UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS EM SAÚDE MENTAL DE COMUNIDADES DO CAMPO E DAS ÁGUAS NORDESTINAS À LUZ DA DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS DA UNESCO

Viviane Xavier de Lima e Silva

Caruaru
2026

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS EM SAÚDE MENTAL DE COMUNIDADES DO CAMPO E DAS ÁGUAS NORDESTINAS À LUZ DA DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS DA UNESCO

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Bioética da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de doutor

Aluna: Viviane Xavier de Lima e Silva

Orientadora: Profa. Marianna Assunção de Figueiredo Holanda

Caruaru
2026

Página destinada à ficha catalográfica

Viviane Xavier de Lima e Silva

ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS EM SAÚDE MENTAL DE COMUNIDADES DO CAMPO E DAS ÁGUAS NORDESTINAS À LUZ DA DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS DA UNESCO

Tese apresentada ao Programa de
Pós-graduação em Bioética da Universidade
de Brasília como requisito parcial para a
obtenção do título de doutor

Aprovado em: 26/02/2026

BANCA EXAMINADORA

_____

Profa. Dra. Marianna Assunção Figueiredo Holanda (Orientadora)
Universidade de Brasília

_____

Profa. Dra. Patrícia de Sousa Rezende Anderle
Universidade de Brasília

_____

Profa. Dra. Magda Moura de Almeida
Universidade Federal do Ceará

_____

Prof. Dr. Saulo Ferreira Feitosa
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho à população do campo,
da floresta e das águas,
que, apesar de todas as dificuldades,
segue esperançando.

AGRADECIMENTOS

Aos professores Saulo Feitosa e Volnei Garrafa, que tiveram a ousadia de acreditar que o semiárido pernambucano seria capaz de produzir bioeticistas.

Aos docentes do programa, por compartilharem seu conhecimento de forma tão brilhante e parceira. Vocês são exemplos de bioeticistas, de docentes e de seres humanos.

De maneira especial, à minha orientadora, professora Marianna Holanda, cujo afeto e paciência foram determinantes para a conclusão deste trabalho.

Aos colegas de turma, por serem esteio no mar de dificuldades que enfrentamos. Eu sou porque nós somos.

Aos gestores e técnicos da Universidade de Brasília e da Universidade Federal de Pernambuco, que tornaram possível a concretização deste programa.

Ao professor Breno Augusto Souto Maior Fontes, por me ensinar a fazer pesquisa qualitativa, me despertar o interesse pela saúde mental em territórios não urbanos e por permitir o uso dos dados que baseiam esta tese.

À equipe da Unidade de Saúde da Família Alto do Moura, mais que amigos, que me apoiou no que pôde, em meio ao caos cotidiano.

Aos meus vizinhos da comunidade Alto do Moura, os primeiros a me abrirem a visão para as populações do campo, da floresta e das águas.

À minha psicóloga, Rozana Bastos, por me ajudar a expandir meu olhar cansado e aflito e encontrar os caminhos de superação.

Aos demais membros da equipe que cuida de mim, meu médico Carlos Leonel, meu fisioterapeuta Matteus Vasconcelos e minha educadora física Natália Santana, por me proporcionarem um cuidado com olhar ampliado, mostrando que é possível fazer melhor.

Aos meus pais, a quem devo a vida e tudo o que sou.

Ao meu irmão, que sempre acreditou na minha capacidade.

E de forma excepcional, ao meu marido e meus filhos, meus grandes companheiros de jornada tempestuosa, que compreenderam todos os desafios que enfrentei e não mediram esforços para me apoiar. É por vocês!

Lamento sertanejo

Por ser de lá do sertão
Lá do cerrado
Lá do interior do mato
Da caatinga, do roçado
Eu quase não saio
Eu quase não tenho amigo
Eu quase que não consigo
Ficar na cidade sem viver contrariado

Por ser de lá
Na certa, por isso mesmo
Não gosto de cama mole
Não sei comer sem torresmo
Eu quase não falo
Eu quase não sei de nada
Sou como rês desgarrada
Nessa multidão boiada caminhando a esmo

Dominguinhos e Gilberto Gil

RESUMO

Este trabalho analisa os itinerários terapêuticos em saúde mental de membros de comunidades camponesas e pescadoras artesanais no Nordeste do Brasil, sob a perspectiva da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) da UNESCO. Objetiva caracterizar estes itinerários nos subsistemas popular, *folk* e profissional, discuti-los bioeticamente com base nos artigos da DUBDH e avaliar eticamente as estratégias de cuidado oferecidas pelos serviços de saúde. Inicialmente, busca caracterizar as fragilidades e potencialidades das populações rurais, identificar seu perfil epidemiológico peculiar, determinado pelo seu modo de vida, e descrever como recebem seus cuidados em saúde, incluindo os de saúde mental. Tem como base teórica a determinação social do adoecimento psíquico nessas populações, caracterizando as iniquidades como uma situação de injustiça. Mas também discute o princípio da justiça em bioética, a partir dos conceitos de equidade e empoderamento, correlacionando-os à idéia de responsabilidade social na saúde do 14o artigo da DUBDH. Procura ainda traçar um paralelo entre as práticas de cuidado e saúde mental no Brasil e os princípios bioéticos e os direitos humanos, como o respeito à autonomia e o consentimento. A análise dos itinerários terapêuticos em saúde mental destas comunidades, captados através de pesquisa empírica em dois territórios rurais nordestinos, evidencia causas coletivas do adoecimento psíquico mas um cuidado focado na doença, no profissional médico e no medicamento, perpetuando as iniquidades e ferindo princípios bioéticos como dignidade humana, justiça e responsabilidade social. É apontada a necessidade de políticas públicas e atuações profissionais mais adequadas às necessidades destas populações, combatendo as iniquidades e visando a justiça social.

Palavras-chave: Bioética, Saúde Mental, Saúde da População Rural

ABSTRACT

This work analyzes the therapeutic itineraries in mental health of members of peasant and artisanal fishing communities in Northeast Brazil, from the perspective of the UNESCO Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. It aims to characterize these itineraries within the popular, folk, and professional subsystems, discuss them bioethically based on the articles of the Declaration, and ethically evaluate the care strategies offered by health services. Initially, it seeks to characterize the fragilities and potentialities of rural populations, identify their peculiar epidemiological profile, determined by their way of life, and describe how they receive their health care, including mental health care. Its theoretical basis is the social determination of psychic suffering in these populations, characterizing inequities as a situation of injustice. It also discusses the principle of justice in bioethics, based on the concepts of equity and empowerment, correlating them with the declaration's 14th article idea of social responsibility in health. Furthermore, it seeks to draw a parallel between mental health care practices in Brazil and bioethical principles and human rights, such as respect for autonomy and consent. The analysis of the mental health therapeutic itineraries of these communities, captured through empirical research in two rural territories in the Northeast, highlights collective causes of psychic suffering but care focused on the disease, the medical professional, and medication, thereby perpetuating inequities and violating bioethical principles such as human dignity, justice, and social responsibility. It points out the need for public policies and professional actions that are more adequate to the needs of these populations, combating inequities and aiming for social justice.

Keywords: Bioethics, Mental Health, Rural Health

RESUMEN

Este trabajo analiza las trayectorias terapéuticas en salud mental de miembros de comunidades campesinas y pesqueras artesanales del noreste de Brasil, desde la perspectiva de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos (DUDB) de la UNESCO. Su objetivo es caracterizar estas trayectorias en los subsistemas popular, folclórico y profesional, analizarlas bioéticamente con base en los artículos de la DUDB y evaluar éticamente las estrategias de atención ofrecidas por los servicios de salud. Inicialmente, busca caracterizar las fragilidades y potencialidades de las poblaciones rurales, identificar su perfil epidemiológico particular, determinado por su modo de vida, y describir cómo reciben atención sanitaria, incluyendo la atención en salud mental. Su base teórica es la determinación social de la enfermedad mental en estas poblaciones, caracterizando las inequidades como una situación de injusticia. Asimismo, analiza el principio de justicia en bioética, basado en los conceptos de equidad y empoderamiento, correlacionándolos con la idea de responsabilidad social en salud del artículo 14 de la DUDB. Este estudio también busca establecer un paralelismo entre las prácticas de atención de la salud mental en Brasil y los principios bioéticos y los derechos humanos, como el respeto a la autonomía y el consentimiento. El análisis de las vías terapéuticas de salud mental en estas comunidades, obtenido mediante investigación empírica en dos territorios rurales del noreste de Brasil, revela causas colectivas de la enfermedad mental, pero un enfoque centrado en la enfermedad, los profesionales médicos y la medicación, lo que perpetúa las desigualdades y viola principios bioéticos como la dignidad humana, la justicia y la responsabilidad social. Se destaca la necesidad de políticas públicas y prácticas profesionales más adecuadas a las necesidades de estas poblaciones, con el objetivo de combatir las desigualdades y promover la justicia social.

