

Saúde Mental, Atenção Psicossocial e Interseccionalidade: Contribuições Ético-Políticas à Psicologia Brasileira

Marco José de Oliveira Duarte¹

¹Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG,
Brasil.

Brune Coelho Brandão²

²Universidade Salgado de Oliveira, Juiz de Fora, MG,
Brasil.

Rachel Gouveia Passos³

³Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro,
RJ, Brasil.

Lucas Moura Santos Silva⁴

⁴Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

Maria Carolina Fonseca Barbosa Roseiro⁵

⁵Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF, Brasil.

Resumo: Este artigo tem como objetivo apresentar elementos que possibilitem reflexões e inquietações acerca do manejo da interseccionalidade como ferramenta analítica e prática no campo da Psicologia brasileira. Propõe-se uma discussão crítica que articule marcadores sociais como gênero, raça, classe, sexualidade e território na análise das desigualdades que atravessam os sujeitos e seus contextos. Além disso, destaca-se a concepção de saúde mental enquanto política pública e projeto societário, fundamentada nos princípios da reforma psiquiátrica brasileira e da luta antimanicomial, que defendem o cuidado em liberdade, a desinstitucionalização e a ampliação do acesso aos direitos. O artigo busca ainda retratar experiências concretas que adotam a interseccionalidade como componente do processo formativo, da atuação clínico-política e da gestão dos serviços, demonstrando a possibilidade da transformação social no cuidado em saúde mental, na perspectiva da produção de modos de cuidado plurais e implicados com os territórios. Assim, reafirma-se o compromisso ético-político da Psicologia na defesa de práticas profissionais alinhadas aos direitos sociais e à justiça social.

Palavras-chave: Saúde Mental, Interseccionalidade, Psicologia, Atenção Psicossocial, Cuidado.

Mental Health, Psychosocial Care, and Intersectionality: Ethical-Political Contributions to Brazilian Psychology

Abstract: This study aims offer present elements that enable reflections and concerns about the management of intersectionality as an analytical and practical tool in Brazilian psychology. It proposes a critical discussion that articulates social markers such as gender, race, class, sexuality, and territory in the analysis of inequalities that affect individuals and their contexts. It also highlights the concept of mental health as a public policy and societal project based on the principles of the Brazilian psychiatric reform and the anti-asylum struggle, which defend care in freedom, deinstitutionalization, and expanded access to rights. This study also seeks to portray concrete experiences that adopt intersectionality as a component of training, clinical-political action, and service management, showing the possibility of social transformation in mental health care based on the perspective of producing plural modes of care involved with territories. Thus, this study reaffirms the

ethical-political commitment of psychology in defending professional practices in line with social rights and justice.

Keywords: Mental Health, Intersectionality, Psychology, Psychosocial Care, Careful.

Salud Mental, Atención Psicosocial e Interseccionalidad: Contribuciones Ético-Políticas a la Psicología Brasileña

Resumen: Este artículo pretende presentar elementos que estimulen reflexiones e inquietudes sobre la gestión de la interseccionalidad como herramienta analítica y práctica en el campo de la Psicología brasileña. Se propone una discusión crítica que articula los marcadores sociales como género, raza, clase, sexualidad y territorio en el análisis de las desigualdades que afectan a los individuos y sus contextos. Además, se destaca el concepto de salud mental como política pública y proyecto social con base en los principios de la reforma psiquiátrica brasileña y la lucha antimanicomial, que defienden la atención en libertad, la desinstitucionalización y la ampliación del acceso a derechos. Este artículo también busca retratar experiencias concretas que adoptan la interseccionalidad como un componente del proceso de formación, la acción clínico-política y la gestión de servicios, demostrando la posibilidad de transformación social en la atención a la salud mental, desde la perspectiva de producir modos plurales de atención que se involucran con los territorios. De esta manera, se reafirma el compromiso ético-político de la Psicología en la defensa de prácticas profesionales alineadas con los derechos sociales y la justicia social.

Palabras clave: Salud Mental, Interseccionalidad, Psicología, Atención Psicosocial, Cuidado.

A trajetória do Conselho Federal de Psicologia (CFP) nas políticas públicas de saúde no Brasil está intrinsecamente ligada à defesa dos direitos humanos, à transformação das práticas em saúde mental e à promoção de um modelo de cuidado ético, territorializado e antimanicomial. Desde sua criação pela Lei nº 5.766 (1971), durante o período da ditadura militar, o CFP emergiu em um contexto autoritário que deixou marcas profundas na história inicial da psicologia no país. Esse nascimento, sob um regime de repressão, influenciou as primeiras abordagens e desafios enfrentados pela profissão. No entanto, a década de 1980 testemunhou uma ressignificação da Psicologia brasileira.

A Lei nº 4.119 (1962), que regulamentou a profissão do psicólogo no Brasil, foi sancionada pouco antes do início de uma ditadura militar. Nos anos subsequentes, a profissão se desenvolveu sob a repressão estatal, o que impôs limitações e desafios, e a violência de Estado contra os oponentes do regime. Durante a década de 1970, grupos de psicólogos(os) se somaram à organização social e às lutas pela democracia e pelos direitos civis. Esse movimento ganhou força nos anos 1980, quando a categoria se uniu ao movimento

sanitarista. A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a Constituição de 1988, marcaram a consolidação do SUS e abriram novas perspectivas para a atuação da Psicologia na saúde pública.

O movimento de redemocratização, a luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb) e a posterior instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 proporcionaram um terreno fértil para que a Psicologia assumisse novos horizontes. Nesse cenário de transformação política e social, o CFP começou a consolidar seu papel não apenas como órgão regulador, mas também como um ator político engajado na defesa de práticas profissionais alinhadas aos direitos sociais e à justiça social.

A concepção de saúde integral, presente nos princípios do SUS, representa uma ruptura com a visão reducionista que associa saúde à ausência de doença. A Psicologia brasileira, respondendo a esse desafio, passa a fortalecer práticas ampliadas, territoriais e interdisciplinares, baseadas em uma clínica comprometida com os direitos humanos, a determinação social da saúde e a diversidade de saberes. O CFP, como entidade responsável pela regulamentação

da profissão, desempenha um papel importante, acompanhando essa transformação, especialmente no cenário das políticas sociais brasileiras.

Nesse caminho, a intersectorialidade se destaca como um pilar fundamental para a efetividade das políticas públicas e para a promoção da saúde mental, integrando áreas como saúde, assistência social e educação. A participação da Psicologia em políticas como o SUS e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) se reflete em compromissos para o CFP, especialmente para produzir orientações e fazer a incidência em formulação política com o horizonte de intervenção nos contextos de maior vulnerabilidade social, buscando avançar na construção de uma psicologia voltada à atuação pública, crítica e socialmente engajada.

Nesse sentido, o conceito de interseccionalidade, desenvolvido por Kimberlé Crenshaw, nos anos de 1990, oferece uma perspectiva para analisar como múltiplas formas de opressão se entrelaçam e moldam experiências desiguais de sofrimento e acesso ao cuidado. No campo da saúde mental, essa abordagem contribui para compreender os impactos do racismo, do machismo, da LGBTIfobia e desigualdades territoriais. As contribuições de Michel Foucault (1976; 1978; 2004) também são cruciais, especialmente sua crítica à medicalização da vida e às práticas disciplinares dos saberes *psi*. Sua obra fundamenta uma visão da saúde mental como um campo político, além de técnico.

Hoje a interseccionalidade é compreendida como um elemento estruturante da ação política do CFP. Grupos historicamente marginalizados – como negros, indígenas, LGBTI+, pessoas com deficiência e moradores de periferias – vivenciam múltiplas formas de opressão que exigem uma escuta atenta e ações territorializadas. Além disso, as políticas afirmativas possibilitaram a ampliação, nas últimas duas décadas, da produção de conhecimento em Psicologia e em saúde por pessoas que têm na sua história de vida as múltiplas formas de opressão que forjaram suas identidades e percursos. Desse modo, não apenas por escuta sensível, mas por meio da participação e expressão representativas e interessadas, o CFP tem contribuído com normativas, cartilhas e campanhas que ampliam o escopo da atuação da psicologia a partir da diversidade de quem produz essas orientações e publicações. Exemplos disso são os documentos direcionados às populações negras, LGBTI+ e em situação de rua, que propõem práticas ampliadas, contra-hegemônicas e decoloniais. Essas produções incentivam

e valorizam saberes populares, tecnologias sociais e as narrativas coletivas nos territórios.

