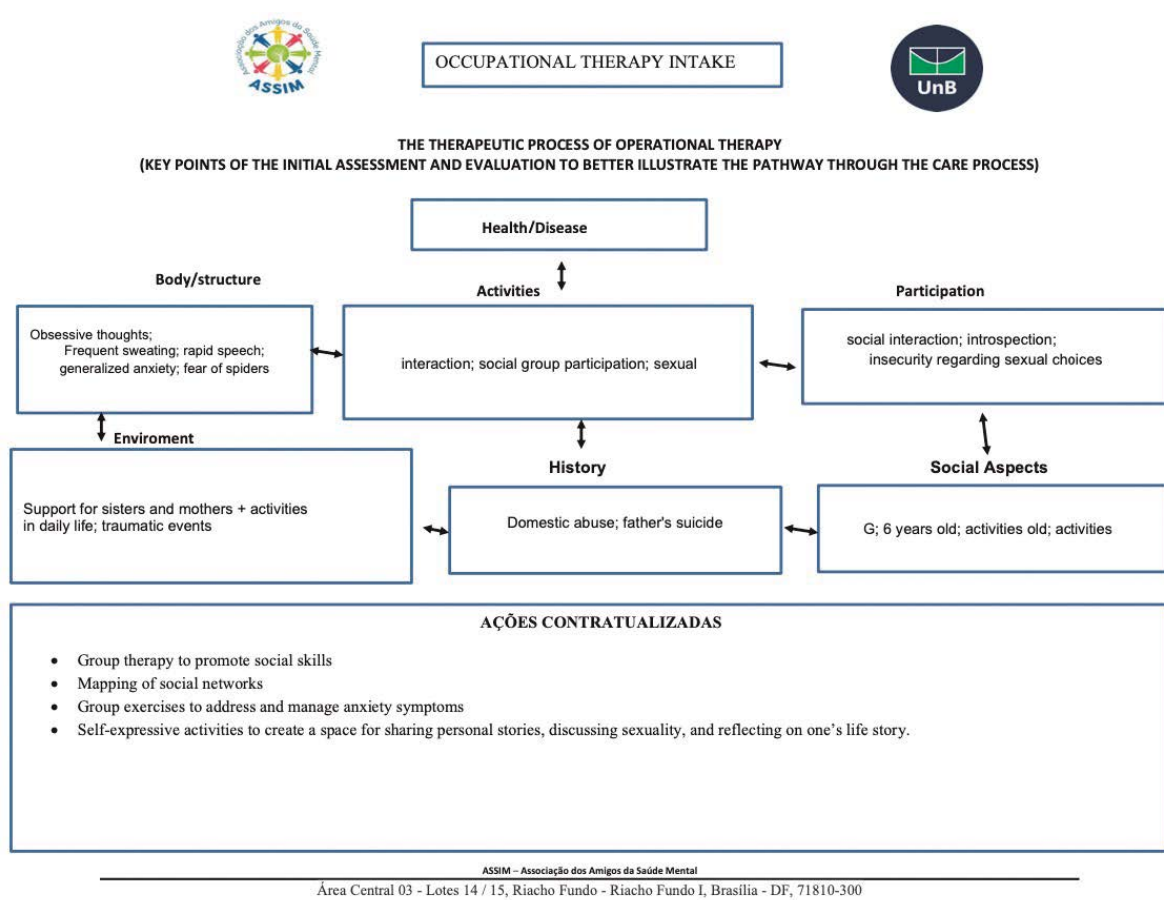
BODY
STRUCTURE
DOMAINS
ENVIROMENT
CONDICIONS OF HEALTH/DISEASE
HISTORY PROCESS
PERSONAL FACTORS
DEMANDS
CONTRACTUAL ACTIONS

Fonte: Pesquisa (2020).

O processo que ocorre do momento do acolhimento até o retorno da avaliação e organização do PTS gera contextos importantes para a adesão da pessoa no cuidado, pois estimula a preocupação na escuta da narrativa, a compreensão da pessoa imerso no mundo da vida, interagindo aos seus valores morais sociais, atuando em diversidades de formas de participação nas atividades cotidianas e influenciado por facilitadores e barreiras ambientais. Desta forma, conhece a pessoa na forma singular de si mesmo e sua relação com o mundo.

Na Figura 4 é ilustrado um diagrama de um participante do projeto com os aspectos relacionados aos componentes da CIF e a escolha dos itens da saúde funcional e as respectivas estratégias terapêuticas contratualizadas como PTS.

Figura 4 – Um exemplo de uso do diagrama da CIF como PTS.



Fonte: Pesquisa (2020).

O diagrama da CIF (Figura 4) possibilitou conhecer de forma ilustrativa aspectos relevantes do PTS, possibilitando conjuntamente pensarmos em estratégias, como: (i) eleger quais aspectos serão inicialmente trabalhados, visto que consideramos não ser possível o investimento na totalidade complexa da pessoa e os danos associados ao seu sofrimento psíquico; (ii) avaliar e reavaliar processualmente as estratégias terapêuticas nos componentes de forma isolada ou não; (iii) repensar em metas contratualizadas com flexibilização de processos e prazos; (iv) compreender

e valorizar os pequenos ganhos; (v) evitar padrões de respostas gerais e desta forma ter o PTS de forma burocrática institucional; e (vi) discutir processualmente o desenvolvimento das ações contratualizadas pelo diagrama da CIF.

Neste caso optou-se por trabalhar inicialmente com aspectos da disfuncionalidade dos componentes função (ansiedade generalizada) e domínio (interação e participação social); e componente de contexto fortalecendo os facilitadores de suporte familiar e atividades cotidianas. Para isso, foi contratualizado no processo de trabalho do PTS grupos terapêuticos para estímulo das habilidades sociais, dinâmicas auto expressivas para narrativas sobre sua vivência e manejo para lidar com a ansiedade, e ampliação de facilitadores ambientais como rede social de suporte e apoio.

Desta forma o diagrama da CIF possibilitou conhecer de forma objetivas os domínios de saúde do indivíduo e seus contextos ambientais e pessoais; e encaminhar para escolhas de componentes dos domínios da saúde funcional e estratégias de cuidado, por meio de um PTS construído como uma coprodução da problematização, e cogestão para um processo de trabalho, como uma forma de operar o institucional do cuidado de forma coletiva, potencializando e integrando saberes; ampliando a compreensão do fenômeno para além da remissão dos signos psicopatológicos para aspectos da cotidianidade que corresponda ao paradigma psicossocial.

A Organização Mundial da Saúde afirma que a CIF pode ser um modelo consensual que deve ser incorporado pelos sistemas de saúde, gestores e usuários, visando à utilização de uma linguagem comum para a descrição de problemas ou intervenções em saúde abrangente, focado na saúde, mas também de segurança social, trabalho, educação, economia, política social (OMS, 2022).

Nubila e Buchalla (2008) afirmam sobre a relevância na precisão de inserção da CIF como um modelo mais prático de ser aplicado em áreas diversas da saúde, mas que ainda é uma lacuna na utilização nos dispositivos com necessidades de investimentos formativos junto as equipes para a sensibilização dos profissionais no uso deste classificador.

Entretanto o uso da CIF ainda se mostra restrito no campo da saúde mental, pela falta de conhecimento desta tecnologia multidimensional, que reflète o modelo de reabilitação psicossocial; sendo importante investimentos em formação dos profissionais e de pesquisas para sensibilização sobre o enfoque da CIF, oferecendo boas práticas dentro da realidade do contexto das pessoas.

Considerações finais

Esta pesquisa justificou na necessidade de descrever estratégias inovadoras que fortaleça as diretrizes do modelo de reabilitação psicossocial da política brasileira e que coadune com o paradigma internacional centrado na pessoa, em Recovery e direitos humanos.

Neste sentido, este estudo alcançou seu objetivo de descrever uma estratégia de uso da CIF como PTS e o processo de trabalho desenvolvido, demonstrando um percurso de cuidado multidimensional em saúde mental sob o enfoque dos processos cotidianos e de saúde funcional à luz do modelo de reabilitação psicossocial.

A CIF foi originada para ser um dos classificadores da OMS incentivando ao paradigma biopsicossocial dos processos de saúde e doença. A implementação no Brasil por meio da Resolução nº 452/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) regulamenta seu uso nos dispositivos do Sistema Único de Saúde (SUS) e da saúde suplementar, incluindo no processo de trabalho dos profissionais para incentivar o olhar em multidimensões da pessoa, mas também de qualificar os registros de saúde, com evidências de uma linguagem comum sobre a complexidade do cuidado.

O uso da CIF neste estudo se baseou no diagrama e dinâmica dos componentes de disfuncionalidade, como função, estrutura do corpo e domínio na participação das atividades; e de contexto, relacionado aos facilitadores e barreiras ambientais. Nos quais foram utilizados no processo de acolhimento, avaliação e organização do PTS produzindo uma ilustração didática que facilita uma coprodução da problematização, e de cogestão para o processo de trabalho, de forma a potencializar a integração de saberes sobre o fenômeno para além da remissão dos signos psicopatológicos para aspectos da cotidianidade que corresponda ao paradigma psicossocial.

Finalmente, constituir a CIF como uma prática no cotidiano do cuidado em saúde mental é de suma importância, pelo desenvolvimento da saúde funcional, mas também sistematização de estratégia para profissionais que lidam com a reabilitação psicossocial.

Referências

- Brasil. (2007). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde. 60 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- Brunow, H; Di Nubila, V; Buchalla, C. (2008). O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. V.11 n.2; São Paulo.
- Creswell, J. (2010). Projeto de pesquisa: Métodos qualitativos, quantitativos e mistos. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed.
- Oliveira, G. N. (2008). *O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild.
- Organização Mundial da Saúde. (2003). *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Centro colaborador da Organização Mundial da Saúde para a família da Classificações Internacionais. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

Organização Mundial da Saúde. (2022). *CIF: Classificação de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde/* Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Português, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla) – 1.ed., 4. Reimpr. Atual. – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

Pitta, A (org.). (1996). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, p. 19-26.

Saidón, O. (2008). *Devires da clinica*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild.



ESTUDOS TEÓRICOS/ENSAIOS



RESISTÊNCIAS DOS CORPOS-TERRITÓRIOS DE MULHERES NA AMAZÔNIA FRENTE AO NEOEXTRATIVISMO AUTORITÁRIO DA ATUALIDADE

*Resistance of women's bodies-territories in the Amazon in the face
of contemporary authoritarian neo-extractivism*

*Resistencia de los cuerpos-territorios de las mujeres en la Amazonía
frente al neoextractivismo autoritario contemporâneo*



Thiago da Silva Pinheiro  



Flávia Cristina Silveira Lemos  

Abstract

Keywords:

Resumo

Palavras-chave:

Resumen

Palabras clave:

Introdução

Este artigo visa pensar como a lógica binária natureza-cultura é resultado e efeito da modernidade e do seu advento com a perspectiva de que o que é chamado de natureza seria recursos a explorar e a utilizar em prol da denominada cultura enquanto civilização. Se trata de um ensaio temático a respeito da Amazônia e dos seus usos instrumentais a serviço do capital e das corporações que o mobilizam com avidez.

O texto busca analisar o exercício patriarcal de homens que exercem seu desejo de dominação capitalista pela monocultura da pecuária, do agronegócio, da extração massiva de minérios no subsolo, da derrubada da mata, da devastação ambiental, da produção de energia elétrica pelas hidrelétricas, pela poluição dos rios com metais pesados, da criação de animais para o com hormônios e violência em cativeiros dos abatedouros, da abertura de estradas que irão servir de transporte para determinados segmentos, do desvio do curso das águas para hidrovias, das queimadas, do uso de agrotóxicos e sementes transgênicas. Ora, a modernidade trouxe a promessa do progresso e produziu destruição e mal-estar.

O mal-estar na modernidade e civilização como colapso

Para Giddens (1995), a modernidade tem sido marcada pela ideia de avanço das novas tecnologias e dos processos de crescimento das práticas de controle dos corpos-territórios que fizeram da vida instrumento de uma economia política voraz. O fetiche do capital utiliza imagens e as captura no jogo de sedução que transforma a Amazônia em marketing para a chamada bioeconomia como projeto exploratório e nefasto de expropriação.

A chamada natureza, criada como oposição à cultura se tornou objeto do mercado, associado à ideia de civilização. A ideia de história como transformação teve a exclusão da potência do trabalho como revolução e passou a dominar sob a tônica da noção de que transformar é cultura enquanto ação de dominar.

A perspectiva da natureza associada à passividade e ao exótico selvagem a devastar e explorar foi delineada como mulher a ser estuprada e usada a serviço do homem capitalista como símbolo da racionalidade de ser alguém soberano que exerce a relação de gênero a partir de um lugar de quem poderia oprimir e instrumentalizar a denominada natureza-mulher.

A construção da natureza-cultura trouxe atravessamentos de gênero articulados ao preconceito territorial e ao marcador de classe social vinculado também ao ideal de civilização colonial civilizatória. O homem foi construído como quem é o desbravador, bandeirante, guerreiro, racional administrador da gestão territorial e ambiental por meio do controle da economia política.

Com a Revolução Industrial, houve a ampliação do projeto desenvolvimentista europeu para as chamadas colônias e ex-colônias, apesar de que estas eram vistas como fornecedoras de “recursos”, ou seja, “natureza-mulher” para ser manejada e utilizada como produto e objeto da

sanha exploratória denominada de racional e de progresso. Mulheres foram coladas à natureza e homens à cultura. A separação sexista e misógina trouxe a ideia de que mulheres-natureza não pensam e não são agentes e os homens-cultura serão administradores racionais, produtores de progresso e dominadores dos corpos-territórios das mulheres-natureza.

A expansão do capitalismo aconteceu na lógica binária natureza versus cultura e homens versus mulheres como relações causais e objetivação performática dos corpos-territórios. Gerir a vida passou a ser dominar, esquadrihar, se apropriar, organizar, colocar cerca, fincar bandeiras, criar hinos nacionalistas, criar forças militares, gerenciar a educação com um currículo para moldar a chamada cultura masculinizada pela ideia de cultura pública como prioridade de homens e o universo da intimidade e da passividade como mulher-natureza.

Não por acaso, o campo e a mata se tornaram os espaços destinados ao descanso e ao espontâneo do cuidado de homens a serem amparados pela chamada força da natureza e sensibilidade da mulher liberta das amarras da civilização e da modernidade como progresso instrumental. A mulher-natureza é colocada como inferior e submetida ao mesmo tempo que se torna o lugar de descanso e de recepção passiva do homem-cultura a se deitar no verde que seria seu berço esplêndido (Federici, 2017).

Observa-se que a ideia de que a natureza-mulher que seria coisa a ser manuseada e alvo da ganância e propriedade foi construída juntamente com o capitalismo enquanto ideário na economia política (Federici, 2017; 2019). De acordo com a obra “Calibã e a Bruxa: Mulheres, o Corpo e a Acumulação Primitiva”, da filósofa Silvia Federici assinala que os processos capitalistas da revolução industrial foram produtores da opressão de mulheres simultaneamente com a destruição da chamada natureza.

A divisão social do trabalho foi construída por O livro conecta as caças às bruxas dos séculos XVI e XVII a um projeto maior de acumulação primitiva — o processo de destruição de recursos e estruturas comunais para abrir caminho ao trabalho assalariado e às relações sociais capitalistas.

A construção do meio ambiente como administração securitária

No curso “Segurança, território e população”, Michel Foucault (2008a) apontou como foi criado o conceito de meio ambiente pela economia política na interligação com a definição do território, da segurança e da racionalidade administrativa do Estado Moderno. A delimitação territorial passou a ser um critério para as trocas comerciais e o governo das condutas. Porém, o que estava em jogo não era somente o espaço a ser gerido e sim a população em seu deslocamento e a relação dos custos e benefícios da circulação.

A força do Estado estaria no controle da população em termos de deslocamentos geradores da liberdade com segurança e na ampliação da concorrência com menos intervenção estatal. O meio ambiente passou a ser o território organizado pela administração pública.

Um conjunto de saberes emergem concomitantemente ao Estado Moderno, tais como: ciência política, sociologia, geografia, estatística, biologia, economia, psicologia, antropologia, pedagogia, ciências da linguagem e administração. A perspectiva de gestão passa a ser a gerencial da população em sua circulação no meio ambiente.

Por meio do nascimento da biologia, a vida e a saúde surgem como alvo do governo em termos de que se torna importante regular segmentos da população em deslocamentos que produzem modulação econômica. O corpo-espécie da população passa a ser normalizado e normatizado. A ideia de meio foi associada à cultura e o ambiente à natureza. Ademais, meio ambiente se tornou a relação entre essas duas objetivações na esfera da governamentalidade. A segurança do território só poderia ser pensada pela administração do espaço ligada à do ser humano em circulação.

Portanto, a cultura passou a ser concebida como ambiente, e o ambiente ganhou a dimensão de ser objeto de gestão administrativa. Para tanto, foi constituída a militarização e a diplomacia simultaneamente enquanto polícias do Estado, acopladas a ele para proteger a sociedade, em um pacto social. A seguridade social deveria ser uma baliza de regulação do deslocamento da população para consumo e empresariamento.

Deslocamentos que dariam prejuízo e comprometeriam a segurança deveriam ser evitados e, até mesmo interditados. Logo, os dispositivos diplomáticos emergentes passaram a ser táticas de diálogo frente às tensões da economia política mundial e internamente aos Estados nascentes. A noção de natureza a ser adestrada pela cultura foi formulada na economia política diante do capitalismo industrial e do acúmulo de capital na tônica patriarcal de controlar a biologia pelo corpo da mulher, na biopolítica.

Regulamentar a natureza e a organizar por meio da cultura era conferir ao homem a soberania sobre o território e as mulheres. Nomear e governar era uma ação destinada aos homens como hierarquicamente colocados em superioridade na sociedade patriarcal. Por meio do trabalho, da linguagem e da biologia foi fabricado um tripé analítico da modernidade (FOUCAULT, 2008a).

Essa racionalidade produziu uma noção antropocêntrica de gerência objetificada da natureza, sustentada pela ideia de que a espécie humana seria portadora de um pensamento superior, legitimando práticas civilizatórias predatórias. A separação entre natureza e cultura consolidou-se como fundamento epistemológico e político da modernidade, reforçando hierarquias que desconsideram as agências de outros seres e modos de existência.

A administração racional da ciência política, das ciências sociais, da geografia, da estatística e da biologia aplicada ao controle de organismos e dinâmicas entre eles, denominadas de ambiente como cultura e relações de interdependência entre seres, organismos, funções, circulações, riscos e processos de desenvolvimento ontogenéticos e filogenéticos. No curso “Segurança, território e população”, Foucault (2008a) trouxe a análise de documentos da administração do Estado Moderno associada à emergência da biologia associada à história e às ciências da linguagem como governo da entrada da vida na história em que o corpo-espécie junto com o corpo social são acoplados em um dispositivo de segurança.

A soberania armada militarizada foi produzida associada aos dispositivos diplomáticos de governamentalidade nascentes, sendo que a cultura era definida como ambiente. A articulação entre ambiente como aglutinação da cultura com a natureza foi uma estratégia de gestão administrativa pela razão do Estado. Trabalho, linguagem e biologia trouxeram o tripé analítico da modernidade nas ciências humanas e sociais nascentes acopladas aos mecanismos de governo dos territórios e da população (Foucault, 2008a).

A noção antropocêntrica de gerência objetificada da chamada natureza a partir da visão de que a espécie humana seria portadora de um pensamento superior propulsor da agência do domínio civilizador e predatório do que era denominado de recurso a explorar. A díade natureza e cultura nasce sustentada pela biologia em articulação com a noção de ambiente das teorias comportamentais e cognitivistas da psicologia, baseada em epistemologias positivistas e funcionalistas. A economia política comportamental foi crucial para a organização da razão do Estado Moderno no liberalismo com a livre concorrência, a centralidade do mercado na organização social e a ideia de governabilidade assentada pela segurança em paradoxos com as liberdades administradas pela proposta de gerir a natureza e a cultura (Foucault, 2008a).

Elias (1994), no livro “Processo Civilizador. Volume I” realizou uma análise na história cultural dos costumes e modos de organizar a sociedade pelo aparecimento do conceito de civilização. Essa obra trouxe um conjunto de análises de fontes históricas que apontavam a articulação entre cultura e natureza como táticas da economia política comportamental. Logo, a modulação dos comportamentos, emoções, sentimentos, afetos, padrões de agir, relações sociais, valores partilhados e formações discursivas por meio de um projeto denominado de civilizatório surge em associação concomitantemente ao processo fundador da modernidade em articulação com os conceitos de: progresso, desenvolvimento e segurança.

Nesse momento, estamos diante de uma ruptura de pensamento que gerou um novo modelo de sociedade com outros modos de existência, valores e racionalidades, ou seja, uma nova forma de pensar e agir, levando ao deslocamento das bases epistemológicas em torno da construção da objetivação do conceito de natureza e o sentido de sagrado. A partir dessa nova forma de pensamento, percebe-se que se fundamentou outro modelo econômico político com nuances sociais e culturais na era da modernidade.

Modernidade Líquida e o Esgarçamento dos Vínculos

Com o avanço do capitalismo global e das dinâmicas de mundialização da economia, da cultura e do direito, a modernidade passou a revelar seus limites e contradições. Segundo Bauman (2000), a promessa de emancipação pela razão cedeu lugar à fluidez das instituições, à precarização dos vínculos sociais e à fragmentação das relações humanas. A modernidade líquida caracteriza-se pela ausência de formas duráveis, pela instabilidade e pela fragilidade dos compromissos.

Nesse contexto, pessoas e natureza passam a ser tratadas como coisas descartáveis. Em “Vidas desperdiçadas”, Bauman (2004) analisa como a lógica do consumo transforma sujeitos em resíduos humanos, aprofundando processos de exclusão social, solidão e desamparo. As relações tornam-se fugazes, utilitaristas e pouco comprometidas com o cuidado mútuo, enquanto o medo difuso se torna afeto central da experiência contemporânea (BAUMAN, 2006).

A destruição ambiental intensifica-se paralelamente à fragilização dos laços afetivos e comunitários. A natureza é explorada sem limites, assim como as relações humanas, revelando que a crise ambiental está intrinsecamente ligada à crise das relações e à perda de sentidos compartilhados.

A partir dessas reflexões, torna-se evidente que a crise ambiental contemporânea não pode ser dissociada das formas como a modernidade organizou as relações sociais, econômicas, culturais e simbólicas. O antropocentrismo clássico, ao colocar o ser humano como centro absoluto, reduziu a natureza a mero recurso, legitimando práticas de exploração que comprometem a sustentabilidade da vida (LEVAI, 2006; DA ROSA, 2013).

A ciência, a técnica e o capitalismo, embora tenham promovido avanços significativos, também aprofundaram o distanciamento entre humano e natureza, gerando impactos ambientais, catástrofes ecológicas e esgotamento dos territórios. Conforme Bauman (2003), a supremacia das relações econômicas sobre as relações humanas produz uma sociedade marcada pela insegurança, pelo medo e pela incapacidade de sustentar vínculos duradouros.

As reflexões desenvolvidas neste capítulo evidenciam que a crise socioambiental contemporânea é inseparável da crise das relações produzida pelo projeto moderno. A racionalidade instrumental, o antropocentrismo e a fragmentação do conhecimento contribuíram para o rompimento dos vínculos entre ser humano, natureza, cultura e sentido da vida, enfraquecendo práticas de cuidado, pertencimento e responsabilidade ética.

Diante desse diagnóstico crítico, torna-se urgente pensar caminhos formativos capazes de reconstruir relações e sentidos, recolocando a vida no centro das práticas humanas. É nesse horizonte que o capítulo seguinte se inscreve, deslocando o olhar da análise estrutural da crise para a experiência concreta da Educação Ambiental, compreendida como espaço de recomposição dos vínculos, do cuidado com a vida e da formação de sujeitos ética e ambientalmente implicados com o território amazônico.

Logo, este trabalho não termina: ele se desdobra. Esta pesquisa é um mapa em constante evolução. Um mapa que indica trajetórias para uma ciência mais equitativa, contextualizada, localizada e sensível. A minha vivência me incentiva a transcender os limites entre natureza e cultura, além de reconhecer a força política de estilos de vida que se estruturam com base na interdependência, circularidade e transfluência (Santos, 2023).

Nesse contexto, o que está em questão não é somente uma crítica aos modelos de desenvolvimento, mas a sugestão de novas éticas e estéticas para o bem viver coletivo, onde a

vida se reafirma no contexto das ruínas do desenvolvimentismo. Uma ciência que não hesita em se comprometer com a vida. Que vê no contato com o outro a oportunidade de mudar o mundo.

Segundo Batistela e Bonteti (2016), o termo modernidade é de difícil precisão; entretanto, eles classificam o conceito moderno como o período que se fundamentou a crença na capacidade única do ser humano de compreender e transformar a realidade, rompendo com explicações religiosas e a ideia de limitações naturalizadas por uma esfera moral.

No campo teológico das lentes de Leonardo Boff (2013), o ser humano seria um animal faminto que se constituiria pela ideia de necessidades a serem satisfeitas por meio do consumo em relação com a produção. Se tornar consumista de supostos recursos e alguém que os administraria sob determinadas regras implicaria um modo de conceber a sociedade, ao adotar uma visão em que o ser humano seria um agente central na égide antropocêntrica da modernidade.

Neste aspecto, humano é quem se constitui pela dimensão histórico-cultural da linguagem e não apenas pela perspectiva de ser definido biologicamente como espécie humana. Além desta premissa, a noção de ter alma e ser considerado filho de um divino, de um ser gerador transcendente dotado de poder sobre a natureza foi um modo de criar sagrado pela noção do humano ser à imagem e semelhança da divindade gerativa.

A dotação de ser portador de linguagem traz está na vertente da cultura e se torna alguém que se fabrica como capaz de submeter, subjugar e explorar o que estaria ao seu dispor como inferior na escala biológica sob o prisma da ciência moderna e sob a visão de uma natureza como doação do divino ao ser da cultura.

Assim, o que foi denominado de natureza, classificada enquanto recurso natural à disposição do suposto humano foi uma invenção da apropriação política, econômica e de uma teologia política específica que foi constituída pela biologia fundamentada na visão da sistemática filogenética de classificação, pois, a noção de corpo-espécie e de corpo social em um espectro evolucionista a partir do darwinismo social foi um processo de gestão biopolítica da vida pela razão de Estado em que o soberano seria identificado com o divino e o sagrado da divindade. Este divino soberano teria o governo das coisas, da população e do território para organizar recursos e processos de desenvolvimento sob a lente da modernidade liberal com a teologia política (Foucault, 2008a).

Ser colocado como centro nesta teologia política seria da ordem antropocêntrica e etnocêntrica um modo de conceber a teologia dissociada do ecofeminismo teológico, das cosmovisões de uma ontologia do perspectivismo e das dimensões sociais e comunitárias da ecologia dos saberes que colocam em xeque a vertente de soberania que desconsidera as agências de outros seres que não são definidos como humanos no campo das ciências modernas. A terra que até então era vista como algo que estava dentro de nós, agora está desconexa, deixamos de sermos vistos como unidade com o cosmos e passamos a nos tornarmos dualidade natureza versus cultura.

Na tradição ocidental, jamais se fala de um sem falar do outro: não há outra natureza senão *esta* definição da cultura, e não há outra cultura senão *esta* definição da natureza. Elas nasceram juntas, são inseparáveis quanto irmãos siameses que se abraçariam e se golpeariam até sangrar sem deixar de pertencer ao mesmo tronco” (LATOURE, 2020b, p. 34-35).

Contudo, como já dito, com a modernidade, principalmente, a partir dos séculos XX e XXI, o modelo racional e progressista natureza versus cultura como dualidade começou a dar sinais de esgotamento e foi colocado em xeque por movimentos sociais e por várias tendências científicas (Bauman, 2000). A promessa de emancipação pela razão cede lugar à incerteza, à fluidez das instituições e à fragmentação dos vínculos sociais, segundo Bauman (2004).