Palabras-clave: Bioética, Salud mental, Salud de la población rural

LISTA DE FIGURAS

Imagem 1 - Foz do Rio Real, Jandaíra, Bahia……21
Imagem 2 - Floresta amazônica, Manaus, Amazonas……..……25
Imagem 3 - Pescadores na praia de Tabuba, Barra de Santo Antônio, Alagoas……..29
Imagem 4 - Consulta domiciliar, Bebedouro, Petrolina, Pernambuco..……..34
Imagem 5 - Quinta das Margaridas, Paudalho, Pernambuco……..37
Imagem 6 - Sítio São Bento, Caruaru, Pernambuco……..……40
Imagem 7 - Ecovila Vraja Dhama, Altinho - Pernambuco…….44
Imagem 8 - Pescadores na praia de Sibaúma, Tibau do Sul, Rio Grande do Norte…47
Imagem 9 - Rio São Francisco, Belém do São Francisco, Pernambuco ….……..53
Imagem 10 - Fazenda de pecuária bovina em Alto Bonito, Bonito, Pernambuco…....60
Imagem 11 - Igarapé na Ilha do Combu, Belém, Pará……..64
Imagem 12 - Marisqueira em Mangue Seco, Igarassu, Pernambuco…….67
Imagem 13 - Praia fluvial Dunas do Velho Chico, Casa Nova, Bahia……....72
Imagem 14 - Floresta amazônica, Presidente Figueiredo, Amazonas……78
Imagem 15 - Pescadores em Praia Redonda, Icapuí, Ceará……...81
Imagem 16 - Sítio Queimada do Pereira, Agrestina, Pernambuco……..……...87
Imagem 17 - Grupo de carimbó Ecomarajoara, Soure, Ilha do Marajó, Pará……91
Imagem 18 - Sítio Serra Velha, Caruaru, Pernambuco…….94
Imagem 19 - Quilombo dos Palmares, União dos Palmares, Alagoas…….104
Imagem 20 - Arte indígena da etnia Atikum, Salgueiro, Pernambuco……..…110
Imagem 21 - Pico do Cabugi, Angicos, Rio Grande do Norte……112
Imagem 22 - São João, Malhada de Barreiras Queimadas, Caruaru, Pernambuco..120
Imagem 23 - Colheita do quiabo, Sítio Pau Santo, Caruaru, Pernambuco……..……127
Figura 1 - Representação gráfica dos itinerários terapêuticos……...129
Imagem 24 - Atividade grupal de terapia ocupacional “O que cuida de você?”.....133
Imagem 25 - Crianças no maceió de Tabatinga, Conde, Paraíba…….136
Imagem 26 - Embarcações pesqueiras e turísticas, São Miguel dos Milagres, Alagoas……141

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Comparativo de indicadores estruturais urbano-rurais……..…….23
Tabela 2 - Comparativo de indicadores educacionais urbano-rurais……..23
Tabela 3 - Comparativo de rendas urbano-rurais……..…….24
Tabela 4 - Prevalência de transtornos mentais comuns ao longo da vida……..…..32
Tabela 5 - Acesso a ações de saúde urbano versus rural……....33
Tabela 6 - Serviços componentes da Rede de Atenção Psicossocial……....75
Tabela 7 - Caracterização dos municípios onde residem os entrevistados……84
Tabela 8 - Caracterização da RAPS dos municípios onde residem os entrevistados..85
Tabela 9 - Características sócio-demográficas dos respondentes……..88
Tabela 10 - Definições de alguns transtornos mentais comuns segundo a CID-10...102
Tabela 11 - Definições de alguns transtornos mentais graves segundo a CID-10….107

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UFPE - Universidade Federal de Pernambuco
SUS - Sistema Único de Saúde
ESF - Estratégia Saúde da Família
UPE - Universidade de Pernambuco
DUBDH - Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos
UNESCO - *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ONU - Organização das Nações Unidas
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSIPCFA - Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas
DCNT - Doenças crônicas não-transmissíveis
TMC - Transtornos mentais comuns
CID - Classificação internacional de doenças
DSM - Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais
OMS - Organização Mundial da Saúde
APS - Atenção Primária à Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde
PNS - Pesquisa Nacional de Saúde
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
USF - Unidade de Saúde da Família
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
PTS - Projeto Terapêutico Singular

SUMÁRIO

PREÂMBULO **14**
APRESENTAÇÃO **17**
1. A SAÚDE MENTAL EM TERRITÓRIOS RURAIS **21**
1.1 Características dos territórios rurais 21
1.2. Saúde das populações do campo, da floresta e das águas 28
1.3. Atenção à saúde das populações do campo, da floresta e das águas 33
1.4. Cuidado em saúde mental em territórios rurais 36
2. BIOÉTICA E DESIGUALDADE EM SAÚDE MENTAL **42**
2.1. Determinação social do adoecimento mental em territórios rurais 42
2.2. Bioética, justiça e direitos humanos 51
2.3. Saúde mental, bioética e direitos humanos 61
3. SAÚDE MENTAL EM TERRITÓRIOS RURAIS NORDESTINOS **79**
3.1. Método de pesquisa 79
3.2. Características dos territórios estudados 82
3.3. Características das pessoas entrevistadas 87
3.4. A chegada do adoecimento 95
3.4.1. Antes dos sintomas 95
3.4.2. O início do adoecimento 97
3.4.3. A caracterização do transtorno 100
3.5. Transtorno mental e estigma 105
3.6. Itinerários terapêuticos das pessoas entrevistadas 113
3.6.1. A busca de cuidados 113
3.6.2. O acompanhamento do transtorno psíquico 121
3.7. Pensando novas possibilidades 130
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS **138**
REFERÊNCIAS **141**
ANEXO 1 - Roteiro de Entrevista Usuários das Unidades de Saúde da Família **174**
ANEXO 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido **176**
ANEXO 3 - Parecer consubstanciado Comitê de Ética em Pesquisa **178**

PREÂMBULO

Já agradecendo à pessoa que me lê o interesse pelo meu texto, gostaria de me apresentar, para situar de onde partem minhas observações. Nasci em Recife há 49 anos, tendo sido criada na sua região metropolitana, na área costeira do município de Jaboatão dos Guararapes, dividindo o espaço com a colônia de pescadores e a especulação imobiliária crescente. Originária de uma família de classe média, sempre tive minhas necessidades fundamentais atendidas: casa própria, estabilidade financeira, alimentação adequada, acesso à saúde, educação, pais escolarizados, família bem estruturada. Ainda assim, não deixei de receber formação crítica em casa, meu primeiro referencial de consciência de classe e luta contra as injustiças.

Cursei medicina na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), no campus Recife. Estou formada há 26 anos, trabalhando neste tempo quase que exclusivamente no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Há 24 anos, iniciei minha atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF), trabalhando em Recife e região metropolitana por 12 anos, sempre em áreas urbanas. Tive muita dificuldade na minha atuação inicialmente, pois minha formação foi bastante hospitalocêntrica e focada na doença. Para não dizer que não tive nenhum contato com a ESF, ao longo dos seis anos de formação, fizemos apenas uma visita técnica a uma unidade de saúde, sem ver efetivamente a atuação da médica na ocasião.

Decidi buscar formação na área e entrei nas vagas remanescentes da especialização em Saúde da Família do Programa de Interiorização dos Trabalhadores em Saúde. Tive a oportunidade de entender melhor o contexto da Saúde Coletiva brasileira e o lugar da ESF na reforma sanitária. Na ocasião, fui bastante estimulada pelo meu orientador da monografia, a quem sou muito agradecida por isso, a seguir estudando e, quem sabe, seguir a carreira acadêmica. Continuei minha atuação e me tornei preceptora, recebendo estudantes do curso de medicina da Universidade de Pernambuco (UPE) inicialmente e da UFPE posteriormente, o que me despertou o interesse pela docência.

Seguindo os conselhos do meu primeiro orientador, fiz mestrado em Saúde Coletiva na UFPE, tendo defendido minha dissertação em 2008. Além de ter me aproximado definitivamente da docência e da pesquisa, o mestrado me trouxe o início

da minha família, pois foi através dele que conheci meu marido. Casamos e tivemos dois filhos, hoje um rapaz de 17 anos e uma moça de 13 anos.

Logo após a conclusão do mestrado, me tornei preceptora da residência em Medicina de Família e Comunidade. Numa perspectiva muito freireana, de que educador e educando se educam mutuamente, foi aí que efetivamente me tornei médica de família e comunidade. Passei a frequentar atividades teóricas, congressos, cursos, enfim, encontrei os modelos de clínica focada na pessoa e socialmente referenciada que eu procurava há tantos anos.

Há 12 anos, voltei à UFPE, agora como docente do curso de medicina no campus Caruaru. Foi uma mudança de grande impacto na minha vida e da minha família, pois deixamos a capital e viemos viver no agreste. Em paralelo aos inúmeros desafios profissionais de montar um curso médico da estaca zero, enfrentamos a peleja de nos adaptar e adaptar duas crianças pequenas a uma nova casa, nova escola, nova cidade. Não sem esforço, mas sobrevivemos. Hoje, meus filhos se consideram caruaruenses e o nosso curso de medicina está na iminência de formar sua sétima turma.

Por conta da mudança de cidade, passei a atuar como médica numa realidade totalmente nova para mim: o território rural. Percebi várias diferenças no modo de vida, de adoecimento e de busca pela saúde dos meus pacientes em relação às pessoas das áreas urbanas. Mais uma vez, busquei estudar para sanar minha lacuna de conhecimento e me aproximei do grupo de trabalho em medicina rural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Pude conhecer médicas e médicos rurais experientes, hoje minhas referências bibliográficas, e aprendi muito com eles. Atualmente, coordeno o internato rural do curso de medicina da UFPE Caruaru e o programa de residência em Medicina de Família e Comunidade, no qual recebemos pioneiramente no país a primeira turma do terceiro ano opcional em Saúde das populações do campo, da floresta e das águas.

Mas além do aprendizado profissional, descobri uma identificação pessoal com os territórios rurais e suas populações. Mesmo morando e atuando como médica numa área de transição rural-urbana, numa comunidade tradicional de artesãos em barro, identifico nos meus pacientes / vizinhos os modos de vida que tenho estudado. E mais ainda, me sinto parte deles, com a sensação de que estou criando meus filhos

junto ao povo ao qual pertenço, mesmo que não por nascimento. Então, esta aproximação teórica se tornou uma redescoberta.