A psicologia comunitária, territorial e intersectorial se concretiza em dispositivos como Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e programas de redução de danos. A atuação em ocupações urbanas, comunidades indígenas e periferias urbanas e rurais revela o potencial transformador de uma psicologia enraizada nos contextos locais. Nessa conjuntura, o CFP enfrenta o desafio de fortalecer redes intersectoriais e territorializadas eficazes, para orientar a categoria não apenas para a dimensão assistencial, mas para que possam atuar em prol de garantir o acesso universal e equânime à saúde mental, com base em estratégias que considerem raça, gênero, território e classe. A valorização do território como espaço de produção de vida, resistência e cuidado coletivo amplia a atuação da Psicologia e a insere de forma definitiva no campo da saúde coletiva. A articulação entre SUS, SUAS, educação, cultura e direitos humanos é essencial para uma psicologia pública transformadora, capaz de responder às complexas demandas da sociedade brasileira.

Dessa maneira, o presente artigo tem como objetivo apresentar elementos que possibilitem reflexões e inquietações acerca do manejo da interseccionalidade como ferramenta analítica e prática para a psicologia brasileira. Além disso, destaca-se a concepção de saúde mental como política pública e projeto societário, tendo como bases os princípios da RPb e da Luta Antimanicomial. Por fim, busca retratar sobre experiências concretas que utilizam a interseccionalidade como componente do processo formativo, clínico-político e de gestão, demonstrando a possibilidade de transformação no cuidado em saúde mental.

Saúde mental como política pública

Afirmar a saúde mental como política pública é se associar às muitas vozes que, conjugadas, denunciaram as formas desumanas de tratar o louco por centenas de anos na sociedade. Assim, abordar a problemática da política pública de saúde mental, tendo como referência de análise o debate na esfera pública contemporânea, é afirmar o lugar do cuidado frente à sua complexidade na contemporaneidade.

Inicialmente, é importante afirmar que essas reflexões críticas e produzidas coletivamente têm origem nos anos de 1970 e 1980. Trata-se de um processo que operou mudanças concretas no campo da

saúde mental brasileira, impulsionado pela organização política, especialmente por meio do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA). Esse movimento não apenas promoveu a denúncia das violações produzidas pelo modelo asilar, como também contribuiu decisivamente para a construção de um novo modelo técnico-assistencial: a atenção psicossocial. Esta, por sua vez, configura-se como uma alternativa à lógica hegemônica hospitalocêntrica e manicomial, questionando e tensionando os paradigmas teórico-metodológicos instituídos pela ordem médico-psiquiátrica dominante.

Nesse sentido, inicia-se, historicamente, uma discussão e disputa da agenda política da RPB ligada à chamada produção do cuidado no cotidiano dos serviços de atenção psicossocial, com a participação cidadã de usuários e familiares. Essas transformações políticas e assistenciais, deram-se nos diversos cenários, institucional, legislativo e cultural, mas também na produção de saberes e práticas, a partir de novos agentes que se articulam nesse campo, assim como as novas possibilidades que se abriam na área da saúde mental em termos de políticas públicas.

A partir daí, portanto, começa-se a pensar em um modelo de atenção psicossocial da saúde mental como um campo complexo, heterogêneo, plural e em construção. Sob essa ótica, o trabalho de desconstrução do modelo manicomial e a concomitante construção de novas formas de lidar com a loucura deram lugar à implementação de novas práticas de cuidado, denominado por alguns como um processo ligado à questão de existência¹, articulado e produto das determinações sociais do processo saúde-sofrimento-cuidado. Nesse processo, diziam, inscrevia o louco no registro da cidadania, através de um trabalho de crítica ao paradigma psiquiátrico, que tem o ato e o saber médicos centrado no modelo

hospitalocêntrico-manicomial-medicalizador-psiquiátrico (Costa-Rosa, 2013).

No campo prático, os modelos reformadores que emergiram no contexto político dos anos de 1980, e que mais tarde foram atualizados na rede pública de saúde mental sob a denominação de CAPS², sofreram e ainda sofrem influência das propostas neoliberais e dos seus efeitos perturbadores no processo de trabalho do cuidar, que, centrado no modelo biomédico, tem o corpo como lugar de intervenção do poder médico³.

Essa prática, e as reflexões acumuladas sobre ela, nos levam a problematizar a questão da produção do cuidado e a emergência de uma política pública de saúde mental, baseada na Reforma Psiquiátrica antimanicomial, a partir das mudanças ocorridas e implementadas na rede pública dos serviços de atenção psicossocial, com foco nos diferentes modos de objetivá-la. Desta forma, essas mudanças propostas pela RPB e pelo movimento antimanicomial foram impulsionadas nos anos de 1990, logo após a Lei Orgânica da Saúde e o processo de municipalização, como resultado de uma ação política na área, contribuindo, ou não, para os modos de pensar a relação do chamado “louco” com a sociedade.

No entanto, as instituições psiquiátricas não promoveram, por si só, nenhuma mudança significativa que rompesse com a clínica tradicional e que apostasse no cuidado em liberdade. Pelo contrário, foi necessário o desenvolvimento e a implementação de dispositivos de regulação e controle, voltados, entre outras medidas, para o fechamento de leitos psiquiátricos e para a conversão dessas instituições em serviços integrantes de uma rede substitutiva, como era denominado o modelo assistencial que se estava gestando em todo o país. Esse modelo, que começava a se delinear, foi impulsionado, sobretudo, pelas novas legislações, por iniciativas locais e pelo compromisso

¹ Noção difundida por Franco Basaglia (1985) como conceito fundante da Psiquiatria Democrática Italiana, colocando a loucura entre parênteses para focar sua ação sobre o sujeito e sua experiência vivida com a loucura, questionando o saber psiquiátrico enclausurador da existência, por isso o título de sua obra, “instituição negada” para contrapor a uma “instituição inventada” a partir e com os usuários da experiência triestina.

² Centros de Atenção Psicossocial são lugares de assistência a transtornos mentais graves e persistentes definidos assim pela Portaria GM/MS 336 (2002), estruturados a partir de um roteiro de atividades bem diversificado, incluindo atendimentos individuais e em grupo, oficinas terapêuticas e produtivas (as últimas destinadas à preparação de produtos para o mercado), atividades de lazer, acompanhamentos externos (à residência, à escola, ao banco etc.), funcionando durante a semana por um período de tempo determinado. Estes dispositivos têm como principais objetivos colocarem-se como substitutivos aos aparelhos psiquiátricos tradicionais, em especial a internação, além de se apresentarem como organizadores da rede de assistência à saúde mental, atuando junto às demais instituições, no sentido de estruturar os recursos disponíveis em cada uma delas.

³ Aqui é necessário registrar a contribuição pioneira e crítica de Michel Foucault sobre o disciplinamento dos corpos. A esse respeito ver Foucault (2006).

de diferentes atores sociais envolvidos no processo. Tais esforços resultaram na conformação da atual Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), concebida como uma alternativa ao modelo hospitalocêntrico, orientada pela promoção do cuidado em liberdade e pela defesa dos direitos humanos das pessoas em sofrimento psíquico.

Essa escolha se deu na medida em que se verificava que o modelo de atenção psicossocial, por meio dos CAPS, operava na construção de um novo tipo de referência terapêutica, cuja preocupação básica era a ideia do “usuário-centrado”⁴, privilegiando questões de sofrimento-existência, na perspectiva basagliana, ao reconhecer o sujeito em sua singularidade, subjetividade, na diferença de “*andar a vida*”, com seu corpo, gênero, sexualidade, raça, classe etc., fazendo laços sociais, políticos e existenciais. Esse modo de ver o sofrimento psicossocial em intersecção, portanto, provocava também, uma demanda técnica, em termos de compartilhamento de competências, de responsabilidades e de atividades com demais profissionais, diversos, portanto, sem privilégios corporativos, sem hierarquias, assim como na aproximação com os usuários e suas famílias, no território existencial e subjetivo da vida, onde tudo acontece (Yasui, 2010).

Nesse contexto, a temática da equipe aparece em suas diferenças, como trabalho coletivo, principalmente na forma de gerir os serviços oferecidos, como na aproximação ao usuário e suas famílias, o que coloca a importância de se considerar os múltiplos sentidos e significados presentes no processo de trabalho do cuidar (Duarte, 2004). Incluindo, em tal processo, os marcadores sociais da diferença enquanto produtos estruturais e estruturantes da complexa e dialética desinstitucionalização da loucura e, por conseguinte, da vida, a entendê-la como produtora do sofrimento, mas também das resistências e das lutas cotidianas ao afirmar a própria diferença.