Para Bauman (1999), no livro “A globalização. As consequências humanas”, a ampliação dos processos de mundialização da economia, do direito e da cultura trouxeram fragilizações diversas para a sociedade com a produção crescente de esgarçamento dos laços sociais e afetivos concomitantemente com o aumento da miséria, do descarte das pessoas que passam a ser vistas como lixo, objetos, coisas usadas e descartadas. É nesse contexto que Zygmunt Bauman (2000), no livro “Modernidade Líquida”, introduz o conceito de modernidade como uma metáfora para descrever e analisar uma sociedade na qual nada poderia ser visto como sólido e com algum nível de temporalidade não instantânea.

Em paralelo à vertente de um mundo globalizado que partilharia ciência, cultura e pactuações de direito internacional, se constituiu o paradoxo da economia globalizada com as tentativas de dominação cultural pela racionalidade instrumental desenvolvimentista. A noção liberal de progresso e desenvolvimento moderno nasce e é ampliada pela proposta de exploração e domínio de uma suposta natureza pela visão de ser humano concebido como quem tem a agência privilegiada dos que designou cientificamente e na economia política associada à biologia como recursos naturais (Bauman, 1999; 2000).

Ora, essa forma de organizar o mundo vai gerando a noção de liquidez das relações humanas pelo crivo do esgarçamento dos laços afetivos cada vez mais precários e frágeis de vínculos de confiança (Bauman, 2003). A comunicação centrada no marketing e nos interesses econômicos de grandes corporações em pactos com a ciência moderna vão quebrando relações de confiança e criam fraturas no sistema de verdade na dinâmica subjetiva de constituição do sujeito contemporâneo. No curso “Subjetividade e Verdade”, Foucault (2001) assinalou como a ideia de prova na produção da verdade foi fruto de um gládio jurídico e político na economia social do cálculo de segurança e administração do território e da população.

Os laços sociais e subjetivos das relações de trabalho, familiares, comunitárias, grupais, institucionais, organizacionais, sociais, econômicas, culturais, ambientais, espirituais e políticas passam a ser provisórios, líquidos, pouco aterrados e sem compromissos. A relação do chamado ser humano com o modelo de meio ambiente na modernidade, em dimensões complexas e não apenas duais fica restrita à vertente de adaptação, ajustamento e governo dos comportamentos na

economia política liberal administrativa das relações conflituais cada vez mais tensas e delicadas (Bauman, 2003).

Essa dimensão de uma produção do ambiente em associação à cultura como consumo e coisificação foi trabalhada por Bauman (2004), em “Vidas desperdiçadas”, o sociólogo polonês investigou como pessoas passaram a ser tomadas também como coisas ao serem despersonalizadas e alienadas a um mundo desencantado, desencarnado e impessoal que despreza sentimentos e emoções que não possam ser mercantilizadas e capitalizadas. Transformar pessoas em coisas fez com que uma cultura de “refugio humano” fosse estabelecida enquanto modo de descartar e eliminar as vidas apresentadas e definidas como supérfluas a serem descartadas. Nesse processo, natureza e cultura se tornam coisas simultaneamente e o antropocentrismo só se torna válido para alguns poucos grupos, sobretudo, nas últimas décadas na virada do século XX e XXI.

Neste livro, Bauman (2004) propôs uma visão alternativa sobre o mundo contemporâneo ao examinar a formação da condição do modo indivíduo de ser voltado para o consumo desenfreado, sendo visto enquanto recurso também a ser explorado e submetida por outros seres humanos que teriam o capital e fariam dos seus súditos precarizados, recursos capital humano. Nesta linha, analisou como houve o aumento da exclusão social e a noção de descarte passou a ser opção de decisões políticas nas últimas décadas, na virada do século XX para o XXI.

Neste ponto da sociedade líquida e das vidas desperdiçadas analisado por Bauman (2003; 2004), há um elemento focado na dificuldade de as pessoas criarem relacionamentos estáveis e que tenham duração com cuidado mútuo e responsabilidade amorosa. O comum e as relações se tornam ameaçados pela subjetivação limitada no campo dos vínculos.

Nesse aspecto, a modernidade é líquida também para este sociólogo e as pessoas aderem mais consumismo porque têm pouco e raro suporte psicossocial, comunitário, institucional e organizacional no plano socioafetivo. Assim, as consequências psicológicas da sociedade líquida geram mais acirramento da dualidade natureza e cultura e busca desenfreada por mecanismos compensatórios no consumismo, uso instrumental das relações objetificadas e encomendas por formas utilitaristas de lidar com a existência.

As relações são fugazes, desfeitas com frequência e pouco aprofundadas. Amar e ser amado é algo que sai do plano do projeto de vida e do desejo da sociedade, sendo visto como problemático e desnecessário diante das encomendas de consumismo com compensação na carreira profissional, prazeres rápidos e voláteis aumentados, tendo oferta na modernidade que capitaliza afeto, conhecimento e relações sociais como um projeto de gestão ambiental, subjetiva e biológica da existência (Bauman, 2003).

As dúvidas, incertezas, medos, sentimentos de desamparo, vulnerabilidades e receios de se envolver se torna cada vez maiores, produzindo insegurança e adoecimentos frequentes. Assim, a depressão, a ansiedade, os medos, as violências e os conflitos crescem em proporções nunca vistas antes, gerando problemas de saúde mental coletiva agravados e destruição maior do que se chama natureza em prol de uma cultura de si narcísica e consumista como fuga da dor (Bauman, 2003).

Aumentam as conexões rápidas, sobretudo, na internet pelas redes sociais e as performances imagéticas e diminuem relações de amor e cuidado duradouras que ofereçam suporte e acolhimento. Solidão e abandono passam a figurar enquanto acontecimento cotidiano. Tudo se torna mercado e mercadoria nesse contexto. Empatia, compreensão e reciprocidade se tornam raridade (Bauman, 2003).

O desejo de gratificação imediata opera um processo de destruição ambiental e social-afetiva constante que amplia a relação com a chamada natureza no formato de uso sem limites. A busca de recompensas rápidas e imediatas gera desejos mortíferos e dinâmicas destrutivas com proporções brutais e sem precedentes. Cada vez se torna mais difícil vivenciar compreensão recíproca e respeito no cotidiano mais simples das relações (Bauman, 2003).

Segundo Bauman (2006), no livro “O medo líquido”, pensa que na sociedade atual há a ausência de uma forma ou causa específica, ao contrário dos medos tradicionais, que eram claramente identificáveis e, por isso, mais fáceis de enfrentar. Esse medo difuso está presente em todas as áreas da vida moderna, tornando-se um componente central na experiência do indivíduo e influenciando a maneira como ele vê sua segurança e estabilidade no mundo.

Diante desse quadro, o medo passa a ser o afeto mais comum e passa a ser moeda de troca para a gestão política e econômica. Não é à toa que a segurança passa a ser um negócio rentável e fornece esteio para discursos de ódio e campanhas eleitorais (Bauman, 2006).

Em contraponto, a demanda por segurança rígida e tolerância zero passa a figurar como tática de gestão das relações sociais. Vive-se uma transição de uma modernidade liberal para uma sociedade de controle que se ancora na volatilidade com ataque feroz às instituições e normas sociais. Os regimes autoritários e de ultradireita ganham apoio diante do medo extremo disseminado e da sensação crescente de insegurança da sociedade. A experiência de um mundo em descontrole e que caminho para a impossibilidade de vida é crescente.

A ausência de referências cresce e assusta pelo impacto destrutivo que causa. A miséria, a fome, a falta de paz, a raridade de relações amorosas, a dificuldade em viver a verdade e se relacionar com confiança gera falta de estabilidade e a percepção de vazio com ausência de sentido se torna presente no dia a dia. Neste plano, o tempo se esvai em termos de elaboração subjetiva porque ninguém consegue mais dimensionar tempos alargados e com alguma estabilidade de planejamento (Bauman, 2007).

O sentimento de solidão e luto crescem na mesma proporção em que as pessoas não conseguem ter maturidade para minimamente sustentarem sonhos e projetos. A ausência de esperança, a forma, a falta de paz, a destruição massiva da chamada natureza e o crescimento da cultura do descarte e destruição vão se tornando a forma de vida difundida. A necessidade permanente de se adaptar às mudanças constantes e a ausência de tempos que possam sustentar vínculos duradouros cria uma dificuldade de aterrar (Bauman, 2007). A imprevisibilidade ganha evidência e se torna um modo de vida no cotidiano.

Os rituais, o romantismo e as mediações perdem sentido e vão desaparecendo. A vida perde o sentido e o propósito, o suicídio aumenta e os problemas de saúde mental crescem junto com a fome, a destruição da chamada natureza e a violência contra mulheres na mesma proporção em que se destrói florestas, plantas, animais, o solo etc. A vida voltada aos prazeres rápidos e sem compromisso se torna o parâmetro social. Tudo parece ter prazo de validade (Bauman, 2007).

Há uma perda significativa de relação com o divino por conexão amorosa e a procura por alguma dimensão de sagrado passa a se ancorar com percepção de uso abusivo e da extração de vantagens (Bauman, 2007). Após a segunda Guerra Mundial, a desconfiança nas resoluções de conflitos pela mediação institucional decresce.

A angústia e a ruptura com a realidade passam a crescer mais e mais. Neste contexto, crescem as adicções e os feminicídios, a fome e o medo. A modulação dos conflitos por violência e medicação se torna comum e pedida, muitas vezes. (Bauman, 2007). De acordo com Casseb (2013), a relação homem e natureza esteve centrada no imaginário da sociedade grega, o povo era envolvido sob o olhar de uma religiosidade mítica que acreditava na grandeza e condução do destino dos deuses que precederiam às chamadas forças da natureza para os gregos.

Segundo Silva e Sammarco (2015), os filósofos tinham grande interesse pelos processos que se originavam da natureza, a relação trazida pelo pensamento humano era regado de grande questionamento sobre a própria formação da vida, perguntas que giravam em torno do lugar de onde viemos e para onde iremos retornar eram narrativas inseridas nessas análises. A filosofia sempre foi centrada no fenômeno da natureza usando como base para responder vários questionamentos que norteavam a relação humana existencial, vale ressaltar que a natureza não se restringia ao mundo físico, era entendida como o que é imanente no Todo.

A filosofia compreende a natureza como ponto central a existência humana, é uma forma de se contar que a natureza está arraigada a vida. Para tanto, muitos filósofos compreendem a totalidade do todo, os elementos como a água, a terra, o frio, o quente céu e a terra, a pedra e a planta, o animal e o homem como o acontecer humano é algo profundo e que pertence ao homem e aos deuses. É relação marcada pela imagem de sagrado que atribuíram valor ao curso da nossa existência.

De acordo com Thomas (2010), a relação entre o ser humano e natureza trazendo análises encontradas dessa afinidade em: obras, documentos literários, pintura no período da idade média, consistindo na relação dual de harmonia encontrada nos compilados da história humana.

Ainda no período da idade média, Casseb (2013) comenta a concepção Agostiniano, o mundo foi criado por Deus, logo é uma obra perfeita. E acreditava que o homem se mantém em posição privilegiada em relação às outras criaturas, devido isso ao fato de o homem possuir alma fazendo a diferenciação do homem para os outros animais e natureza. Enquanto santo Agostinho preocupava-se pela alma, São Tomaz de Aquino prezava a razão, mantendo o homem como referência central do universo. Novamente estamos diante a um modelo de pensamento que vai tomando outros direcionamentos e novas concepções referentes ao diálogo ser humano e natureza.

A autora Keith Tomas (2010) analisa que no bojo da evolução do pensamento agostiniano e tomista a respeito da pessoa humana em relação a natureza aconteceu uma dimensão utilitária que se fundamentou o destaque do homem em frente a outras criaturas.

Sobre as consequências desse paradigma, Keith Thomas (2010) afirma que com o desenvolvimento das ideias agostiniana e tomista e suas concepções de homem e natureza, ao longo dos séculos XIII, XIV, XV e XVI, baseado no destaque do homem frente às outras criaturas, ora por sua alma, ora por sua capacidade de raciocínio, o antropocentrismo medieval se estabeleceu radicalmente, sobretudo quando teólogos judeus, católicos e protestantes interpretaram a natureza como desígnio divino a ser dominada pelo homem (CASSEB, 2013, p.18)

Porém, é no final do século XVII e início do século XVIII que o pensamento antropocêntrico se destaca e se consolida ao considerar que o homem como a forma de vida superior entre todas as outras, levando a sociedade a desarmonia. De acordo com Batistela e Boneti (2016) a modernidade é um movimento humano progressista que se instaura e subordina toda força natural do mundo. Ademais, a ciência é um elemento chave da modernidade que se consolida por uma subjetividade racional, progressista, evolucionista, pelo crescimento e desenvolvimento do avanço da sociedade.

Em contrapartida, com a fundação do antropocentrismo e o afastamento da ciência com o natural, o ser humano colocou-se como o sujeito e atribuiu a natureza o papel de objeto, com o discurso de que a natureza não sofre, não pensa, não tem sentimentos e que muito menos algum dia vai se manifestar ou protestar.

O antropocentrismo clássico considera o ser humano como desvinculado da natureza, e caracteriza-se pela preocupação única e exclusiva com o bem-estar do homem. É a visão que considera o homem como o centro ou a medida de todas as coisas, e a natureza e os animais deixam de ser um valor em si, transformando-se em meros recursos ambientais (LEVAI, 2006, p. 172)

Da Rosa (2013) ressalta que o antropocentrismo é umas das principais características da modernidade. O ser humano ocupa uma condição de superioridade em frente a natureza e a qualquer outro ser – visto que o antropocentrismo se remete a ideia de ralação dominante e dominador. Sem dúvida a modernidade trouxe marcos significativos no desenvolvimento do pensamento antropocentrista tradicional ocidental onde tem como prerrogativa a arrogância e ambição desmedida do ser humano em relação aos outros seres.

A ideia de modernidade se fortalece principalmente no século XVII e XVIII e suas teorias são marcadas por uma ruptura com o pensamento passado. Como já dito, a um fortalecimento do pensamento moderno que ao invés de perceber as conexões e semelhanças com a natureza os tornou apenas objeto de estudo e fonte inesgotável de matéria prima.

Os modernos fizeram do homem um ser quase sobrenatural que progressivamente assume o lugar vazio de Deus, uma vez que Bacon, Descartes, Buffon, Marx lhe dão por missão dominar a natureza e reinar sobre o universo. Mas, a partir de Rousseau, o romantismo irá ligar umbilicalmente o ser humano à Natureza-Mãe. Neste sentido, do lado dos escritores e poetas, efetua-se a matematização da Terra. Do lado dos técnicos e dos cientistas, ao contrário, efetua-se a coisificação da Terra, constituída de objetos a serem manipulados sem piedade (Morin & Kern, 1995, p. 56)

O período compreendido pela revolução industrial e a ascensão do capitalismo são momentos de grande influência para o distanciamento ainda maior vividos na relação meio ambiente e natureza. Segundo Touraine (1992), o capitalismo se destaca como peça fundamental na modernidade que “assenta na ruptura da razão com a crença e todas as pertencças sociais e culturais, dos fenômenos analisáveis e calculáveis com o Ser e a História”.

A exploração dos recursos naturais é intensificada tendo em vista a produção cada vez maior de excedente econômico. Desse modo, o intercâmbio orgânico do homem com a natureza passa a ser orientado pela lógica produtivista mercantil, na qual as necessidades humanas são submetidas aos imperativos do capital e sua busca incessante pelo lucro. (Santos, 2014, p. 86).

E;

A Revolução Industrial evidencia a força dessas ideias ou, como preferem alguns, a Revolução Industrial é a base dessas ideias. O século XIX será o triunfo desse mundo pragmático, com a ciência e a técnica adquirindo, como nunca, um significado central na vida dos homens. A natureza, cada vez mais um objeto a ser possuído e dominado, é agora subdividida em física, química, biologia. O homem em economia, sociologia, antropologia, história, psicologia etc. Qualquer tentativa de pensar o homem e a natureza de uma forma orgânica e integrada torna-se agora mais difícil, porque a divisão não se dá somente enquanto pensamento. [...] A ideia de uma natureza objetiva e exterior ao homem, o que pressupõe uma ideia de homem não-natural e fora da natureza, cristaliza-se com a civilização industrial inaugurada pelo capitalismo [...] (Gonçalves, 1989, p. 34-35).

A ciência, a técnica e o capitalismo foram ferramentas que estiveram centradas no marco extraordinário da modernidade, período esse caracterizado pelo afastamento das coisas naturais. A relação ser humano e natureza foi se desmanchando e tornando-se cada vez mais delicada e passa a chegar ao esgotamento e limite, implicando no aumento da crise ambiental, catástrofes, impactos ambientais, entre outros, com o uso indiscriminado dos chamados recursos naturais.

Sendo assim, essa transformação nos permite perceber como as relações mudaram e como algumas ficaram sobrepostas as outras – relações econômicas acima das relações sociais e humanas – o autor Bauman evidencia a modernidade líquida e suas ideias que nos permitem a interpretação dessa liquidez em seus efeitos na sociedade.

Diante dessa síntese analítica, torna-se possível afirmar que o percurso desenvolvido ao longo da tese não apenas evidenciou a complexidade histórica, social, ambiental, política e espiritual que atravessa a formação do humano, mas também revelou a urgência de repensar os fundamentos éticos e relacionais que sustentam os modos de vida contemporâneos. As análises aqui apresentadas demonstram que a crise socioambiental, longe de ser um fenômeno isolado ou meramente técnico, expressa o esgotamento de um paradigma civilizatório baseado na fragmentação, na coisificação da vida e no enfraquecimento dos vínculos.

Assim, este capítulo prepara o terreno para as Considerações Finais, nas quais serão retomados os principais achados da pesquisa, explicitadas suas contribuições teóricas, formativas e políticas, bem como indicados os limites, os aprendizados e as possibilidades abertas para novas práticas educativas, investigativas e existenciais comprometidas com o cuidado da vida e com a construção do bem viver na Amazônia

Segundo Maffesoli (2021), é o território que estabelece a conexão, espiritualiza o espaço e mantém a solidariedade comunitária. Em minha prática, não se vê um indivíduo separado da natureza; ao contrário, ela se integra a esse contexto, coexistindo com a natureza e seus elementos não humanos. Essa sensibilidade ecosófica que reestabeleço me fez contextualizar o sentido de pertencimento, ecoando as concepções de ecosofia em uma ecologia decolonial.

Pude me distanciar da ideia de autonomia do sujeito moderno soberano, minhas ações e modos de viver demonstram a interdependência entre humanos e não-humanos, entre cultura e natureza, formando um estilo de vida em que resistir é também se enraizar. Me conectei a uma manifestação de minha relação com Gaia no território da Amazônia, destacando uma ética da interdependência e entrelaçamento que transcende uma suposta convivência supostamente harmoniosa com o ambiente, pois, ela está inserida em uma rede de vínculos, afetos e conhecimentos com os elementos não humanos que a rodeiam.

Vivo em meio a uma rejeição da lógica que divide corpo e natureza, força e delicadeza, razão e sensibilidade — oposições que, ao longo da história, foram usadas para menosprezar o trabalho e o conhecimento das mulheres. A feminilidade para mim não é uma característica que se opõe à natureza, mas que vibra encarnada com ela.

Trata-se da coexistência de delicadeza e força, permitindo ser firme e suave simultaneamente, demonstrando que há intenção em minha feminilidade. Assim, pude incorporar um cuidado profundo em meu ser — faço um corpo que valoriza as diversas formas de existência, humanas e não humanas: os animais que vivem livres e a natureza em sua plenitude (Harding, 2019).

Essa experiência desafia a lógica capitalista da escassez e do individualismo, mostrando que a solidariedade e o cuidado coletivo podem sustentar modos de vida plenos em situações de economia de subsistência.

Esse jeito de criar e cuidar gera mulheridades que não se encaixam nos padrões liberais de protagonismo pessoal ou ascensão profissional. Essa visão está em consonância com a ideia de que o gênero não é uma característica natural. Referi-me a uma mulher que na minha estrutura de vida, posso interagir com o mundo e ensinar responsabilidade com suavidade e determinação. Silvia Federici (2017) argumenta que o trabalho das mulheres, particularmente no que diz respeito ao cuidado e à reprodução da vida, foi historicamente desconsiderado. No entanto, é por meio desse trabalho que as comunidades e a sociedade como um todo que se sustentam o meu existir na relação sempre.

Nesse contexto, estou firmemente enraizada em um patrimônio feminino coletivo, formado por diversas referências de mulheres que me precederam e me rodeiam. Minha individualidade e atuação no mundo são caracterizadas por um ethos de cuidado, resistência e compartilhamento, que é transmitido de geração em geração por meio de práticas diárias e vínculos de solidariedade entre mulheres. Nesse cenário, trago à tona um tempo diferente, uma temporalidade ampliada que não segue o relógio cronológico capitalista, mas sim a observação cuidadosa da vida.

Nesse cenário, minha atuação se alinha ao que Maria da Graça Costa (2020) descreve como uma emergência decolonial no movimento ambientalista: um campo de batalha onde o ecofeminismo. Tudo compõe um sistema que não vem do desperdício, mas da transformação. Essa ética de ouvir a natureza pode ser considerada uma prática de confluência, segundo Antônio Bispo dos Santos (2023).

Essa atitude rejeita a cosmofofia do mundo moderno-colonial e reforça a importância do engajamento, conforme o pensador quilombola. Trata-se de uma estética e política do cuidado em que ações cotidianas e dialogar com pares integram práticas de contracolonização. Nesse contexto de saberes e práticas locais, aponto a desigualdade de poder entre os conhecimentos institucionais e os saberes que estão arraigados na experiência diária.

No entanto, minhas práticas ecológicas diárias, que vão desde a coleta sustentável até o reaproveitamento de alimentos, da criação de uma alimentação baseada no cuidado com a comunidade ao que estava ao meu redor e desafiam os métodos hegemônicos de regulação ambiental. Desse modo, meus saberes se manifestam em ciclos, e não de forma linear, acompanhando os períodos e os ritmos e ciclos da natureza, oriundos do que aprendi coletivamente com os saberes dos povos com os quais me relacionei como docente.

Ao me contrapor ao modelo de desenvolvimentismo capitalista individualista, minha proposta de existir e ser docente com o ecofeminismo de uma fé encarnada sugere uma reconfiguração profunda das interações entre seres humanos, natureza e conhecimento. Esses estilos de vida criam fissuras no imaginário desenvolvimentista e antropocêntrico que guia a ocupação e exploração do território. Nesse contexto, o ecofeminismo comunitário surge como uma alternativa viável ao

modelo predatório, uma vez que valoriza os conhecimentos locais, incentiva o protagonismo dos habitantes e respeita os limites socioambientais da região.

Em uma época em que a especulação e a exploração predatória buscam eliminar tudo que foge à lógica do lucro, se estabelece com o espaço uma lógica que expropria. Tentei com meu trabalho e busco com a minha vida efetuar uma relação próxima à consciência de que o meu corpo é o território e eles estão ligados com as comunidades com as quais interajo.

Em meio às pressões cada vez mais intensas do capitalismo sobre territórios tradicionais, a minha história como docente de educação ambiental ecofeminista é um convite a pensar como o trabalho, a vida e o cuidado com o mundo podem ser reinventados em meio à busca por uma fé encarnada que com a teologia da libertação pode operar uma resistência ao colapso ambiental e às injustiças sociais.

Durante meu trabalho com estudantes quilombolas, ribeirinhos e de territórios da agricultura familiar percebi a centralidade das mulheres na manutenção da vida comunitária diante da precarização e dos conflitos territoriais. Com o agravamento dos conflitos, muitos homens tiveram seus equipamentos e modos de trabalho destruídos e, conseqüentemente, foram impossibilitados de continuar trabalhando como pescadores e na extração do açaí. Diante disso, foram as mulheres que assumiram o sustento das famílias, desdobrando-se em múltiplas atividades para garantir a sobrevivência coletiva.

Há uma resistência à imposição de um modelo único de existência, aquele centrado no lucro e na extração de riqueza. Na minha prática cotidiana, mostro que viver também é um ato político, profundamente enraizado nas dinâmicas que atravessam minha vida. Resolvi existir para enfrentar como minha atuação docente, minha pesquisa e meu estilo de ser as crises ambientais e injustiças sociais.

Mulheres são guardiãs do território não pode ser compreendida sem levar em conta os assujeitamentos e a potência de resistência que emergem da materialidade de meu corpo, das relações situadas de pertencimento e das disputas em torno do meu direito de existir em dignidade e plenitude. Essa perspectiva reforça que os processos de subjetivação não são individuais, uma vez que são atravessados por marcadores relacionais que modulam as possibilidades de ser, estar e resistir.

References

- Bombardi, Larissa Mies. *Agrotóxicos e colonialismo químico*. São Paulo: Elefante, 2023.
- Brum, Eliane. *Banzeiro òkòtò: uma viagem à Amazônia Centro do Mundo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2021.
- Cabnal, Lorena. "Acercamiento a la construcción de la propuesta de pensamiento epistémico de las mujeres indígenas feministas comunitarias de Abya Yala". In: **Feminismos diversos: el feminismo comunitario**. Madrid: Acsur Las Segovias, 2010, pp. 11-25.

- Cabnal, Lorena. Defender o território-terra e não defender o território-corpo das mulheres é uma incoerência política. In: INSTITUTO POLÍTICAS ALTERNATIVAS PARA O CONE SUL (PACS) (Brasil) (Org.). **Outras Economias: alternativas ao capitalismo e ao atual modelo de desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Instituto Políticas Alternativas Para O Cone Sul - Pacs, 2018. p. 23-28.
- Coradin C. Entre buvas e flores vermelhas: autorias das mulheres Sem Terra na ecologização da reforma Agrária no Paraná [tese]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2020. 239 p.
- Costa, Maria da Graça. Agroecologia, (eco)feminismos e “bem-viver”: emergências decoloniais no movimento ambientalista brasileiro. In: HOLLANDA, Heloisa Buarque de (org.). *Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020. Cap. 14. p. 284-297.
- Cusicanqui, Silvia Rivera. **Sociología de la imagen: Miradas ch'ixi desde la historia andina**. Buenos Aires: Tinta Limón, 2015. Disponível em: <<http://tintalimon.com.ar/descargar.php?libro=978-987-3687-10-5>>. Acesso em: 16 nov. 2019.
- Federici, Silvia. *O Ponto Zero da Revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista*. São Paulo: Elefante, 2018.
- Federici, Silvia. *Calibã e a Bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva*. São Paulo: Elefante, 2017.
- Foucault, M. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. São Paulo: Paz & Terra, 1988.
- Foucault, M. *Segurança, território e população*. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.
- Foucault, M. *O Nascimento da Biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.
- Grosfoguel, Ramón. Del «extractivismo económico» al «extractivismo epistémico» y «extractivismo ontológico»: una forma destructiva de conocer, ser y estar en el mundo. *Tabula Rasa*, Bogotá, v. 24, n. 1, p.123-143, jan./jun. 2016. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39646776006>>. Acesso em: 10 maio. 2026.
- HERNÁNDEZ, Delmy Tania Cruz. *Una mirada muy otra a los territorios-cuerpos femeninos*. 2017. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/326446571>>. Acesso em: 10 maio. 2026.
- Haesbaert, Rogério. *Viver no limite: território e multi/transterritorialidade em tempos de insegurança e contenção*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.
- Haesbaert R. Do corpo-território ao território-corpo (da Terra): contribuições decoloniais. *GEOgraphia*. 2020;22(48). DOI: <https://doi.org/10.22409/GEOgraphia2020.v22i48.a43100>
- Mies, Maria; Shiva, Vandana. *Ecofeminismo*. Tradução de Caroline Caires Coelho. Belo Horizonte: Editora Luas, 2021.
- Oliva VF. Do corpo-espaço ao corpo-território: o que a geografia feminista tem a dizer? *Geoensaios*. 2022;8(17):139-157. DOI: <https://doi.org/10.22409/eg.v8i17.52313>
- Paredes, Julieta. *Hilando Fino: desde el feminismo comunitario*. La Paz: Comunidad Mujeres Creando Comunidad, 2010.
- Puleo A. *Ecofeminismo para otro mundo possible*. Espanha: Kobo Editions; 2013.