Lamentavelmente, minha identificação com meu objeto de pesquisa também acontece com os transtornos mentais comuns. Apresento episódios recorrentes de sintomas vinculados ao humor, com períodos mais tranquilos e outros mais desafiadores. Reconheço que meu lugar social me protege de fatores de adoecimento, mas compreendo as dinâmicas sexistas, etaristas, racistas e capitalistas que participam da determinação social dos meus episódios de sofrimento. Todavia, tenho condições de comprar o acesso a estratégias variadas de cuidado, o que me permite me manter funcional e, na maior parte do tempo, feliz.

O que busco para mim, para os meus pacientes / vizinhos e para toda a população que vive fora de áreas urbanas são formas de cuidar de nossa saúde mental que sejam coletivas, que atuem na determinação do nosso adoecimento e que sejam acessíveis a todas as pessoas que delas necessitem, enquanto políticas públicas de garantia de direitos. E também que o cuidado em saúde mental que recebamos seja adequado às nossas particulares visões de mundo. O meu desejo é que este trabalho colabore para a efetivação desse intuito.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho tem como objetivo geral analisar itinerários terapêuticos em saúde mental de membros de comunidades camponesas e de pescadores artesanais, residentes em territórios rurais do Nordeste do Brasil, à luz da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO. Para tanto, foram desenvolvidos três objetivos específicos. O primeiro foi caracterizar estes itinerários terapêuticos, dentro dos subsistemas popular, folk e profissional. O segundo foi discutí-los bioeticamente pelos artigos da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO. Por fim, o terceiro visou discutir eticamente as estratégias de cuidado ofertadas a estas populações pelos serviços de saúde, identificadas nos itinerários terapêuticos.

Para isto, o primeiro capítulo apresenta a questão da saúde mental das populações do campo, da floresta e das águas. O ponto de partida foi a tentativa de caracterização dos territórios rurais, não obstante a não uniformidade da literatura concernente. Buscou-se descrever suas fragilidades, através de indicadores que evidenciam a defasagem urbano-rural, e suas potencialidades, refutando a idéia hegemônica de que os territórios rurais são sinônimo de atraso. Neste sentido, foi importante caracterizar as pessoas que vivem nestes territórios: as populações do campo, da floresta e das águas. Para tal, foram descritos indicadores de qualidade de vida e saúde disponíveis no Brasil que comparam pessoas residentes em territórios urbanos e rurais.

Na sequência, buscou-se identificar como o padrão de adoecimento da população brasileira, a tripla carga de agravos epidemiológicos, se manifesta nas populações do campo, da floresta e das águas. O texto aborda o fato de que esta coexistência das “doenças da modernidade” - as crônicas não transmissíveis - com as “doenças do atraso” - as infecciosas persistentes, emergentes e reemergentes - em adição às causas externas de morbimortalidade, tem contornos diferentes em territórios rurais. Este perfil epidemiológico peculiar é determinado pelo modo de vida de suas populações, que é distinto do das populações urbanas.

Dito isto, teve-se a intenção de descrever como se dá o acesso (ou a falta de) aos cuidados em saúde para as populações do campo, da floresta e das águas, no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Considerando que a Atenção

Primária à Saúde, majoritariamente através da Estratégia Saúde da Família, é a porta de entrada preferencial do sistema e é o único nível de atenção presente em territórios rurais, procurou-se identificar as particularidades e os desafios dos serviços de saúde destes territórios.

Defendendo a inserção dos cuidados em saúde mental aos cuidados básicos de saúde, este capítulo foi concluído tentando caracterizar como os serviços de Atenção Primária à Saúde realizam esta tarefa, com ênfase nas unidades de saúde de territórios rurais. Apresentando suas particularidades, em comparação ao cuidado prestado aos residentes das áreas urbanas, foram incluídos desafios específicos e algumas questões bioéticas envolvidas.

No segundo capítulo, foi buscada na literatura uma análise mais ampliada sobre as dinâmicas sociais que colaboram com o surgimento do sofrimento psíquico das populações do campo, da floresta e das águas e suas relações com a bioética. Inicialmente, são mencionados os conceitos de determinantes sociais da saúde e determinação social do adoecimento, fazendo a distinção entre simples variáveis que descrevem os fenômenos e os processos sócio-históricos que explicam os diferentes padrões de sofrimento nestas populações - como a lógica produtiva capitalista, a concentração fundiária, o sexismo, o racismo e o etarismo.

Na seção seguinte, foi abordado o princípio bioético da justiça e como as causas dos processos de determinação social do adoecimento psíquico são iniquidades que demonstram o não cumprimento deste princípio. Na busca da efetivação deste, o texto defende o conceito de equidade, pois num contexto de desigualdades, distribuir recursos igualmente a todos as perpetua. Mas também traz a importância das proposições bioéticas revelarem as forças que mantêm estas iniquidades, fazendo com que indivíduos e populações vulneradas possam se conscientizar do que os oprime e lançar esforços para a mudança do status quo, segundo as idéias de empoderamento de Amartya Sen e de libertação de Paulo Freire. Ainda neste trecho, busca-se a correlação entre o conceito de justiça em bioética e a responsabilidade social na saúde, expressa no artigo 14o da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, no que se refere às dificuldades de acesso aos cuidados em saúde.

Na terceira seção, buscou-se traçar um paralelo das práticas de cuidado em saúde mental no Brasil com o ideário da bioética e dos direitos humanos. Para tal,

o texto traz que os conceitos de saúde e doença, incluindo a mental, mudam de acordo com o momento sócio-histórico, o que define como aceitáveis práticas de cuidado também variáveis. Em relação à saúde mental, as práticas de cuidado se iniciaram com o isolamento dos portadores de transtornos mentais, justificado pela idéia de periculosidade destes indivíduos para a sociedade, o que ensejou várias violações de direitos humanos. Ao longo dos séculos, iniciativas foram sendo implementadas buscando dirimir essa questão, sendo a mais relevante a mudança do modelo manicomial para cuidados em serviços de saúde de base territorial, a partir da reforma psiquiátrica brasileira, numa aproximação dos princípios da bioética e dos direitos humanos, como respeito à autonomia das pessoas e necessidade de consentimento para a realização de práticas de cuidado. A seção se concluiu com alguns desafios observados para a concretização dessa mudança de paradigma.

Por fim, no terceiro capítulo, caracteriza-se a experiência de sofrimento psíquico em dois territórios rurais nordestinos, analisando os itinerários terapêuticos de alguns de seus membros à luz dos conceitos bioéticos trazidos. A partir das entrevistas realizadas na pesquisa, buscou-se evidenciar as questões coletivas que determinam o adoecimento psíquico destas populações, como a concentração fundiária, a expropriação da mão de obra pela lógica capitalista nos territórios rurais, o sexismo, o racismo e a insuficiência de políticas públicas que as compensem e combatam.

Ainda neste bloco, também foi analisado o tipo de resposta que é oferecida socialmente a estas pessoas em sofrimento psíquico, através de seus itinerários terapêuticos. Foi verificado que o cuidado focado na doença, no profissional médico e no medicamento, ao invés de centrado nas causas do problema, nas pessoas e comunidades, colabora com a perpetuação das situações de iniquidade, favorecendo as forças que se beneficiam delas e ferindo princípios bioéticos de dignidade humana, justiça, respeito à autonomia, respeito pela vulnerabilidade humana, não estigmatização e responsabilidade social. A guisa de conclusão, procurou-se apontar possibilidades de atuações mais ancoradas no ideário dos direitos humanos e adequadas a esta realidade, tanto por parte de profissionais de saúde, quanto de políticas públicas, visando a busca da justiça social.

Reconhecendo que o texto tem lacunas, que podem ser alvo de novas investigações, houve o desejo de contribuir para a construção de uma bioética de

olhar ampliado, coletivamente referenciada, que seja capaz de buscar a totalidade concreta nas análises dos conflitos éticos que lhe são apresentados, e de cuidados em saúde mental nos territórios rurais capazes de dar respostas mais efetivas ao sofrimento das pessoas e comunidades.

1. A SAÚDE MENTAL EM TERRITÓRIOS RURAIS

1.1 Características dos territórios rurais

O conceito de território vem sendo usado por vários campos do conhecimento como base para proposição de intervenções referentes às necessidades sociais de saúde das populações e aos problemas ambientais (MONKEN, 2024), com sentidos variados para o conceito. Sendo pensado por perspectivas administrativas, políticas, jurídicas, econômicas, culturais, por diversos autores, o construto extrapola a idéia de espaço geográfico, trazendo as relações de poder que nele se estabelecem (BORDO et al, 2012). A proposta de Milton Santos do conceito de “território usado”, enquanto “um todo complexo onde se tece uma trama de relações complementares e conflitantes” vem sendo utilizada como referência para a organização das redes de atenção à saúde do SUS (FARIA, BORTOLOZZI, 2016, p. 301).

Nesta perspectiva, a discussão sobre a definição do que vem a ser o território rural não é nova e parece estar longe de se chegar a um consenso. No Brasil, do ponto de vista político-administrativo, as áreas rurais são definidas como residuais: o que não é urbano, é considerado rural e esta divisão é realizada arbitrariamente pelos municípios. Mas este conceito vem sendo questionado por diversas publicações, que defendem que o território rural é polissêmico, bastante diverso e deve ser definido por suas próprias características (MARQUES, 2002; ANDO et al, 2011; BRASIL, 2017; PEREIRA, CASTRO, 2021).

Imagem 1 - Foz do Rio Real, Jandaíra, Bahia



Fonte: acervo pessoal

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) defende uma classificação que se utilize de critérios técnicos para dividir os municípios em urbanos ou rurais (BRASIL, 2017). Ainda assim, o censo de 2022 informa que 87% da população brasileira vive em áreas urbanas (BRASIL, 2024a). No entanto, Veiga (2004) afirma que, se utilizados procedimentos inspirados na contribuição do Serviço de Desenvolvimento Territorial da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), 80% dos municípios e 30% da população brasileira deveriam ser classificados como rurais.