Observa-se, assim, que, se para uns a produção do trabalho do cuidar implica necessariamente a cura e os meios técnicos reconhecidos, para outros, do que se trata, é de pensar um outro modo de cuidar, que acione, ao mesmo tempo e em espaços diferenciados, os sujeitos, seus modos de subjetivação e a produção de rede, implicando-se no processo, e instaurando,

no centro dele, a problemática da cidadania. Aí, diferentemente do modelo que produziu a ruptura, as tecnologias de cuidado não são exclusividade de uma categoria profissional, mas da centralidade do ato cuidador, feito entre vários sujeitos, inclusive fora dos serviços institucionalizados, por vezes engessados.

É nesse cenário do ato de produção do cuidado cidadão que se invoca a Carta de Bauru, de 1987, ao afirmar que a luta por uma sociedade sem manicômios é uma luta coletiva pelo cuidado em liberdade, pela emancipação humana e pela cidadania. Assim, contra o sexismo, o racismo, a LGBTIfobia e todas as formas de opressão, dominação e exploração, que se produzem e reproduzem na lógica do sistema capitalista, cisheterossexista, patriarcal, racista e capacitista. Afirma o manifesto que:

O manicômio é a expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida (Congresso Nacional dos Trabalhadores da Saúde Mental, 1987).

Observa-se, portanto, que o conceito de cuidado que aqui se problematiza, não apenas toma as referências teóricas antimanicomiais, mas também as análises sobre essas práticas e suas institucionalidades. De qualquer modo, o cuidado que se trata, substitui radicalmente a noção de *clínica stricto sensu* que modela ainda determinadas práticas disciplinares, como muito dos saberes tradicionais *psis*. Essa nova forma de pensar e ver a saúde mental é definida como “*clínica ampliada*”, e introduz um ressignificado no papel da sociedade no controle das ações estatais, assim como da família. Nesse bojo, os conceitos, ampliados, portanto, de saúde mental, clínica, cuidado e família, produzem rupturas com os seus significados tradicionais, medicalizantes, biologicistas e positivistas que criam barreiras de se relacionar com o sujeito em seu

⁴A expressão foi originalmente conceituada por Merhy (Merhy & Onocko, 1997) em contraposição a um cuidado em saúde que é centrado nos procedimentos médicos e/ou na saúde e não no sujeito do processo do sofrimento. Há tempo, portanto, que a área da Saúde da Família tem usado vulgarmente o termo “centrado na pessoa” utilizando uma perspectiva rogeriana dos anos de 1970.

modo de andar a vida singular e plural. Portanto, ao se incorporar novos sentidos, esses não se dão como um registro protocolar, disciplinar ou institucional qualquer, justamente porque estamos tratando de um projeto político de sociedade.

É verdade que avançamos, e muito, no campo da saúde mental. No entanto, é nesse mesmo campo político e público da saúde mental, constituído de forma interdisciplinar com seus diferentes saberes e práticas, que também se evidenciam percalços, retrocessos e processos de desmonte. Principalmente, porque a Reforma Psiquiátrica brasileira é um processo social complexo, inacabado e em permanente construção. Nela residem disputas políticas, correlações de forças, diferentes agentes e narrativas, que se fazem cotidianamente, no exercício de poderes, tanto nas práticas de cuidado quanto nas esferas de gestão, nos processos de financiamento e nas decisões de políticas públicas. Trata-se de um campo atravessado por interesses diversos e projetos que se expressam nas tensões entre nós e também nas relações entre “nós” e “eles”.

Ampliar, sustentar e consolidar as conquistas de uma aposta coletiva e militante de um projeto de Reforma Psiquiátrica antimanicomial significa reafirmar o compromisso com uma política pública de saúde mental que materializa os princípios fundamentais do SUS: a universalidade, a integralidade e a equidade. Contudo, é colocar também, nesta agenda política, a precariedade da vida e as iniquidades em saúde que ainda atravessam a vida de muitos usuários e usuárias do SUS.

As iniquidades em saúde, historicamente produzidas e mantidas por desigualdades sociais, econômicas, raciais, territoriais, de gênero e sexualidade, permanecem como problemas estruturais que incidem diretamente nas condições de acesso e continuidade do cuidado. Assim, a defesa de um modelo assistencial antimanicomial precisa, necessariamente, incorporar a luta por justiça social e pelo enfrentamento das vulnerabilidades que atravessam os sujeitos em sofrimento psíquico, em sua complexidade e diversidade.

Portanto, ao tomarmos neste artigo a análise da interseccionalidade, busca-se articular esses princípios para efetivar a cidadania e o cuidado em liberdade. Mas, mais que isso, propõe-se a observar que o debate do cuidado se complexificou ao tomar os sofrimento-existências de cada pessoa como coletivos, em uma produção social que as diferenças não são meras

estatísticas e marcadores, mas o próprio modo de subjetivação. Essa é uma questão, neste momento, que corrobora a ampliação da clínica da atenção psicossocial e o amadurecimento da política de saúde mental, ao inserir, no repertório do cuidado, a ruptura com o modelo biomédico, e, conseqüentemente, com a lógica da patologização e da medicalização da vida que é vivida em suas múltiplas determinações sociais.

Debatendo a interseccionalidade: rompendo com a visão do sujeito universal

O termo interseccionalidade, cunhado por Kimberlé Crenshaw (2002), traz uma grande contribuição na perspectiva de acesso a direitos e nos avanços dos campos feministas e étnico-raciais na intersecção com as relações sociais. A proposta da autora propõe justamente pensar como não lidamos com sistemas de opressão que vão formar grupos sobrepostos, mas grupos justapostos. Nas palavras de Crenshaw (2002), “a interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as conseqüências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos de subordinação” (p. 177).

Tendo essa conceituação como balizadora, e fazendo enfrentamentos de leituras reducionistas e mecanicistas das opressões, queremos partir, neste artigo, das questões concernentes à racialidade e suas inscrições nos regimes de verdade, tendo como efeito o lugar que a branquitude (Bento, 2022) ocupa ao produzir silêncios em nosso país, de modo a elaborar lugares privilegiados que eclipsam as relações raciais (Carneiro, 2005; Veiga, 2019). Isso implica dizer que, na verdade, os eixos de opressão vivenciados pela sociedade, como as hierarquias de gênero, classe, raça, território e geração, todos esses marcadores sociais que produzem diferentes vulnerabilidades sociais no nosso contexto, eles atuam de forma simultânea e não hierárquica. Pensar dessa forma nos ajuda a entender como essas perspectivas podem ser incorporadas na prática em Psicologia, reforçando o compromisso ético-político da nossa profissão (CFP, 2005).

A Psicologia, em tempos passados, foi vista como espaço voltado para práticas individuais de cuidado, em que se trabalha com indivíduos e não com sujeitos históricos, sociais e políticos. Esse resquício produz determinadas intencionalidades políticas de práticas voltadas para um contexto de ajustamento do sujeito no projeto de construção de modernidade no país ao

longo do século XIX (Ferreira, 2005; Massimi, 2005). Modernidade essa posta com base na colonização de saberes dos povos originários e negros que aqui habitam, reforçando o positivismo e sua lógica de pretensa neutralidade científica. Com efeito, esses pressupostos constitutivos da Psicologia, enquanto ciência e profissão no território nacional, refletem um apagamento dos sistemas de opressão e uma produção de políticas públicas voltadas para a higienização mental e social da população (Massimi, 2005).

Com o avanço e as mudanças no nosso atual código de ética vigente, vemos que a interseccionalidade ocupa papel central no sentido de entender uma prática voltada aos direitos humanos, à Declaração Universal dos Direitos Humanos e a documentos e legislações voltados para combater as opressões sociais, promovendo dignidade humana. Nesse sentido, a prática em psicologia se torna localizada historicamente, considerando essas especificidades e as atualizações reflexivas frente a mudanças sociais, históricas e políticas na nossa sociedade.