- Sacch, Ângela. “Mulheres indígenas e participação política: a discussão de gênero nas organizações de mulheres indígenas”. *Revista AntHropológicas*, v. 14, n. 1+2, set. 2003. ISSN 2525-5223. Disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaanthropologicas/article/view/23601> . Acesso em 25/01/2026.
- Saidón, Osvaldo. *Devires da clínica*. São Paulo: Hucitec, 2008.
- Santos FVS, Ferreira MA. O corpo-território: feminismos decoloniais, saúde e estratégias dos movimentos de mulheres indígenas na Amazônia brasileira. [SYN]THESIS. 2022;15(1):30-44. DOI: <https://doi.org/10.12957/synthesis.2022.69285>
- Scaramuzzi, Igor. “A resistência dos quilombolas de Oriximiná à mineração”. In: Nobre, Miriam. *Violência e desigualdade no Brasil*. São Paulo: Sempreviva Organização Feminista, 2017.
- Shiva, Vandana. *Monoculturas da mente: perspectivas da biodiversidade e da biotecnologia*. Tradução de Dinah de Abreu Azevedo. São Paulo: Gaia, 2003.
- Shiva, Vandana. *A Violência da Revolução Verde: agricultura, ecologia e política do terceiro mundo*. 1. ed. Portugal: Edições Mahatma, 2015.
- Shiva, Vandana. *Terra viva: minha vida em uma biodiversidade de movimentos*. Tradução de Marina Kater. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2024.
- Siliprandi E. *Mulheres e agroecologia: transformando o campo, as florestas e as pessoas*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ; 2015.
- Warren KJ. *Filosofias ecofeministas*. Espanha: Icaria Editorial; 1996.
- Wolff, Cristina Scheibe. *Mulheres da floresta: outras tantas histórias*. *Revista de Estudos Amazônicos*, Belém, v. 6, n. 1, p. 21- 40, 2011.



DESAFIOS DO ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL NA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: O FETICHE DA CRISE EM QUESTÃO

*Challenges of psychosocial care in the brazilian psychiatric reform:
the fetish of the crisis in question*

*Desafios de la atención psicosocial en la reforma
psiquiátrica brasileña: el fetichismo de la crisis en cuestión*



Rossana Seabra Sade  



Rafael Nicolau Carvalho  

Resumo

O presente artigo trata-se de uma reflexão da oficina realizada na Escola Franca e Franco Basaglia, na cidade de Belém no ano 2025, tendo como referência a discussão do texto “Fetichismo da Crise: desafios para a atenção psicossocial” produzido pelos autores. Durante a oficina, realizou-se uma análise crítica sobre a temática, a partir da perspectiva da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Abordou-se a crise psíquica como uma das principais dificuldades enfrentadas pela saúde mental no contexto da atenção psicossocial, discutiu-se que no âmbito dos serviços surgem conflitos entre os dois paradigmas ainda presentes, o psiquiátrico e o psicossocial. Conclui-se que isso decorre da forma como a psiquiatria apropriou-se da categoria crise, tornando-a um verdadeiro fetichismo.

Palavras-chave: Saúde Mental. Intervenção em Crise. Reforma Psiquiátrica.

Introdução

O presente texto é uma reflexão sobre o artigo “Fetiche da crise: desafios para a atenção psicossocial”, publicado por Sade e Carvalho (2025), e discutido na oficina realizada na Escola Franca e Franco Basaglia, na cidade de Belém, no mesmo ano. A oficina teve como objetivo problematizar a questão da crise psíquica no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira, discutindo como ela se tornou um fetiche para a psiquiatria contemporânea e um desafio para as práticas de cuidado orientadas pelo paradigma da reforma.

Nesse sentido, cabe ressaltar que a crise se insere tanto no campo das práticas de cuidado quanto no das políticas públicas. Essas duas dimensões não são independentes; ao contrário, estão profundamente interligadas, uma vez que a organização política do campo da saúde mental induz a produção de novas práticas e, ao mesmo tempo, é transformada por elas.

Sabe-se que a Reforma Psiquiátrica Brasileira é um marco na luta pela defesa dos direitos das pessoas com problemas de saúde mental no país. Também é símbolo da luta democrática, que aliada ao Movimento Sanitário catalisaram as forças progressistas na cena política do final da década de 70 e durante os anos 1980, pautando o fim Ditadura Militar e em defesa da saúde pública como direito de todos. Nesse sentido, a reforma também era um projeto de sociedade, alicerçada na democracia e nos direitos humanos e que objetiva, particularmente, a desinstitucionalização da loucura e a construção de uma rede de cuidados. A desinstitucionalização para o campo da saúde mental implica alterar o foco do cuidado das instituições fechadas de caráter asilar para a comunidade e o território (Hirdes, 2009). Para Amarante (1996), a desinstitucionalização refere-se também a crítica epistemológica ao saber médico-psiquiátrico, que se apropriou da experiência da loucura, para se afirmar enquanto campo do saber.

A reforma avançou, sendo materializada por meio da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (Brasil, 2001), que trata da proteção e dos direitos das pessoas com problemas de saúde mental e da reversão do modelo assistencial, ou seja, o cuidado antes pautado no modelo psiquiátrico tradicional ou asilar passaria o modelo de atenção psicossocial e construção de uma nova rede de cuidados.

A partir de então, esboçou-se um conjunto de normativas que foram gradativamente afirmando os preceitos da reforma como a redução progressivas dos leitos psiquiátricos, o investimento em serviços substitutivos ao modelo asilar como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diferentes modalidades, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), para acolhimento das pessoas egressas de longos períodos de internação em instituições psiquiátricas associados com auxílios à reabilitação psicossocial como o Programa Volta para Casa (PVC), por exemplo. Em 2011, essa estrutura que veio paulatinamente sendo construída, com base em um trabalho multidisciplinar e intersetorial, é reorganizada para compor a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), criada por meio da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (Brasil, Ministério da Saúde, 2011) e que tem por objetivo oferecer ações de cuidado em saúde mental para as pessoas com problemas de saúde

mental e/ou que fazem uso prejudicial de álcool e drogas, em uma rede que aglutina diferentes pontos de atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS), envolvendo a atenção primária, a rede de urgências e emergências, hospitais gerais e todos os serviços e programas que já faziam parte da então “rede de saúde mental”.

A Raps faz parte de uma estratégia para superar a fragmentação das ações de cuidado em saúde que instituiu diferentes redes de atenção. Do ponto de vista da reforma, a Raps representou uma grande conquista.

Assim, pode-se dizer que a RAPS é ao mesmo tempo um campo de práticas de cuidado e de políticas públicas. As práticas de cuidado desenvolvidas na rede são notadamente influenciadas pelos preceitos da reforma e pelos saberes produzidos pelos diferentes profissionais e suas disciplinas. O campo das políticas públicas por sua vez reflete a organização política e social no tempo histórico e se desdobra na implementação e organização da rede, nos seus objetivos, recursos disponíveis etc. assim, práticas de cuidado e política estão entrelaçados e presentes nas inúmeras ações de saúde que se desenvolvem na rede e para além dela, refletindo posturas, ideologias, paradigmas e modos de fazer.

Assim, é na RAPS, com toda a sua complexidade, que a crise psíquica é abordada, tanto do ponto de vista das práticas de cuidado quanto do ponto de vista político, aqui, expresso pela organização da rede.

A atenção à crise psíquica enfrenta desafios significativos no campo da saúde mental, especialmente pela sua natureza de urgência, dos paradigmas que a interpretam e pelos estigmas e preconceitos que a acompanham, tornando-a um verdadeiro fetiche na contemporaneidade.

A crise é um dos fenômenos de maior dimensão na saúde mental, por estar carregada do modelo social de normalidade, causando um grande sofrimento no indivíduo que vivencia e em todos que compartilham. Esta análise, nos permite avaliar, a importância dos modelos de abordagem a “crise”, que resgatem o olhar na existência e no sofrimento da pessoa, outro saber, sem estar centrado no paradigma doença-cura. O avanço da reforma permitiu o diálogo com outras formas de compreensão sobre a crise, o respeito a diversidade de experiências, e por incorporar a própria singularidade do sujeito que sofre. Contudo, essa abertura não eliminou o paradigma psiquiátrico e sua leitura sobre a crise, o que dificulta a sua abordagem no âmbito das práticas como da organização política da rede.

Assim, deve-se rever o papel dos serviços, no qual é fundamental promover: inclusão social, cidadania e autonomia, onde o usuário é protagonista de seu cuidado, desenvolvendo habilidades de enfrentamento, redução de crises futuras e diminuição de medicamentos, mantendo a sua singularidade. No modelo de atenção psicossocial, defendido pela reforma psiquiátrica, a atenção à crise está associada principalmente à oferta de uma atenção longitudinal nos contextos de vida das pessoas um cuidado comunitário em rede, voltado para que o indivíduo resgate sua vida por inteiro.

Por outro lado, o modelo psiquiátrico consolidou uma forma de tratar a crise que é totalmente diferente do paradigma psicossocial, onde a contenção e a internação em hospitais psiquiátricos,

promovem o afastamento do indivíduo do convívio familiar e comunitário. A internação já foi a principal resposta à crise e fundamentada na segurança e no controle. A Reforma psiquiátrica brasileira, traz uma mudança de paradigma, a ideia de que a crise psíquica deve ser tratada no contexto da comunidade, promovendo o cuidado em liberdade, esse paradigma reconhece o potencial transformador da crise (Ferigato et al., 2007).

Diante desse quadro, as próximas seções buscam analisar alguns elementos que permitem compreender a complexidade da crise psíquica no âmbito da atenção psicossocial e da RAPS, tomando como eixo a discussão sobre o modo como ela é compreendida e historicamente apropriada pela psiquiatria e convertida em um verdadeiro fetiche. Ao problematizar essa construção, pretende-se evidenciar seus efeitos tanto nas práticas de cuidado quanto na organização da rede, bem como os desafios colocados à consolidação do paradigma psicossocial.

Compreensão da crise

A difícil definição de crise deve considerar o contexto e a organização da própria psiquiatria em determinado contexto histórico (Dell'Acqua & Mezzina, 2005). A palavra crise tem sua origem no grego *Krisi* que caracteriza uma situação ou momento de risco em que uma decisão precisa ser tomada. Também deriva do latim *crisis* que indica um momento de escolha e de mudança. O termo congrega tanto o risco como mudança, no seu sentido filosófico, o termo carrega os atributos semânticos originários, podendo ainda significar purificação (Ferigato et al., 2007; Dassoler, 2022).

A crise psíquica, no contexto histórico e cultural, já foi caracterizada como: manifestação do divino, sabedoria, possessão, bruxaria, subversão da ordem social, e assume o rótulo de doença, tarefa realizada pela psiquiatria. A crise, enquanto “loucura”, é banida de todo seu conteúdo simbólico, sendo apropriada a marca incontestável da doença mental, do desvio e da periculosidade (Ferigato et al., 2007; Dassoler, 2022).

A psiquiatria, mesmo passando por transformações, por meio das reformas, a intervenção a crise é abordada como algo negativo, sendo a autonomia arrancada dos indivíduos e entregue nas mãos dos profissionais que exercem total controle sobre a pessoa. Isso porque a crise foi transformada, pela psiquiatria em patologia e em desvio.

Essa transformação pode ser observada nos sistemas de diagnóstico promovidos pela Associação Norte-Americana de Psiquiatria (APA), por meio das edições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), que rotulam muitos comportamentos e sintomas como diagnósticos psiquiátricos. Os manuais são objetos de críticas quanto à sua validade científica, apesar de serem utilizados globalmente para o diagnóstico dos sofrimentos psíquicos (Amarante et al., 2018; Zorzanelli et al., 2014).

Desta forma, mesmo com o avanço da reforma psiquiátrica, com a transição paradigmática do modelo asilar para o de atenção psicossocial. Percebe-se, que foram cristalizados dois sentidos para a crise psíquica: 1) podendo ser denominada como crise psiquiátrica, que preserva às concepções

produzidas no âmbito da psiquiatria e que evoca os sentimentos de medo e de algo incontrollável que precisa ser contido; e 2) crise psicossocial, que aborda a crise como uma vivência/experiência em que algo de insuportável rompe com o sistema de significação da pessoa ou ameaça as esferas de sua vida, podendo comprometer a sua existência física e simbólica, mas que também pode ser utilizada para transformação, pois permite comunicar seu sofrimento, que não era traduzido pelo indivíduo que atravessa a experiência.

Há uma dualidade nas formas de compreensão, a crise no paradigma psiquiátrico é traduzida como sintoma de transtorno mental e precisa ser contida imediatamente, enquanto para o paradigma psicossocial ela é uma experiência que precisa ser atravessada. Enquanto experiência, ela tem relação com os contextos sociais da vida, como a família, o trabalho, as emoções, a cultura e com as relações. Sob esta perspectiva, a crise deve ser acolhida e seu conteúdo analisado pelos diversos profissionais envolvidos no cuidado.

Araújo (2022) argumenta que a crise não deve ser vista como um evento isolado ou resultado de uma “doença mental”. A autora aborda que a crise é uma consequência do sofrimento acumulado por várias formas de violência, opressão, vulnerabilidade e dilemas que o indivíduo não consegue processar, devido à falta de recursos emocionais, culturais e sociais.

O fetiche da crise

Conforme o dicionário Houaiss, o termo “fetiche” possui diversos significados. Pode referir-se a um objeto ao qual se atribuem poderes mágicos, a uma parte do corpo considerada possuidora de atributos especiais ou eróticos e, ainda, a algo que exerce forte atração e fascínio (Houaiss, 2025). Essas definições são oriundas dos contextos em que o termo foi utilizado e como foi reelaborado. A palavra em si deriva do português “feitiço”, no sentido de encantamento, e foi usada no contexto da colonização durante os séculos XV e XVI, para descrever objetos considerados mágicos por povos africanos (Mountain, 2014; Salvador Roberto et al., 2009).

A palavra, por sua vez, deriva do latim *facticius* que significa algo artificial, ou seja, feito pelo homem. O termo foi incorporado ao francês *fétiche*, no século XVIII, por meio de estudos antropológicos relacionando-o a práticas mágico-religiosas de povos africanos. Da antropologia, o termo migrou para outras áreas e desenvolveu-se, ampliando seu significado e ensejando a expressão fetichismo, que se tornou uma noção importante para as ciências humanas e médicas, sendo usada, inicialmente, na antropologia e sociologia. E foi apropriado pela psicanálise, psicologia e psiquiatria. Como podemos observar, os usos do termo promoveram sua ampliação e, conseqüentemente, colaboraram para os sentidos atribuídos a ele (Mountain, 2014; Salvador Roberto et al., 2009).

Para Freud, o fetiche está relacionado à psicanálise e à sexualidade como um conceito importante para entender os mecanismos psíquicos. O fetichismo seria, então, algo ou um objeto que substitui um desejo sexual ou um conflito psíquico.

Segundo Freud, durante o desenvolvimento psicossocial do menino, ele percebe que a mãe não tem pênis e relaciona isso com a possibilidade de castração, gerando medo e ansiedade. Para lidar com esse conflito, emerge um fetiche em algum objeto, ou em uma parte do próprio corpo, para substituir o medo, dotando esse objeto de um significado sexual poderoso. Assim, o objeto fetichizado substitui subjetivamente o medo ao mesmo tempo que preserva e transfere o desejo para o objeto, o feitiço, o encantamento do objeto, apresenta uma característica que verdadeiramente não a possui, o fetiche sexual, cria-se a ilusão de que o indivíduo está protegido da castração, há a criação de relações falsas para substituir as relações reais (Carvalho & Simanke, 2024).

O significado de fetiche segundo Freud ajuda-nos a refletir o fetiche da crise. Sabemos que a psiquiatria, na busca de se estabelecer como uma ciência, converte a experiência da loucura em sua própria história. Para isso, ela toma a loucura como objeto de sua atuação e a figura do louco como objeto de intervenção. Essa conversão em patologia, inicialmente ainda muito associada a desvios morais. Nessa relação, também se esconde o desejo da psiquiatria em se tornar uma disciplina capaz de ordenar a vida e o espaço social por meio do seu sistema classificatório e do poder, incorrendo a “normatização”.

A psiquiatria cristalizou a crise, tornando-a um fetiche. Ou seja, operam-se aqui a substituição e ilusão no fetiche da crise, cria-se uma relação artificial em que ela, por si só, afirma a constatação da *doença mental* e nega os aspectos psicossociais e sócio-históricos de sua relação. Ao fazer isso, temos a significação de atributos mágicos e trágicos. Ela torna-se um mistério e por isso produz um fascínio intrínseco. É trágica, porque perturba a ordem social, as certezas profissionais, evocando medo e angústia nas pessoas que a presenciam ou que lidam com ela. Mesmo com a emergência de novos saberes, que resgatam e ressignificam a experiência da loucura, como aqueles aludidos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, preserva-se a crise psíquica como calcanhar de Aquiles para os movimentos reformistas.

A crise é o objeto fetiche para a psiquiatria, porque ela protege a psiquiatria da negação de sua autoridade por outras áreas, fortalecendo o discurso de que só a psiquiatria é capaz de lidar com crise. Por isso, mesmo para profissionais que reconhecem a loucura como uma experiência e que se esforçam em tratar a crise psíquica como uma vivência que precisa ser atravessada, eles são capturados por seu mistério e rendem-se ao seu fascínio, buscando contê-la, obcecados por registrar e tipificar suas manifestações, atentos aos seus sinais e às formas de manejo de seus sintomas.

Não é difícil encontrar na literatura estudos que demonstrem esse fetiche expresso na contraposição entre os dois paradigmas. Ele está presente quando, ao lidar com a crise, os profissionais têm dificuldade em compreendê-la, sentem medo e angústia e suas concepções transitam da visão entre o paradigma psiquiátrico e o psicossocial sem as devidas mediações. O fetiche da crise simboliza a interação entre dois paradigmas, apesar de sua contradição (Moura et al., 2022; Carvalho et al., 2024; Homercher & Volmer, 2021).

Possibilidades

No âmbito da dimensão política, vale ressaltar que os serviços que atendem à crise estão menos propícios às mudanças nas políticas de saúde mental, preservando seu caráter conservador em virtude também da forma como a crise foi fetichizada (Dassoler, 2022). Na atenção ofertada nos CAPS, podemos dizer que o fetiche da crise atua de forma mais difusa, pois nesse ambiente convivem concepções distintas sobre a saúde mental e sobre a crise. No mesmo espaço, pode haver intervenções pragmáticas, orientadas pelos protocolos biomédicos, e práticas desenvolvidas na comunidade, que priorizam a formação de vínculos, o acolhimento e os aspectos subjetivos (Dassoler, 2022; Dias et al., 2020).

Embora outras abordagens e perspectivas de intervenção apareçam entre os profissionais, o saber psiquiátrico é organizador da atenção. A Raps está organizada em pontos de cuidado em saúde mental nos diversos componentes da rede. Um desses componentes é a atenção de urgência e emergência, que deveriam atender à crise em alguns serviços, são eles: o Serviço Móvel de Urgência (SAMU); a Unidade de Pronto Atendimento (UPA); e as Unidades de atenção à urgência psiquiátrica em hospitais gerais. Nessa composição, a crise psíquica é tratada como uma urgência, em uma definição muito próxima às urgências clínicas. Então, nesse cenário, não é raro que as abordagens sejam muito conservadoras, alinhadas aos saberes médico-psiquiátricos, com uso da força física e até mesmo das forças policiais, além do difícil atendimento tanto no SAMU quanto nas UPAs (Wasum et al., 2024; Almeida et al., 2015). Aqui prevalecem os sentidos de risco e de periculosidade do fetiche da crise.

Vale registrar que, durante o percurso da Reforma psiquiátrica brasileira, houve uma preocupação maior com os usuários institucionalizados, que eram vítimas de todo tipo de violações. Nesse momento, a crise ocorria no âmbito desses hospitais. Com o aprofundamento da reforma e a criação da rede de cuidado, podemos considerar que os serviços lidam agora com novas situações de crise, não apenas a pessoa com diagnóstico de sofrimento psíquico grave, mas com pessoas que não têm histórico psiquiátrico, mas que experienciam um sofrimento importante relacionado a acontecimentos abruptos da vida, como violência, perdas significativas, falta de trabalho, condições de moradias adequadas, doenças etc. (Dassoler, 2022).

Para Basaglia (1985), o princípio de colocar a doença mental entre parênteses diz respeito à individualização da pessoa, isto é, a um ocupar-se não da doença mental como conceito psiquiátrico, na sua função ideológica, mas sim a um ocupar-se de tudo aquilo que se construiu em torno da doença.

Sendo assim, esses serviços, alinhados ao modelo asilar, tratam a crise psíquica como um mero objeto, despersonalizando-a e esvaziando todo o seu conteúdo simbólico. Nesse contexto, operam a clínica psiquiátrica com a contenção física e medicamentosa e o isolamento das pessoas. As drogas servem para interromper todos os conteúdos manifestos pela crise. Geralmente, essas situações tornam-se uma performance grotesca de desumanidade, reforçando ainda mais o caráter

de urgência e de perigo que já está no imaginário social sobre elas.

Ainda para Araújo (2022), a experiência de sofrimento produz o *continuum* de sofrimento, em que a experiência abrupta passa a se relacionar com outras dificuldades da própria vida, levando à intensificação de seu sofrimento e, quando faltam recursos objetivos, subjetivos e simbólicos para elaborar a experiência, o indivíduo vivencia a crise. Essas pessoas, ao serem atendidas em serviços de urgência psiquiátrica, podem ter determinadas toda a sua vida, pois, como já mencionado, na disputa entre os paradigmas, opera o fetiche da crise que irá destituir o sujeito do seu lugar, transformando-o em mero objeto de fascínio e de medo.

Considerações finais

A superação do fetiche da crise requer uma mudança paradigmática que coloque o indivíduo no centro do cuidado, reconhecendo sua singularidade e promovendo práticas inclusivas. Somente assim será possível oferecer um atendimento de qualidade que respeite os direitos humanos e promova o cuidado em saúde mental em sua totalidade.

A análise do fetiche da crise revela como a psiquiatria, ao longo da história, moldou a percepção da loucura e da crise em termos rígidos e normativos, obscurecendo os aspectos psicossociais e sócio-históricos essenciais para uma compreensão dessa experiência. A crise, transformada em um objeto fetichizado, desumaniza o indivíduo, reduzindo-o a um mero caso e perpetuando a ideia de perigo e de urgência que requer intervenção imediata e controladora.

De acordo com Dell'Acqua e Mezzina (2005), a crise se desenvolve no espaço coletivo e o ator social deve poder atravessá-la sem perder seu vínculo com seu ambiente, com as pessoas significativas em sua vida, permitindo ampliação de possibilidades e novos laços com o serviço. Porém, a maioria dos atores sociais considerados em crise pelos serviços e pelos familiares; tomam altas doses de psicotrópicos, ficando ociosos e sonolentos, tornam-se reféns de sua crise, permanecendo sentados ou andando de um lado para outro. Os profissionais apenas olham e questionam? O que fazer, além de controlar a medicação?

A crise ao perturbar a ordem estabelecida dos serviços de saúde e a rotina dos profissionais, revela a tensão entre os paradigmas psiquiátrico e psicossocial. Essa tensão manifesta-se na disputa pela autoridade sobre o tratamento da crise e na busca por métodos que respeitem a individualidade e promovam a transformação pessoal sem recorrer à patologização.

Para enfrentar esses desafios, o papel do profissional deve ser transformador, dando novo significado à complexidade da crise, sem interpretá-la como incapacidade, insanidade, doença, apenas cuidando por meio de um olhar para a diversidade, respeitando o modo de viver do ator social e o seu modo diferente de relacionar-se com o mundo. O saber, portanto, não deve ser usado como técnica normativa, mas sim como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência, quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica.

Cabe ressaltar que a clínica no cuidado da crise deve estar voltada para a desinstitucionalização que segundo Rotelli (2001), é um processo prático-crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções, cuja meta não é a *cura*, mas a emancipação, ou seja, buscar o potencial da crise, permitindo a pessoa constituir-se enquanto sujeito fazedor de sua história, construindo sobre um novo paradigma: cuidar, desmistificando o fetiche da crise.

Referências

- Almeida ABA, Souza AIJ, Nascimento ERP, Rodrigues J, Zeferino MT, Hermida PMV. Atendimento móvel de urgência na crise psíquica e o paradigma psicossocial. *Texto Contexto Enferm.* 2015; 24:1035-43.
- Amarante P, Pitta AMF, Oliveira WF, organizadores. *Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política.* São Paulo: Zagodoni; 2018.
- Amarante P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.
- Araújo AP. (Des)sentidos da loucura: experiência do sofrimento das pessoas com problemas de saúde mental em João Pessoa/PB. [tese]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2022.
- Basaglia F. *A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico?* Jahn H, tradutora. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.
- Brasil. (2001, 6 de abril). 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.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011, 23 de dezembro). 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).
- Carvalho DP, Simanke RT. Fetichismo e regressão em Freud e Adorno: da psicanálise à teoria social. *Psicologia USP.* 2024; 35:e220137. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e220137>
- Carvalho SL, Herreira LF, Ávila M, Nasi C, Tomiello CA, Tisott ZL, Ketzner N, Pinho LB. Significados dos sentimentos reverberados por trabalhadores no atendimento à pessoa em crise psíquica: estudo fenomenológico. *REME - Rev Min Enferm.* 2024;28:e-1552. DOI: 10.35699/2316-9389.2024.46943.
- Dassoler VA. O acolhimento à e o desafio na atenção psicossocial. In: Zambenedetti G, Santos KA, organizadores. *Saúde Mental, Políticas Sociais e Democracia.* São Paulo: Hucitec; 2022, p.143-157.

- Dell'Acqua G, Mezzina R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: Amarante P, organizador. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau; 2005, p. 161-194.
- Dias MK, Ferigato SH, Fernandes ADSA. Atenção à Crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25(2):595-602. [acesso em 20 set 2021]. DOI: 10.1590/1413-81232020252.09182018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Jw3ZjFQbY5zcQVZvqY76hxf/?lang=pt&format=pdf>
- Ferigato SH, Campos RTO, Ballarin MLGS. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Rev Psic UNESP*. 2007;6(1):31-44.
- Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009; 14:297-305. ISSN 1413-8123. Disponível em:
- Homercher BM, Volmer AL. Interloquções entre acolhimento e crise psíquica: percepção dos trabalhadores de uma Unidade de Pronto-Atendimento. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2021;31(3):e310312. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310312>.
- Houaiss. Fetiche. [acesso em 8 fev 2025]. Disponível em: <https://houaiss.uol.com.br>
- Mountain I. Fetichismo. In: Teo T, editor. *Enciclopédia de Psicologia Crítica*. Nova York: Springer; 2014.
- Moura BR, Amorim MF, Reis AOA, Matsukura TS. Da crise psiquiátrica à crise psicossocial: noções presentes nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. *Cad. Saúde Pública*. 2022;38(11):e00087522. doi: 10.1590/0102-311XPT087522.
- Rotelli, f.; Leonardis, o.; Mauri, d. *Desinstitucionalização*. hucitec: São Paulo, 2001.
- Sade RS, Carvalho RN. O fetiche da crise: desafios para a atenção psicossocial. *Bol Inst Saúde*. 2025; 26(2): 123-131.
- Salvador Roberto MC, Augusto MF, da Rocha OB, de Mello ISP. Estudo introdutório acerca do fetichismo. *Contextos Clínicos*. Jul-Dec. 2009;2(2):106-112. DOI: 10.4013/ctc.2009.22.05.
- Wasum FD, Siqueira DF, Xavier MS, Zubiaurre PM, Oliveira MAF, Sequeira CAC. Avaliação de Quarta Geração: intervenções realizadas na atenção à crise em saúde mental. *Saúde Debate*. 2024;48(142):e9252. doi: 10.1590/2358-289820241429252P
- Zorzanelli R, Bezera Júnior B, Costa JF, organizadores. *A criação de diagnóstico na psiquiatria contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond; 2014.



O ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO COMO AGENTE NO TERRITÓRIO DO CUIDADO EM LIBERDADE¹

The therapeutic companion as an agent in the territory for care in freedom

El acompañante terapéutico como agente territorial para un cuidado en libertad



Sara Letícia Bessa Souza  



Camila Rosa Santos Souza  



Jacinta Fatima Sena da Silva  



Maria de Nazareth Rodrigues
Malcher de Oliveira Silva



¹ Parte da estruturação inicial deste texto contou com o auxílio de ferramentas de **inteligência artificial** para organização textual, revisada adaptada e validada pelos autores e autoras.

Resumo

Este ensaio teórico tem como objetivo refletir sobre o Acompanhamento Terapêutico como agenciador no território para o cuidado em liberdade, à luz dos paradigmas internacionais e das diretrizes da política de saúde mental brasileira. A partir de uma abordagem qualitativa e de uma revisão da literatura nos campos da Psicologia Clínica, Saúde Coletiva e Acompanhamento Terapêutico, o estudo percorre o histórico, desde suas origens nos movimentos reformistas até sua inserção na Rede de Atenção Psicossocial. Os resultados mostram que a abordagem do acompanhante terapêutico se alinha ao modelo de reabilitação psicossocial e ao paradigma do Recovery, pois enfatiza o protagonismo do usuário e sua construção de vida nas dimensões de sentido de território. No entanto, evidenciamos na literatura desafios como a precarização do trabalho e a inserção ainda incipiente nos dispositivos da rede de cuidado. Finalizamos refletindo que o trabalho do acompanhante terapêutico pode fortalecer o cuidado em liberdade, como um agenciador de mediações com o as representações territoriais, mas que ainda merece de regulamentações nas políticas públicas que garantam financiamento, formação e reconhecimento profissional nos dispositivos de cuidado.

Palavras Chaves: Acompanhamento Terapêutico; território; cuidado em liberdade; Rede de Atenção Psicossocial.

Abstract

This theoretical essay aims to reflect on Therapeutic Companionship as an agent in the territory for care in freedom, in light of international paradigms and the guidelines of Brazilian mental health policy. Based on a qualitative approach and a literature review in the fields of Clinical Psychology, Collective Health, and Therapeutic Companionship, the study traces the history of the practice from its origins in reformist movements to its insertion in the Psychosocial Care Network. The results show that the therapeutic companion's approach aligns with the psychosocial rehabilitation model and the Recovery paradigm, as it emphasizes user protagonism and the construction of life within the dimensions of territorial meaning. However, the literature reveals challenges such as precarious working conditions and the still incipient insertion of this practice in the care network devices. We conclude by reflecting that the therapeutic companion's work can strengthen care in freedom as an agent mediating with territorial representations, but it still requires public policy regulations that guarantee funding, training, and professional recognition within care devices.

Keywords: Therapeutic Companionship; territory; care in freedom; Psychosocial Care Network.

Resumen

Este ensayo teórico tiene como objetivo reflexionar sobre el Acompañamiento Terapéutico como agenciador en el territorio para el cuidado en libertad, a la luz de los paradigmas internacionales y de las directrices de la política de salud mental brasileña. A partir de un enfoque cualitativo y de una revisión de la literatura en los campos de la Psicología Clínica, Salud Colectiva y Acompañamiento Terapéutico, el estudio recorre la historia de la práctica desde sus orígenes en los movimientos reformistas hasta su inserción en la Red de Atención Psicossocial. Los resultados muestran que el enfoque del acompañante terapéutico se alinea con el modelo de rehabilitación psicossocial y con el paradigma del Recovery, ya que enfatiza el protagonismo del usuario y la construcción de vida en las dimensiones de sentido del territorio. Sin embargo, la literatura evidencia desafíos como la precarización laboral y la inserción aún incipiente en los dispositivos de la red de cuidado. Concluimos reflexionando que el trabajo del acompañante terapéutico puede fortalecer el cuidado en libertad, como un agenciador de mediaciones con las representaciones territoriales, pero que aún requiere regulaciones en las políticas públicas que garanticen financiamiento, formación y reconocimiento profesional en los dispositivos de cuidado.

Palabras clave: Acompañamiento Terapéutico; territorio; cuidado en libertad; Red de Atención Psicossocial.

Introdução

Este estudo tem como objetivo refletir sobre o Acompanhante Terapêutico (AT) como agenciador no território, entendendo essa prática como uma possibilidade concreta para o cuidado em liberdade, à luz dos paradigmas internacionais e das diretrizes da política de saúde mental brasileira contemporânea.

O AT surge no contexto de transformação da lógica do cuidado em saúde mental, uma transformação histórica que ocorreu no mundo todo que desloca do modelo manicomial, centrado no confinamento e na internação prolongada, para um modelo de cuidado de base territorial e comunitária, que respeita as particularidades e necessidades de cada local e de cada sujeito (Amarante, 2015). Essa mudança, longe de ser meramente técnica, carrega consigo uma aposta ético-política: a de que o sofrimento psíquico não precisa ser sinônimo de exclusão, e que o cuidado pode e deve acontecer nos espaços da vida cotidiana. É nesse terreno fértil que o acompanhante terapêutico (AT) emerge como uma figura singular: alguém cuja função é estar com a pessoa em sofrimento psíquico pelos becos, praças, transportes públicos, serviços de saúde, escolas e mercados da cidade.

Para compreender o lugar que o AT ocupa hoje na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), é necessário recuperar o solo histórico do qual ele brota. Inicialmente, as experiências dos movimentos reformistas da segunda metade do século XX, impulsionadas sobretudo pela experiência de Franco Basaglia na Itália, promoveram críticas radicais aos saberes e às práticas psiquiátricas tradicionais, questionando não apenas os tratamentos, mas a própria instituição manicomial como produtora de exclusão (Amarante, 1998).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) não emergiu como um movimento meramente técnico-assistencial, mas sim no bojo das grandes transformações sociais e políticas do final da década de 1970, onde Amarante e Oliveira (2004) analisam o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) surgiu em 1978 a partir da denúncia pública das condições de violência nos hospitais psiquiátricos, denúncia que desencadeou a primeira greve no setor público desde o início da ditadura militar, revelando que a reforma psiquiátrica brasileira nasce como movimento social articulado à luta pela redemocratização.

No II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, realizado em Bauru em 1987, o MTSM deixou de ser um movimento predominantemente de técnicos para assumir uma identidade ampla de movimento social, sob o lema “Por uma sociedade sem manicômios” (Amarante & Oliveira, 2004, p. 16). Esse lema expressava uma ruptura epistemológica e estratégica: o eixo do debate abandonava os limites meramente assistenciais e passava a vislumbrar a superação radical do modelo psiquiátrico tradicional. Foi nesse contexto que se gestaram as diretrizes da reabilitação psicossocial. A experiência pioneira ocorreu em Santos (SP) em 1989, quando o Anchieta sofreu uma grande intervenção e, em seu lugar, montou-se uma estrutura inovadora de serviços baseados

na concepção de território: os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), protótipos do novo modelo assistencial substitutivo ao manicômio (Amarante & Oliveira, 2004).

Conforme analisa Chauí-Berlinck (2011) foi no contexto da RPB que o AT emergiu no Brasil como uma opção contrária ao modelo de internação, configurando-se como um recurso voltado ao tratamento em saúde mental. Os movimentos sociais, portanto, tinham em seus discursos a defesa da cidadania e o reconhecimento das pessoas em sofrimento psíquico como sujeitos dotados de razão e vontade.

Neste cenário de movimentos sociais o AT nasce como uma ferramenta política alinhada a esses ideais; inicialmente nos anos 1960 e 1970 na América Latina o AT surge no enfoque do auxiliar psiquiátrico, estagiários que participavam do cotidiano das pessoas em crise, oferecendo cuidados básicos e apoio afetivo (Hermann, 2012), e somente para depois se deslocar dos muros do hospital para as ruas da cidade.

Nestes quarenta anos de existência o AT foi se reinventando, deixando, de ser apenas auxiliar dentro dos hospitais psiquiátricos para se tornar aquele que agencia, conecta as pessoas aos espaços possíveis no território, caminha junto pelas praças, auxilia na busca por trabalho, no cuidado da casa, nos afazeres do cotidiano; e não se restringe mais exclusivamente com pessoas com sofrimento psíquico grave em processo de desospitalização, mas se expandiu para diversas possibilidades e contextos, como por exemplo, hospitais gerais, escolas, sistema judiciário, processos de envelhecimento, entre outros campos (Metzger, 2017).

Neto e Dimenstein (2016) afirmam que o AT se apresenta como uma das frentes para a construção desse novo cuidado que acontece nos serviços da RAPS, ou seja, do enfoque de caráter singular do tratamento dos transtornos mentais, não recaindo aos protocolos ou diagnósticos padronizados, mas sobre o desejo do sujeito como motor terapêutico; respondendo as diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira, na qual a pessoa com sofrimento psíquico possa efetivamente circular pela cidade, apropriando-se do território como espaço de vida e não mais como cenário de vigilância.

Essa nova lógica com o AT atuando como um operador do acompanhamento do sujeito nos passos concretos da vida cotidiana, mediando relações, fortalecendo redes sociais e auxiliando na negociação com os equipamentos do território encontra-se em consonância direta com o modelo de reabilitação psicossocial que propõe ir além do controle dos sintomas e da mera adaptação do sujeito ao ambiente, que aposta na reconstrução do poder de contratualidade social da pessoa em sofrimento psíquico, entendendo que a desinstitucionalização não se completa não apenas com a saída do hospital, mas com a criação de novas possibilidades de vida no território, incluindo moradia, trabalho, lazer, afetividade e cidadania (Pitta, 2001).

Além disso, outro processo que o AT engloba é a contratualidade social e na reconstrução de projetos de vida na qual coaduna também com o paradigma internacional centrado na pessoa, em Recovery e direitos humanos da Organização Mundial da Saúde, na qual entre diversas diretrizes

enfoca no processo da vivência da experiência, da narrativa sobre os processos nas dimensões e cotidiano da pessoa.

Brandão, Figueiredo e Delgado (2022) descrevem que Recovery emergiu no campo da saúde mental a partir dos movimentos de pessoas com experiência vivida de sofrimento psíquico e familiares nos países anglo-saxões na década de 1970, tornando-se relevante para a compreensão de práticas de cuidado que valorizam o protagonismo dos usuários. Com base na definição clássica de Anthony (1993), os autores apontam que o Recovery não se confunde com a cura no sentido biomédico, mas sim com um processo pessoal e singular de mudança: uma forma de viver uma vida satisfatória, esperançosa e significativa, mesmo diante das limitações causadas pelo sofrimento psíquico.

Ao aproximar o AT deste paradigma internacional não se trata de transplantar mecanicamente um modelo estrangeiro, mas de extrair dele suas potencialidades: centralidade no usuário, aposta na esperança, direito a uma vida com sentido no território à luz das conquistas e dos limites concretos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

No Brasil, algumas experiências têm descrito o AT nos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial e intersetorial, como nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas Residências Terapêuticas (RT) e no sistema judiciário, ampliando sua atuação para além da assistência em saúde mental propriamente dita. Silva (2012) aponta que embora ainda, incipiente, de maneira esporádica e tímida, tais experiências produzem impacto significativo no cuidado e para a rede. Um exemplo é o projeto “AT na Rede”, desenvolvido no Rio Grande do Sul desde 1988 como iniciativa de extensão e pesquisa vinculada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

No contexto da RAPS o AT poderia ser considerado como um operador privilegiado, pelas estratégias de cuidado desenvolvida de um cuidado em liberdade que ultrapasse o plano apenas do discurso, mas que também se efetive como ato no território vivo ainda que permaneça tensionado entre sua potência clínica e a precarização institucional. Diante do exposto, coloca-se a questão central que orienta este ensaio: de que modo o Acompanhamento Terapêutico pode fortalecer o cuidado em liberdade no território, superando limites que ainda persistem na Rede de Atenção Psicossocial?

Metodologia

Esta pesquisa de abordagem qualitativa foi composta como um ensaio teórico que segundo (Meneghetti, 2011) enfoca uma reflexão permanente como zona de centralidade; por meio da temática sobre o cuidado do acompanhamento terapêutico, enquanto dispositivo relevante do modelo de reabilitação psicossocial e paradigmas atuais.

O texto é caracterizado pela interconexão entre as experiências e a formação das autoras, que analisam elementos do campo temático em busca de uma compreensão de sua complexidade. Dessa forma, dialogam de maneira crítica, descritiva e interpretativa, permitindo compor uma

síntese do conhecimento existente e identificar lacunas para investigações futuras. Para tanto, foi utilizada literatura em formato de artigos e livros provenientes da Psicologia Clínica, da Saúde Coletiva e do campo do Acompanhamento Terapêutico.

O material, composto por livros e artigos, foi analisado a partir de temáticas relacionadas ao ato de fazer do AT e à reflexão à luz da política de saúde mental brasileira, sendo posteriormente triangulado com a realidade.

Resultados e discussão

O AT se constitui como uma clínica em constante construção, aberta ao novo e marcada pela ruptura com os modelos tradicionais centrados no consultório. Inserido nos contextos reais da vida das pessoas em sofrimento psíquico, o AT produz não apenas intervenções técnicas, mas também conexões humanas construídas nos encontros cotidianos entre acompanhante terapêutico e acompanhado. É nessa proximidade, sustentada pelas relações e pela convivência, que se tornam possíveis o apoio, a compreensão da singularidade das experiências humanas e a ampliação das possibilidades de inserção social das pessoas em sofrimento. Esse modo de operar já aponta uma primeira resposta à questão central: o AT fortalece o cuidado em liberdade ao deslocar a clínica do espaço fechado do consultório para o território vivo, onde a vida acontece.

Nessa direção, segundo Hermann (2005), o AT é compreendido a partir da própria prática e do lugar ocupado por aquele que acompanha o sujeito em sua forma singular de estar no mundo. Ao acompanhante terapêutico cabe sustentar, junto ao acompanhado, a reconstrução desse mundo, construindo estratégias singulares e favorecendo possibilidades de existência sem impor modelos ou formas pré estabelecidas de viver. Assim, o AT fortalece o cuidado em liberdade ao partir do desejo e da singularidade do sujeito, e não de protocolos ou diagnósticos padronizados.

Consideramos, portanto, que o AT pode ser constituída como Lancetti (2008) refere como uma clínica peripatética, realizada a céu aberto, que vai ao encontro do acompanhado em seus percursos cotidianos, nos espaços onde vive, circula e estabelece relações, num modo que se torne possível acompanhar seus modos singulares de existir, traçando um mapa que evidencia não apenas suas dores e clausuras, mas também suas potências inesperadas, sua sensibilidade e os ritmos próprios com que habita o mundo e o tempo; podendo ser uma estratégia para a RAPS ao operar nas situações e cenários onde os serviços muitas vezes não chegam, qual seja: na rua, no domicílio, nos espaços de lazer e trabalho.

Há diversas formas para conceituar o AT na literatura. Para Metzger (2017) o que define o AT é a escuta atenta ao sujeito em sofrimento em uma tentativa de construir laços sociais a partir das intervenções que emergem de cada encontro; Mendonça (2017) sustenta o AT como uma “clínica do cotidiano”, compreendendo o AT como uma abordagem clínico assistencial que não se restringe nem à psicoterapia e ao manejo transferencial, nem somente às atividades práticas da

vida diária, como gestão e manejo como operação fundamental da prática clínica, onde o vínculo é a ferramenta para sustentar o cuidado em liberdade mesmo diante de crises e situações de alta complexidade.

Palombini (2004) amplia a compreensão do AT ao destacar sua dimensão político-clínica, entendendo o AT como uma prática voltada para a transformação e para a construção de possibilidades de convivência no mundo a partir do reconhecimento dos diferentes modos de existir. A autora compreende o AT como uma tecnologia clínico-política articulada à rede pública de saúde mental e aos serviços substitutivos. Também o apresenta como um dispositivo fundamental para a sustentação e análise dos princípios da reforma psiquiátrica. Assim, o AT opera como ferramenta de desinstitucionalização e de transformação da clínica tradicional, ao construir redes de cuidado no espaço extra-institucional e produzir práticas que se afastam da lógica manicomial. Essa dimensão político-clínica é central para superar os limites da RAPS, pois o AT não apenas cuida, mas também denuncia e transforma as estruturas que ainda perpetuam a exclusão.

Para que o AT exerça essa potência transformadora, Palombini (2004) enfatiza a importância de uma prática orientada por uma ética do encontro e pela análise constante da realidade vivida. Nessa perspectiva, o acompanhante terapêutico não se apoia em protocolos fixos, mas constrói sua atuação a partir da singularidade de cada encontro com o sujeito e seu território existencial, na qual a clínica acontece diretamente nos atravessamentos do cotidiano em casa, na rua, nos serviços e nos diferentes espaços de circulação fazendo dos acontecimentos e impasses da vida matéria para a criação de novos sentidos e possibilidades de existência.

Assim, o AT ultrapassa a condição de mera técnica e se afirma como uma prática clínico-política que problematiza os saberes instituídos e atua micropoliticamente na desconstrução das normas e hábitos que sustentam a lógica manicomial (Palombini, 2004). É nesse ponto que essa clínica mais fortemente contribui para superar os limites da RAPS: ao questionar as práticas cristalizadas e apostar na criação cotidiana de novas possibilidades.

A inserção do AT nas políticas públicas brasileiras de saúde mental tem como marco a experiência de Santos (SP), especialmente após a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em 1989, acontecimento fundamental para a luta antimanicomial no Brasil. A partir desse processo, foram criados os primeiros Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), precursores dos atuais CAPS, consolidando um modelo de cuidado territorial, comunitário e em liberdade, no qual o AT encontrou espaço para se desenvolver como prática clínica inserida na rede pública de saúde mental (Prefeitura de Santos, 2024). A criação desses espaços de cuidado de base territorial, comunitário e em liberdade permitiu que o AT se fortalecesse como prática clínica inserida na rede pública, inclusive com ATs concursados desde os primeiros NAPS (Souza, 2026). Essa experiência demonstra que a inserção formal do AT na RAPS, com vínculos estáveis, é um caminho para superar a precarização institucional.

Outro importante marco da inserção do AT nas políticas públicas brasileiras é o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), vinculado ao Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Desde sua criação, em 2001, o programa incorporou o AT como ferramenta clínica fundamental no cuidado de pessoas em sofrimento psíquico submetidas a medidas de segurança ou em situação de vulnerabilidade jurídica. Sustentado por uma articulação entre justiça, saúde, assistência social e sociedade civil, o PAI-PJ orienta-se pelos princípios da reforma psiquiátrica e pela construção de alternativas ao encarceramento e à lógica manicomial, mantendo o AT como função clínica que perpassa todas as profissões (Barros-Brisset, 2010).

No PAI-PJ, o AT ocupa uma função clínica estratégica ao atuar diretamente no cotidiano dos sujeitos, favorecendo sua circulação pela cidade, o acesso a direitos e a construção de redes de cuidado. Inserido em uma equipe interdisciplinar e tendo o AT como função clínica transversal às diferentes categorias profissionais, opera como articulador entre saúde, justiça e assistência social, acompanhando situações marcadas não apenas pelo sofrimento psíquico, mas também por exclusão social, racismo, violência e pobreza. Por meio de um trabalho clínico realizado no território, o AT sustenta práticas de cuidado em liberdade, favorecendo processos de autonomia e a construção de novas possibilidades de existência e circulação social, mesmo diante de marcas profundas de estigma e exclusão. Dessa forma, a experiência do PAI-PJ evidencia a potência desse dispositivo em tensionar estruturas manicomializantes e judiciais, afirmando o cuidado em liberdade como uma possibilidade concreta, inclusive em contextos de alta complexidade institucional (Barros-Brisset, 2010).

Outra experiência importante na inserção do AT na rede pública brasileira foi o projeto AT na Rede, da UFRGS, criado em 1998. Com atuação contínua há quase três décadas, o projeto articula extensão, ensino e pesquisa, contribuindo para a formação de profissionais e para a RAPS de Porto Alegre, além de se tornar referência nacional na promoção do cuidado em liberdade (Palombini et al., 2022). A consolidação do AT na Rede foi sempre sustentada por uma ampla rede de colaboração entre universidade, serviços públicos, docentes, estudantes e pessoas acompanhadas, tornando-se referência nacional na prática do AT no contexto público. Vinculado à universidade, o projeto articula extensão, ensino e pesquisa, possibilitando sua continuidade e fundamentação teórica, mas também evidenciando limites estruturais, já que sua existência depende de apoio institucional acadêmico, sem constituir uma política pública formal do SUS (Palombini et al., 2022). Ainda assim, a experiência demonstra a potência clínica e social do AT e aponta para a necessidade de sua incorporação mais efetiva às políticas públicas de saúde mental (Palombini et al., 2022).

Outra experiência relevante em que profissionais atuam como ATs são os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) do município do Rio de Janeiro, iniciados em 1998 como dispositivos estratégicos da política de desinstitucionalização. Regulamentados a partir do ano de 2000, os SRTs oferecem moradia inserida no espaço urbano para pessoas egressas de longas internações psiquiátricas, favorecendo o retorno à vida comunitária e o cuidado em liberdade. Nesse contexto, o AT ocupa papel central na coordenação do cuidado, atuando junto a cuidadores e técnicos de enfermagem (Soares & Silva, 2019). Nos SRTs, o AT constitui o eixo central do cuidado, oferecendo suporte cotidiano

no ambiente domiciliar e favorecendo processos de reabilitação psicossocial, autonomia e inserção comunitária. O AT, contratado via carteira assinada por meio de uma Organização Social (OS), atua como técnico de referência, articulando o cuidado clínico e social, supervisionando cuidadores e sustentando a residência como espaço de vida em liberdade, evitando sua institucionalização (Soares & Silva, 2019).

Apesar das diferentes formas de inserção institucional do AT nas experiências apresentadas, seja por meio de concursos públicos, como em Santos, da função clínica transversal exercida no PAI-PJ, da contratação formal nos SRTs do Rio de Janeiro ou do vínculo universitário no AT na Rede, todas convergem na sustentação do AT como uma prática potente de cuidado em liberdade. Ainda que atravessado por diferentes arranjos institucionais, o AT demonstra, em todos esses contextos, sua capacidade de construir vínculos, ampliar a circulação social, articular redes de cuidado e sustentar modos singulares de existência fora da lógica manicomial. Essas experiências evidenciam que a potência dessa clínica não se reduz ao modelo institucional ao qual está vinculado, mas se afirma justamente na ética do encontro, na presença no território e na construção cotidiana de possibilidades de vida e pertencimento social.

Considerações finais

Este estudo possibilitou descrever o histórico e a atuação do Acompanhamento Terapêutico (AT) e refletiu sobre sua relevância como um ator no cuidado pela reabilitação psicossocial, por meio de estratégias de clínica ampliada, no território e, principalmente, em liberdade. Mostrou-se importante, portanto, realizar reflexões sobre este dispositivo à luz dos paradigmas internacionais e das diretrizes da política de saúde mental brasileira.

Ao longo do percurso teórico construído, foi possível evidenciar que o AT emerge historicamente como uma prática fronteira, situada entre a clínica e a política, entre o hospital e a cidade, entre o técnico e o existencial. Desde suas origens nos movimentos reformistas da segunda metade do século XX, passando pela experiência italiana e pela luta antimanicomial brasileira, o AT consolidou-se como um dispositivo de desinstitucionalização que opera no território vivo, acompanhando as pessoas em sofrimento psíquico em seus percursos cotidianos. A análise também demonstrou que o AT se alinha com o modelo de reabilitação psicossocial, ao apostar na reconstrução da contratualidade social, bem como com o paradigma internacional do Recovery, que enfatiza o protagonismo do usuário e a construção de uma vida com sentido mesmo diante das limitações.

Não obstante a potência clínica e política do AT, este estudo também evidenciou os tensionamentos que atravessam sua prática no contexto da Rede de Atenção Psicossocial. O acompanhante terapêutico permanece frequentemente submetido a condições de trabalho precarizadas, com vínculos frágeis, ausência de regulamentação e pouca supervisão institucional. Além disso, a inserção do AT nos dispositivos da rede ainda se dá de maneira esporádica e tímida, concentrada em experiências locais e com pouca capilaridade nacional. Esses limites apontam

para a necessidade de fortalecimento institucional do AT como política pública e não apenas como iniciativa isolada.

Diante da questão central que orientou este ensaio de que modo o AT pode fortalecer o cuidado em liberdade no território, superando limites que ainda persistem na RAPS? Considera-se que o AT fortalece o cuidado em liberdade na medida em que opera como um agenciador de conexões entre o sujeito e os equipamentos do território, como um construtor de redes e como um disparador de processos de autonomia. No entanto, para que essa potência se efetive de maneira ampliada e sustentável, sugere-se como encaminhamento que o AT deixe de ser uma prática marginal e passe a ocupar o lugar de dispositivo central nas políticas de saúde mental. Isso implica a necessidade de: (a) inclusão do AT como serviço específico na RAPS, com financiamento próprio; (b) formação continuada e supervisão permanente para os acompanhantes terapêuticos; (c) garantia de vínculos trabalhistas dignos; (d) fomento a pesquisas que avaliem o impacto do AT na redução de reinternações e na ampliação da autonomia dos usuários. Espera-se que este ensaio contribua para visibilizar o AT como estratégia fundamental para a consolidação do cuidado em liberdade e para o avanço da luta antimanicomial no Brasil.

Referências

- Amarante, P. (1998). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (2ª ed.). Fiocruz.
- Amarante, P. (2015). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Fiocruz.
- Amarante, P., & Oliveira, W. F. de. (2004). A saúde integral e a inclusão da saúde mental no SUS: pequena cronologia e análise do movimento de reforma psiquiátrica e perspectivas de integração. *Dynamis Revista Tecno-Científica*, 12 (47), 6-21.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Barros-Brisset, F. O. (2010). *Por uma política de atenção integral ao louco infrator*. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais.
- Brandão, A. D. de L., Figueiredo, A. P., & Delgado, P. G. G. (2022). Incorporações e usos do conceito de recovery no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira: uma revisão da literatura. *Trabalho, Educação e Saúde*, 20, e00189174. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs00189>
- Chauí-Berlinck, R. (2011). *Acompanhamento terapêutico: uma clínica em construção*. Annablume.
- Hermann, M. C. (2012). *Acompanhamento terapêutico e psicose: um articulador do real, simbólico e imaginário* (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo.
- Lancetti, A. (2008). *Clínica peripatética* (3. ed.). Hucitec.

- Meneghetti, F. K. (2011). O que é um ensaio teórico? *Revista de Administração Contemporânea*, 15(2), 320-332.
- Metzger, C. (2017). *Clínica do acompanhamento terapêutico e psicanálise* (1. ed.). Aller.
- Neto, M., & Dimenstein, M. (2016). Experiência de Acompanhamento Terapêutico: do hospital à cidade. *Pesquisa e Prática Psicossociais*, 11(2), 489-498.
- Palombini, A. (2004). *Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública: a clínica em movimento* (2. ed.). UFRGS.
- Palombini, A. L., Pasini, V. L., & Ecker, D. D. (Orgs.). (2022). *Linhas do tempo: acompanhamento terapêutico na rede pública*. Rede Unida.
- Pitta, A. M. F. (2001). O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In *Reabilitação psicossocial no Brasil*. Hucitec.
- Prefeitura de Santos. (2024). *Marco da luta antimanicomial no País, intervenção da Casa de Saúde Anchieta, em Santos, completa 35 anos*. <https://www.santos.sp.gov.br/?q=noticia/marco-da-luta-antimanicomial-no-pais-intervencao-da-casa-de-saude-anchieta-em-santos-completa-35-anos>
- Prefeitura de Santos. Secretaria Municipal de Finanças e Gestão. (2025). Anexo II – Descrição sumária das atividades. Edital nº 40/2025 – SEPLA-RH.
- Soares, L. M. L., & Silva, P. R. F. da. (2019). Serviços Residenciais Terapêuticos na cidade do Rio de Janeiro: uma análise da estrutura e do processo de cuidado. *Saúde em Debate*, 43(esp. 2), 101-113. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S208>



ESTUDOS DE REVISÃO



DIREITOS HUMANOS, VULNERABILIDADE SOCIAL E CUIDADO EM LIBERDADE NA SAÚDE MENTAL¹

*Human Rights, Social Vulnerability,
and Freedom-Based Care in Mental Health*

*Derechos humanos, vulnerabilidad social y atención
en libertad en salud mental*



Hélio Luiz Fonseca Moreira  

¹ Parte da estruturação inicial deste texto contou com o auxílio de ferramentas de **inteligência artificial** para organização textual, revisada adaptada e validada pelos autores e autoras.