Mesmo sem uma forma unificada de definir os territórios rurais, é preciso se atentar que quase metade da população mundial vive neles (ONU, 2022). No Brasil, são 12,6% das pessoas, algo em torno de 25 milhões de indivíduos, que vivem em áreas não urbanas. Na Região Nordeste, este percentual chega a 22,36% de seus habitantes (BRASIL, 2024a). Estes números sugerem um olhar diferenciado para esta população, que vive de forma distinta das pessoas residentes em áreas urbanas.

A defasagem urbano-rural, através de desvantagem no acesso a serviços básicos como eletricidade, água, saneamento, transportes, educação, saúde, entre outros, se manifesta de várias formas e é uma realidade global. Regiões e países diferentes apresentam tendências e momentos de mudança distintos para variados tipos de iniquidade rural-urbana, mas a tendência global é a de manutenção das desigualdades (EASTWOOD, LIPTON, 2000). Mesmo a migração para áreas urbanas, em busca de melhores condições de vida, pode manter estes grupos populacionais segregados, em detrimento à população urbana (ØSTBY, 2016).

No Brasil, vários indicadores confirmam esta tendência. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Contínua, 98,2% dos domicílios no país tem água encanada em pelo menos um cômodo, mas considerando domicílios em áreas urbanas versus rurais, os percentuais diferem bastante: 99,6% e 88,7%, respectivamente. Nas Regiões Norte e Nordeste, o percentual de domicílios rurais com água encanada não chega a 82%. A situação de destinação das águas servidas é ainda mais discrepante - 69,9% dos domicílios do país têm acesso a rede de esgoto, sendo 78% na área urbana e 9,6% na área rural. Na região Norte, apenas 2,5% e na região Nordeste apenas 9,6% dos domicílios rurais recebem o serviço (BRASIL, 2023a).

Em relação ao destino do lixo, a diferença também se mantém. São 92,6% dos domicílios do país atendidos pelo serviço de coleta de lixo, sendo 99,2% nas áreas urbanas e 44,3% nas áreas rurais. Para os domicílios rurais das regiões Norte e Nordeste, o serviço está disponível em apenas 18,5% e 38% respectivamente.

Tabela 1 - Comparativo de indicadores estruturais urbano-rurais

Indicador	Brasil urbano	Brasil rural	Região Nordeste rural	Região Norte rural
Água encanada em pelo menos um cômodo	99,6%	88,7%	<82%	<82%
Rede de esgoto	78%	9,6%	9,6%	2,5%
Coleta de lixo	99,2%	44,3%	38%	18,5%

Fonte: PNAD Contínua (BRASIL, 2023a)

Em relação ao acesso à educação, as diferenças entre a população urbana e a rural brasileiras vêm diminuindo ao longo das décadas, mas ainda há muito a ser feito. Comparando as Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2001 e 2015, a taxa de analfabetismo entre pessoas acima de 10 anos no Brasil caiu de 14,6% para 9%, sendo na área urbana de 13,3% para 7%. Na área rural, a queda foi percentualmente menor: era de 30% e chegou a 20%. Considerando o território rural da Região Nordeste, este índice se manteve em 27%, e é mais alto entre a população mais velha. A escolaridade média da população acima de 10 anos também demonstra esta discrepância, sendo de 8,26 anos para a área urbana e 5,28 anos para a área rural brasileiras. Se considerada apenas a população rural da Região Nordeste, a escolaridade média é de 4,72 anos (PEREIRA, CASTRO, 2021).

Tabela 2 - Comparativo de indicadores educacionais urbano-rurais

Indicador	Brasil urbano	Brasil rural	Região Nordeste rural
Analfabetismo em pessoas acima de 10 anos PNAD 2001	13,3%	30%	
Analfabetismo em pessoas acima de 10 anos PNAD 2015	7%	20%	27%
Escolaridade média de pessoas acima de 10 anos em anos	8,26	5,28	4,72

Fonte: PEREIRA, CASTRO, 2021

Disparidades educacionais podem ser tanto causa quanto consequência de disparidades na renda dos indivíduos. Ainda segundo dados da PNAD 2015, 23,7% da população acima de 15 anos de áreas urbanas sobrevive com até um salário mínimo, enquanto que nos territórios rurais brasileiros, este percentual sobe para 46,1%. Esta desvantagem é especialmente marcante para as mulheres das populações do campo, da floresta e das águas. Enquanto 41,6% dos homens rurais sobrevivem nesta faixa de baixa renda, entre elas são 51%, evidenciando a desigualdade de acesso à renda segundo o gênero (PEREIRA, CASTRO, 2021).

Tabela 3 - Comparativo de rendas urbano-rurais

População acima de 15 anos que sobrevive com até um salário mínimo	
Brasil urbano	23,7%
Brasil rural	46,1%
Homens rurais	41,6%
Mulheres rurais	51%

Fonte: PNAD, 2015

Apesar da população rural ser a grande produtora de alimentos no país, a insegurança alimentar ocorre mais frequentemente em territórios rurais do que nos urbanos. Ela está presente em 27,6% dos domicílios brasileiros, sendo em 26,7% dos urbanos e 34,5% dos rurais. Para os domicílios rurais das regiões Norte e Nordeste, ocorre em 47,1% e 43,4% respectivamente (BRASIL, 2023a).

Mesmo com os problemas aqui apresentados, os territórios rurais também guardam suas potencialidades e propostas de desenvolvimento pensadas para elas precisam considerar estas possibilidades. Além da produção agropecuária com finalidades alimentares, são as populações do campo que produzem todos os vegetais utilizados industrialmente, como as fibras têxteis, a biomassa com finalidade energética e os insumos para a alimentação animal (PEREZ, 2001; VEIGA, 2004).

Nestas regiões, também se encontram as unidades de conservação dos recursos naturais e ecossistemas, incluindo as reservas de água potável (PEREZ, 2001). Portanto, os territórios rurais colaboram com a preservação ambiental e ajudam a reduzir os desequilíbrios ecológicos provocados pela ação humana. Esta

característica é fundamental para a sobrevivência da biosfera, incluindo a espécie humana.

Imagem 2 - Floresta amazônica, Manaus, Amazonas



Fonte: acervo pessoal

As populações do campo, da floresta e das águas vivem mais próximas de paisagismo de qualidade, aberto e natural, o que favorece atividades de lazer ao ar livre, apesar de haver outros fatores que influenciam a efetiva realização destas práticas. Este fato tem o potencial de colaborar com a qualidade de vida desta população e também fomentar o turismo como uma interessante atividade econômica para estas regiões (PEREZ, 2001; WANDERLEY, 2001). Esta é uma demanda crescente de habitantes urbanos, nem sempre atendida nas regiões de maior concentração populacional.

Há autores que consideram o potencial energético dos espaços rurais como uma grande potencialidade, pela produção de energias renováveis, com menor impacto ambiental (PEREZ, 2001; VEIGA, 2004). Porém, a produção de energia eólica, fotovoltaica e hidroelétrica costuma impactar negativamente as populações que residem nestes territórios, gerando adoecimento e migrações indesejadas. O racismo ambiental provoca condições desiguais de acesso aos recursos ambientais,

notadamente nas populações marginalizadas historicamente, fazendo com que estas recebam os maiores impactos da degradação ambiental (SANTOS et al, 2025). Então esta potencialidade precisa ser vista com ressalvas, para que o discurso da preservação ambiental não seja utilizado como camuflagem para interesses econômicos nocivos a estas pessoas.

Considerando as questões relativas à saúde, comunidades que vivem nestes territórios rurais são caracterizadas como população do campo, da floresta e das águas e têm uma política de saúde especificamente destinada a elas. A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) as define como

> povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo, como: camponeses; agricultores familiares; trabalhadores rurais assalariados e temporários que residam ou não no campo; trabalhadores rurais assentados e acampados; comunidades de quilombos; populações que habitam ou usam reservas extrativistas; populações ribeirinhas; populações atingidas por barragens; outras comunidades tradicionais; dentre outros (BRASIL, 2014a), p.1).

Esta população detém um enorme patrimônio cultural, através dos saberes populares, a exemplo de medicinas tradicionais, tecnologias construtivas e de interação com os recursos naturais, que podem trazer várias respostas às questões do meio urbano. A etnobotânica e a etnofarmacologia, fundamentais para desenvolvimento de novos medicamentos, estão calcadas nos conhecimentos destas populações, notadamente indígenas, caiçaras e quilombolas (RODRIGUES, OTSUKA, 1990; REZENDE, RIBEIRO, 2005). Isto inclusive tem alimentado a discussão ética do compartilhamento de benefícios do desenvolvimento científico com as populações que o possibilitaram (REZENDE, RIBEIRO, 2005).

A mudança de concepção dos territórios rurais como geradores de problemas para a sociedade - miséria, isolamento, concepções equivocadas - para a visão destes como geradores de soluções é premente (WANDERLEY, 2001). As vantagens da ausência do desgaste urbano com poluição, tempo de transporte, insegurança, impessoalidade e sobretudo a falta de apoio social (VEIGA, 2004) precisam ser reconhecidas tanto pelos habitantes de áreas urbanas, quanto pelas próprias populações do campo, da floresta e das águas. Faz-se necessária uma mudança de concepções de toda a sociedade para a revalorização dos territórios

rurais, como uma alternativa de vida possível, aceitável e muitas vezes melhor do que a vida nas metrópoles (PEREZ, 2001).