Nesse campo do saber, tensionam-se suas teorias clássicas, no sentido de entender quais as questões de gênero, raça, sexualidade, território, geração e classe atravessam o sujeito que está sendo escutado ou cuidado. Será que é um cuidado que contempla essas dimensões, contempla todos esses aspectos constitutivos da subjetividade? Nesse sentido, a interseccionalidade não opera com um eixo de opressão único, no sentido de que um eixo vai gerar uma determinada opressão e a partir disso vão surgir os outros eixos de opressão. Esse posicionamento vem de encontro ao que, por exemplo, o marxismo e as correntes feministas marxistas produziam. Assim, temos as contribuições do feminismo negro, que vão além dos já reconhecidos trabalhos de Kimberlé Crenshaw sobre interseccionalidade, incorporando também as reflexões de autoras como Patricia Hill Collins (2022) e Gloria Anzaldúa (2009), que vão interseccionar essas práticas aprofundando a análise das relações entre poder e produção de subjetividades, inclusive no campo da linguagem, oferecendo importantes ferramentas para o campo da saúde mental. Suas obras nos convocam a problematizar como os atravessamentos de raça, gênero, classe e territorialidade se inscrevem não apenas nas práticas institucionais, mas também nos modos como construímos sentido e nomeamos o sofrimento psíquico. Considerando que a linguagem é uma das principais ferramentas de trabalho

nesse campo, essas perspectivas ampliam o reconhecimento de como diferentes formas de nomeação e interpretação produzem diferentes sujeitos (Butler, 2017), impactando os acessos a direitos e recursos, bem como a produção e manutenção de situações de vulnerabilidade sociais.

A seguir, trazendo uma perspectiva de gênero enquanto uma categoria histórica e analítica (Scott, 1995), buscamos historicizar os marcadores sociais, compreendendo-os como categorias dinâmicas e socialmente construídas nos tempos históricos e não como processos universalizantes. Refutamos assim, concepções que tratam gênero, raça, classe e outros marcadores como atributos fixos ou acessórios, muitas vezes subordinados a dimensões pretensamente “maiores” ou “mais relevantes”, como a saúde mental.

Essa leitura crítica nos permite ampliar o debate sobre a historicidade do gênero, inclusive dentro do próprio campo de saberes da Psicologia, evidenciando os impactos dos processos de colonização na construção social das subjetividades. Ao analisarmos o legado colonial em nossa sociedade, percebemos como ele engendrou e reforçou uma lógica de ajustamento pautado no modelo de sujeito universal, naturalizado por uma ciência que busca uma pretensa neutralidade, mas que, como apontado por Nogueira (2017), não se sustenta. Vemos que técnicas, métodos, teorias e práticas psicológicas foram historicamente concebidos para reforçar esquemas que contribuíram para a manutenção de opressões.

Diante desse contexto, é fundamental reconhecer o posicionamento ético que a Psicologia brasileira tem buscado adotar nas últimas décadas. O Código de Ética Profissional do Psicólogo (*Resolução CFP nº 010/05, 2005*) se posiciona frente a essas violações que a nossa área historicamente já reforçou. Expressa esse compromisso ao afirmar a responsabilidade da Psicologia na leitura social, histórica e política dos processos de subjetivação, justamente para evitar reducionismos e para garantir que a atuação profissional não se transforme em instrumento de dominação, tortura ou violação de direitos.

Diante desse posicionamento ético-político, cabe reiterar nosso compromisso com a reparação histórica enquanto categoria profissional. A partir de uma leitura foucaultiana da formação da Psicologia (Foucault, 1976; 1995), é possível identificar a presença de mecanismos de disciplinarização e governamentalidade dos corpos como elementos estruturantes das

relações entre a Psicologia e o Estado. Especialmente ao longo do processo de modernização do Brasil no século XIX, como analisa Massimi (2005), a incorporação de saberes psicológicos contribuiu para a construção de uma identidade nacional atravessada por práticas normalizadoras da vida social.

Assim, os dispositivos de poder sobre a vida se capilarizam por meio de estratégias de biopoder, manifestando-se em tensionamentos e decisões políticos e subjetivos que delimitam quais grupos sociais são alvo de investimentos governamentais em saúde, cuidado e proteção, e quais são, nos contextos em que o Estado gerencia a vida ou o contrário, aqueles que são relegados à negligência, à exclusão ou mesmo ao abandono e extermínio – o que Foucault (2005) sintetiza na lógica do “fazer viver ou deixar morrer”.

Ao trazer essa análise para o campo das políticas públicas e das práticas de cuidado em saúde mental, compreendemos que essas imersões conceituais e históricas nos permitem refletir sobre o modo como dispositivos de gestão da vida continuam a operar na atualidade, na constituição de um aparato técnico e político de produção de sentidos e subjetividades. Um aparelhamento refinado, ainda calcado na lógica confessional, como também problematiza Foucault (2005).

A construção de uma Psicologia que reconheça, de forma crítica, os efeitos de sua atuação enquanto campo profissional que, por muito tempo, exerceu uma função social alinhada a projetos colonizadores, torna-se crucial para a consolidação de uma prática decolonial em saúde, orientada pelos princípios ético-políticos da profissão (Veiga, 2019).

Nesse sentido, cabe problematizar como os regimes de saber e poder sustentados pela cisheteronormatividade e pela branquitude, vêm historicamente produzindo subjetividades normativas, em contraste com as experiências dos sujeitos colonizados, isto é, os corpos não-normativos, que fogem aos critérios patologizantes que a cisgeneridade e a heterossexualidade produzem enquanto sustentação de seu posicionamento de verdade absoluta (Bagagli, 2016), que busca legitimar determinadas formas de existência como verdades universais. Além disso, é necessário reconhecer historicamente a racialização dos corpos como investidas colonizadoras na constituição de subjetividades, sendo tais processos sustentados por epistemologias brancas e eurocentradas, que seguem operando na produção de saberes psicológicos (Lima, Oliveira, & Santos, 2023; Silveira & Nardi, 2014).

Essa perspectiva universalizante de saúde opera dentro da lógica colonizatória dos marcadores sociais, que produz e reproduz uma concepção de sujeito como um corpo dado, ancorada em essencialismos, por uma desassociação das condições históricas e culturais que constituem as identidades. Tal concepção compreende os corpos como dados naturais, tomando como referência um modelo normativo e normalizador baseado na branquitude, no eurocentrismo, na cisheterossexualidade e no capacitismo. Portanto, estabelece-se uma identidade de referência que silencia as múltiplas formas de existência que fogem a esses parâmetros hegemônicos. Nesse sentido, pretende-se questionar essas categorias de maneira estrutural e estruturante: o que estrutura quem é sujeito e quem é o outro nos regimes de vulnerabilidade? Ou seja, busca-se interrogar os fundamentos históricos, sociais e epistemológicos que definem quem é reconhecido como sujeito pleno e quem é produzido como “outro”, problematizando os critérios que orientam os processos de inclusão e exclusão, buscando tensionar as bases que sustentam as desigualdades no campo da saúde mental e nas políticas públicas.

Desse modo, a partir dos referenciais acerca das dinâmicas interseccionais, cabe reconhecer como os marcadores sociais impactam nas produções de vulnerabilidades no campo da saúde e, em particular, da saúde mental. Assim, atenta-se para evitar fragmentação por categorias, tais como o reducionismo dentro do campo feminista para uma universalidade de gênero (Nogueira, 2017) ou de uma leitura simplista e pouco relacional das somas de vulnerabilidades (Jesus, 2014). Nesse sentido, Nogueira (2017) nos alerta para se evitar perspectivas empiristas e de *stand point* dentro desse campo do saber, visto que buscar as experiências de mulheres e os pontos de vistas femininos para se evitar o viés masculino no atravessamento científico não contesta estruturalmente as bases científicas produzidas dentro da universalidade da experiência de determinados segmentos sociais.

Indo além, vale ressaltar como as práticas em saúde ainda são historicamente atravessadas pelo masculino (Anzaldúa, 2009; Haraway, 2009; Spivak, 2010) e pela branquitude (Lima, Oliveira & Santos, 2023; Veiga, 2019). As epistemologias pajubás e travestis contribuem para o debate ao acrescentar o olhar da cisgeneridade para a colonização dos corpos e subjetividades (Favero, 2020; Gonçalves Jr., Oliveira, & Benevides, 2020). Nesse sentido, a branquitude, o

capitalismo, o capacitismo e a cisgeneridade configuraram-se como engrenagens da estrutura colonial (Pfeil & Pfeil, 2022), operando de maneira articulada e contínua sobre os sistemas de saúde. Essas engrenagens não apenas atravessam a organização e o funcionamento das políticas públicas, mas também moldam os modos de produção do cuidado, influenciando os saberes, as práticas profissionais e as formas de reconhecimento – ou de negação – dos sujeitos nos processos de atenção à saúde mental.