Resumo

Este artigo apresenta uma revisão sistemática que articula direitos humanos, vulnerabilidade social e saúde mental, com ênfase na Reforma Psiquiátrica brasileira e na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O objetivo é analisar como condições de vulnerabilidade impactam o acesso ao direito à saúde mental e como o cuidado em liberdade opera como concretização ou negação de direitos fundamentais. Foram selecionadas 52 publicações nas bases SciELO, LILACS, PubMed e Periódicos CAPES (2010–2025). Os resultados indicam que desigualdades socioeconômicas, racismo estrutural, sexismo e LGBTQIA+fobia constituem barreiras ao acesso aos serviços e produzem sofrimento psíquico. O cuidado em liberdade, sustentado por equipes interdisciplinares e práticas territoriais, mostra-se mais efetivo quando orientado por direitos humanos, embora persistam desafios de financiamento, formação e resistência manicomial. Conclui-se pela necessidade de políticas intersetoriais, fortalecimento da RAPS e enfrentamento das vulnerabilidades estruturais.

Palavras-chave: Direitos humanos. Vulnerabilidade social. Saúde mental. Cuidado em liberdade.

Abstract

This article presents a systematic review that articulates human rights, social vulnerability, and mental health, with emphasis on the Brazilian Psychiatric Reform and the Psychosocial Care Network (RAPS). The objective is to analyze how vulnerability conditions impact access to the right to mental health and how care in freedom operates as either a realization or denial of fundamental rights. Fifty-two publications were selected from SciELO, LILACS, PubMed, and CAPES Journals databases (2010-2025). Results indicate that socioeconomic inequalities, structural racism, sexism, and LGBTQIA+phobia constitute barriers to service access and produce psychological suffering. Care in freedom, sustained by interdisciplinary teams and territorial practices, proves more effective when guided by human rights principles, although challenges persist regarding financing, professional training, and resistance to asylum-based models. The study concludes that intersectoral policies, strengthening of the RAPS, and confrontation of structural vulnerabilities are necessary.

Keywords: Human rights. Social vulnerability. Mental health. Care in freedom.

Resumen

Este artículo presenta una revisión sistemática que articula derechos humanos, vulnerabilidad social y salud mental, con énfasis en la Reforma Psiquiátrica brasileña y en la Red de Atención Psicossocial (RAPS). El objetivo es analizar cómo las condiciones de vulnerabilidad impactan el acceso al derecho a la salud mental y cómo el cuidado en libertad opera como concretización o negación de derechos fundamentales. Se seleccionaron 52 publicaciones en las bases SciELO, LILACS, PubMed y Periódicos CAPES (2010-2025). Los resultados indican que las desigualdades socioeconómicas, el racismo estructural, el sexismo y la LGBTQIA+fobia constituyen barreras al acceso a los servicios y producen sufrimiento psíquico. El cuidado en libertad, sustentado por equipos interdisciplinarios y prácticas territoriales, se muestra más efectivo cuando orientado por derechos humanos, aunque persistan desafíos de financiamiento, formación y resistencia manicomial. Se concluye por la necesidad de políticas intersectoriales, fortalecimiento de la RAPS y enfrentamiento de las vulnerabilidades estructurales.

Palabras clave: Derechos humanos. Vulnerabilidad social. Salud mental. Cuidado en libertad.

Introdução

Os direitos humanos constituem fundamento das políticas públicas contemporâneas, reconhecidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e na Constituição Federal brasileira (1988), que consagra a dignidade da pessoa humana como base do Estado Democrático de Direito. No campo da saúde, esses direitos materializam-se no acesso universal, integral e equânime aos serviços, conforme o Sistema Único de Saúde (SUS), articulado aos determinantes sociais da saúde (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

A Reforma Psiquiátrica brasileira e a Lei nº 10.216/2001 representam marcos na transição de um modelo asilar para um modelo psicossocial, territorializado e baseado no cuidado em liberdade (Amarante, 2013; Delgado, 2011). Trata-se de inflexão ético-política que reposiciona a pessoa em sofrimento psíquico como sujeito de direitos, não mais como objeto de tutela, valorizando sua história, vínculos e pertencimentos comunitários. A hospitalização torna-se recurso excepcional, enquanto o tratamento ocorre prioritariamente em dispositivos comunitários articulados ao cotidiano de vida dos usuários.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088/2011, concretiza essa diretriz ao organizar serviços substitutivos, CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos, Consultórios na Rua, leitos em hospital geral e ações na atenção básica, distribuídos no território e articulados de forma intersetorial, visando não apenas tratamento clínico, mas promoção de autonomia, participação social e garantia de direitos civis, políticos e sociais (Brasil, 2004; 2011).

Contudo, a distância entre a previsão normativa e a efetivação concreta dos direitos revela-se particularmente aguda em contextos de vulnerabilidade social. Embora a igualdade e universalidade do acesso à saúde sejam princípios legais, barreiras materiais e simbólicas limitam o exercício desses direitos. Desigualdades de renda, racismo estrutural, sexismo, LGBTQIA+fobia e capacitismo produzem condições de vida precárias que impactam significativamente a saúde mental e o acesso aos recursos de cuidado (Werneck, 2016; Brasil, 2010).

A vulnerabilidade social transcende a pobreza material, incluindo dimensões simbólicas, políticas e institucionais: criminalização da pobreza, violência estatal e invisibilização de demandas nos processos decisórios (Santos, 2006; Crenshaw, 2002). O sofrimento psíquico é atravessado por fome, desemprego, moradia inadequada e violência, cronificando adoecimento e restringindo busca de ajuda. A negação de direitos não é evento pontual, mas estrutura que naturaliza hierarquias de raça, gênero, classe e território, produzindo cidadãos de “segunda categoria”.

As práticas em saúde mental desenvolvidas na RAPS operam em campo tensionado entre afirmação de autonomia e persistência de práticas violadoras. Convivem propostas inovadoras de cuidado territorial, centradas no diálogo e construção compartilhada de projetos terapêuticos, com intervenções marcadas por tutela, medicalização excessiva e controle. Embora dispositivos comunitários apresentem potencial para concretizar direitos humanos, enfrentam precarização, subfinanciamento crônico, rotatividade profissional e pressões políticas por reatualização de

modelos asilares, exigindo resistência permanente (Lancetti; Amarante, 2013; Vasconcelos; Yasui, 2019; Furtado, 2016; Onocko-Campos et al., 2018).

Torna-se relevante articular, em perspectiva analítica única, a garantia de direitos humanos em contextos de vulnerabilidade social e o direito à saúde mental, com foco em cuidado em liberdade. Não se trata de justapor campos, mas compreender como direitos humanos e saúde mental se coproduzem na vida concreta de sujeitos em territórios marcados por desigualdades e violências. Questiona-se em que medida práticas, saberes e políticas de cuidado em liberdade têm efetivado direitos, reduzido desigualdades e promovido cidadania para pessoas em sofrimento psíquico, especialmente grupos historicamente marginalizados, evidenciando potencialidades emancipatórias e contradições que persistem.

O objetivo deste artigo é analisar, por revisão sistemática de literatura, como a produção científica recente aborda a interface entre direitos humanos, vulnerabilidade social e saúde mental, identificando avanços, limites e desafios para consolidação de modelo de atenção psicossocial comprometido com dignidade humana. Mapeia-se como Reforma Psiquiátrica e RAPS foram interpretadas e implementadas em contextos de vulnerabilidade, avaliando sua capacidade de tensionar práticas manicomiais e fortalecer perspectiva de direitos. Problematizam-se implicações ético-políticas das práticas de cuidado territorial, articulando crítica às violações de direitos com valorização de experiências emancipadoras que apostam em autonomia, participação social e construção coletiva de projetos terapêuticos (Amarante; Nunes, 2018; Passos; Benevides, 2015). Contribui-se assim para debate sobre rumos da política de saúde mental no Brasil, oferecendo elementos para defesa e aprimoramento de cuidado em liberdade clínico, social e politicamente comprometido com justiça social.

Metodologia

Trata-se de uma revisão sistemática de literatura qualitativa e descritivo-analítica sobre a relação entre direitos humanos, vulnerabilidades sociais, saúde mental e cuidado em liberdade, conduzida conforme diretrizes de pesquisa qualitativa em saúde (Minayo, 2017). A revisão foi orientada por três questões centrais: (1) Como a literatura descreve a relação entre vulnerabilidades sociais e garantias/violações de direitos humanos na saúde mental? (2) De que forma o cuidado em liberdade opera como estratégia de efetivação de direitos? (3) Quais saberes e práticas promovem cuidado em liberdade e quais desafios persistem na implementação de políticas públicas?

A busca foi realizada nas bases SciELO, LILACS, PubMed e Periódicos CAPES (janeiro a março de 2025, período 2010-2025), utilizando descritores em português, inglês e espanhol combinados com operadores booleanos: “direitos humanos” AND “vulnerabilidade social”; “direitos humanos” AND “saúde mental”; “saúde mental” AND “cuidado em liberdade”; “reforma psiquiátrica” AND “Brasil”; “psychosocial care” AND “human rights”; “social vulnerability” AND “mental health”; “community mental health” AND “human rights”.

Foram incluídos artigos científicos em português, inglês ou espanhol que abordassem a interface entre direitos humanos, vulnerabilidade social e saúde mental, com foco em cuidado em liberdade, serviços substitutivos e políticas de saúde mental. Foram excluídos estudos anteriores a 2010, trabalhos não revisados por pares (exceto marcos normativos) e duplicatas. A busca inicial resultou em 428 referências. Após exclusão de duplicidades (312 publicações), análise de títulos e resumos (102 artigos selecionados) e leitura completa, foram incluídos 50 estudos mais dois documentos normativos e obras de referência (Brasil, 2001; Amarante, 2013; Vasconcelos; Yasui, 2019), totalizando 52 referências.

A análise seguiu abordagem temática, organizando os estudos em categorias: (a) vulnerabilidades sociais e sofrimento psíquico; (b) violência institucional e violação de direitos; (c) políticas públicas e Reforma Psiquiátrica; (d) cuidado em liberdade e práticas territoriais; (e) saberes e práticas emancipatórias; (f) desafios à efetivação de direitos humanos na saúde mental.

Resultado e Discussão

Dos 52 estudos incluídos na revisão, a maior parte foi produzida no Brasil, com forte presença de periódicos da saúde coletiva, psicologia, serviço social e saúde pública. Predominam estudos qualitativos, com uso de entrevistas, grupos focais, etnografias, estudos de caso e análise documental (Minayo, 2017), embora também haja trabalhos quantitativos com dados epidemiológicos e análises estatísticas (Brasil, 2018; OMS, 2022).

Em relação ao foco temático, um conjunto de artigos enfatiza a interface entre vulnerabilidades sociais e saúde mental, destacando determinantes sociais como pobreza, racismo e desigualdade de gênero (Buss; Pellegrini Filho, 2007; Werneck, 2016). Outros se dedicam a avaliar experiências de cuidado em liberdade e serviços da RAPS (Costa; Dimenstein, 2017; Onocko-Campos et al., 2018; Furtado, 2016), enquanto um terceiro grupo discute, de forma mais ampla, direitos humanos e políticas públicas em saúde mental (Lancetti; Amarante, 2013; Vecchia; Martins; Nunes, 2016; Amarante; Nunes, 2018).

1) Vulnerabilidades sociais, sofrimento psíquico e acesso desigual

Os estudos convergem na caracterização das vulnerabilidades sociais como fenômenos multidimensionais, envolvendo pobreza, desemprego, precarização do trabalho, baixa escolaridade, violência urbana, discriminação racial, de gênero, orientação sexual e identidade de gênero, além de desigualdades territoriais marcadas por moradias precárias e falta de infraestrutura urbana (Buss; Pellegrini Filho, 2007; Brasil, 2018).

Pesquisas com populações em situação de rua, usuários de álcool e outras drogas e pessoas privadas de liberdade mostram taxas elevadas de sofrimento psíquico, depressão, ansiedade e uso problemático de substâncias (Brasil, 2012; Borysow; Fischer, 2014; Falcão et al., 2019). A literatura indica que essas condições não são apenas fatores de risco, mas expressões de processos históricos de exclusão e violação de direitos (Santos, 2006).

Ao mesmo tempo, os grupos mais vulnerabilizados são aqueles que enfrentam maiores barreiras de acesso aos serviços de saúde mental. Borysow e Fischer (2014), analisando o Consultório na Rua em uma grande cidade brasileira, evidenciam obstáculos como horários incompatíveis, exigência de documentos, atitudes discriminatórias e insuficiência de serviços no território. Falcão et al. (2019), ao discutir saúde mental e população em situação de rua sob a perspectiva da redução de danos, mostram que o cuidado muitas vezes se dá de forma fragmentada e tardia, concentrando-se em momentos de crise.

2) Violência institucional, estigma e violações de direitos

Outra dimensão recorrente nos estudos é a presença de violências institucionais e práticas violadoras de direitos dentro dos próprios serviços de saúde e da rede socioassistencial. Relatórios de inspeções e pesquisas qualitativas descrevem situações de coerção, negligência, uso abusivo de contenção física e medicamentosa e discurso moralizante em instituições de internação, particularmente em comunidades terapêuticas e serviços não alinhados à Reforma Psiquiátrica (CFP, 2018; Lancetti; Amarante, 2013).

Nesses contextos, o estigma associado à loucura e ao uso de drogas se articula a estereótipos racializados e de classe, produzindo efeitos de criminalização e patologização da pobreza (Werneck, 2016; Brasil, 2010). As análises inspiradas em Foucault (2014a; 2014b) destacam a dimensão disciplinar dessas práticas, nas quais mecanismos de controle, vigilância e punição se sobrepõem ao cuidado, reatualizando dispositivos de exclusão historicamente associados à loucura e a outras formas de desvio.

3) Políticas públicas, Reforma Psiquiátrica e Rede de Atenção Psicossocial

A literatura analisa, de forma relativamente consensual, a Reforma Psiquiátrica brasileira como um processo político, social e cultural que visa à superação do modelo asilar, envolvendo mudanças legislativas, reorganização de serviços, transformação de práticas e discursos sociais sobre a loucura (Amarante, 2013; Rotelli; Leonardi; Mauri, 1990; Vasconcelos; Yasui, 2019). A Lei nº 10.216/2001 é apontada como eixo normativo central, ao assegurar direitos e priorizar o tratamento em serviços comunitários (BRASIL, 2001).

A criação da RAPS é considerada um marco na organização da atenção em rede, articulando CAPS, atenção básica, unidades de urgência, leitos em hospital geral, serviços residenciais terapêuticos, consultórios na rua e outros dispositivos (Brasil, 2011; Brasil, 2004; Brasil, 2013). Estudos de avaliação de serviços apontam experiências exitosas em que a articulação intersetorial e a participação dos usuários em instâncias de controle social geram possibilidades concretas de inclusão social e redução de internações (Onocko-Campos et al., 2018; Furtado, 2016).

Por outro lado, há consenso quanto ao subfinanciamento crônico da saúde mental, à insuficiência de CAPS em muitos territórios e à frágil articulação com a atenção básica (Campos,

2000; Vasconcelos, 2016). Mudanças nas diretrizes nacionais de saúde mental, com revalorização de hospitais psiquiátricos e financiamento ampliado de comunidades terapêuticas, são identificadas como possíveis vetores de retrocesso em relação aos princípios da Reforma (CFP, 2018; Amarante; Nunes, 2018).

4) Experiências de cuidado em liberdade e práticas territoriais

Os estudos sobre cuidado em liberdade enfatizam dispositivos e arranjos que buscam a construção de projetos terapêuticos singulares, a valorização do território como espaço de vida e a inclusão de usuários em redes sociais, culturais e laborais (Yasui, 2015; Vasconcelos; Yasui, 2019; Lancetti, 2015). Experiências de CAPS III, de consultórios na rua e de articulação com movimentos culturais são descritas como estratégias capazes de promover vínculo, reduzir o isolamento social e ampliar o acesso a recursos de cidadania (Costa; Dimenstein, 2017; Borysow; Fischer, 2014).

Diversas pesquisas destacam a importância da equipe multiprofissional e interdisciplinar, bem como da participação de familiares e da comunidade no cuidado (Onocko-Campos et al., 2018; Passos; Benevides, 2015). O conceito de clínica ampliada, proposto por Campos (2000), aparece como referência para pensar práticas que ultrapassam a intervenção sobre sintomas, incorporando dimensões sociais, culturais e políticas do sofrimento.

Apesar desses avanços, os estudos apontam desafios na consolidação do cuidado em liberdade, como a persistência de práticas centradas na medicalização, a dificuldade de trabalho intersetorial efetivo, a rotatividade de profissionais e as tensões entre protocolos padronizados e a necessidade de cuidado singularizado e contextualizado (Costa; Dimenstein, 2017; Furtado, 2016).

5) Saberes e práticas emancipatórias em saúde mental

Uma parte significativa da literatura reúne reflexões e descrições de saberes e práticas que podem ser entendidos como emancipatórias. Tais saberes se inspiram na desinstitucionalização italiana, na psiquiatria democrática, na psicologia social crítica, na saúde coletiva e em abordagens interseccionais e decoloniais (Rotelli; Leonardis; Mauri, 1990; Amarante, 2013; Santos, 2006; Crenshaw, 2002).

As práticas emancipatórias se caracterizam pela centralidade da voz dos usuários, pela construção compartilhada de planos de cuidado, pela problematização das relações de poder e pela busca ativa de garantia de direitos (Passos; Benevides, 2015; Amarante; Nunes, 2018). Entre os exemplos apresentados estão experiências de participação de usuários em conselhos de saúde, conferências e fóruns de políticas públicas; iniciativas de formação em direitos humanos para profissionais; práticas de *advocacy* realizadas por associações de usuários e familiares; e redes de apoio comunitário que articulam cuidado clínico, suporte material e cuidado relacional (Vasconcelos, 2016; Vecchia; Martins; Nunes, 2016).

6) Direitos humanos e saúde mental: uma relação indissociável

Os resultados desta revisão evidenciam a indissociabilidade entre a proteção dos direitos humanos e a efetivação do direito à saúde mental, especialmente em contextos marcados por vulnerabilidades sociais. A literatura mostra que violações de direitos, como a negação de acesso à saúde, à moradia, à educação e ao trabalho; a exposição à violência; e a discriminação estrutural, são, ao mesmo tempo, determinantes sociais de sofrimento psíquico e obstáculos para o cuidado adequado (Buss; Pellegrini Filho, 2007; Brasil, 2018; OMS, 2022).

Pensar a saúde mental como direito implica, portanto, ampliar o foco para além da dimensão clínica, incorporando a perspectiva dos determinantes sociais e a análise das estruturas que produzem exclusão (OMS, 2013; Santos, 2006). O cuidado em liberdade não pode ser reduzido à desospitalização, mas deve ser compreendido como processo de afirmação de cidadania, construção de vínculos comunitários e ampliação da capacidade dos sujeitos de exercerem seus direitos (Amarante, 2013; Vasconcelos; Yasui, 2019).

A mera existência de marcos normativos garantidores de direitos, como a Lei nº 10.216/2001 e a Portaria nº 3.088/2011 (Brasil, 2001; 2011), não é suficiente para assegurar sua efetividade. A implementação das políticas de saúde mental se dá em contextos atravessados por conflitos, disputas e interesses diversos, nos quais práticas violadoras podem persistir ou se reatualizar (CFP, 2018; Delgado, 2011). Nessa perspectiva, o controle social e o fortalecimento de movimentos da luta antimanicomial e de direitos humanos são componentes essenciais da garantia dos direitos no campo da saúde mental (Amarante; Nunes, 2018; Passos; Benevides, 2015).

7) Vulnerabilidade social, interseccionalidade e produção de desigualdades

A articulação entre vulnerabilidade social, cuidado em liberdade e direitos humanos evidencia que a política de saúde mental é um espaço de disputa em torno de projetos de sociedade, não apenas um campo técnico. Nos territórios marcados por pobreza, racismo e violência, o cuidado em liberdade só é possível quando articulado a políticas de proteção social, renda, moradia, educação e trabalho. Caso contrário, converte-se em mera desospitalização sem garantia de continuidade de cuidado (Buss; Pellegrini Filho, 2007; Brasil, 2018). A RAPS, quando ancorada na Reforma Psiquiátrica, opera como dispositivo estratégico de afirmação de direitos ao aproximar o cuidado da vida cotidiana e problematizar as exclusões (Amarante, 2013; Vasconcelos; Yasui, 2019).

Contudo, o discurso do “cuidado em liberdade” pode ser capturado por lógicas que responsabilizam individualmente os usuários, desconsiderando barreiras estruturais. Quando isso ocorre, a liberdade reduz-se à desospitalização física, sem ampliar autonomia e cidadania. Por isso, é necessário compreender o cuidado em liberdade como projeto ético-político que exige transformação das práticas clínicas, fortalecimento de redes comunitárias e enfrentamento das desigualdades de raça, gênero e classe (Lancetti; Amarante, 2013; Werneck, 2016; Crenshaw, 2002). Isso recoloca a saúde mental como campo de luta por direitos humanos, em que o modo de organizar o cuidado marca o tipo de sociedade que se quer construir.

A perspectiva interseccional evidencia que a vulnerabilidade se concentra em grupos historicamente subalternizados: população negra, mulheres, LGBTQIA+, pessoas em situação de rua e usuários de drogas. Esses grupos experimentam sobreposição de opressões, racismo, sexismo, LGBTQIA+fobia, pobreza, que intensifica riscos e limita acesso a recursos protetores (Werneck, 2016; Souza et al., 2018). Ignorar esses marcadores reproduz invisibilidades e naturaliza desigualdades.

A perspectiva interseccional e decolonial permite reconhecer que o sofrimento psíquico se relaciona com racismo, colonialidade, violência de gênero e despossessão econômica (Santos, 2006; Crenshaw, 2002). Isso demanda políticas de ação afirmativa, formação antirracista e sensível a gênero para profissionais, além de participação direta dos grupos afetados na formulação de políticas de saúde mental (Brasil, 2010; 2011).

8) Cuidado em liberdade: potencialidades e limites

O cuidado em liberdade, conforme delineado pela Reforma Psiquiátrica e RAPS, representa um horizonte ético-político de transformação das práticas em saúde mental, deslocando o cuidado do hospital psiquiátrico para o território e substituindo a segregação pela convivência, o controle pela autonomia (Amarante, 2013; Rotelli; Leonardis; Mauri, 1990; Yasui, 2015).

Experiências de CAPS e dispositivos territoriais bem estruturados reduzem internações, fortalecem vínculos sociais e ampliam a participação dos usuários no planejamento do cuidado, reconhecendo a pessoa em sofrimento psíquico como sujeito de direitos (Costa; Dimenstein, 2017; Onocko-Campos et al., 2018; Furtado, 2016; Vasconcelos; Yasui, 2019).

Contudo, em muitos territórios a rede substitutiva é insuficiente, com equipes sobrecarregadas e dificuldade de articulação intersetorial, reduzindo o cuidado em liberdade a um discurso sem sustentação concreta. A permanência de práticas medicalizantes demonstra que a substituição de dispositivos não garante mudança de paradigma (Costa; Dimenstein, 2017; Lancetti, 2015; Campos, 2000).

Soma-se a isso o retrocesso nas políticas de saúde mental, com expansão de comunidades terapêuticas e reabertura de leitos psiquiátricos sem observância aos direitos humanos, exigindo defesa permanente da Reforma Psiquiátrica sob risco de reatualização da lógica manicomial (CFP, 2018; Delgado, 2011; Amarante; Nunes, 2018).

9) Saberes, práticas e a dimensão política do cuidado

As práticas emancipatórias descritas na literatura demonstram que é possível construir formas de cuidado que rompam com a lógica de tutela, paternalismo e medicalização excessiva, ao mesmo tempo em que promovem direitos como liberdade, participação, privacidade, acesso à informação, não discriminação e inclusão social (Passos; Benevides, 2015; Vecchia; Martins; Nunes, 2016; Amarante; Nunes, 2018). Tais experiências se baseiam na escuta ativa das narrativas dos usuários, na construção compartilhada de projetos terapêuticos, na valorização de saberes populares e comunitários e na articulação com movimentos sociais (Vasconcelos, 2016; Yasui, 2015).

A formação profissional aparece como dimensão estratégica. A ausência de conteúdos sobre direitos humanos, determinantes sociais, racismo, gênero, sexualidade e participação social nos currículos contribui para a reprodução de práticas violadoras, mesmo em serviços formalmente alinhados à Reforma (Minayo; Deslandes; Gomes, 2015; Brasil, 2013). Por outro lado, experiências de educação permanente em serviço, que articulam teoria crítica, análise do território e experimentação de novas práticas, mostram-se capazes de produzir deslocamentos importantes no modo de cuidar (Passos; Benevides, 2015; Campos, 2000).

10) Implicações para políticas públicas e pesquisa

Os achados sugerem implicações relevantes para as políticas públicas e para a agenda de pesquisa em saúde mental. Em termos de políticas, destaca-se a necessidade de fortalecimento e expansão da RAPS, com financiamento adequado, cobertura territorial equitativa e integração efetiva com a atenção básica e outros setores (Brasil, 2004; Brasil, 2011; Vasconcelos; Yasui, 2019). É fundamental desenvolver políticas intersetoriais que articulem saúde, assistência social, educação, cultura, trabalho, habitação e justiça, visando enfrentar as múltiplas faces da vulnerabilidade social (Brasil, 2012; Brasil, 2018).

Também se mostra imprescindível a implementação de mecanismos de monitoramento e responsabilização em relação a violações de direitos humanos em serviços de saúde mental, incluindo protocolos de prevenção à violência institucional e participação ativa de usuários e familiares em processos avaliativos (CFP, 2018; Onocko-Campos et al., 2018).

No campo da pesquisa, observa-se a necessidade de ampliar estudos que adotem abordagens interseccionais e decoloniais (Crenshaw, 2002; Werneck, 2016), que incluam a perspectiva de usuários e grupos historicamente invisibilizados, e que investiguem a efetividade de experiências inovadoras de cuidado em liberdade (Costa; Dimenstein, 2017; Borysow; Fischer, 2014). São especialmente importantes investigações que explorem a relação entre políticas macroeconômicas, precarização da vida e saúde mental, bem como estudos que subsidiem a defesa e aprimoramento da Reforma Psiquiátrica frente a movimentos de retrocesso (Delgado, 2011; Amarante; Nunes, 2018).

11) Cuidado em liberdade: práticas emancipatórias e desafios para a consolidação de direitos

A efetivação dos direitos humanos na saúde mental exige saberes e práticas que reconheçam a dimensão política do cuidado. Toda intervenção clínica envolve escolhas ético-políticas que refletem visões de mundo e relações de poder, moldando possibilidades de inclusão, reconhecimento e dignidade. Intervenções em saúde mental envolvem disputas fundamentais sobre normalidade, loucura, responsabilidade, autonomia e cidadania, questões que têm implicações concretas nas vidas das pessoas (Foucault, 2014a; 2014b).