1.2. Saúde das populações do campo, da floresta e das águas

A partir do apresentado, não é surpreendente que as questões da saúde da população do campo, da floresta e das águas também manifestem diferenças em relação às populações urbanas. Não obstante apresentar um perfil epidemiológico semelhante ao das populações das metrópoles, estas doenças e agravos à saúde adquirem contornos próprios, influenciados pelo modo de vida nos territórios rurais.

Considerando o processo de transição demográfica que a população mundial sofreu nos últimos séculos, houve como consequência o processo de transição epidemiológica, fazendo com que os agravos crônicos não transmissíveis se tornassem a principal causa de morbimortalidade da população. A transição demográfica se dá quando uma determinada população passa de uma situação de alto crescimento para baixo crescimento ou crescimento negativo, em decorrência da redução da mortalidade, com consequente aumento da expectativa de vida, e diminuição da natalidade. Este fenômeno dá origem a um envelhecimento populacional, diminuindo a proporção de crianças e jovens e aumentando a proporção de idosos nesta população (OLIVEIRA, 2019), com consequências econômicas, sociais e epidemiológicas.

Em vários países do mundo, especialmente nos países centrais, este comportamento tem sido observado gradualmente, ao longo de todo o século XX, alavancado pelas melhorias nas condições de vida de suas populações. Assim como em vários outros países do Sul global, no Brasil, a transição demográfica, com o consequente envelhecimento populacional, se deu de forma mais abrupta, especialmente após a década de 60 (SCHRAMM et al, 2004), e primordialmente através de tecnologias em saúde, como a vacinação, sem grandes mudanças nas condições de vida gerais da população. Isto representa um desafio adicional para a sociedade se adaptar a estas mudanças num tempo mais reduzido.

Uma das consequências da transição demográfica é a chamada transição epidemiológica. Nesta, há uma redução significativa de morbimortalidade por doenças infecciosas, que acometem sobretudo a população mais jovem, permitindo que estes indivíduos alcancem idades mais avançadas, com predomínio de doenças crônico-degenerativas (SCHRAMM et al, 2004; OLIVEIRA, 2019). Assim, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) passam a ser a principal causa de óbitos na

população mundial, com destaque para as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias.

Diferente da transição epidemiológica ocorrida em países centrais, no Brasil, ocorreu a superposição do avanço das DCNTs e a permanência das doenças infecciosas persistentes e reemergentes (SCHRAMM et al, 2004; PEREIRA et al, 2015), o que alguns denominam como polarização epidemiológica. Soma-se ainda a crescente participação das causas externas de morbimortalidade - os acidentes e violências - a esta lista de desafios epidemiológicos (PEREIRA et al, 2015). Este perfil epidemiológico brasileiro é a chamada tripla carga de agravos à saúde (PEIXOTO, 2020), um importante desafio a ser enfrentado.

Nos territórios rurais, esta tripla carga de agravos epidemiológicos ganha contornos peculiares. Há uma série de doenças transmissíveis mais prevalentes nestas localidades do que nas áreas urbanas, a exemplo da leishmaniose, malária, febre amarela e hanseníase (TARGA, 2019). O maior contato com animais potencialmente contaminados, tanto selvagens, quanto domesticados, a que está sujeita a população do campo, da floresta e das águas a torna mais suscetível a contrair zoonoses, que são infecções transmitidas entre animais e humanos (VELOSA et al, 2022).

Imagem 3 - Pescadores na praia de Tabuba, Barra de Santo Antônio, Alagoas



Fonte: acervo pessoal

Dentre as causas externas, alguns tipos de acidentes e intoxicações são peculiares a estas populações. Acidentes com instrumentos ou máquinas utilizados no trabalho, como enxadas, foices, tratores, hélices e motores de embarcações, e com animais peçonhentos, como cobras, aranhas e arraias, são muito mais frequentes nesta população (TARGA, 2019). Acidentes de transporte também ganham contornos particulares pela precariedade das vias e dos veículos e pelo menor uso de equipamentos de proteção (BRASIL, 2015; MALTA et al, 2016).

No capítulo das intoxicações exógenas, a peculiaridade das populações do campo, da floresta e das águas é a maior exposição aos agrotóxicos, provocando intoxicações agudas e crônicas. Estas representam um grave problema de saúde para a população, inclusive para a saúde mental, em especial para trabalhadores do campo (FARIA et al, 2004). Permanecem como um desafio para a saúde dos territórios rurais, tanto em termos de prevenção, quanto em termos de detecção e cuidado adequado (SANTOS et al, 2021), visto estarem intrinsecamente ligados ao modo de produção do agronegócio.

Considerando as causas externas ligadas às violências, chamam a atenção a violência por questões fundiárias, o trabalho escravo e a violência de gênero (STOCHERO, PINTO, 2023) sofrida pelas populações do campo, da floresta e das águas. Ferreira (2023) afirma que a violência é um “elemento intrínseco à vida dos cidadãos brasileiros que moram no meio rural e resistem à tentativa de desumanização à qual são frequentemente submetidos, principalmente por aqueles que exploram financeiramente o setor rural” (p.93), conclamando à não naturalização dessas violências pela sociedade.

Em relação às DCNTs, assim como na área urbana, os principais acometimentos envolvem as doenças do aparelho circulatório. A prevalência de síndrome metabólica, principal agregador de fatores de risco para este tipo de agravo, foi de 15,9% em homens e 25,3% em mulheres vivendo em territórios rurais (HAAB et al, 2012). Chama a atenção o padrão alimentar da população rural, com mais hábitos considerados não saudáveis, que favorecem o aparecimento de DCNTs, em relação à média nacional (CARVALHO, ROCHA, 2011).

Ainda dentre as DCNTs, os problemas de saúde mental têm despontado como uma importante causa de morbidade em todo o mundo e as populações do campo, da floresta e das águas têm acompanhado esta tendência, especialmente

com os chamados Transtornos Mentais Comuns (TMC). Estes são definidos como um conjunto de sintomas, que podem envolver características depressivas, ansiosas ou somatoformes, que interferem negativamente na vida das pessoas, todavia sem necessariamente preencher critérios diagnósticos descritos na Classificação internacional de doenças (CID) ou no Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais (DSM), em suas várias edições (SOARES, MEUCCI, 2020).

Mundialmente, os TMC são bastante prevalentes entre pessoas adultas, atingindo taxas de 17% nos últimos doze meses e de 29% durante toda a vida (STEEL et al, 2014). Entre trabalhadores brasileiros, situam-se por volta de 30%, variando de acordo com as categorias profissionais, com a maior prevalência - 58% - entre profissionais do sexo (COLEDAM et al, 2022).

Em territórios rurais brasileiros, são identificadas prevalências variadas, influenciadas por suas características locais, mas quase todas discretamente mais altas que a média nacional. Entre trabalhadores da cana-de-açúcar em São José do Rio Preto, São Paulo, foi observada uma prevalência de TMC de 40% (COSTA et al, 2017). Já entre agricultores assentados no estado de Goiás, Silva et al (2019) detectaram prevalência de 24%. Entre agricultores do sertão potiguar, Alves et al (2022) observaram presença de TMC em 55% dos pesquisados. Por fim, Queiroz et al (2023) observaram a presença de TMC em 38% dos membros de comunidades quilombolas mineiras.

Quando investigada prevalência de TMC especificamente entre mulheres de populações rurais brasileiras, os resultados são concordantes, mesmo com as diferenças existentes entre as regiões. Parreira et al (2017) verificaram a presença de TMC entre 35,7% das mulheres rurais do município de Uberaba, Minas Gerais. Furtado et al (2019), estudando mulheres residentes em áreas rurais de diferentes cidades da Paraíba, encontraram prevalência de TMC de 31,6% das entrevistadas, com o dobro da incidência entre mulheres que se reconheciam como vítimas de violência. Soares e Meucci (2020) verificaram prevalência de 36,4% de TMC entre mulheres rurais da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul. Estes dados evidenciam a influência de valores sexistas na saúde mental das populações do campo, da floresta e das águas.

Tabela 4 - Prevalência de transtornos mentais comuns ao longo da vida

População avaliada	Percentual	Referência
Mundo	29%	STEEL et al, 2014
Brasil	30%	COLEDAM et al, 2022
Trabalhadores rurais de São José do Rio Preto, SP	40%	COSTA et al, 2017
Agricultores de Goiás	24%	SILVA et al, 2019
Agricultores do sertão potiguar, RN	55%	ALVES et al, 2022
Quilombolas mineiros	38%	QUEIROZ et al, 2023
Mulheres rurais de Uberaba, MG	37,5%	PARREIRA et al, 2017
Mulheres rurais da Paraíba	31,6%	FURTADO et al, 2019
Mulheres rurais de Rio Grande, RS	36,4%	SOARES, MEUCCI, 2020

Fonte: Tabela elaborado pela própria autora

1.3. Atenção à saúde das populações do campo, da floresta e das águas

Para o enfrentamento desta tripla carga de doenças nas populações do campo, da floresta e das águas, é necessário que haja sistemas e serviços de saúde eficientes e acessíveis. Porém, o acesso a serviços e ações de saúde por estas populações é deficitário em relação à população urbana em quase todos os países do mundo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, apesar de quase metade da população mundial viver em territórios rurais, 51-67% dela têm acesso limitado a serviços de saúde, o que representa cerca de 2 bilhões de pessoas sem acesso adequado a ações essenciais de saúde. Esta discrepância se mantém mesmo em países de alta renda (ONU, 2021).