Uma prática voltada à atuação em políticas de saúde, precisa, necessariamente, enfrentar a complexidade que a interseccionalidade nos aponta. Isso implica reconhecer a multiplicidade na constituição dos sujeitos e dos contextos sociais, evitando reducionismos que fragmentam as experiências em categorias isoladas. Portanto, deve-se tomar cuidado com os modelos de direitos humanos que vão buscar uma interseccionalidade que acaba sendo esvaziada, que vai se voltar para questões de gênero ou questões sociais, mas esvaziando o seu conteúdo político. Tais modelos, ao focarem em “recortes” de gênero ou em questões sociais específicas, acabam por desconsiderar as novas lógicas de poder que operam sob formas neo-imperialistas e coloniais. Essas lógicas são pautadas e difundidas sob a chancela de organismos multilaterais, como a Organização das Nações Unidas (ONU), impondo uma visão globalizada de direitos humanos que nem sempre dialoga com as realidades locais. Quais as reverberações disso no nosso cenário latino-americano? Quais as construções que se têm? Como essas agendas globais têm sido apropriadas, tensionadas ou contestadas nos processos de formulação e implementação das políticas públicas em saúde mental em nossa região? Essas questões são cruciais para que possamos construir práticas ético-políticas que não apenas dialoguem com os marcos internacionais, mas que também possam afirmar a pluralidade e as especificidades dos territórios latino-americanos.

Neste sentido, é necessário resgatar também os trabalhos de Neuza Santos Souza (2021) acerca da produção da dor acerca da subjetividade negra a partir do referencial branco (Veiga, 2019) ou os desafios das encruzilhadas de identidade apontados por Lélia Gonzalez (2020). Elas são autoras negras feministas que apontam para perspectiva interseccional

que tem muito a contribuir com o nosso campo, mas, infelizmente, não são muito estudadas ainda dentro da nossa área. Assim, vivemos, e dessa forma, percebemos a necessidade de reforçar esse compromisso ético-político nesses 40 anos das interseccionalidades enquanto leitura analítica da realidade.

Diante das reflexões aqui propostas, gostaríamos de convidar quem nos lê a um exercício crítico: será que nossas práticas, nas diversas áreas de atuação da Psicologia, têm efetivamente contemplado os princípios da interseccionalidade? De que modo essa perspectiva tem orientado ou deve orientar nossa escuta, nossos manejos clínicos, grupais e institucionais? Quais os desafios para pensar essas questões? Quais os desafios para entender o ser humano em sua materialidade histórica e política, para entender o sujeito frente a essas lentes analíticas, no sentido de produção de um sujeito de resistência e não um sujeito que seja sujeitado à norma, um sujeito que seja apagado na sua identidade social, histórica e política?

Produção do cuidado em saúde mental e interseccionalidade

Com o intuito de apontar caminhos possíveis para operar a interseccionalidade como ferramenta de análise, gestão e cuidado, apresentamos a experiência do Censo Psicossocial dos usuários dos serviços de saúde mental do estado do Rio de Janeiro⁵. Fruto da parceria entre o Projeto de Pesquisa e Extensão Luta Antimanicomial e Feminismos, vinculado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro e à Coordenação de Atenção Psicossocial da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

A pesquisa-ação, iniciada em 2023, está em desenvolvimento, e tem como objetivo geral identificar o perfil e os atravessamentos interseccionais que impactam na saúde mental dos usuários atendidos na Rede de Atenção Psicossocial do estado do Rio de Janeiro, no período de janeiro de 2022 a dezembro de 2023. Já os objetivos específicos buscam qualificar o atendimento ofertado pela Rede de Atenção Psicossocial e subsidiar a Coordenação de Atenção Psicossocial para a execução de um plano mais direcionado às necessidades em saúde das pessoas atendidas e dos profissionais.

⁵ Projeto aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio de Janeiro e com financiamento do CNPq, CAPES e FAPERJ.

A pesquisa-ação foi dividida em dois momentos: na primeira etapa realizou-se 17 oficinas de educação permanente, alcançando aproximadamente 500 trabalhadores, de 170 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), vinculados a 87 municípios. Dessa maneira, buscou-se instrumentalizar os participantes, indicados pela gestão dos CAPS, sobre os marcadores sociais e sua relação com a atenção psicossocial. Partiu-se da interseccionalidade como ferramenta de análise, prática e cuidado, articulando com as seguintes políticas: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; Política Nacional de Atenção à Saúde Integral dos Povos Indígenas; Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais; a Portaria GM/MS nº 344 (2017), que implementa a obrigatoriedade da coleta e do preenchimento do quesito raça/cor pelos serviços de saúde; e a Portaria GM/MS nº 2198 (2023), que institui a Estratégia Antirracista na Saúde.

Já na segunda etapa, realizada de setembro de 2024 a março de 2025, ocorreu o preenchimento do Censo Psicossocial realizado em 187 CAPS. A equipe de campo acompanhou o processo de avaliação e monitoramento do processo, buscando não somente realizar orientações e acompanhamento, mas também qualificar o preenchimento e identificar os impactos da pesquisa-ação nos serviços de saúde mental. Dessa maneira, a coleta de dados sobre o perfil de pessoas usuárias dos serviços de saúde mental ocorreu após a qualificação de profissionais. A pesquisa segue, no momento, tabulando e analisando o material coletado.

Cabe destacar que a equipe é composta por estudantes da graduação de Serviço Social, Psicologia, Terapia Ocupacional, Saúde Coletiva, Estatística, residentes em saúde mental do Instituto de Psiquiatria, mestrandos, doutorandos e pós-doutorandos, além de pesquisadores e trabalhadores da RAPS. A composição multidisciplinar da equipe demonstra um esforço de proporcionar uma formação crítica e interseccional, articulando teoria e prática, e seguindo na defesa do SUS e dos princípios da RPB e da luta antimanicomial. Dessa maneira, considera-se como uma experiência que envolve mudança no processo formativo e, por consequência, no trabalho profissional e na gestão da política pública (Passos, 2024).

Sinaliza-se aqui alguns resultados importantes que dialogam com a discussão apresentada sobre interseccionalidade. Primeiramente, destacamos a

incorporação do Censo Psicossocial como parte do Plano Estadual de Saúde Mental, ou seja, houve a introdução da interseccionalidade na gestão da política. Além disso, alguns municípios incorporaram os marcadores sociais em suas fichas de acolhimento, principalmente após as oficinas de educação permanente. Além disso, diferentes CAPS realizaram atividades sobre antirracismo e saúde mental, solicitando a presença da equipe para auxiliar no processo de reordenamento do trabalho coletivo. Outros utilizaram a Cartilha produzida pela pesquisa para tratar do tema nas reuniões de equipe, visando estimular o debate e a incorporação da temática. Por fim, destaca-se a oferta de educação permanente partindo da interseccionalidade como ferramenta de gestão do cuidado em saúde mental, o que demanda a continuidade do processo formativo no SUS.

Tal experiência segue condizente com os princípios ético-políticos defendidos pelo CFP, demonstrando a importância da incorporação da interseccionalidade no processo formativo e na produção do cuidado em saúde mental. Vale destacar que a pesquisa recebeu Menção Honrosa na 2ª edição do “Prêmio Virgínia Bicudo: práticas para uma psicologia antirracista”, o que mostra a relevância, reconhecimento e destaque do trabalho que vem sendo realizado entre a universidade, a gestão e a RAPS.

Desafios atuais no campo da saúde mental

Até o momento apresentamos um panorama acerca da saúde mental enquanto política e o seu fazer, defendido por nós, de forma necessariamente política, interseccional e orientado a um tipo de cuidado específico. Não raro, nesse sentido, profissionais da Psicologia lançam mão da grande questão “O que pode a Psicologia?” ou “Qual o mandato da Psicologia neste âmbito?”. Sem nenhuma pretensão de responder consensualmente tais questões, tampouco esgotar os debates, trazemos aqui inquietações, questionamentos e entraves contemporâneos no campo da saúde mental, uma análise de conjuntura, de certa forma.