A perspectiva foucaultiana evidencia que a loucura é construção histórica e social, produzida por discursos e práticas institucionais que definem normalidade e desvio. O hospital psiquiátrico

opera como dispositivo disciplinar que controla e corrige através de vigilância e normalização. Contudo, reconhecer a dimensão política do cuidado não implica determinismo; justamente porque o cuidado é político, pode ser espaço de resistência, afirmação de direitos e transformação social.

As práticas emancipatórias rompem com tutela e medicalização excessiva, promovendo liberdade, participação e inclusão social. Caracterizam-se pela centralidade da voz dos usuários, reconhecendo-os como experts de suas próprias vidas. A escuta qualificada é atitude ética de abertura ao outro, de reconhecimento de sua humanidade e capacidade reflexiva. O planejamento do cuidado resulta de diálogo genuíno entre profissionais e usuários, em que ambos contribuem com seus saberes para definir objetivos e estratégias contextualizadas, reconhecendo múltiplas possibilidades de cuidar.

Essas práticas problematizam explicitamente as relações de poder presentes no encontro terapêutico e na organização dos serviços, refletindo criticamente sobre como hierarquias profissionais, diferenças de classe, raça e gênero se reproduzem ou podem ser transformadas. Profissionais comprometidos buscam reduzir assimetrias desnecessárias, compartilhar informações e criar espaços nos quais usuários participem do controle sobre ações que os afetam.

Caracterizam-se, ainda, pela busca ativa e permanente de garantia de direitos, atuando como defensores que mobilizam recursos para assegurar acesso a moradia, renda, educação, trabalho e justiça. A valorização de saberes populares e comunitários é elemento crucial, reconhecendo que o conhecimento não está concentrado exclusivamente em profissionais, mas em comunidades, famílias e tradições culturais dos territórios. Particularmente relevante é a valorização de saberes enraizados em tradições afro-brasileiras, indígenas e outras matrizes culturais historicamente marginalizadas.

A articulação com movimentos sociais e luta antimanicomial constitui dimensão política fundamental. A transformação das práticas não pode ser isolada, mas deve conectar-se a lutas amplas por direitos, justiça social e transformação das estruturas que produzem vulnerabilidade. Profissionais e usuários participam de conferências, fóruns e movimentos de *advocacy* que influenciam políticas públicas e constroem alternativas.

A formação profissional emerge como dimensão estratégica frequentemente negligenciada. A ausência de conteúdos críticos sobre direitos humanos, determinantes sociais, racismo, gênero, sexualidade, capacitismo e colonialidade nos currículos perpetua práticas violadoras, mesmo em serviços formalmente alinhados à Reforma Psiquiátrica. Profissionais não expostos a perspectivas críticas tendem a naturalizar desigualdades e responsabilizar individualmente usuários, desconsiderando estruturas sociais.

Experiências de educação permanente em serviço que articulam teoria crítica, análise do território e experimentação de novas práticas produzem deslocamentos importantes no modo de cuidar. Quando profissionais refletem criticamente sobre suas práticas, aprendem sobre direitos humanos e determinantes sociais, examinam preconceitos e privilégios, ocorrem transformações significativas em atitudes e comportamentos. Essas transformações, generalizadas em equipes ou

serviços, alteram culturas institucionais e criam ambientes genuinamente comprometidos com direitos e emancipação.

A educação permanente deve ir além de treinamentos técnicos, incluindo história da Reforma Psiquiátrica, direitos humanos, determinantes sociais, racismo institucional, gênero, interseccionalidade, decolonialidade e metodologias participativas. Deve criar espaços seguros para que profissionais examinem vulnerabilidades, traumas e preconceitos, reconhecendo que cuidar do outro está intimamente ligado a cuidar de si mesmo.

A dimensão política do cuidado revela-se como oportunidade de transformação. Profissionais, usuários, familiares e movimentos sociais têm agência na construção de formas de cuidado justas, inclusivas e comprometidas com dignidade humana. Escolhas sobre como organizar serviços, relacionar-se com usuários e distribuir recursos refletem e reforçam visões de mundo e projetos de sociedade.

A consolidação de saberes e práticas emancipatórias é processo contínuo, inacabado e coletivo. Exige diálogo constante, investimento em formação, criação de espaços de participação genuína, vigilância permanente contra exclusões e, fundamentalmente, aposta ética na construção de cuidado que honre dignidade, autonomia e direitos de todos, especialmente daqueles em maior vulnerabilidade e exclusão.

Considerações Finais

A presente revisão sistemática evidenciou que a garantia e proteção dos direitos humanos no contexto das vulnerabilidades sociais constitui uma dimensão intrincada do direito à saúde mental e do cuidado em liberdade. Direitos humanos, vulnerabilidade social e saúde mental se coproduzem nas experiências concretas de sujeitos que vivem em territórios marcados por desigualdades estruturais, violências múltiplas e exclusões históricas. Essa constatação recoloca a saúde mental como campo privilegiado de luta pela dignidade humana e pela construção de sociedades mais justas e democráticas.

A Reforma Psiquiátrica brasileira e a Rede de Atenção Psicossocial representam avanços significativos na transição de um modelo asilar para um modelo psicossocial, territorializado e comprometido com autonomia e participação social. A Lei nº 10.216/2001 e a Portaria nº 3.088/2011 reposicionam a pessoa em sofrimento psíquico como sujeito de direitos. Contudo, a distância entre a previsão normativa e a efetivação concreta permanece considerável, particularmente para aqueles em situações de vulnerabilidade agravada.

As vulnerabilidades sociais, pobreza, desemprego, precarização, racismo estrutural, sexismo, LGBTQIA+fobia e desigualdades territoriais, não apenas aumentam exposição ao sofrimento psíquico, mas constituem barreiras formidáveis ao acesso aos serviços e à efetivação de direitos fundamentais. Grupos historicamente marginalizados (população negra, mulheres, LGBTQIA+, população em situação de rua, usuários de drogas) experimentam sobreposição de opressões que intensifica vulnerabilidade e limita possibilidades de cuidado. Uma perspectiva interseccional e

decolonial é essencial para compreender que o sofrimento psíquico está intimamente ligado a experiências de racismo, colonialidade, violência de gênero e despossessão econômica.

A persistência de violações de direitos humanos dentro dos próprios serviços de saúde mental, coerção, negligência, medicalização excessiva, estigma e controle constitui paradoxo preocupante. Mesmo em dispositivos formalmente alinhados à Reforma, mecanismos sutis de tutela e paternalismo continuam operando, sugerindo que marcos normativos e reorganização de serviços não são suficientes para transformar práticas e mentalidades enraizadas. Isso demanda investimentos contínuos em educação permanente, formação crítica, sensibilização de profissionais e mecanismos de monitoramento com participação ativa de usuários e familiares.

As experiências de cuidado em liberdade demonstram potencialidades significativas quando implementadas com compromisso genuíno com os princípios da Reforma. CAPS, Consultórios na Rua e Serviços Residenciais Terapêuticos, quando bem estruturados e articulados em rede, reduzem internações, fortalecem vínculos comunitários e ampliam participação dos usuários. Essas experiências evidenciam que é possível construir formas de cuidado que rompam com segregação e controle, promovendo autonomia, dignidade e cidadania. Contudo, tais potencialidades só se realizam plenamente quando articuladas a políticas intersetoriais que garantam acesso à moradia, renda, educação, trabalho e proteção social, reconhecendo que a liberdade no cuidado é indissociável da liberdade nas condições materiais de existência.

Os desafios identificados são substanciais. O subfinanciamento crônico, insuficiência de dispositivos em muitos territórios, precarização das condições de trabalho e frágil articulação intersetorial constituem obstáculos estruturais à consolidação da RAPS. Movimentos que buscam reintroduzir modelos asilares, pela expansão de comunidades terapêuticas reclusivas ou reabertura de leitos psiquiátricos, representam riscos concretos de retrocesso, exigindo vigilância permanente, mobilização de movimentos sociais e defesa intransigente dos princípios da Reforma.

A dimensão política do cuidado emerge como elemento central para efetivação dos direitos humanos na saúde mental. Reconhecer que toda prática de cuidado envolve disputas de sentidos, relações de poder e escolhas sobre que tipo de sociedade se quer construir é fundamental para evitar que o discurso do cuidado em liberdade seja capturado por lógicas que responsabilizam individualmente usuários, desconsiderando barreiras estruturais. Saberes e práticas emancipatórias, baseadas em escuta qualificada, participação efetiva e construção compartilhada de projetos terapêuticos, revelam-se como alternativas viáveis para romper ciclos de exclusão e violação de direitos.

A formação profissional e educação permanente constituem pilares incontornáveis para transformação das práticas. A ausência de conteúdos críticos sobre direitos humanos, determinantes sociais, racismo, gênero, sexualidade e interseccionalidade nos currículos perpetua práticas violadoras. Experiências que articulam teoria crítica, análise territorial e experimentação de novas formas de cuidar demonstram potencial para produzir deslocamentos nas mentalidades e ações dos profissionais, transformando-os em agentes de mudança comprometidos com justiça social.

A consolidação do cuidado em liberdade exige conjunto articulado de ações: financiamento estável para RAPS; expansão territorial equitativa; articulação efetiva entre saúde, assistência social, habitação, educação, trabalho e justiça; mecanismos rigorosos de monitoramento e responsabilização; participação ativa de usuários, familiares e movimentos sociais na formulação de políticas; e compromisso político explícito com redução de desigualdades sociais e enfrentamento de discriminações de raça, gênero, classe e território.

A revisão evidencia lacunas importantes na produção científica. São necessários estudos interseccionais e decoloniais que coloquem a voz de usuários e grupos invisibilizados como centro da análise; investigações sobre relação entre políticas macroeconômicas, precarização e sofrimento psíquico; pesquisas que avaliem implementação de mecanismos de proteção de direitos; estudos longitudinais acompanhando trajetórias em contextos de vulnerabilidade; investigações sobre persistência de práticas coercitivas e medicalizantes; pesquisas participativas com usuários como copesquisadores; análises do impacto de políticas de austeridade fiscal na saúde mental; e produção de conhecimento sobre experiências de cuidado em liberdade em favelas, periferias, zonas rurais e comunidades indígenas.

Por fim, a garantia e proteção dos direitos humanos no contexto das vulnerabilidades sociais e o direito à saúde mental não constituem questões meramente técnicas ou administrativas, mas profundamente políticas e éticas. O modo como uma sociedade organiza o cuidado em saúde mental se por práticas que segregam, controlam e silenciam, ou por práticas que incluem, escutam e empoderam, é indicador fundamental do seu compromisso com dignidade humana e justiça social.

A Reforma Psiquiátrica brasileira e a RAPS, quando implementadas com fidelidade aos seus princípios, representam aposta em modelo de sociedade mais democrático, inclusivo e comprometido com as vidas consideradas “sobrantes”. Contudo, essa aposta permanece frágil, ameaçada por pressões políticas e econômicas que buscam reatualizar lógicas manicomiais. A defesa e aprimoramento do cuidado em liberdade constituem tarefas permanentes que exigem vigilância crítica, mobilização coletiva e produção contínua de saberes e práticas emancipatórias. Espera-se que este artigo contribua para fortalecer essa luta, oferecendo elementos para reflexão, debate e ação de profissionais, pesquisadores, usuários, familiares e movimentos sociais comprometidos com construção de sistema de saúde mental verdadeiramente comprometido com direitos humanos, cidadania e justiça social.

Referência

- Amarante, P. (2013). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil* (2. ed.). Fiocruz.
- Amarante, P., & Nunes, M. de O. (Org.). (2018). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Fiocruz.
- Borysow, I. C., & Fischer, F. (2014). Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: estudo sobre o Consultório na Rua em grande cidade brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(1), 1–10. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00196916>
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Senado Federal. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Brasil. (2001). 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. *Diário Oficial da União*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Secretaria de Atenção à Saúde. http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2010). *Saúde da população negra: políticas e ações*. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_negra_politicas_acoes.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012). *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. Secretaria de Atenção à Saúde. file:///C:/Users/user/Downloads/manual_cuidado_populacao_rua.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Saúde mental* (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Secretaria de Atenção à Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). *Diário Oficial da União*. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Brasil. Ministério da Saúde. (2018). *Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e dos desafios para o alcance dos ODS*. Secretaria de Vigilância em Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf
- Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 77–93. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
- Campos, G. W. de S. (2000). *Saúde Paideia*. Hucitec.

- Conselho Federal de Psicologia. (2018). *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas: 2017*. CFP. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/07/RELATORIO-INSPECAO-NACIONAL-CTS-2017.pdf>
- Costa, M. C. O., & Dimenstein, M. (2017). Desinstitucionalização e convivência: o cuidado em liberdade em saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(3), e270301. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300001>
- Crenshaw, K. (2002). Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*, 10(1), 171–188. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>
- Delgado, P. G. G. (2011). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(10), 1973–1976. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001000001>
- Falcão, I., et al. (2019). Saúde mental e população em situação de rua: uma análise a partir da redução de danos. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e170627. <https://doi.org/10.1590/Interface.170627>
- Foucault, M. (2014a). *História da loucura na Idade Clássica* (10. ed.). Perspectiva.
- Foucault, M. (2014b). *Vigiar e punir: história da violência nas prisões* (40. ed.). Vozes.
- Furtado, J. P. (2016). Avaliação da rede de atenção psicossocial: desafios e perspectivas. *Saúde em Debate*, 40(109), 88–101. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610900008>
- Lancetti, A. (2015). *Clínica peripatética* (7. ed.). Hucitec.
- Lancetti, A., & Amarante, P. (2013). Saúde mental e sofrimento psíquico na perspectiva dos direitos humanos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 1889–1896. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700002>
- Minayo, M. C. de S. (2017). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (15. ed.). Hucitec.
- Minayo, M. C. de S., Deslandes, S. F., & Gomes, R. (Org.). (2015). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (34. ed.). Vozes.
- Organização das Nações Unidas. (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. ONU. <https://www.ohchr.org/en/universal-declaration-of-human-rights>
- Organização Mundial da Saúde. (2013). *Mental Health Action Plan 2013–2020*. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/89966>
- Organização Mundial da Saúde. (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

- Onocko-Campos, R. T., et al. (2018). Avaliação de serviços de saúde mental: a construção de um processo participativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(10), 3459–3470. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.17832018>
- Passos, E., & Benevides, R. (Org.). (2015). *Clínica e política: subjetividade e violação de direitos*. Sulina.
- Rotelli, F., Leonardis, O. de, & Mauri, D. (1990). Desinstitucionalização. In F. Nicácio (Org.), *Desinstitucionalização* (pp. 17–59). Hucitec.
- Santos, B. de S. (2006). *A gramática do tempo: para uma nova cultura política* (3. ed.). Cortez.
- Souza, J. T., et al. (2018). Saúde mental e gênero: uma análise crítica das políticas e práticas de cuidado. *Saúde em Debate*, 42(118), 180–194. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811800>
- Vasconcelos, E. M. (2016). *Desinstitucionalização, redes sociais e direitos humanos*. Hucitec.
- Vasconcelos, E. M., & Yasui, S. (2019). *Saúde mental e atenção psicossocial* (3. ed.). Hucitec.
- Vecchia, M. D., Martins, S. R., & Nunes, M. de O. (2016). Direitos humanos, saúde mental e Reforma Psiquiátrica no Brasil: conquistas e desafios. *Revista de Direito Sanitário*, 17(2), 28–52. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v17i2p28-52>
- Werneck, J. (2016). Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, 25(3), 535–549. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016150822>
- Yasui, S. (2015). *Clínica em movimento: cartografia do cuidado em saúde mental* (2. ed.). Hucitec.



RELATO DE EXPERIÊNCIA



O TRABALHO DAS FAMÍLIAS E O ÔNUS ADVINDO DO CUIDADO COM PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE¹

The work of families and the burden arising from caring for people suffering from severe mental illness

El trabajo de las familias y la carga que supone el cuidado de personas que padecen enfermedades mentales graves



Paollo Borghi  

¹ Parte da estruturação inicial deste texto contou com o auxílio de ferramentas de **inteligência artificial** para organização textual, revisada adaptada e validada pelos autores e autoras.

Resumo

Na psiquiatria os modelos terapêuticos excluíram os familiares no manejo do cuidado, restringindo a pessoa em sofrimento. O objetivo deste ensaio foi descrever o trabalho desenvolvido com familiares que cuidam com ônus de pessoas em sofrimento psíquico grave realizado no Departamento de Saúde Mental de Trieste, desde 1987. Este programa surgiu com iniciativas de oportunidades de informação, participação nos serviços, maior conhecimento entre os familiares e programas efetivos de ajuda mútua, com envolvimento da família de forma ativa na organização do projeto terapêutico e nos programas educativos e informativos. Quando a família é deixada sozinha, enfrenta o peso da responsabilidade no isolamento, dominada pelo desespero, vergonha e perda de esperança. Finalmente, o envolvimento das famílias no processo de trabalho de pessoas em sofrimento grave é relevante para os familiares, a pessoa e o serviço, como uma forma ampliada de cuidado em saúde mental.

Palavras Chaves: Família; Sofrimento psíquico grave; Clínica ampliada

Abstract

In psychiatry, therapeutic models have excluded family members from care management, restricting the person in distress. The aim of this essay was to describe the work developed with family members who bear the burden of caring for people in severe mental distress, carried out at the Department of Mental Health in Trieste since 1987. This program emerged from initiatives providing opportunities for information, participation in services, greater knowledge among family members, and effective mutual support programs, with the family actively involved in organizing the therapeutic project and in educational and informational programs. When the family is left alone, it faces the weight of responsibility in isolation, dominated by despair, shame, and loss of hope. Finally, the involvement of families in the work process with people in severe distress is relevant for the family members, the person, and the service, as an expanded form of mental health care.

Keywords: Family; Severe mental distress; Expanded clinical practice

Resumen

En psiquiatría, los modelos terapéuticos han excluido a los familiares de la gestión de la atención, limitando así a la persona que sufre. El objetivo de este ensayo fue describir el trabajo desarrollado con familiares que asumen la carga del cuidado de personas con sufrimiento mental grave, llevado a cabo en el Departamento de Salud Mental de Trieste desde 1987. Este programa surgió de iniciativas que brindan oportunidades de información, participación en los servicios, mayor conocimiento entre los familiares y programas efectivos de apoyo mutuo, con la familia involucrada activamente en la organización del proyecto terapéutico y en programas educativos e informativos. Cuando la familia se queda sola, enfrenta el peso de la responsabilidad en aislamiento, dominada por la desesperación, la vergüenza y la pérdida de esperanza. Finalmente, la participación de las familias en el proceso de trabajo con personas con sufrimiento mental grave es relevante para los familiares, la persona y el servicio, como una forma ampliada de atención a la salud mental.

Palabras clave: Familia; Sufrimiento mental grave; Práctica clínica ampliada

Introdução

Este ensaio¹ tem como objetivo descrever o trabalho desenvolvido com familiares, se refere ao cuidado do ônus no acompanhamento de pessoas em sofrimento psíquico grave realizado no Departamento de Saúde Mental (DSM) de Trieste, refletindo sobre a relevância no suporte e cuidado com membros de famílias que vivenciam este cenário.

Esta reflexão foi apresentada em maio de 2025 no 3º Congresso Internacional de Saúde Mental: Escola Franca e Franco Basaglia – o Direito à Saúde Mental e o Cuidado em Liberdade, contribuindo sobre a importância do trabalho realizado no Departamento de Saúde Mental (DSM) de Trieste, focado ao suporte e apoio junto aos membros de famílias que cuidam de usuários.

Na história da psiquiatria, alternaram-se modelos terapêuticos que, por um longo período, excluíram os familiares, acreditando no cuidado focado apenas nas pessoas em sofrimento, distanciando dos familiares o manejo do cuidado.

Na Itália, assim como em muitas outras partes do mundo, durante a existência dos manicômios, a *doença mental* era explicada exclusivamente do ponto de vista orgânico. De fato, no modelo médico-biológico a *doença mental* é vista e interpretada em termos anatômico-fisiológicos e considerada hereditária. Ou seja, nos prontuários clínicos existia poucos conteúdos sobre os membros e a dinâmica das famílias, e apenas informações sobre se existia ou não “cargas hereditárias” em relação aos transtornos do indivíduo, no qual o familiar tornava a principal causa da patologia do seu ente querido, gerando nas famílias sentimentos de culpa e vergonha.

O modelo psicanalítico reconhece que o desenvolvimento do indivíduo se concretiza por meio da relação que ele mantém com as figuras familiares, afastando-se da interpretação exclusivamente orgânica, incorporando outras dimensões na relação com a pessoa. Neste modelo, as relações familiares são importantes porque influenciam positiva ou negativamente a forma de viver do familiar e permitem a construção de suas capacidades de se relacionar com os outros. No entanto, na prática dos serviços de saúde mental a família, embora valorizada, ainda permanece na sombra, não sendo envolvida na terapia, centrada principalmente na pessoa em sofrimento psíquico.

Outra abordagem que considera a família é o modelo sistêmico-relacional, na qual descreve a família como um sistema, entendido como um grupo que tende a manter seu próprio equilíbrio, no qual os membros se influenciam mutuamente. A família, nesse modelo, é analisada por meio das reações entre seus membros, da comunicação verbal e não verbal, das alianças, etc. Assim, a família torna-se o “objeto” a ser analisado e modificado.

Portanto, a radicalização de algumas interpretações sobre os condicionamentos dentro do núcleo familiar levou, principalmente nos países anglo-saxões nas décadas de 1960-70, ao movimento antipsiquiátrico, no qual se enfatizaram as dinâmicas irracionais estruturadas na família, comparada a outras instituições totais como a prisão e o manicômio.

¹ Parte da estruturação inicial deste texto foi auxiliada por uma ferramenta de inteligência artificial (ChatGPT, da OpenAI), sendo posteriormente revisada, adaptada e validada pelo autor.

Laing (1983) afirmou que todos aqueles que estudaram as famílias de esquizofrênicos concordam que a aparente irracionalidade do indivíduo encontra, em grande parte ou totalmente, sua racionalidade no contexto familiar de origem. Nesse ponto, a família parece irracional. De forma positiva, isso contribuiu para reduzir o estigma da doença e questionar a incompreensibilidade do “louco”, valorizando o significado de vários comportamentos, da rebeldia ao isolamento, à recusa, etc.

Em muitos países ocidentais o início da desinstitucionalização favoreceu o aumento no contato e convivência entre os moradores que viveram em manicômios e seus familiares. A partir destas reconexões, surge outra abordagem: a intervenção psicoeducativa, que fornece às famílias instrumentos simples para melhorar a convivência com a pessoa, aceitá-la e enfrentar com menos tensão e angústia os períodos de crise. As intervenções familiares são consideradas um componente essencial no tratamento das psicoses graves (American Psychiatric Association, 2023).

Os programas de orientação psicoeducativa são avaliados positivamente tanto pelos familiares, que adquirem mais ferramentas para enfrentar as crises, maior conhecimento do sofrimento psíquico e maior atenção às necessidades do seu ente querido, quanto pelos profissionais de saúde mental envolvidos. Nesse contexto, introduz-se também o conceito de “emoção expressa”, pois se observa que em algumas famílias ela é muito intensa e em outras menos. Embora se exclua uma causa direta da família no início da *doença*, considera-se que ela pode influenciar seu curso.

As escalas para medir hostilidade, crítica, envolvimento emocional, calor afetivo e comentários positivos passam a ser incluídas, por exemplo no modelo de vulnerabilidade-estresse, onde a emoção expressa parece ser um fator de estresse fortemente associado às recaídas (Hooley et al., 1995).

O início..

Nesse percurso histórico, a legislação italiana para assistência psiquiátrica (Lei 833/1978), ao declarar o fim da instituição manicomial, promove a organização de serviços territoriais de saúde mental e garante o direito ao cuidado e à cidadania dos indivíduos institucionalizados nos hospitais psiquiátricos. Assim, passam a ser diretamente envolvidos no trabalho terapêutico os usuários, as suas famílias e os cidadãos.

Neste sentido, o Departamento de Saúde Mental de Trieste promoveu desde 1987 um programa de iniciativas para criar oportunidades de informação, participação nos serviços, maior conhecimento entre os familiares e construção de programas efetivos de ajuda mútua.

O programa para familiares surgiu pela experiência, que demonstrou que o envolvimento da família ao longo do cuidado da pessoa em sofrimento psíquico, torna-se ativa na organização do projeto terapêutico, também participa dos programas educativos e informativos. Ao contrário, quando a família é deixada sozinha, enfrenta o peso da responsabilidade no isolamento, dominada pelo desespero, vergonha e perda de esperança.

Sobre o programa para familiares

A intervenção voltada às famílias nasce também da necessidade de abordar, em momentos dedicados a elas, as dificuldades vividas no cotidiano, favorecendo a redução do estresse e o aumento das trocas entre os mesmos.

Com o tempo, observou-se que a participação nesses programas melhora a qualidade de vida, o funcionamento social do familiar e reduz recaídas e crises. Pesquisas mostram dois aspectos relevantes: (i) que a intervenção psicoeducativa reduz significativamente as recaídas (Falloon, 1986); e (ii) que existe dois contextos problemáticos que afetam diretamente o cuidado dos familiares (Hoenig e Hamilton, 1966).

Os dois contextos problemático são de forma: (i) objetiva, problemas práticos como dificuldades econômicas e de trabalho, tempo dedicado ao cuidado, redução do tempo livre e das relações sociais, e, especialmente para mulheres, renúncia ao trabalho ou à carreira; e (ii) subjetiva, como problemas psicológicos vividos pelos familiares, o sofrimento pela perda da imagem ideal do filho, ansiedade, depressão, sintomas psicossomáticos, sentimentos de culpa e vergonha, desorientação por falta de informação e isolamento social.

Para reduzir estes contextos problemáticos é necessário apoio concreto dos serviços, com trabalho terapêutico em grupo, valorização dos familiares e troca de experiências. Além disso, é importante que o familiar conheça sobre a patologia, de forma mais ampliada, para contribuir na redução de sentimentos, como culpa, questionar preconceitos, valorizar a própria história e reconhecer as capacidades do familiar.

O programa para familiares possibilita modificações em relação entre os membros das famílias, como também nos serviços, melhorando a capacidade de enfrentar problemas e crises, reduz a demanda sobre os serviços e diminui recaídas; além disso, estimula novas formas de intervenção e participação ativa de todos.

O trabalho com famílias foi estruturado sob três enfoques com seus respectivos objetivos, defendendo os direitos, combatendo a discriminação e o preconceito.

a) Psicoeducativo: melhora do conhecimento sobre o sofrimento psíquico, expectativas e limites do tratamento, ocorrendo em 10 encontros quinzenais;

b) Psicoterapêutico: estimulando a troca de experiências, redução de estresse, apoio e suporte emocional em grupo;

c) De rede de solidariedade: estimulando a ampliação das redes sociais, grupos de autoajuda, combate ao isolamento e promoção de apoio mútuo.

Os encontros de enfoque de psicoeducação ocorrem com os temas, como: (i) apresentação do curso; (ii) o transtorno mental: modelos explicativos; (iii) sobre patologias; (iv) a família e os transtornos graves; (v) a crise: compreensão e prevenção; (vi) o projeto terapêutico e direitos; (vii) psicofarmacos; (viii) reabilitação e inserção social; (ix) o tempo de recuperação e qualidade de vida; e (x) técnicas de enfrentamento e redes de apoio.

Para Rotelli (1990), a desinstitucionalização, não reside na cura, mas na emancipação, na criação de novos modelos e oportunidades, desmistificando a “loucura”. Desconstruindo um saber que sustentou as bases da Psiquiatria desde o Iluminismo, a noção de loucura como alienação, como erro, como periculosidade pode ser substituída pela noção de diferença, de produção de vida e de subjetividade. Neste sentido, é relevante a construção de novos modelos que favorecem possibilidades de inserção social, apropriação do direito de cidadania e promove a co-responsabilidade entre o familiar e o serviço, diluindo o ônus sobre a família.

Finalmente..