No SUS brasileiro, a Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial da população para a rede de atenção à saúde, através de suas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Apesar da proporção de domicílios cadastrados em UBS ser maior nos territórios rurais do que nas áreas urbanas e a maior parcela da população indicá-las como estabelecimento que costuma procurar quando precisa de atendimento de saúde (BRASIL, 2015), a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019 mostra que tiveram acesso a pelo menos uma consulta médica nos últimos doze meses 77,5% dos respondentes de territórios urbanos versus 68,6% dos de territórios rurais. A discrepância é ainda mais acentuada para consulta odontológica - 51,2% versus 38,7% (BRASIL, 2020). O acesso à saúde suplementar através de cobertura por plano de saúde também é desigual, sendo de 31,7% na área urbana e 6,2% na área rural (BRASIL, 2015).

Tabela 5 - Acesso a ações de saúde urbano versus rural

Indicador	Urbano	Rural
Consulta médica nos últimos doze meses	77,5%	68,6%
Consulta odontológica nos últimos doze meses	51,2%	38,7%
Cobertura de plano de saúde	31,7%	6,2%

Fonte: PNS 2013 e 2019 (BRASIL, 2015; BRASIL, 2020)

Esta dificuldade de acesso pode ser explicada pelas barreiras geográficas, como longas distâncias separando as unidades de saúde das residências ou como

acidentes geográficos, a exemplo de rios, lagos, montes, inviabilizando o deslocamento da população até o serviço de saúde. Também colaboram as dificuldades nos transportes, como disponibilidade e custos. Mas também pode ter contribuição dos aspectos operacionais dos serviços, como funcionamento em horários ou dias reduzidos e oferta insuficiente de vagas, em relação aos serviços urbanos (TARGA, 2019; LIMA et al, 2022).

Imagem 4 - Consulta médica domiciliar, comunidade Bebedouro, Petrolina, Pernambuco



Fonte: acervo pessoal

O acesso não é o único atributo da APS prejudicado nos territórios rurais. A integralidade do cuidado também fica comprometida pela dificuldade de conseguir chegar a outros pontos de atenção da rede de saúde, como ambulatórios de especialidades focais, serviços de diagnóstico por imagem ou unidades hospitalares, e de ações intersetoriais, como as que envolvem a assistência social e a educação, em virtude das distâncias e dificuldade de deslocamento e transporte. Isto exige dos serviços rurais uma maior resolutividade e integração com os recursos locais, o que nem sempre se efetiva por insuficiência de capacitação dos trabalhadores ou de insumos necessários (TARGA, 2019).

Adicionalmente, a longitudinalidade é prejudicada pela dificuldade de fixação de profissionais nos serviços de saúde rurais (LIMA et al, 2022). As distâncias em relação aos centros urbanos, os salários considerados insuficientes, as condições difíceis de trabalho e a precariedade dos vínculos trabalhistas são apontados pelos profissionais como razões para a não permanência (BORRELLI, 2004). Estas

modificações constantes prejudicam o trabalho em equipe e a educação permanente dos trabalhadores.

1.4. Cuidado em saúde mental em territórios rurais

Especificamente em relação aos cuidados em saúde mental, sua integração na APS vem sendo defendida pela OMS desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, e reafirmada na Declaração de Astana, em 2018. A agência defende o investimento em cuidados primários de saúde fortes, capazes de realizar prevenção, promoção, tratamento e reabilitação em saúde mental, o que é especialmente importante para os transtornos mentais comuns. Para tanto, é necessário empenho dos países em ter políticas públicas bem definidas na área (OMS, 2021).

No Brasil, essa integração ainda está em vias de se efetivar. A primeira Política Nacional da Saúde Mental brasileira foi lançada em 2001 e dispunha sobre “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais”. Este documento, fruto de intensa mobilização social, representa um marco importante nos cuidados em saúde mental no país e redirecionou o modelo de atenção à saúde mental para dar preferência a tratamento em serviços de base comunitária (BRASIL, 2001a), como a APS.

Esta modalidade de cuidado se contrapõe ao modelo de internação em hospitais psiquiátricos, com foco na doença, no médico psiquiatra e na medicação, e propõe um modelo que entende o adoecimento em sua amplitude psicossocial, com abordagem por equipe multiprofissional (HENNA et al, 2008). Em 2011, o Ministério da Saúde emite a portaria que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja primeira diretriz é o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas assistidas (BRASIL, 2011b).

Outras políticas públicas pensadas para garantia de direitos destas populações, além da Política Nacional da Saúde Mental (BRASIL, 2001a) e da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta e das Águas (BRASIL, 2014a), são a Política Nacional de Atenção Integral da População Negra (BRASIL, 2010) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2011a), mas há pouca integração entre elas. As populações do campo, da floresta e das águas, mais vulneráveis em vários aspectos, de forma geral, acessam menos ações e serviços de saúde.

Apesar destes esforços em criar políticas públicas na área, integrando os cuidados em saúde mental à APS, a prática ainda se mostra diferente. Tanaka e

Ribeiro (2009) verificaram a baixa capacidade dos trabalhadores da APS em atuar em questões de saúde mental. As deficiências na formação profissional e a falta de percepção da possibilidade de agir concretamente sobre a questão foram os principais entraves para o cuidado efetivo. Correia et al (2011) verificaram que as práticas de cuidado em saúde mental na atenção básica brasileira são heterogêneas e derivam da vontade política das pessoas que ocupam posições gerenciais ou dos próprios trabalhadores da assistência, comprometendo a integralidade.

Gryschek e Pinto (2015) verificaram que, apesar das demandas de saúde mental fazerem parte de seu cotidiano de trabalho, os profissionais da APS nem sempre estão aptos a atendê-las, podendo priorizar atividades que reforçam o cuidado centrado no profissional médico, especialmente no psiquiatra, e na medicação. Santos e Bosi (2021) observaram que profissionais da APS mantêm uma visão sobre a saúde mental concordante com a institucionalização e medicalização, que se reflete nas suas práticas, com dificuldades para realizar compartilhamento dos cuidados em equipes multiprofissionais. Constatam também que a alta rotatividade de trabalhadores, impossibilitando a integração entre profissionais e o acúmulo teórico e prático, dificulta a realização de práticas integrais e coletivas de cuidado em saúde mental.

Imagem 5 - Quinta das Margaridas, Paudalho, Pernambuco



Fonte: acervo pessoal

Em territórios rurais, prestar cuidados de saúde mental pela APS guarda dificuldades adicionais, além das já citadas. São observados desafios na montagem de redes de saúde relacionadas aos territórios aos quais assistem, na efetivação da APS como lócus de cuidado preferencial, na elaboração de ações em saúde que busquem a integralidade e, consequentemente, também a intersetorialidade, e na criação de iniciativas de educação permanente para os profissionais de saúde que contemplem “as particularidades desses contextos e dos modos de vida da população rural” (CIRILO-NETO, DIMENSTEIN, 2021, p.1).

Campos Junior e Amarante (2015), estudando os cuidados em saúde mental na APS de um município do interior do Rio de Janeiro, verificaram que, além de terem a já mencionada visão focada na clínica individual, na doença e na institucionalização, a atuação dos médicos não valoriza a identidade, a cultura e os movimentos sociais nas comunidades. Não atuam na determinação social do adoecimento mental e não apresentam ações de empoderamento das pessoas e comunidades sobre sua saúde e subjetividades.

> “Vários autores têm discutido a formação de competências multiculturais em psicoterapia e aconselhamento, e a forma como essa formação é traduzida em conceptualizações de casos clínicos e/ou planeamento de intervenções individuais ou grupais (e.g., Neufeldt et al., 2006). Apesar de alguns avanços, muito se encontra por desenvolver em termos de investimento em serviços e profissionais mais sensíveis à cultura.” (MOLEIRO, GONÇALVES, 2010, p.506)

Mas esta é uma realidade passível de mudança. Santos et al (2020), relatando uma experiência de reorganização de ações de saúde mental em território rural, observaram que o panorama inicial encontrado neste contexto foram as dificuldades de acesso aos serviços, incluindo o de saúde, o foco no consumo de psicofármacos e a falta de atividades de cuidado coletivo em saúde mental. À medida que as atividades foram se reorganizando, com a implantação do apoio matricial e da educação em saúde, as ações passaram a ter a lógica do cuidado coletivo, da integralidade, da longitudinalidade, da interprofissionalidade e da intersetorialidade.

Portanto, em muitos territórios rurais, a situação de redes de saúde sem base territorial, sem trabalho intersetorial, com práticas de gestão e de assistência focadas na doença, sem compreensão sobre a determinação social da saúde mental e o que isso reflete nas práticas de cuidado, precisa ser transformada para uma

realidade em que haja preparação dos trabalhadores em relação às questões de saúde mental, prevendo as peculiaridades das populações rurais, transformando o cuidado psicossocial em ações “singulares, contextualizadas e culturalmente sensíveis” (CIRILO-NETO, DIMENSTEIN, 2021, p. 20).

Como esperado, questões éticas emergem desse contexto. Sajid et al (2022) encontraram vários problemas enfrentados especificamente pelos profissionais que prestam cuidados de saúde mental em áreas rurais, incluindo violações de confidencialidade, relações duais e acesso limitado aos recursos. Palomin et al (2023) afirmam que desafios éticos nos cuidados em saúde mental para populações rurais são influenciados pela cultura rural e pelas responsabilidades dos profissionais envolvidos. Identificam as barreiras de acesso aos cuidados, dificuldade de intervenção em crises, problemas de confidencialidade, relacionamentos duais, limites de competência e implicações práticas dos cuidados de saúde mental rurais como exemplos concretos desta questão.