Inicialmente, como toda análise de conjuntura que se preze, é essencial contextualizarmos o momento histórico-político presente. Desde o golpe parlamentar de 2016, que retirou do poder a presidenta Dilma Rousseff (PT), observamos e vivenciamos de múltiplas formas uma grande investida e a ascensão de um projeto ultraneoliberal, que já se mostrava com

Michel Temer (MDB), se aprofunda com Jair Bolsonaro (PL) e ainda opera no terceiro governo Lula (PT).

A última década é marcada pelo avanço do neoliberalismo e da extrema-direita em todo o mundo, como uma onda que se alastra pelos países de capitalismo central, mas também da América Latina. A derrota de Bolsonaro nas urnas não representou, em definitivo, a derrota de seu projeto ético-político, tampouco de seus atores, narrativas e instrumentos de disputa. Tanto é que observamos uma conformação no Congresso Nacional amplamente reacionária, mais da metade das unidades federativas é governada por partidos de direita. Pela primeira vez na história temos um ex-presidente no banco de réus da Suprema Corte por uma acusação de tentativa de golpe de Estado. Fato é que, nos últimos dez anos, muitos foram os momentos históricos complexos pelos quais a população brasileira passou. Não esqueçamos da crise sanitária causada pela pandemia global durante dois anos, que só no Brasil matou mais de meio milhão de pessoas, durante um governo proto-fascista que defendia o uso de antiparasitários para curar uma infecção por vírus. Todos esses processos, permeados por violências interseccionais, as mais distintas formas de barbárie, repercutem, também, em distintos processos de precarização das condições de vida e de sua reprodução. É essencial que, dentro dos próximos pontos abordados, o leitor tenha esse contexto em mente.

Dito isso, passemos aos desafios propriamente ditos. No que concerne ao trabalho, observamos no Brasil a menor taxa de desemprego já registrada na série histórica (Garcia, 2024), contudo, com uma prevalência de regimes de informalidade – não CLT – nesses dados. No caso da saúde, a expansão dos serviços da RAPS, por exemplo, por meio do conveniamento com Organizações Sociais (OS), representa a contratação massiva de profissionais com vínculos temporários na modalidade Recibo de Pagamento Autônomo (RPA), o que fragiliza as condições de emprego, afeta a saúde mental dos trabalhadores da política (Morais, Silva, & Souza., 2018) e representa um tipo de privatização não clássica da saúde (Granemann, 2011 citado por Passos, Silva, & Souza, 2023).

Aliada à fragilização do vínculo, observa-se uma deterioração das condições de trabalho, que segundo o Ministério da Previdência Social, só no ano de 2024 foi afastado quase meio milhão de trabalhadores por transtornos de saúde mental, representando um

aumento de 68% em relação a 2023 (Candioto, 2025). Em matéria publicada no *Jornal da Universidade de São Paulo*, docentes da instituição trazem que tal adoecimento se dá tanto sob influência do aumento do sofrimento psíquico após a pandemia de covid-19, quanto por intensas mudanças na dinâmica global de trabalho, inclusive com o aumento da pressão por produtividade sem a devida remuneração pelo trabalho exercido (Candioto, 2025). Durante o trabalho realizado pelo Censo Psicossocial, abordado anteriormente, foram frequentes os relatos de trabalhadores da RAPS do estado do Rio de Janeiro sobre sobrecarga de trabalho, impacto da pandemia nas demandas de saúde mental e adoecimento da própria equipe técnica dos serviços.

No mês de abril de 2025, o Governo Federal, por meio do Ministério do Trabalho, realizou uma movimentação para alterar as diretrizes de Gerenciamento de Riscos Ocupacionais (GRO) a fim de adicionar fatores de riscos psicossociais à normativa que trata sobre a saúde do trabalhador (“Inclusão”, 2025). Observamos, assim, um dos primeiros desafios à saúde mental: o impacto do avanço de políticas neoliberais sobre as condições, vínculos e estabilidade do trabalho, o que atenta diretamente à saúde mental da classe trabalhadora, gerando sofrimento e adoecimento psíquico em massa. Ainda no que diz respeito a trabalho e condições de reprodução da vida da classe trabalhadora, é importante nos atermos à série de políticas neoliberais de austeridade fiscal que impacta as políticas de Proteção Social no Brasil. As políticas de austeridade fiscal foram iniciadas ainda no governo Dilma, pressionada pelo Congresso, à época já liderado pelo campo político da direita. Contudo, elas tomam corpo definitivo com o governo golpista de Temer, materializando-se na Emenda Constitucional (EC) nº 95, a qual congela investimentos em políticas sociais por 20 anos.

Os processos ultraliberais de desfinanciamento de pastas sociais são aprofundados na gestão Bolsonaro, com o constante congelamento de verbas à educação, saúde e programas sociais de distribuição de renda. Ainda no terceiro governo Lula, o teto de gastos é atualizado com o Arcabouço Fiscal, que segue pressionando políticas garantidoras de direito e preconizando cortes de gastos públicos, levando a cabo a austeridade fiscal em políticas sociais como saúde e assistência.

Ainda que o Ministério da Saúde, no governo federal atual, tenha expandido o número de Centros

de Atenção Psicossocial e incrementado o repasse para as unidades, o que observamos ainda é o cenário de subfinanciamento do Sistema Único de Saúde e uma rede que não consegue absorver toda a demanda, já que cerca de 70% da população brasileira depende do SUS (“Sistema Único de Saúde”, 2024). Um grande desafio vivido por nossas categorias da saúde, todos os dias no trabalho nas políticas públicas, mas já conhecido e infelizmente rotineiro.

Além disso, temos a Lei nº 13.840 (2019) que alterou a Lei nº 11.343 (2006), conhecida como Lei de Drogas, retirando do texto pontos cruciais para a luta antimanicomial e a RPB, que organizam os princípios da RAPS. No novo texto, é retirada a orientação do cuidado às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas pela lógica da redução de danos, com centralidade nos CAPS, que partem da noção de clínica ampliada e realizam o cuidado no território e em liberdade. Ainda, são elencadas as Comunidades Terapêuticas como principal dispositivo de “acolhimento, tratamento e cuidado” dessas pessoas (*Lei nº 13.840, 2019*), o que se torna um desafio para a consolidação da RPB e da noção de cuidado que aqui defendemos.

A partir do mesmo ano de aprovação da Lei, observamos um importante fluxo de verba pública, proveniente de editais de outras pastas federais como Cidadania, Justiça e Segurança Pública – durante o governo Bolsonaro – e Desenvolvimento Social (MDS) – já no governo Lula –, às Comunidades Terapêuticas (Passos et al., 2023). A disputa do fundo público por Comunidades Terapêuticas e o financiamento dessas entidades pelas três esferas de poder (federal, estadual e municipal) Brasil afora representa o direcionamento político do Estado e das políticas públicas que vêm sendo priorizadas (Passos et al., 2023). O que materializa um contundente desafio às nossas categorias e a todo o campo antimanicomial, uma vez que, para além do fundo público, essas entidades disputam a direção da gestão da política e do cuidado álcool e drogas (AD), de forma sistemática e organizada, se infiltrando inclusive em espaços caros à rede substitutiva. Lembremos que essas instituições são constantemente alvos de denúncia por órgãos públicos, pelo uso de castigos físicos, condições subumanas de existência e violências de distintas naturezas, como constatado no Relatório da Inspeção Nacional de

Comunidades Terapêuticas produzido pelo Conselho Federal de Psicologia, em 2018 (CFP, 2018).

Gostaríamos de chamar a atenção para mais um ponto, nesta leitura, sobre um movimento que vem tomando força mais recentemente no campo da saúde mental, álcool e outras drogas. Diversas prefeituras, em diferentes estados do país, têm implementado, por meio de projetos de lei ou de iniciativas de gestão executiva, o que tem sido denominado de forma controversa como “Internação Involuntária Humanizada”. Na prática, tal medida consiste no recolhimento forçado de pessoas em situação de rua que fazem uso de drogas, com sua consequente internação compulsória, muitas vezes sem o consentimento prévio dos próprios sujeitos. Essas internações têm ocorrido tanto em dispositivos da rede de saúde quanto em instituições privadas, como as Comunidades Terapêuticas, frequentemente marcadas por denúncias de violações de direitos. Essa política, ao adotar um discurso de suposta proteção e cuidado, acaba por reforçar estratégias de controle e higienização dos espaços públicos, desconsiderando os determinantes sociais e estruturais que produzem as situações de vulnerabilidade.