A compreensão da importância do envolvimento das famílias no processo de trabalho de pessoas em sofrimento grave ou crônico mostra como um processo relevante que favorece a família, a pessoa e o serviço; constituindo como uma forma ampliada de cuidado em saúde mental.

O programa para familiares de pessoas sofrimento psíquico grave ou crônica, ocorrido em Trieste na Itália apresentado neste artigo favorece a descrição desta experiência para compreensão da complexidade e da importância do familiar no cuidado e o envolvimento de todos os atores, que devem ser estimulados com informação, apoio terapêutico e ampliação de rede de suporte e apoio.

Concluimos estas reflexões pelo paradigma da desinstitucionalização que deslocou a estrutura organizacional do sistema de saúde mental, descentralizando-a e ultrapassando a visão sanitarista, renovando todo um sistema de saber e de cuidados em saúde mental, trazendo como agentes do saber o usuário e o familiar.

Referências

- Associação Americana de Psiquiatria. (2023). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5-TR)*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Falloon, I.R.H., Boyd, J.L. Mc Gill. (1986). *Trattamento familiare della schizofrenia: concettualizzazione e metodi Terapia del comportamento*. 75/104
- Hoenig, J. , Hamilton, M. W. (1966). The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *International journal of Social Psychiatry*.
- Hooley, J. M., Rosen, L. R., & Richters, J. E. (1995). Expressed emotion: Toward clarification of a critical construct. In G. A. Miller (Ed.), *The behavioral high-risk paradigm in psychopathology* (pp. 88-120). New York: Springer-Verlag.
- Rotelli, F. (1990). Desinstitucionalização, uma outra via. Em: Rotelli, F. et al, *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec.
- Laing, R.D. La politica della famiglia. (1983). ed. 73 (pag. 55).





DE FRANCO BASAGLIA À SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA: RUMO A UMA MUDANÇA DE PARADIGMA

*From Franco Basaglia to community-based mental health:
towards a paradigm shift*

*De Franco Basaglia a la salud mental comunitaria:
hacia un cambio de paradigma*



Roberto Mezzina  

Resumo

Este texto relata e analisa a mudança de paradigma na saúde mental, criticando a psiquiatria tradicional por reproduzir modelos ocidentais de exclusão baseados no asilo. Tais modelos, ancorados na dualidade mente-corpo herdada de René Descartes, mostram-se insuficientes para lidar com as contradições entre normalidade e desvio. A partir da crítica epistemológica e institucional, discute-se a emergência do cuidado comunitário como alternativa, enfatizando a centralidade da subjetividade, dos determinantes sociais e da cidadania. Argumenta-se que a desinstitucionalização implica não apenas a transformação das instituições, mas a reconstrução das relações entre conhecimento, poder e cuidado. Conclui-se que a mudança paradigmática em curso aponta para uma epistemologia participativa e para práticas orientadas à inclusão social e à produção de vida.

Palavras-chave: desinstitucionalização; saúde mental comunitária; paradigma; cidadania; recuperação

Abstract

This text analyzes the paradigm shift in mental health, criticizing traditional psychiatry for reproducing Western models of exclusion based on the asylum. Such models, anchored in the mind-body duality inherited from René Descartes, prove insufficient to deal with the contradictions between normality and deviance. From an epistemological and institutional critique, the emergence of community care as an alternative is discussed, emphasizing the centrality of subjectivity, social determinants, and citizenship. It is argued that deinstitutionalization implies not only the transformation of institutions but also the reconstruction of the relationships between knowledge, power, and care. It is concluded that the ongoing paradigmatic shift points towards a participatory epistemology and practices oriented towards social inclusion and the production of life.

Keywords: deinstitutionalization; community mental health; paradigm; citizenship; recovery

Resumen

Este texto analiza el cambio de paradigma en salud mental, criticando la psiquiatría tradicional por reproducir modelos occidentales de exclusión basados en el manicomio. Dichos modelos, anclados en la dualidad mente-cuerpo heredada de René Descartes, resultan insuficientes para abordar las contradicciones entre normalidad y desviación. Desde una crítica epistemológica e institucional, se analiza el surgimiento de la atención comunitaria como alternativa, enfatizando la centralidad de la subjetividad, los determinantes sociales y la ciudadanía. Se argumenta que la desinstitucionalización implica no solo la transformación de las instituciones, sino también la reconstrucción de las relaciones entre conocimiento, poder y cuidado. Se concluye que el cambio de paradigma actual apunta hacia una epistemología participativa y prácticas orientadas a la inclusión social y la producción de vida.

Palabras clave: desinstitucionalización; salud mental comunitaria; paradigma; ciudadanía; recuperación

Introdução

Este ensaio discute a centralidade do cuidado comunitário em oposição ao paradigma segregacionista da psiquiatria tradicional, historicamente baseada em modelos asilares incapazes de responder às contradições entre normalidade e desvio. Tal modelo expressa uma matriz epistemológica fundada na separação mente-corpo, cuja raiz remonta a René Descartes, sustentando uma relação objetificante entre observador e sujeito.

Nessa perspectiva, o indivíduo é reduzido à doença, produzindo uma contradição epistemológica: a tentativa de objetificar a subjetividade por meio de práticas de exclusão. Conforme Ludwig Binswanger, essa tensão revela a crise da psiquiatria como ciência.

Apesar dos avanços farmacológicos, tais abordagens não cumpriram plenamente suas promessas terapêuticas, enquanto o estigma permanece associado às práticas psiquiátricas. Como apontado por Robert Castel, a modernização da psiquiatria não eliminou as estruturas de exclusão, apenas as reconfigurou. Diante disso, a adoção da comunidade como cenário central exige novas estratégias de cuidado, baseadas na constatação de que o sofrimento psíquico se desenvolve majoritariamente fora das instituições.

Doença e instituições

A crítica à psiquiatria como ciência natural encontra respaldo em autores como Michel Foucault, Erving Goffman e Gilles Deleuze, que evidenciam sua constituição histórica em articulação com dispositivos de controle. Nesse contexto, a desinstitucionalização representa uma ruptura paradigmática, nos termos de Thomas Kuhn, ao transformar fundamentos epistemológicos e práticas assistenciais.

O novo paradigma baseia-se na interação entre sujeito e observador, privilegiando a construção de sentido e projetos de vida. A doença passa a ser compreendida como construção relacional, e não como entidade fixa. Franco Basaglia radicaliza essa crítica ao deslocar a questão da doença para a própria psiquiatria, denunciando o hospital psiquiátrico como dispositivo de violência institucional e reprodução da exclusão social.

Restaurando o significado no mundo real

A desinstitucionalização implica a restituição da subjetividade e do significado na experiência do sofrimento psíquico. Abordagens como a de Marc Augé destacam que o sentido da doença é construído nas relações sociais, culturais e institucionais. O foco desloca-se da doença para os processos de construção de sentido, vinculados à história de vida, às redes sociais e ao acesso a direitos. Assim, o cuidado passa a ser orientado pela inclusão e pela cidadania, e não pela exclusão; também a desinstitucionalização promove empoderamento.

A transição para o cuidado comunitário redefine as relações de poder na psiquiatria, substituindo a lógica de controle por relações baseadas na reciprocidade. O usuário torna-se agente ativo na construção do projeto terapêutico, e o empoderamento emerge como princípio central. A prática clínica passa a integrar história de vida, redes sociais e recursos comunitários, promovendo uma abordagem integral e orientada à autonomia.

Trabalhando na comunidade

A criação de Centros Comunitários de Saúde Mental evidenciou as contradições da transição para a comunidade, ao mesmo tempo em que ampliou redes de apoio e participação social. Esses serviços atuam como espaços de encontro, cidadania e intervenção territorial.

A desinstitucionalização revelou a persistência de lógicas asilares em outros dispositivos sociais, exigindo estratégias baseadas na responsabilidade coletiva e na continuidade do cuidado. A experiência de Trieste, associada a Franco Basaglia, destaca-se pela transparência das práticas e pela centralidade dos conflitos como motores de transformação social.

Neste bojo a cidadania se torna a dimensão social da recuperação dos processos de saúde, e articulam-se à produção de significado e à emancipação, sendo inseparáveis da liberdade e dos direitos de cidadania. Em contextos de exclusão, a recuperação torna-se inviável sem a garantia de direitos básicos.

A abordagem dos direitos humanos, reconhecida pela World Health Organization, reforça a centralidade da dignidade, autonomia e inclusão social. O conceito de capital social, desenvolvido por Pierre Bourdieu e Robert Putnam, evidencia a importância das redes sociais, da confiança e da participação na recuperação.

Assim temos uma epistemologia participativa inspirada em Jürgen Habermas, a epistemologia participativa propõe a superação da posição distanciada do observador, enfatizando a participação, o diálogo e a co-construção do conhecimento. A desinstitucionalização, nesse sentido, implica redefinir as relações entre conhecimento e poder, incorporando o usuário como sujeito ativo.

Entretanto, é necessário abordar limites da mudança de paradigma. Apesar dos avanços, persistem tensões entre o modelo biomédico e abordagens baseadas na subjetividade. Novas formas de sofrimento psíquico desafiam classificações tradicionais, evidenciando a inadequação dos modelos diagnósticos (Jim van Os). A busca por uma “nova clínica” frequentemente reproduz o paradigma positivista, sem questionar seus pressupostos fundamentais.

A desinstitucionalização nem sempre alterou o conteúdo das práticas, muitas vezes reproduzindo o modelo médico. O “risco médico”, descrito por Michel Foucault, manifesta-se na medicalização excessiva e em práticas iatrogênicas.

Para se dar um novo conhecimento, a produção de conhecimento passa a basear-se na prática, valorizando evidências oriundas do mundo real. As teorias da recuperação enfatizam o significado como construção narrativa e social, deslocando o foco da doença para a experiência vivida.

A pesquisa qualitativa, baseada em entrevistas com pacientes, que identifica e registra os fatores envolvidos e os significados pessoais intrínsecos a tais experiências, parece destacar o senso de comunidade e participação que a experiência de cuidado/cura pode fomentar. Tais experiências oferecem a possibilidade de uma nova visibilidade que vai além tanto da onipotência terapêutica quanto da retórica da adaptação passiva ou da submissão aos sistemas de regulação social, dos quais a psiquiatria ainda funciona como um dos “agentes”.

Na pesquisa multicêntrica internacional sobre recuperação, envolvendo os EUA, Noruega, Suécia, Itália e Austrália, duas direções parecem mais promissoras (embora controversas): a importância da “questão social” (participação, direitos, poder, inclusão) e o papel dos serviços comunitários de saúde mental no apoio à mudança pessoal, indo além de um mero “papel terapêutico” e funcionando como uma espécie de mediador, um *agente de integração*. Mais uma vez, o conceito de capital social nos lembra que os serviços possuem ou investem nesse capital somente se forem capazes de promover confiança, reciprocidade e participação.

Considerações finais

A mudança paradigmática em saúde mental envolve a transição de um modelo biomédico para abordagens centradas na subjetividade, na inclusão social e nos direitos de cidadania. A desinstitucionalização, conforme proposta por Franco Basaglia, implica a transformação das instituições e das formas de compreender a doença.

A consolidação desse paradigma exige uma epistemologia participativa e práticas orientadas à produção de vida, reconhecendo que a saúde emerge de processos sociais e relacionais.

Referências

- Basaglia, F. (1968). *L'istituzione negata*. Einaudi.
- Basaglia, F. (2000). *Conferenze brasiliane*. Raffaello Cortina.
- Basaglia, F., & Gallio, G. (1979). *La vocazione terapeutica*.
- Binswanger, L. (1947). *Ausgewählte Vorträge und Aufsätze*. Francke.
- Bourdieu, P. (1992). *An invitation to reflexive sociology*. University of Chicago Press.
- Castel, R. (1979). *La société psychiatrique avancée*. Grasset.
- Foucault, M. (2021). *Medicina e biopolitica*. Donzelli.
- Goffman, E. (1961). *Asylums*. Anchor Books.
- Habermas, J. (1985). *Ética do discurso*. Laterza.
- Kuhn, T. S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. University of Chicago Press.

Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone*. Simon & Schuster.

Rotelli, F. (1999). *Per la normalità*. Asterios.

Van Os, J., & Reininghaus, U. (2016). Psychosis as a transdiagnostic phenotype. *World Psychiatry*, 15(2), 118–124.

World Health Organization. (2017). *QualityRights programme*.



DIREITOS HUMANOS, RECOVERY E CUIDADO CENTRADO NA PESSOA EM SAÚDE MENTAL: EXPERIÊNCIAS COM GRUPOS DE OUVIDORES DE VOZES E OPEN DIALOGUE¹

Human rights, recovery, and person-centered care in mental health: experiences with hearing voices groups and open dialogue

Derechos humanos, recovery y atención centrada en la persona en salud mental: experiencias con grupos de oyentes de voces y diálogo abierto



Clarissa Mendonça Corradi-Webster  



Thiago Magela Ramos  



Ramiz Candeloro Pedroso de Moraes  



Priscilla Regina Cordeiro  

¹ Parte da estruturação inicial deste texto contou com o auxílio de ferramentas de inteligência artificial para organização textual, revisada adaptada e validada pelos autores e autoras.

Resumo

O paradigma do recovery e o cuidado centrado na pessoa têm ganhado destaque nas discussões contemporâneas sobre saúde mental por proporem formas de cuidado orientadas pela autonomia, participação social e reconhecimento das pessoas em sofrimento psíquico como sujeitos de direitos. O presente artigo tem como objetivo discutir as relações entre direitos humanos, recovery e cuidado centrado na pessoa no campo da saúde mental, apresentando os Grupos de Ouvidores de Vozes e o Open Dialogue como exemplos de práticas comprometidas com esses princípios. Trata-se de um artigo teórico-reflexivo, fundamentado na literatura nacional e internacional e na discussão de experiências brasileiras. As experiências analisadas indicam possibilidades de construção de formas de cuidado menos centradas na medicalização e na autoridade exclusiva dos profissionais, valorizando a experiência vivida, o diálogo, as redes sociais e a construção compartilhada do cuidado. **Palavras-chave:** Serviços de Saúde Mental; Direitos Humanos; Centro de Atenção Psicossocial; Movimento de Luta Antimanicomial.

Abstract

The Recovery paradigm and person-centered care have gained prominence in contemporary discussions about mental health by proposing care approaches guided by autonomy, social participation, and recognition of people experiencing psychological distress as subjects of rights. This article aims to discuss the relationships between human rights, recovery, and person-centered care in the mental health field, presenting Hearing Voices Groups and Open Dialogue as examples of practices committed to these principles. This is a theoretical-reflective article, grounded in national and international literature and in the discussion of Brazilian experiences. The analyzed experiences indicate possibilities for building care approaches less centered on medicalization and the exclusive authority of professionals, valuing lived experience, dialogue, social networks, and shared construction of care.

Keywords: Mental Health Services; Human Rights; Psychosocial Care Center; Anti-asylum Movement.

Resumen

El paradigma del recovery y la atención centrada en la persona han ganado prominencia en las discusiones contemporâneas sobre salud mental al proponer enfoques de atención guiados por la autonomía, la participación social y el reconocimiento de las personas que experimentan sufrimiento psicológico como sujetos de derechos. Este artículo tiene como objetivo discutir las relaciones entre derechos humanos, recovery y atención centrada en la persona en el campo de la salud mental, presentando Grupos de Oyentes de Voces y Diálogo Abierto como ejemplos de prácticas comprometidas con estos principios. Se trata de un artículo teórico-reflexivo, fundamentado en la literatura nacional e internacional y en la discusión de experiencias brasileñas. Las experiencias analizadas indican posibilidades de construcción de enfoques de atención menos centrados en la medicalización y la autoridad exclusiva de los profesionales, valorando la experiencia vivida, el diálogo, las redes sociales y la construcción compartida de la atención.

Palabras clave: Servicios de Salud Mental; Derechos Humanos; Centro de Atención Psicossocial; Movimiento Antimanicomial.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) os direitos humanos constituem fundamento inseparável da saúde mental, pois o bem-estar psíquico não depende apenas da ausência ou do manejo de sintomas, mas também das condições concretas de viver com dignidade, exercer autonomia, participar da vida social e pertencer à comunidade (World Health Organization, 2019). Nessa perspectiva, a possibilidade de enfrentar dificuldades e construir uma vida com sentido está diretamente relacionada ao reconhecimento da pessoa como sujeito de direitos e ao entendimento de que a saúde mental integra o próprio direito à saúde.

O Relatório Mundial de Saúde Mental (World Health Organization, 2022) aprofunda essa compreensão ao reconhecer a saúde mental como direito humano fundamental, que envolve proteção contra riscos, acesso a cuidados de qualidade e inclusão comunitária. O mesmo documento, contudo, aponta violações persistentes desse direito, expressas na exclusão social, na discriminação em direitos civis básicos, nas barreiras ao acesso a oportunidades essenciais e em abusos institucionais, como negligência, contenções inadequadas e intervenções coercitivas sem consentimento informado.

Diante disso, o cuidado em saúde mental não pode se restringir ao manejo clínico de sintomas. É necessário considerar os determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais que atravessam o sofrimento humano, bem como assegurar a participação ativa das pessoas nas decisões sobre seu cuidado. Isso requer transformar modelos assistenciais que historicamente controlam e silenciam as pessoas, reduzem suas experiências à medicalização excessiva, sustentam práticas segregadoras, reproduzem estigmas, limitam a participação social e lhes retiram o poder de decidir sobre a própria vida.

É nesse horizonte de transformação que se inscrevem duas perspectivas complementares: o paradigma do recovery e o cuidado centrado na pessoa. Embora distintas em suas origens e ênfases, ambas convergem na defesa da autonomia, da participação ativa e do reconhecimento da pessoa como sujeito de direitos. Enquanto o cuidado centrado na pessoa enfatiza a construção compartilhada do cuidado e o respeito às preferências e experiências individuais, o recovery amplia esse horizonte ao incorporar dimensões como cidadania, pertencimento comunitário e participação social como elementos centrais do cuidado em saúde mental. Este artigo examina essas perspectivas e apresenta dois dispositivos que buscam materializá-las na prática: os Grupos de ouvidores de vozes e o Open Dialogue.

No campo da saúde mental, o paradigma do recovery tem se consolidado como perspectiva amplamente alinhada aos princípios dos direitos humanos. Sua emergência histórica está vinculada aos movimentos de pessoas com experiência vivida que contestaram práticas psiquiátricas excludentes e reivindicaram autonomia, respeito e participação (Corradi-Webster et al., 2024). Recovery pode ser compreendido como um processo pessoal, contínuo e não linear por meio do qual a pessoa reconstrói um senso de identidade positiva, pertencimento e possibilidade de viver de forma autônoma, mesmo diante da permanência de sintomas (Davidson, 2016). Trata-se de uma trajetória singular de mudança, na qual o indivíduo desenvolve atitudes, valores e habilidades que lhe permitem conduzir a própria vida, alcançar bem-estar e realizar seu potencial.

Essa concepção representou uma ruptura com o pessimismo clínico que, por muito tempo, sustentou a ideia de que pessoas com transtornos mentais graves não poderiam construir uma vida plena e significativa. Com o avanço do conceito, no entanto, também apareceram tensionamentos. A ênfase na jornada pessoal e singular passou a ser utilizada, em alguns contextos, para justificar a redução de recursos destinados aos serviços, sob o argumento de que o processo dependeria predominantemente do esforço individual (Rowe & Davidson, 2016). Tal leitura desconsidera que o recovery não se constrói de forma isolada: ele se realiza nas relações, no acesso a oportunidades concretas e em contextos sociais que favoreçam participação, reconhecimento, segurança e exercício de direitos (Corradi-Webster et al., 2024).

O paradigma do recovery considera a pessoa em seu contexto de vida, reconhecendo seu protagonismo na definição de metas e sentidos para sua trajetória, ao mesmo tempo em que chama a atenção para o papel das condições sociais e materiais na viabilização dessas escolhas (Bøe, Topor, & Ness, 2026; Davidson & González-Ibáñez, 2017). Desse modo, políticas públicas e serviços de saúde mental devem assumir responsabilidade central na criação das condições que possibilitam esses percursos, em articulação com os princípios dos direitos humanos.

O paradigma do recovery atribui grande importância aos grupos de suporte de pares. Fundamentados na experiência vivida de pessoas que atravessaram situações de sofrimento psíquico, esses espaços se estruturam a partir do compartilhamento de experiências, da solidariedade e do reconhecimento mútuo. Ao favorecerem trocas horizontais, fortalecerem vínculos e ampliarem a participação ativa das pessoas em seus próprios percursos, os grupos de pares contribuem para processos de esperança, empoderamento e reconstrução de projetos de vida, além de tensionarem relações tradicionais de poder no campo da saúde mental (Evans, 2023).

Enquanto o paradigma do recovery emerge das lutas de pessoas que vivenciaram tratamentos psiquiátricos e se reconheciam como “sobreviventes da psiquiatria”, no campo clínico consolida-se uma perspectiva que dialoga com essas questões a partir de outro ângulo: o cuidado centrado na pessoa. Essa perspectiva tem raízes nas contribuições de Carl Rogers, que postulava a existência de uma tendência inata ao desenvolvimento humano e defendia que o papel do terapeuta seria facilitar esse processo em uma relação menos hierárquica, sustentada por empatia, aceitação e autenticidade (Lefurgey, 2025).

No campo da saúde, essa abordagem ganhou força a partir das críticas ao modelo biomédico e da defesa de uma medicina orientada à melhoria dos resultados em saúde. Com o avanço desse debate, o termo “centrado na pessoa” passou a ser adotado para ampliar o olhar para além da condição clínica, enfatizando a compreensão do indivíduo em sua singularidade e em seu contexto de vida (Davidson, Tondora, Miller, & O’Connell, 2015).

No âmbito das políticas públicas, essa perspectiva se traduz na elaboração de planos de cuidado centrados na pessoa, ou seja, processos colaborativos que envolvem o indivíduo, os profissionais e sua rede de apoio, orientados pelos objetivos, valores e projetos de vida da própria pessoa. Quando as pessoas participam ativamente de seu cuidado, os resultados são mais favoráveis, havendo maior

engajamento e permanência no tratamento, melhores desfechos clínicos e funcionais, redução de internações e de uso de serviços de emergência, maior inserção comunitária e melhor qualidade de vida (Davidson, Tondora, Miller, & O'Connell, 2015).

Esse modelo passou a ser incorporado por agências regulatórias de saúde como diretriz para a organização do cuidado, compreendido como proposta integral que demanda uma mudança paradigmática nos serviços. O foco deve deixar de se concentrar exclusivamente no diagnóstico e considerar a pessoa em sua totalidade existencial, colocando autonomia, capacidade jurídica e subjetividade no centro das intervenções (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022).

Nessa direção, o cuidado centrado na pessoa implica reconhecer e valorizar as potencialidades de cada indivíduo, promovendo seu protagonismo na gestão de sua própria condição. O cuidado deixa de ser uma prática unilateral e passa a ser construído de forma colaborativa, envolvendo a pessoa, sua rede de apoio e os diferentes serviços necessários ao seu percurso. Também pressupõe o reconhecimento do direito das pessoas de tomarem decisões sobre suas próprias vidas, ainda que essas escolhas não coincidam com aquelas consideradas ideais pelos profissionais. Assim, o plano de cuidado se orienta pelos objetivos de vida da pessoa, e não apenas por seus sintomas, articulando intervenções que façam sentido em sua trajetória (Davidson, Tondora, Miller & O'Connell, 2015). Na prática clínica, essa perspectiva orienta-se pela proteção e ampliação do direito à autodeterminação, favorecendo que cada indivíduo possa perseguir seus próprios projetos de vida (Davidson & Tondora, 2022). Não basta que a relação entre profissional e pessoa em sofrimento seja respeitosa; é necessário que o planejamento do cuidado seja construído de forma compartilhada, e não definido unilateralmente pelo clínico. Em vez de ocupar posição passiva, a pessoa deve participar ativamente da definição de prioridades, estratégias e apoios necessários ao seu percurso.

Embora o cuidado centrado na pessoa represente um avanço importante na qualificação das práticas clínicas, ao enfatizar a relação terapêutica, a participação e o respeito às preferências individuais, o paradigma do recovery amplia esse horizonte ao deslocar o foco para a vida da pessoa em sua totalidade. Nesse sentido, o recovery não se limita ao contexto dos serviços, mas inclui dimensões como inserção comunitária, trabalho, relações sociais e exercício da cidadania, colocando em questão a própria centralidade dos serviços de saúde mental na organização da vida das pessoas.

O desafio atual não consiste apenas em aderir discursivamente a valores como autonomia, participação e cidadania, mas em produzir arranjos concretos de cuidado capazes de redistribuir poder, legitimar o saber da experiência e sustentar formas reais de inclusão na vida comunitária. Entre as iniciativas que têm buscado materializar esses princípios destacam-se práticas que ampliam a participação das pessoas e de suas redes sociais no cuidado, valorizam a experiência vivida e deslocam o protagonismo exclusivo dos serviços e dos profissionais. É nesse horizonte que emergem os Grupos de Ouvidores de Vozes e o Open Dialogue.

O presente artigo tem como objetivo discutir as relações entre direitos humanos, recovery e cuidado centrado na pessoa no campo da saúde mental, apresentando os Grupos de Ouvidores de Vozes e o Open Dialogue como exemplos de práticas comprometidas com esses princípios.

Grupos de Ouvidores de Vozes

Os Grupos de Ouvidores de Vozes (GOV) constituem um exemplo de suporte de pares alinhado aos princípios dos direitos humanos e ao paradigma do *recovery*. O próprio termo “ouvidor de vozes” representa um deslocamento em relação à linguagem psiquiátrica tradicional, que tende a enquadrar essa experiência como “alucinação auditiva”, frequentemente associada a diagnósticos como psicose ou esquizofrenia. Ao adotar essa nomenclatura, busca-se retirar a experiência de um enquadramento exclusivamente patologizante e ampliar sua compreensão, reconhecendo que diferentes pessoas podem ouvir vozes em distintos contextos, como em experiências religiosas ou situações de intenso estresse. Dessa forma, a terminologia contribui para a naturalização da experiência, a redução do estigma e ao seu reconhecimento como parte possível da experiência humana.

Estes grupos têm tido destaque no cenário brasileiro e internacional e são oriundos do Hearing Voices Movement (HVM) (Corradi-Webster et al., 2024). O HVM é um movimento internacional que objetiva transformar a percepção pública e profissional acerca das experiências de ouvir vozes e ter visões, associadas cientificamente/historicamente às psicoses (Higgs, 2020). Esse movimento nasceu na Holanda nos anos 1980, a partir de diálogos entre a ouvidora de vozes Patsy Hague e seu psiquiatra Marius Romme, na qual as interpretações pessoais de Hague sobre o significado de suas vozes foram valorizadas em detrimento dos diagnósticos clínicos convencionais. Em 1987, essa parceria ganhou visibilidade pública por meio de uma aparição na televisão holandesa, atraindo o contato de centenas de pessoas que vivenciavam fenômenos semelhantes e culminando na organização do primeiro congresso internacional em Utrecht.

A partir desse encontro e de pesquisas posteriores conduzidas por Romme e Sandra Escher, observou-se que muitas pessoas que ouviam vozes não utilizavam serviços psiquiátricos e frequentemente associavam suas vozes a contextos de trauma ou adversidades sociais. Essa trajetória consolidou um modelo emancipatório que redirecionou a compreensão das vozes, antes interpretadas como mero sintoma de uma doença biológica, passando a entendê-las como experiência humana significativa, profundamente enraizada na história de vida e na autodeterminação da pessoa. Ao mesmo tempo, buscou desenvolver formas de apoiar pessoas que ouviam vozes a lidar melhor com essas experiências e ampliar o entendimento de familiares, amigos e profissionais. Nessa perspectiva mais ampla, tal movimento aponta para transformações no próprio campo da psiquiatria (Baker, 2019; Higgs, 2020). Atualmente, o HVM reivindica outras formas de cuidado em saúde mental, fundamentadas nas narrativas pessoais, no suporte mútuo, na cooperação e no respeito à diversidade de modos de vivenciar o sofrimento psíquico (Longden, Read, & Dillon, 2017).