Estes desafios éticos vivenciados pelos serviços de APS, a exemplo dos problemas de interprofissionalidade, confidencialidade, perfil profissional adequado, longitudinalidade e gerenciamento evidenciam a vulnerabilidade interseccional das pessoas em sofrimento psíquico residentes em territórios não urbanos (CARDOSO, LIMA, CUNHA, 2021). Ao mesmo tempo em que existem características individuais que favorecem ou não o sofrimento psíquico, há influência do contexto e da presença ou ausência do Estado na vida das pessoas, em seu bem ou mal estar mental. Portanto, há muito a ser feito, tanto do ponto de vista dos cuidados individuais, quanto do coletivo, para que estes desafios sejam superados.

Independente das ofertas formais dos sistemas de saúde, pessoas buscam estratégias para lidar com seus sofrimentos. As medicinas tradicionais, manifestas através de conhecimentos, técnicas e ações, podem ser entendidas a partir “ da cultura dos grupos sociais que as geram, reproduzem e praticam, porque fazem parte de sua vida, de sua cotidianidade, finalmente de seu tempo sagrado, histórico e real” (CHIFA, 2010, p.244). A medicina tradicional brasileira foi se constituindo pelo encontro e fusão de práticas variadas, tanto da ordem da religiosidade, quanto do uso de plantas e minerais, oriundas das culturas indígenas, africanas e européias (BARBOSA et al, 2016).

A exemplo do que acontece com as populações do campo, da floresta e das águas, indivíduos e comunidades traçam percursos peculiares de cuidado, calcados em seus valores e potencialidades. Os trabalhadores da saúde deveriam buscar “estimular o conhecimento crítico e a utilização da grande variedade de alternativas existentes para a saúde, a serviço da própria comunidade que, ao revalorizar sua cultura, obtenha maior segurança para defender a totalidade de seus interesses” (CHIFA, 2010, p.244). Desta forma, as questões bioéticas surgidas neste contexto devem ser encaradas por um prisma de interculturalidade, sem negligenciar a determinação social do adoecimento e a discussão do acesso aos cuidados de saúde.

Em resumo, transtornos mentais são motivo de sofrimento e estigmatização para os indivíduos, com prejuízos em várias esferas de suas vidas. São fonte de angústia não só para as pessoas que os apresentam, mas também para os que fazem parte de sua rede de relações. Os prejuízos causados podem trazer consequências duradouras para indivíduos e famílias, o que justifica a realização de ações, dentro e fora do setor saúde, para mitigar seus impactos.

Imagem 6 - Sítio São Bento, Caruaru, Pernambuco



Fonte: acervo pessoal

Além disso, demandas relativas à saúde mental são muito frequentes na população. Estima-se que, em cerca de metade das questões apresentadas aos serviços de atenção primária à saúde, haja algum quesito envolvendo a saúde mental (OMS, 2021). Assim, estão amplamente justificadas políticas públicas voltadas à questão. Porém, estas ações precisam estar baseadas no conhecimento de como as pessoas vivenciam este sofrimento e suas reais necessidades, sob pena de serem inefetivas.

Apesar de haver ampla produção bibliográfica sobre o tema, há pouco conhecimento de como estas questões se manifestam e são abordadas por pessoas residentes em áreas não urbanas. Como estas populações são mais vulneráveis, em vários aspectos, em relação à população residente nas metrópoles, torna-se ainda mais relevante conhecer esta realidade para embasar políticas públicas.

Do ponto de vista bioético, a pluralidade cultural pode trazer diversas visões de mundo e, consequentemente, padrões éticos dentro destas comunidades diferentes dos vivenciados pelas populações urbanas. Assim, além de conhecer como é vivenciado o sofrimento psíquico e a busca de cuidado por estes indivíduos, também é importante discuti-los eticamente dentro de uma perspectiva que contemple esta diversidade.

Desta feita, evidencia-se a necessidade de estudos que se debrucem sobre os itinerários terapêuticos de pessoas em sofrimento psíquico que residam em territórios rurais, especialmente nas regiões mais vulneráveis do país. O presente estudo pretende contribuir com esta discussão, trazendo um olhar bioético para a questão e colaborando com a programação de políticas públicas que ampliem o acesso a direitos e o cuidado com as pessoas.

2. BIOÉTICA E DESIGUALDADE EM SAÚDE MENTAL

2.1. Determinação social do adoecimento mental em territórios rurais

A influência das condições de vida na saúde das pessoas é uma idéia bem aceita mundialmente. A Organização Mundial de Saúde define os determinantes sociais da saúde como “as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham”. Já a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde brasileira os caracteriza como “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS, PELEGRINI FILHO, 2007).

Porém, este conceito enfrenta várias críticas. Rocha e David (2015) afirmam que o conceito de determinantes sociais da saúde privilegia a identificação de variáveis mensuráveis, tanto sociais quanto biológicas, para uma compreensão descritiva dos contextos em saúde, como se estas tivessem o mesmo peso frente ao surgimento do adoecimento. Além disso, esta concepção encara o “social” como algo externo aos seres humanos e, portanto, de difícil modificação, com tendência a fragmentação de saberes e práticas (GARBOIS et al, 2017), na verdade servindo à manutenção do status quo, apesar do discurso de empoderamento de indivíduos e comunidades para as mudanças.

Por este conceito, os determinantes são fatores ou circunstâncias da vida das pessoas, que não evidenciam os processos que formam as articulações da saúde-doença, não discernindo as causas das modificações sofridas pelo perfil patológico das populações nos diferentes momentos históricos (GARBOIS et al, 2017). Ou seja, os determinantes são encarados como variáveis e não como categorias de análise. Desta forma, tendem a avaliações reducionistas e positivistas, que não consideram os fatores contextuais envolvidos nos processos de adoecimento e recuperação da saúde, como “o contexto social e a história de vida individual e da coletividade irão influenciar positiva ou negativamente na saúde, a qual é um fenômeno eminentemente humano” (ROCHA, DAVID, 2015, p. 134).

Assim, os determinantes sociais da saúde evidenciam as condições que provocam as doenças, mas não analisam quais os motivos criam estas condições propícias ao adoecimento, que são os mesmos motivos dos benefícios advindos do

progresso biomédico não estarem acessíveis à maior parte da humanidade (GARRAFA, CORDON, 2009). Portanto, ignoram as relações de poder que configuraram os determinantes (NAVARRO, 2009), ensejando análises que não contribuem com a modificação da realidade.

Em contraponto, antes mesmo do desenvolvimento do conceito dos determinantes sociais da saúde, epidemiologistas latinoamericanos já haviam proposto o conceito de determinação social da saúde, no qual os processos, mais do que as variáveis, são fundamentais na análise das situações de saúde. Esta é uma tentativa de fazer análises sob perspectiva mais ampla do processo saúde-doença, compreendendo as "mediações entre a realidade fragmentada e a totalidade social" (ROCHA, DAVID, 2015, p.134). Dessa maneira, o cerne das questões estudadas passam a ser os processos históricos "de produção e organização das sociedades na explicação das causas mais profundas das doenças, valorizando a essência dos fatos sociais, e não apenas as suas manifestações fenomênicas" (GARBOIS et al, 2017, p.65).

Portanto, a análise deve partir de uma postura política diferente, que colabore com a devolução do poder sobre seu direito de viver com saúde e liberdade à sociedade (GARRAFA, CORDON, 2009). A postura dos envolvidos nesta avaliação, sejam pesquisadores ou profissionais que prestam assistência à saúde, deve ser de proposições que transformem a realidade geradora de adoecimento, negando a manutenção do status quo (NAVARRO, 2009). Esta será a posição buscada neste trabalho.

A relação do adoecimento mental com a determinação social está bem documentada. Há relação entre o sofrimento psíquico e os impactos sociais e financeiros em suas famílias (CARDOSO, LIMA, CUNHA, 2021). Fatores como instabilidade laboral, insatisfação com o trabalho, baixo nível educacional, pobreza, precária qualidade da habitação, ambiente familiar turbulento, exclusão e estigma são apontados pela literatura como geradores de sofrimento psíquico (ALVES, RODRIGUES, 2010).

Para a população do campo, da floresta e das águas, a insegurança alimentar apresenta relação com transtornos mentais comuns entre camponeses e pescadores artesanais (SOMBRA NETO et al, 2024). Há grupos sociais em situação de maior vulnerabilidade ao surgimento ou agravamento de transtornos mentais,

relacionados à “renda e emprego, habitação, transporte, educação, assistência social, serviços de saúde e o grau de coesão social” (DIMENSTEIN et al, 2017a, p.76).

Considerando os processos de determinação do adoecimento psíquico, há que se considerar as razões pelas quais esses “fatores de risco” para o sofrimento psíquico são enfrentados pela população rural brasileira. A concentração fundiária, herdada desde os tempos da colonização, associada a necessidade de mão de obra “de fácil exploração e custo mínimo” (PRADO JR, 1979, p.9), perpetua as situações de subalternidade entre as populações do campo, da floresta e das águas. Assim, surgem a pobreza e a instabilidade laboral, com as consequentes insegurança alimentar, insatisfação com o trabalho, precária qualidade das habitações e os ambientes familiares turbulentos.

A insuficiência de políticas públicas que atuem na redução das desigualdades no território rural também é evidente, colaborando para o surgimento e manutenção das condições geradoras de sofrimento psíquico. Já foi mencionada a dificuldade de acessar todos os tipos de serviços públicos pelas populações do campo, da floresta e das águas em comparação às populações urbanas. Ademais, políticas públicas de apoio à produção rural, como financiamentos, subsídios e assistência técnica estatais, são mais acessados pela elite agrária, os grandes produtores do agronegócio, do que pela população majoritária, os pequenos produtores (STOTZ, 2007).