Apenas para citar, vimos recentemente a prefeitura do município de Niterói, na região metropolitana do Rio de Janeiro, aprovar um projeto de lei que implementou esta ação, assim como em outros municípios, por exemplo, Cabo Frio (RJ), Florianópolis (SC), Blumenau (SC), São José do Rio Preto (SP), Campo Grande (MS) e Vitória (ES). Em geral, essas iniciativas tratam esse tipo de conduta como uma “internação humanizada”, sem dizer o que compreendem como “humanizada”, e seus defensores apontam que os usuários poderão sair quando quiserem, contudo, vem sendo de praxe condicionar isso a um ato médico. Esses projetos em geral têm sido um grande desafio para a saúde mental, pois vão totalmente de encontro com a Lei 10.216⁶ (2001) e se utilizam, muitas vezes, de dispositivos substitutivos da RAPS, como as Unidades de Acolhimento Adulto (UAA) de forma manicomial e fora dos princípios organizadores e norteadores da RAPS. Além, é claro, de convocar profissionais psicólogos e assistentes sociais, do SUS e do SUAS, a realizar um trabalho massivo de limpeza étnica e alienista.

Por fim, acreditamos ter apresentado aqui alguns dos principais desafios que hoje se impõem ao campo

⁶ Esta é a Lei da Reforma Psiquiátrica, que institucionaliza diversos avanços importantes no debate antimanicomial no Brasil.

da Saúde Mental no Brasil. O desfinanciamento das políticas sociais, incluindo especificamente a política de saúde mental, o avanço das Comunidades Terapêuticas financiadas com recursos públicos, os retrocessos aos princípios da luta antimanicomial e da RPB, os processos crescentes de privatização da saúde, bem como a deterioração das condições de trabalho e dos vínculos empregatícios no setor e para toda a população brasileira, configuram um cenário de intensa precarização. Todos esses processos representam um aprofundamento da lógica capitalista neoliberal, cujos efeitos atingem diretamente os serviços, os trabalhadores e, sobretudo, os próprios sujeitos em sofrimento psíquico. Não por acaso, observamos o aumento expressivo dos afastamentos por adoecimento mental nos diversos campos de trabalho como uma expressão direta das violências estruturais e da precarização que atravessam o cotidiano social. Viver e trabalhar em meio a esse contexto é, por si só, profundamente adoecedor – um sofrimento que se manifesta por múltiplas vias e que assume formas diversas.

Não nos propusemos aqui a apresentar respostas definitivas, até porque não acreditamos que elas existam de maneira simples ou única, tampouco temos a pretensão de esgotar o debate. No entanto, compreendemos que, se há caminhos possíveis, eles certamente passam pela construção coletiva, pela resistência organizada e pela luta contínua por direitos e dignidade para todas as pessoas.

Considerações finais

No sentido de contribuir para o debate e análise da política de saúde mental, o modelo de atenção psicossocial e a interseccionalidade para os saberes e práticas psis, mas, particularmente, para as tensões e disputas no campo mesmo da saúde mental e atenção psicossocial, ampliando olhares e sentidos, tomando a subjetividade e a presença concreta e subjetiva de corpos, desejos, raças, gêneros, sexualidades, territórios é que esse coletivo de autoras e autores se propôs, a convite, de produzir um artigo-intervenção.

Este artigo-intervenção foi elaborado por uma coletividade em autoria, com o propósito de contribuir para o debate e a análise crítica da política de saúde mental no Brasil, do modelo de atenção psicossocial e da interseccionalidade como dimensões fundamentais para os saberes e práticas psi. Particularmente, buscamos evidenciar as tensões e disputas que se situam no campo da saúde mental e da atenção psicossocial,

ampliando olhares e sentidos, tomando a subjetividade e a presença concreta de corpos, desejos, raças, gêneros, sexualidades, territórios como cerne da análise e do seu horizonte de ação.

Assim, a temática do cuidado, tal como abordada neste artigo-implicação, parte das experiências, produções e escrevivências singulares e coletivas das autoras e dos autores envolvidos e de suas redes e contextos de atuação. Nosso posicionamento se pauta na ruptura com as lógicas manicomiais, disciplinares e engessadas que ainda afetam tanto os usuários e usuárias da Rede de Atenção Psicossocial quanto as trabalhadoras e trabalhadores da saúde mental – incluindo, também, os sujeitos que ocupam funções de gestão. Dessa forma, registram-se e afirmam-se, sob o signo da multiplicidade, práticas que apostem na invenção de novos modos de operar com os sujeitos no cotidiano, deslocando a formalidade para o movimento, a subalternidade para a potência e a hierarquia para a agência coletiva na produção de múltiplas formas de vida.

A construção histórica desse campo da saúde mental e da atenção psicossocial, tomando como referência a trajetória da RPB, desde sua gênese até os dias atuais, já soma quase cinco décadas de luta por uma sociedade sem manicômios. Partiu-se das denúncias às propostas, das invenções de serviços diversos aos rearranjos das estruturas e modelos assistenciais. Como nos diziam os poetas, Milton Nascimento, Márcio Borges e Fernando Brant (1978), “se muito vale o já feito. Mais vale o que será” (1978).

É importante ressaltar que a analítica da interseccionalidade, para se pensar o campo da saúde mental e das políticas sobre drogas, da atenção psicossocial, das políticas e serviços públicos, e dos sujeitos, não é novidade. Portanto, cabe-nos enfatizar e reconhecer que o processo social de sofrimento, por um lado, e a própria organização social dos serviços e das políticas, por outro, são atravessados e constituídos por processos históricos de subjetivação – como o racismo, o sexismo e a LGBTIfobia. Desse modo, cabe-nos reconhecer que esses marcadores sociais estão diretamente implicados nas formas como o sofrimento é produzido, vivido e cuidado. Tais processos são ainda mais tensionados no contexto contemporâneo, marcado pelo avanço do neoliberalismo como modo de produção capitalista, de sociabilidade e de vida.

A luta antimanicomial, em seu emblemático documento histórico, a Carta de Bauru (1987), já nos convocava para essa articulação das lutas contra as

opressões. As lutas são interseccionais, portanto, desde sua concepção, afirmando-se que o fim dos manicômios, mentais ou físicos, passa também pela erradicação do racismo, do sexismo, da LGBTIfobia

e e de todas as formas de violência estrutural. Esse é, para nós, um novo projeto de sociedade. Nisso acreditamos e apostamos, porque é possível um novo modo de (r)existência.

Referências

- Anzaldúa, G. (2009). Como domar uma língua selvagem. *Cadernos de Letras da UFF*, 39(1), 305-318.
- Bagagli, B. P. (2016). A diferença trans no gênero para além da patologização. *Revista Periódicus*, 1(5), 87-100. <https://doi.org/10.9771/peri.v1i5.17178>
- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada*. Graal.
- Bento, C. (2022). *Pacto da branquitude*. Companhia das Letras.
- Butler, J. (2017). *A vida psíquica do poder: Teorias da sujeição*. (R. Betooni, Trad.). Autêntica.
- Candioto, A. (2025, 2 de abril). Afastamento do trabalho por transtornos mentais cresce 68% no Brasil. *Jornal da USP*. <https://jornal.usp.br/campus-ribeirao-preto/afastamento-do-trabalho-por-transtornos-mentais-cresce-68-no-brasil/>.
- Carneiro, A. S. (2005). *A construção do outro como não-ser como fundamento do ser* [Tese de doutorado, Universidade de São Paulo].
- Collins, P. H. (2022). *Bem mais que ideias: A interseccionalidade como teoria social crítica*. Boitempo.
- Congresso Nacional dos Trabalhadores da Saúde Mental. (1987). *Carta de Bauru*.
- Conselho Federal de Psicologia. (2018). *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*.
- Costa-Rosa, A. (2013). *Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: Contribuição à uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva*. Editora Unesp.
- Crenshaw, K. (2002). Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. (L. Schneid, Trad.). *Revista Estudos Feministas*, 10(1), 171-188.
- Duarte, M. J. O. (2004). Por uma cartografia do cuidado em saúde mental: repensando a micropolítica do processo de trabalho do cuidar em instituições. In M. I. S. Bravo & A. M. Vasconcelos (Orgs.), *Saúde e serviço social*. (pp. 150-164). Cortez.
- Favero, S. (2020). Por uma ética pajubariana: a potência epistemológica das travestis intelectuais. *Equatorial – Revista do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social*, 7(12), 1-22. <https://doi.org/10.21680/2446-5674.2020v7n12ID18520>
- Ferreira, A. A. L. (2005). O múltiplo surgimento da psicologia. In A. M. Jacó-Vilela, A. A. L. Ferreira, & F. T. Portugal (Eds.), *História da psicologia: Rumos e percursos* (pp. 13-46). Nau.
- Foucault, M. (1976). *História da sexualidade: A vontade de saber (Vol. 1)*. Graal.
- Foucault, M. (1978). *A história da loucura na idade clássica*. Perspectiva.
- Foucault, M. (1995). O sujeito e o poder. In H. L. Dreyfus & P. Rabinow, *Michel Foucault, uma trajetória filosófica* (pp. 231-239). Forense Universitária.
- Foucault, M. (2004). *Ditos e escritos: Ética, sexualidade, política (Vol. 5, M. B. Motta, Org.)*. Forense Universitária.
- Foucault, M. (2005). *Em defesa da sociedade*. Martins Fontes.
- Foucault, M. (2006). *O poder psiquiátrico*. Martins Fontes.
- Garcia, A. (2024, 20 de setembro). Menor taxa de desemprego da história ainda 'esconde' números ruins. *Uol*. <https://economia.uol.com.br/noticias/redacao/2024/09/20/menor-taxa-de-desemprego-da-historia-ainda-esconde-numeros-ruins.htm?cmpid=copiaecola>