Uma das estratégias mais eficazes para operacionalizar as propostas do Movimento, são os *Grupos de Ouvidores de Vozes* (GOV) (Rufato & Corradi-Webster, 2024). Estes grupos funcionam como espaços coletivos de apoio mútuo, nos quais a experiência de ouvir vozes é tratada como significativa

e digna de ser compreendida, e não como algo que deva ser silenciado ou patologizado de imediato. A participação é voluntária e o ambiente é estruturado para garantir segurança, acolhimento e respeito às diferentes formas de vivenciar as vozes. Durante os encontros, os participantes compartilham relatos, exploram sentidos possíveis para as vozes, identificam padrões, desenvolvem estratégias práticas de manejo e refletem coletivamente sobre o impacto dessas experiências em suas vidas (Rufato et al, 2023). Os facilitadores, preferencialmente incluindo pessoas com experiência vivida, sustentam uma postura horizontal, estimulando a curiosidade, a autonomia e a construção de novos significados (Corradi-Webster, Santos, & Leão, 2017). Ao fortalecer vínculos, ampliar redes de apoio e promover a esperança por meio de relatos de superação, esses grupos contribuem para processos de recovery, favorecendo maior compreensão, diminuição do medo, ampliação do autocontrole e fortalecimento da cidadania no campo da saúde mental (Corradi-Webster, Leão, & Rufato, 2018).

Um dos primeiros Grupos de Ouvidores de Vozes do Brasil foi implantado no município de Ribeirão Preto – São Paulo e, ao longo de dez anos, consolidou-se como espaço de fortalecimento da autonomia dos participantes e de construção coletiva de novas formas de apoio. Nesse percurso, a iniciativa expandiu-se para encontros semanais no CAPS, atividades em formato remoto de alcance nacional, reuniões mensais em biblioteca comunitária municipal e suporte contínuo via WhatsApp. Atualmente, reconhecido como movimento social independente, o grupo conta com seus próprios membros na organização e disseminação da proposta em novos serviços da rede local de saúde mental (Corradi-Webster, Coutinho, Candeloro, & Rufato, 2026).

A experiência em Ribeirão Preto apontou para atitudes que contribuem significativamente para os processos de enfrentamento e superação. Os participantes constroem coletivamente um ambiente de acolhimento, no qual diferentes perspectivas são respeitadas e as narrativas de sofrimento encontram espaço legítimo de expressão. Observa-se também a adoção de uma postura investigativa e aberta em relação às vozes, buscando compreendê-las e atribuir novos significados às experiências, o que favorece a elaboração de modos mais construtivos de se relacionar com elas. Além disso, o grupo possibilita o fortalecimento de vínculos e a ampliação das redes de apoio, aspectos essenciais à inclusão comunitária. Por fim, o compartilhamento de trajetórias de superação e de transformações positivas vivenciadas pelos próprios membros atua como fonte concreta de esperança, estimulando a percepção de possibilidades de mudança e crescimento (Rufato et al., 2021).

Para os participantes, os grupos constituem espaços de livre partilha onde é possível construir novos sentidos sobre a experiência de ouvir vozes, trocar estratégias de manejo e fortalecer vínculos de apoio mútuo e autoaceitação. A participação deve ser estritamente voluntária, respeitando o protagonismo e a autonomia do indivíduo, princípios fundamentais do paradigma do *recovery*. Além de oferecer recursos para lidar com o sofrimento e discutir temas como o uso de psicofármacos, a modalidade de suporte por pares amplia a rede social e auxilia no enfrentamento do estigma associado ao transtorno mental (Corradi-Webster, Coutinho, Candeloro, & Rufato, 2026).

A implementação de Grupos de Ouvidores de Vozes em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) brasileiros demanda uma articulação estratégica entre a gestão e os profissionais, visando garantir a legitimidade e a continuidade da proposta tanto dentro quanto fora do serviço de saúde. Os profissionais responsáveis por essas iniciativas geralmente apresentam um perfil engajado na reforma psiquiátrica de base comunitária e atuam inicialmente como “incubadores de autonomia”, facilitando o processo até que lideranças entre os próprios usuários assumam o protagonismo. É imperativo que esses técnicos possuam formação sólida no paradigma do *recovery* e na abordagem do Hearing Voice Movement (HVM), evitando que o grupo se torne uma atividade terapêutica convencional ou focada meramente em psicoeducação medicamentosa (Corradi-Webster, Coutinho, Candeloro, & Rufato, 2026).

Os Grupos de Ouvidores de Vozes produzem, na prática cotidiana, formas de cuidado alinhadas à abordagem centrada na pessoa, ao paradigma do *recovery* e à defesa dos direitos humanos em saúde mental. Ao reconhecerem a experiência de ouvir vozes como algo que pode ser compreendido e compartilhado, e não apenas silenciado ou patologizado, esses espaços favorecem autonomia, acolhimento e construção coletiva de estratégias de enfrentamento. A horizontalidade das relações, a valorização da experiência vivida e o fortalecimento das redes de apoio contribuem para processos de *recovery*, ampliando esperança, pertencimento social e participação na vida comunitária.

Além disso, os GOV dialogam diretamente com os princípios da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial ao fortalecerem formas comunitárias de cuidado e enfrentarem práticas marcadas pela segregação, pelo estigma e pela exclusão social. Mais do que grupos terapêuticos, constituem espaços de produção de cidadania e protagonismo, nos quais pessoas com experiência vivida deixam de ocupar um lugar passivo no cuidado e passam a participar ativamente da construção de novos sentidos para suas trajetórias e para o próprio campo da saúde mental.

O Diálogo Aberto

A OMS recomenda que os serviços de saúde mental sejam orientados por práticas baseadas no *recovery* e destaca o Diálogo Aberto (Open Dialogue) como uma abordagem capaz de promover cuidado centrado na pessoa e alinhado aos direitos humanos (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022). Trata-se de uma abordagem de origem finlandesa, desenvolvida a partir do Tratamento Adaptado às Necessidades, inicialmente voltada ao cuidado em crises psicóticas, mas atualmente aplicável a diferentes situações de sofrimento psíquico (Seikkula, Alakare, & Aaltonen, 2023).

No contexto brasileiro, sua incorporação pode ser compreendida não como uma proposta estrangeira e distante da realidade nacional, mas como um aprofundamento de princípios já presentes na tradição da atenção psicossocial e da reforma psiquiátrica no país, especialmente aqueles relacionados ao cuidado territorial, à centralidade da rede e à produção de autonomia e cidadania. A reabilitação psicossocial sustenta grande parte das práticas em saúde mental no país,

enquanto o recovery amplia esse campo ao recolocar em perspectiva a autonomia, o protagonismo e a experiência vivida dos sujeitos (Anastácio & Furtado, 2013). Nesse sentido, o Diálogo Aberto pode ser entendido como uma abordagem que tensiona e qualifica essas práticas, contribuindo para sua radicalização ética e clínica, ao fortalecer processos de participação, construção compartilhada do cuidado e valorização das narrativas dos sujeitos.

A abordagem propõe um cuidado territorial, longitudinal e centrado nas relações, envolvendo ativamente a rede social e familiar da pessoa. As reuniões dialógicas ocorrem, preferencialmente, nos contextos de vida do sujeito, como o domicílio, e têm o diálogo como principal recurso de cuidado (Seikkula, 2014). Mais do que uma técnica, trata-se de uma mudança de posicionamento clínico e institucional, na qual o cuidado deixa de ser algo “oferecido ao paciente” e passa a ser construído com as pessoas, em um processo compartilhado, sustentado pela tomada de decisão apoiada, assegurando a participação ativa de pessoas com experiência vivida como protagonistas de seu próprio cuidado.

Embora possua fundamentos teóricos consistentes, o Diálogo Aberto não deve ser compreendido como um método fechado ou prescritivo, mas como uma abordagem que se constrói na relação, exigindo sensibilidade ao contexto, às singularidades e às demandas de cada território. Dessa forma, seus princípios funcionam como orientadores da prática, e não como regras fixas.

Inicialmente orientado para o cuidado em crises psicóticas, o Diálogo Aberto pode ser utilizado em diferentes situações de sofrimento psíquico, mantendo como referência o mesmo conjunto de princípios, independentemente do diagnóstico (Seikkula, Alakare, & Aaltonen, 2023). Apresenta diretrizes para um cuidado territorial, longitudinal e que envolve a rede social e familiar do usuário (Seikkula, 2014).

Entre seus princípios fundamentais estão: (1) *ajuda imediata*, uma vez que o primeiro contato com a pessoa em crise e sua rede social é realizado nas primeiras 24 horas após a busca pelo serviço de crise, contribuindo para evitar o agravamento da crise e reduzir a necessidade de internações; (2) *inclusão da rede social e familiar* – familiares, amigos e outros vínculos significativos da pessoa em crise são convidados a participar não apenas da primeira reunião, mas de todo o processo de acompanhamento; (3) *flexibilidade* – o cuidado é adaptado às demandas específicas de cada caso; (4) *responsabilidade* – o profissional que recebe o primeiro pedido de ajuda organiza e se responsabiliza pelo acompanhamento do caso; (5) *tolerância à incerteza* – evita decisões precipitadas, como o uso imediato de neurolépticos; (6) *continuidade psicológica* – garante acompanhamento da pessoa em crise ao longo do tratamento; e (7) *dialogismo* – sustenta a compreensão de que a experiência pode assumir diferentes significados para cada pessoa, não havendo uma única verdade a ser imposta, e que o cuidado se constrói no diálogo, por meio da produção compartilhada de sentidos e da abertura a diferentes possibilidades de compreensão e ação (Seikkula, 2016).

O Diálogo Aberto, como defende o criador da abordagem, Jaakko Seikkula, não é uma prática orientada pela teoria, mas uma prática orientada pela própria prática; por isso, precisa ser adaptado aos diferentes territórios e às demandas que cada contexto apresenta (Florence & Yasui, 2019). Ao

sustentar uma prática de cuidado centrada na pessoa, propõe um deslocamento em relação ao modelo biomédico tradicional, que tende a compreender o sofrimento psíquico como expressão de uma patologia a ser suprimida. Nesse modelo, a ciência psiquiátrica frequentemente ocupa um lugar hegemônico, e a prescrição medicamentosa aparece como principal recurso terapêutico. Em contraposição, o Diálogo Aberto compreende a crise como uma experiência singular, complexa e situada, que pode ser acolhida como possibilidade de construção de sentido, abrindo espaço para o diálogo e para a ressignificação da experiência de vida.

Essa mudança implica também uma transformação no posicionamento dos profissionais de saúde, que deixam de ocupar exclusivamente o lugar de quem detém o saber para se implicarem na construção conjunta do cuidado. O Diálogo Aberto, nesse sentido, convida o profissional a se rever em sua prática, reconhecendo que o cuidado não se restringe a uma intervenção técnica, mas se dá na relação, na presença e na construção compartilhada de sentidos.

Ao incluir os determinantes sociais, como moradia, trabalho, educação e vínculos, como elementos centrais do cuidado, a abordagem se aproxima diretamente dos princípios da reabilitação psicossocial e do recovery. A redução do sujeito aos sintomas pode apagar sua história e seu contexto, dificultando a construção de respostas mais amplas ao sofrimento. Quando o diálogo não é sustentado, há maior risco de adoção de práticas coercitivas e de encaminhamentos para internações que poderiam ser evitadas. Por outro lado, quando se sustenta a escuta, a presença e a relação, ampliam-se as possibilidades de apoiar o sujeito na construção de novos sentidos para sua experiência, favorecendo movimentos de autonomia, pertencimento e continuidade da vida, mesmo diante do sofrimento.

Nesse processo, destacam-se elementos fundamentais como a tomada de decisão apoiada, a participação ativa das pessoas com experiência vivida, a valorização de seus saberes, a integração com a rede social e a consideração dos determinantes sociais da saúde. Também se reconhece a dimensão da espiritualidade como possibilidade de produção de sentido, esperança e reconstrução de projetos de vida.

Os resultados associados a essa abordagem vêm sendo acumulados ao longo de mais de 30 anos de pesquisas realizadas na Finlândia e em outros países. As principais evidências correlacionam o Diálogo Aberto à redução do uso de medicação durante o acompanhamento de crises psíquicas e ao longo do tratamento; à diminuição de internações hospitalares; à redução de sintomas residuais; à diminuição de internações hospitalares; e à ampliação da inserção social seja pelo estudo, seja pelo trabalho, entre outros aspectos (Kantorski, Cardano, 2019). No Reino Unido, está sendo conduzido o primeiro ensaio clínico randomizado intitulado *Open Dialogue: Development and Evaluation of a Social Network Intervention for Severe Mental Illness* (ODDESSI) desde 2017 (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022).

No Brasil, embora, as experiências com o Diálogo Aberto sejam incipientes, especialmente nos serviços públicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), elas vêm apontando resultados favoráveis e indicam a viabilidade de sua adaptação aos diferentes territórios. Na literatura, identifica-se um

artigo original relatando a experiência no município de Jaraguá do Sul/SC, no qual a abordagem, ao longo de dois anos de implementação, esteve associada à redução de uso medicamentoso, à diminuição de internações e à melhora na qualidade de vida no período pós-crise (Dias, 2017).

Para além, a literatura apresenta experiências com a abordagem realizada em um CAPS I no município de Carmo do Cajuru/MG, relatadas em uma matéria (Paula, 2022) do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e em uma dissertação de mestrado ainda não divulgada na íntegra (Ramos, Figueiredo, 2024). Há dois relatos de experiências que apresentam a implantação da abordagem na RAPS do município de Divinópolis/MG (Ramos, Tibiriçá, Borges, Fagundes, & Coelho, 2025) e no CAPS Ad de Quixadá/CE com uma intervenção baseada nos princípios do Diálogo Aberto (Fiocruz, 2025).

Semelhante aos resultados encontrados na literatura mundial, as experiências no Brasil têm demonstrado dados favoráveis e que justificam sua implementação. Em Jaraguá do Sul/SC a abordagem foi aplicada junto a 10 pessoas entre os anos de 2015 e 2016 e apontou desafios, como a predominância do modelo biomédico, dificuldades na organização da agenda e resistência tanto dos usuários e familiares, quanto da equipe, em não prescrever medicamentos na primeira reunião. Apesar destes desafios, os resultados indicaram um caminho para o cuidado centrado na pessoa, menos invasivo e associado a uma maior qualidade de vida pós crise (Dias, 2017).

Em Carmo do Cajuru/MG a experiência foi realizada durante o ano de 2021 (de janeiro a dezembro) e foi aplicada em 37 pessoas, sendo 20 em primeira crise e 17 em reagudização. Os dados apresentados, disponíveis em forma de resumo na literatura, indicam que 80% das primeiras crises foram estabilizadas em até 03 meses e apenas 27,8% dessas pessoas necessitaram de uso medicamentoso durante todo o acompanhamento, havendo desprescrição em 80% desses casos. Em entrevistas realizadas com os profissionais que implementaram o Diálogo Aberto no município, foi relatado que a abordagem ocorreu em meio a desafios e dificuldades inerentes ao cuidado mesmo da saúde mental e ao modelo psiquiátrico vigente, mas contribuiu para reacender a expectativa de visualizarem uma saúde mental voltada para o sujeito e respeitando suas decisões (Ramos & Figueiredo, 2024).

Em Divinópolis/MG, a abordagem teve início em maio de 2023 e seguia em desenvolvimento até a divulgação do relato de experiência, em dezembro de 2025. Sessenta e oito (68) pessoas foram acompanhados nesse período, sendo a equipe do Diálogo Aberto responsável por atender encaminhamentos provenientes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diferentes modalidades (CAPS III, CAPS AD III e CAPS ij) do município. Segundo o relato, a experiência apresentou potencial para transformação do paradigma em saúde mental, indicando que a assistência em saúde mental pode incorporar abordagens centradas na pessoa e um cuidado territorial, não invasivo, que respeita os direitos humanos e os saberes dos usuários e familiares, é possível mesmo diante dos desafios enfrentados pelos profissionais de saúde mental (Ramos et al, 2025).

No CAPS Ad de Quixadá/CE a experiência baseada nos princípios do Diálogo Aberto teve início em 2022. Além desses princípios, a proposta articula o cuidado com Práticas Integrativas e

Complementares (PICs), como meditação e Terapia Comunitária, e a Abordagem Sistêmica Familiar. Segundo relato apresentado, a abordagem tem produzido resultados positivos, como a remissão de sintomas psicóticos. Além disso, os profissionais observaram um fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, maior adesão ao acompanhamento; redução no uso de substâncias psicoativas; e aumento da autonomia dos usuários (Fiocruz, 2025).

As experiências com o Diálogo Aberto no Brasil ainda estão em construção e, embora demonstrem desafios e dificuldades, como resistências institucionais e a necessidade de formação de profissionais para atuação dialógica, apontam para questões que podem ser compreendidas e enfrentadas tanto pela gestão quanto pelos profissionais da assistência. Ainda assim, essas experiências indicam a possibilidade de criação de espaços de escuta ativa e transformação conjunta, nos quais não apenas o sujeito em sofrimento se transforma, mas também os profissionais e os modos de cuidar.

Nessa perspectiva, é possível compreender que práticas alinhadas ao Diálogo Aberto se aproximam da reabilitação psicossocial quando produzem desenvolvimento de competências concretas, fortalecimento da autoria e da capacidade de escolha, ampliação de vínculos no território, participação social e maior capacidade de atravessar crises com menor necessidade de tutela (Anastácio & Furtado, 2013). Revelam que, mesmo não sendo aplicadas exatamente como foram inicialmente desenvolvidas na Finlândia, tais práticas podem ser implementadas no Brasil, por estarem alinhadas a um cuidado ético, clínico e político em saúde mental no país, apresentando potencial para resultados semelhantes aos observados em seu contexto de origem e em outras experiências internacionais. Nesse sentido, o Diálogo Aberto não se configura como uma importação integral do modelo finlandês, mas como uma possibilidade concreta de aprofundamento e radicalização das práticas já existentes no campo da saúde mental brasileira.

Considerações Finais

As experiências analisadas neste artigo se inserem em um processo histórico mais amplo de transformação da saúde mental brasileira, fortemente influenciado pela Reforma Psiquiátrica e pela luta antimanicomial. Ao tensionarem práticas centradas na institucionalização, na medicalização excessiva e na exclusão social, esses movimentos abriram caminho para formas de cuidado orientadas pela autonomia, pela participação social e pelo reconhecimento das pessoas em sofrimento psíquico como sujeitos de direitos.

É nesse contexto de fortalecimento dos direitos humanos no campo da saúde mental que o paradigma do recovery, o cuidado centrado na pessoa e práticas como os Grupos de Ouvidores de Vozes e o Open Dialogue passam a ocupar lugar central nas discussões contemporâneas sobre cuidado, autonomia e participação social.

As experiências discutidas ao longo deste artigo indicam a possibilidade de construção de formas de cuidado menos centradas no controle, na medicalização e na autoridade exclusiva

dos profissionais. Ao ampliarem a participação das pessoas, valorizarem a experiência vivida e fortalecerem redes de apoio e diálogo, essas práticas apontam para modos de cuidado mais comprometidos com autonomia, pertencimento social e vida em comunidade. São iniciativas que reafirmam a necessidade de uma clínica que reconheça o sofrimento psíquico sem reduzi-lo a categorias diagnósticas rígidas, mas o compreenda em sua complexidade relacional, social e existencial.

Ao mesmo tempo, o artigo mostra que a incorporação dessas práticas no contexto brasileiro ainda ocorre em meio a tensões importantes, como a permanência de lógicas biomédicas, relações hierárquicas e dificuldades institucionais para sustentar formas mais horizontais e comunitárias de cuidado. Faz-se preciso fortalecer políticas públicas que promovam formação profissional contínua, suporte institucional e ampliação de dispositivos comunitários orientados pelos princípios dos direitos humanos.

Ainda assim, as experiências analisadas demonstram que é possível construir, nos territórios e nos serviços públicos brasileiros, práticas alinhadas aos direitos humanos sem simplesmente reproduzir modelos internacionais, mas adaptando-os às realidades locais e às trajetórias históricas da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Referências

- Anastácio, C. C., & Furtado, J. P. (2013). Reabilitação psicossocial e recovery: conceitos e influências nos serviços oferecidos pelo sistema de saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 4(9), 72–83. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v4i9.68691>
- Baker, P. (2019). *A voz interior: Um guia prático para e sobre pessoas que ouvem vozes* (A. Pimentel, N. Malcher & P. Seabra, Orgs.; R. da C. Moura, Trad.; 1a ed.). Belém, PA: UFPA/IFCHQ/PPGP/NUFEN.
- Bøe, T. D., Topor, A., & Ness, O. (2026). Taking mental health practices into social realities: A dialogue between Open Dialogue, recovery capital and Power Threat Meaning Framework. *Journal of Constructivist Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/10720537.2026.2643336>
- Corradi-Webster, C. M., Santos, M. V., & Leão, E. A. (2017). Construindo novos sentidos e posicionamentos em saúde mental: Grupo de Ouvidores de Vozes. In E. F. Rasera, K. Taverniers, & O. Vilches-Álvarez (Orgs.), *Construccionismo social en acción: Prácticas inspiradoras en diferentes contextos* (Vol. 1, pp. 167–193). Taos Institute Publications. <https://repositorio.usp.br/item/002925130>
- Corradi-Webster, C. L., Leão, E. A., & Rufato, L. S. (2018). Colaborando na trajetória de superação em saúde mental: Grupo de ouvidores de vozes. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 27(61), 22–34. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-78412018000200003

- Corradi-Webster, C. M., Rodríguez, A. F., Guilger-Primos, C. P., Silva, I. C., Rufato, L. S., Caneloro, N. S. V., & Coutinho, P. J. R. (2024). O paradigma do recovery em pesquisas latinoamericanas em saúde mental. In F. C. S. Lemos, M. R. de Moraes Júnior, & E. M. Senhoras (Orgs.), *Saúde pública: Temas emergentes* (pp. 287–318). Editora IOLE. ISBN 978-65-85212-80-9.
- Corradi-Webster, C. M., Caneloro, N. S. V., Coutinho, P. J. R., & Rufato, L. S. (2026). Implementação de grupos de ouvidores de vozes em serviços de saúde mental: Lições da experiência brasileira. In M. Dimenstein & A. C. R. Simoni (Orgs.), *Cuidados culturais, saúde mental e atenção psicossocial* (Vol. 1, pp. 377–391). Editora Rede Unida. ISBN 978-65-5462-300-1.
- Davidson, L., Tondora, J., Miller, R., & O’Connell, M. J. (2015). Person-centered care. In P. W. Corrigan (Ed.), *Person-centered care for mental illness: The evolution of adherence and self-determination* (pp. 81–102). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14644-005>
- Davidson, L. (2016). The recovery movement: Implications for mental health care and enabling people to participate fully in life. *Health Affairs*, 35(6), 1091–1097. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0153>
- Davidson, L., & González-Ibáñez, À. (2017). La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 189–205. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352017000100011>
- Davidson, L., & Tondora, J. (2022). Person-centred care planning as foundational to clinical practice. *World Psychiatry*, 21(1), 1–2. <https://doi.org/10.1002/wps.20922>
- Dias, M. J. F. (2017). Open dialogue: Uma experiência no Brasil. *Diversitates International Journal*, 9(3), 97–110. <https://doi.org/10.53357/GFFQ5455>
- Evans, M. (2023). *Peer support services reaching people with schizophrenia: Considerations for research and practice*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-29042-8>
- Fiocruz Brasília. (2025). Mostra de experiências virtual do projeto Nós na Rede: Grupo de Intervenções Sistêmicas – integrando histórias e acolhendo vidas. <https://brasilia.fiocruz.br/nosnarede/mostra-de-experiencias/grupo-de-intervencoes-sistemicas-integrando-historias-e-acolhendo-vidas>
- Florence, A. C., & Yasui, S. (2019). Abordagem Open Dialogue na Finlândia: Entrevista com Jaakko Seikkula. *Interface (Botucatu)*. <https://doi.org/10.1590/Interface.180239>
- Higgs, R. N. (2020). Reconceptualizing psychosis: The hearing voices movement and social approaches to health. *Health and Human Rights Journal*, 22(1), 133–144. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7348419/>
- Kantorski, L. P., & Cardano, M. (2019). O diálogo aberto e os desafios para sua implementação:

- Análise a partir da revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(1), 229–246. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.32232016>
- Lefurgey, S., Detillieux, S., Shaheen, A., Daigle, P., Nolan, D., & Rudnick, A. (2025). Person-Centered Care: Learning from the Evolution of Mental Health Care. *Encyclopedia*, 5(1), 29. <https://doi.org/10.3390/encyclopedia5010029>
- Longden, E., Read, J., & Dillon, J. (2017). Assessing the impact and effectiveness of Hearing Voices Network self-help groups. *Community Mental Health Journal*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0148-1>
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2022). *Orientações sobre serviços comunitários de saúde mental: Promoção de abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos*. Organização Pan-Americana da Saúde. <https://doi.org/10.37774/9789275726440>
- Paula, G. de. (2022). Diálogo aberto: O envolvimento da família e amigos no cuidado da saúde mental em Carmo do Cajuru-MG. CONASEMS. https://www.conasems.org.br/brasil_aqui_tem_sus/dialogo-aberto-o-envolvimento-da-familiae-amigos-no-cuidado-da-saude-mental-em-carmo-do-cajuru-mg
- Ramos, T. M. & Figueiredo, R. C. Diálogo Aberto e intervenção na crise psíquica: estudo de caso em um CAPS [dissertação]. São João Del'rei: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São João Del Rei; 2024. https://sig.ufsj.edu.br/sigaa/public/programa/defesas.jsf?lc=pt_BR&id=1616
- Ramos T. M., Tibiriçá V. A., Borges S. A. O., Fagundes A. D. & Coelho E. R. Diálogo Aberto: experiência de implantação no município de Divinópolis (MG) . *Bol Inst Saúde*. 2025; 26(2): 95-101. <https://doi.org/10.52753/bis.v26i2.41926>
- Rowe, M., & Davidson, L. (2016). Recovering citizenship. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 53(1), 14–20. <https://doi.org/10.1521/ijpsy.2016.53.1.14>
- Rufato, L. S., & Corradi-Webster, C. M. (2024). Grupo de ouvidores de vozes: tecendo redes de suporte social em momentos desafiadores. *Revista Caderno Pedagógico*, 21(9). <https://doi.org/10.54033/cadpedv21n9-251>
- Rufato, L. S., Corradi-Webster, C. M., Reis, G., Bien, C., Davidson, L., Bellamy, C. D., & Costa, M. N. (2023). Strategies for the management of voices shared in a Brazilian hearing voices group. *Psychiatric Quarterly*, 94(2), 243–254. <https://doi.org/10.1007/s11126-023-10032-z>
- Rufato, L. S., Corradi-Webster, C. M., Sade, R. M. S., Reis, G. C., Bien, C., & Costa, M. N. (2021). Suporte de pares em saúde mental: Grupo de Ouvidores de Vozes. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 13(36), 156–174. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/76826>
- Seikkula, J. (2014). *Il dialogo aperto: L'approccio finlandese alle gravi crisi psichiatriche*. Giovani Fioriti Editore. ISBN 978-88-95930-86-2

Seikkula, J. (2016). Open dialogues in the present and the future: New developments. <http://bit.ly/32HPLGF>

Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2023). Diálogos abertos em psicose, parte 2: Uma comparação de casos com resultados bons e ruins. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 32(76), 7–18. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9943298>

World Health Organization. (2019). *QualityRights da OMS: Saúde mental, deficiência e direitos humanos: Treinamento principal QualityRights da OMS: saúde mental e serviços sociais*. World Health Organization. <https://sites.usp.br/cedihus/treinamento-qualityrights-da-oms/>

World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization. ISBN 978-92-4-004933-8.



<https://www.instagram.com/revistanufen>

E-mail: revistadonufen@ufpa.br