- Gonçalves Jr., S. W. Y. P., Oliveira, M. R. G., & Benevides, B. (2020). Manifestações textuais (insubmissas) travesti. *Revista Estudos Feministas*, 28(3). <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n75614>
- Gonzalez, L. (2020). *Por um feminismo afro-latino-americano*. Zahar.
- Haraway, D. (2009). Saberes localizados: A questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, 5, 7-41.
- Inclusão de fatores de risco psicossociais no GRO começa em caráter educativo a partir de maio (2025, 24 de abril). gov. <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/noticias-e-conteudo/2025/abril/inclusao-de-fatores-de-risco-psicossociais-no-gro-comeca-em-carater-educativo-a-partir-de-maio#:~:text=A%20partir%20de%2026%20de,Portaria%20MTE%20n%C2%BA%201.419/2024>
- Jesus, J. G. (2014). Interloquções teóricas do pensamento transfeminista. In: J. G. Jesus, *Transfeminismo: Teorias e práticas* (pp. 17-32). Metanoia.
- Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962. (1962, 27 de agosto). Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamentação a profissão de psicólogo. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/14119.htm
- Lei nº 5.766, de 20 de setembro de 1971. (1971, 20 de setembro). Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Psicologia e dá outras providências. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/15766.htm
- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. (2001, 6 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. (2006, 23 de agosto). Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm
- Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. (2019, 5 de junho). Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113840.htm
- Lima, F., Oliveira, L. R., & Santos, A. O. (2023). A sociogenia fanoniana e a formação em psicologia: Uma aposta clínica política e negra. *Psicologia & Sociedade*, 35, e277053.
- Massimi, M. (2005). O processo de institucionalização do saber psicológico no Brasil do século XIX. In A. M. Jacó-Vilela, A. A. L. Ferreira, & F. T. Portugal (Eds.). *História da psicologia: Rumos e percursos* (pp. 75-83). Nau.
- Merhy, E. E., & Onocko, R. (Orgs.). (1997). *Agir em saúde: Um desafio para o público*. Hucitec.
- Morais, A., Silva, B., & Souza, C. (2018). Organizações sociais da saúde: Uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(1), e00194916.
- Nascimento, M. S. C.; Borges, M. H. F. & Brant, F. (1978). O que foi feito de (Vera), *Clube da Esquina* n. 2, [LP]. EMI Odeon.
- Nogueira, C. (2017). *Interseccionalidade e psicologia feminista*. Devires.
- Passos, R. G. (Org.). (2024). *Saúde mental, atenção psicossocial e interseccionalidade: Formação e prática antirracistas e decoloniais*. Hucitec.
- Passos, R. G. Silva, M., & Souza, T. (2023). Comunidades terapêuticas, drogas e a disputa do fundo público. *Argumentum*, 15(3), 126-140.
- Pfeil, B. L. & Pfeil, C. L. (2022). A cisgeneridade em negação: Apresentando o conceito de ofensa da nomeação. *Revista de Estudos em Educação e Diversidade*, 3(9), 1-24. <https://doi.org/10.22481/reed.v3i9.11170>

- Portaria GM/MS 336, de 19 de fevereiro de 2002.* (2022, 19 de fevereiro). Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
- Portaria GM/MS nº 344, de 1º de fevereiro de 2017.* (2017, 1º de fevereiro). Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html
- Portaria GM/MS nº 2.198, de 6 de dezembro de 2023.* (2023, 6 de dezembro). Institui a Estratégia Antirracista para a Saúde no âmbito do Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt2198_07_12_2023.html
- Resolução CFP nº 010/05.* (2005, 21 de julho). Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Conselho Federal de Medicina. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2005/07/resolucao2005_10.pdf
- Scott, J. (1995). Gênero: Uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, 20(2), 71-99.
- Silveira, R. S., & Nardi, H. C. (2014). Interseccionalidade gênero, raça e etnia e a Lei Maria da Penha. *Psicologia & Sociedade*, 26(spe.), 14-24.
- Sistema Único de Saúde comemora 34 anos de democracia e cidadania. (2024, 19 de setembro). *Agência Gov.* <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202409/sistema-unico-de-saude-comemora-34-anos-de-democracia-e-cidadania>
- Souza, N. S. (2021). *Tornar-se negro: Ou as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social.* Zahar.
- Spivak, G. C. (2010). *Pode o subalterno falar?* Ed. UFMG.
- Veiga, L. M. (2019). Descolonizando a psicologia: Notas para uma psicologia preta. *Fractal: Revista de Psicologia*, 31(spe), 244-248.
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira.* Editora Fiocruz.

Marco José de Oliveira Duarte

Pós-Doutor em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e pelo ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa (IUL), Docente da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora – MG, Brasil.


E-mail: marco.duarte@ufff.br

 <https://orcid.org/0000-0002-6395-1941>

Brune Coelho Brandão

Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Docente da Sudamérica e da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), Juiz de Fora – MG, Brasil.


E-mail: brunecbrandao@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-9533-7690>

Rachel Gouveia Passos

Pós-Doutora em Direito pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), Docente da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro – RJ, Brasil.


E-mail: rachel.gouveia@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-2267-0200>

Lucas Moura Santos Silva

Bacharel em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Mestrando em Política Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói – RJ, Brasil.


E-mail: lu_moura@id.uff.br

 <https://orcid.org/0009-0008-4504-5735>

Maria Carolina Fonseca Barbosa Roseiro

Doutora em Educação pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Assessora Técnica Territorial na Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD)/Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, Brasília – DF, Brasil.

E-mail: carolinafbroseiro@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-6817-2296>

Endereço para envio de correspondência:

Rua José Lourenço, 710, Bloco 3, Apto 408, Condomínio Jardim Soberano, Bairro São Pedro. CEP: 36036-230. Juiz de Fora – MG, Brasil.

Recebido 02/07/2025

Aceito 02/07/2025

Received 07/02/2025

Approved 07/02/2025

Recibido 02/07/2025

Aceptado 02/07/2025

Como citar: Duarte, M. J. O., Brandão, B. C., Passos, R. G., Moura, L., & Roseiro, M. C. F. B. (2025). Saúde Mental, Atenção Psicossocial e Interseccionalidade: Contribuições Ético-políticas à Psicologia Brasileira. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 45 (n.spe2), 1-17. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003298443>

How to cite: Duarte, M. J. O., Brandão, B. C., Passos, R. G., Moura, L., & Roseiro, M. C. F. B. (2025). Mental Health, Psychosocial Care, and Intersectionality: Ethical-political Contributions to Brazilian Psychology. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 45 (n.spe2), 1-17. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003298443>

Cómo citar: Duarte, M. J. O., Brandão, B. C., Passos, R. G., Moura, L., & Roseiro, M. C. F. B. (2025). Salud Mental, Atención Psicosocial e Interseccionalidad: Contribuciones Ético-políticas a la Psicología Brasileña. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 45 (n.spe2), 1-17. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003298443>