Imagem 7 - Ecovila Vraja Dhama, Altinho - Pernambuco



Fonte: acervo pessoal

Também nos territórios rurais, a variável gênero tem uma importante relação com o adoecimento mental, visto que as mulheres e homens existem em condições desiguais, em prejuízo delas (CARDOSO, LIMA, CUNHA, 2021). Leite et al (2017) observam que para mulheres rurais, a associação do sofrimento psíquico se dá com estressores do cotidiano, sobrecarga de trabalho doméstico e violência de gênero, enquanto que para os homens rurais, o sofrimento esteve mais associado com a perda de vitalidade física, o surgimento de doenças e com a sobrecarga de trabalho na agricultura.

Sombra Neto et al (2024) também encontraram associação entre a sobrecarga de trabalho doméstico concomitante ao trabalho na agricultura ou pesca artesanal e transtornos mentais comuns entre mulheres rurais. Estes estão relacionados à sobrecarga e desvalorização do trabalho, pobreza e violência doméstica e podem ter como consequência a discriminação, o isolamento social - que pioram o sofrimento - e tentativas de suicídio (CARVALHO et al, 2023).

Especificamente entre mulheres rurais do agreste de Pernambuco, apesar da geração de renda pelo trabalho com a costura reduzir a pobreza e permitir uma certa autonomia financeira para elas, a precarização e informalidade do trabalho, com ganhos por produção, sem direitos trabalhistas, gera longas jornadas com remuneração muito baixa, que, somadas aos afazeres domésticos, provocam uma sobrecarga, motivadora de sofrimento psíquico (MILANÊS, 2020). A flexibilização das relações produtivas, características do capitalismo tardio, que visam a ampliação dos lucros, atingem mais fortemente as mulheres, reforçando a divisão sexual do trabalho tanto no mundo público, quanto no privado (NEVES, PEDROSA, 2007).

Ademais, as relações familiares nas áreas rurais favorecem a produção de dependências e relações desiguais entre os gêneros e dificultam o reconhecimento pelas mulheres de situações de violência (GARCÍA, CAMARERO, 2015). “Ao interseccionar a pobreza a essa condição, verificam-se inúmeras iniquidades sociais que mantêm ciclos de violência e de falta de oportunidades ao longo de suas vidas” (CARDOSO, LIMA, CUNHA, 2021, p. 8) gerando a insegurança alimentar e os ambientes familiares turbulentos, já mencionados como determinantes sociais do sofrimento psíquico.

Coexistindo com as dificuldades econômicas, sociais e educativas, existem manifestações culturais que estimulam esta desigualdade, fortalecendo os

comportamentos conservadores sexistas (CUSIHUAMÁN-SISA, GAMARRA-CASTELLANOS, 2024). O lugar social dos homens como provedores e chefes de família os coloca em posição de autoridade e as mulheres em relações de serviço, subordinação e obediência, o que justifica e naturaliza a violência de gênero (COSTA, LOPES, SOARES, 2015).

A interseccionalidade destas vulnerabilidades já mencionadas com a variável raça aumenta as repercussões negativas sobre as mulheres negras (CARDOSO, LIMA, CUNHA, 2021), pois a saúde mental é influenciada por gênero, raça, classe social, território (CARVALHO et al, 2023). As desigualdades socioeconômicas, a violência, a discriminação sofrida no dia a dia por pessoas negras são fatores que podem desencadear sofrimento psíquico, traduzindo-se em maior prevalência de transtornos mentais (CARVALHO et al, 2021) e deixando clara a articulação entre gênero, raça, classe e saúde mental (DIMENSTEIN et al, 2020).

Considerando a realidade brasileira, cuja população negra é continuamente vitimada pela discriminação, é necessário olhar para nosso processo histórico, de quase 400 anos de escravização. Mesmo que estas pessoas tenham deixado de ser legalmente consideradas como mercadorias há mais de 100 anos, permanecem sendo marginalizadas, em situações de desigualdades injustas mantidas por relações de poder assimétricas (CARVALHO et al, 2021). O racismo estrutural, como “elemento que integra a organização econômica e política da sociedade”, gera situações de racismo interpessoal e institucional (SANTOS et al, 2024, p.5).

O momento do ciclo de vida da pessoa também apresenta relações com o sofrimento psíquico. No envelhecimento, as pessoas apresentam maior prevalência de transtornos mentais comuns, relacionados a presença de incapacidades e doenças crônicas, isolamento social, histórico de situações estressantes ao longo da vida, condições desfavoráveis atuais de vida e também ao gênero feminino (SILVA et al, 2018). Já entre adolescentes rurais com questões de saúde mental, a família representava o maior ponto de apoio social, mas também importante fonte de estresse, além da falta de opções de lazer (CID, PEREIRA, 2016).

O etarismo, a discriminação das pessoas baseada em sua idade, envolve desde questões individuais até sociais, institucionais e políticas, e colabora para o isolamento das pessoas mais velhas (ALVES, 2025), consequentemente causando sofrimento psíquico. No modo de produção capitalista, para o qual a agilidade e força

representam maximização da capacidade de exploração da mão de obra trabalhadora, o corpo que apresenta modificações impostas pela idade é menos rentável, portanto indesejado (SIMÕES, 1998). Pensando a interseccionalidade com o sexismo, a valoração da mulher a partir de seu corpo reprodutivo amplia os prejuízos causados pelo etarismo, visto que esse corpo feminino envelhecido não serve mais ao desempenho destas funções socialmente esperadas e esta discriminação favorece um rentável mercado de produtos anti-envelhecimento.

A despeito do esperado, a prevalência auto-referida de sintomas de sofrimento psíquico é menor na população do campo, da floresta e das águas do que na população urbana brasileira (BRASIL, 2015). Este fenômeno pode ser uma consequência de menor diagnóstico destas condições, pela dificuldade de acesso a serviços de saúde, ou por interferência de padrões culturais do que é considerado transtorno mental, incluindo o estigma em torno dele, que faz com que as pessoas não o reconheçam. Porém, também pode ser uma manifestação do efeito protetor do apoio social.

Imagem 8 - Pescadores na praia de Sibaúma, Tibau do Sul, Rio Grande do Norte



Fonte: acervo pessoal

Peña define o ambiente social como um sistema “estrutural, cultural, interpessoal e psicológico complexo, com propriedades adaptativas e de ajuste em resposta a certas situações relacionadas aos processos de saúde-doença, que contém elementos estressores ou amortecedores” (2005, p.1). Assim, o apoio social seria uma função relacionada ao funcionamento psicológico dos indivíduos, dentro do arcabouço estrutural de suas redes de relacionamentos, que colabora com estratégias de enfrentamento aos problemas.

Costa e Ludemir (2005) encontraram clara associação entre prevalência de transtornos mentais comuns e baixo apoio social numa comunidade rural da zona da mata pernambucana. Aragão et al (2018) encontraram achados semelhantes, com prevalências maiores de sintomas ansiosos e depressivos entre pessoas com menos integração às suas redes de relacionamentos. Assim, além dos fatores já mencionados, como eventos de vida estressantes, baixa escolarização, dificuldades financeiras e violência, o desgaste do capital social, com o enfraquecimento das relações de solidariedade e apoio social, também está associado a maior incidência dos TMC nos territórios rurais (DIMENSTEIN et al, 2017(b).

A já mencionada reestruturação produtiva capitalista, cujo objetivo é a majoração dos lucros, tem levado à mecanização de atividades rurais, nas quais o trabalho era cooperativo entre famílias e vizinhos. As novas tecnologias incorporadas aumentam a produtividade e diminuem custos para as empresas produtoras, especialmente com a força de trabalho, reduzindo empregos e transformando o trabalho vivo em trabalho morto (LIMA, 2021). Com o isolamento dos trabalhadores, o senso de comunidade baseado no trabalho fica prejudicado, favorecendo o empobrecimento do apoio social.

O êxodo rural consequente a estes processos também tem um papel na fragilização das relações. Como observado por Marin e Drebes (2020),

> “os atuais processos de modernização e globalização, ao mesmo tempo em que restringem as estratégias de reprodução familiar de agricultores, abrem outras possibilidades que não passam, necessariamente, pelo pesado, desprezado e mal remunerado trabalho na agricultura. (p. 216) (...) A migração torna-se caminho plausível para outras inserções laborais, especialmente para os jovens empobrecidos, com baixo grau de escolarização e sem perspectivas de trabalho digno. (p. 211)”

Com a diminuição da população nos territórios rurais, há redução de equipamentos sociais que promovem a interação, como escolas, comércios e associações. Eventos e rede de apoio que mantém a comunidade unida através de identidade e senso de pertencimento são prejudicados, reduzindo o capital social.

Ademais, as mudanças culturais provocadas pela globalização tendem a enfraquecer os laços culturais e identitários das comunidades, incluindo as rurais. Ancorando-se na popularização dos meios de comunicação, inicialmente com a televisão e atualmente com a internet, ela provoca uma reconfiguração nas conexões entre sociedades, culturas, instituições e indivíduos. Desta forma, propicia a substituição das relações e referências de contextos locais para contextos transnacionais (MIRANDA, 2000). Consequentemente, as pessoas tendem a substituir atividades que fortalecem o contato e a coesão social por entretenimento digital e se desvincular das aspirações e tradições coletivas, com maior tendência ao isolamento.

Independente deste cenário de transição observado, é importante ressaltar que as redes de sociabilidade nos territórios rurais têm configurações diferentes das observadas nas áreas urbanas. Ao passo que residentes nas cidades convivem em várias redes simultâneas, expressas nas relações de parentesco, vizinhança, trabalho, lazer, religiosidade, etc, uma pessoa residente em um território rural pode ter todas estas relações coincidentes numa mesma rede (SILVA, 2021). Assim, qualquer evento que enseje um movimento de não pertencimento a este grupo pode majorar o sofrimento.

Conclui-se que a determinação social do adoecimento mental tem um papel crucial nos transtornos mentais comuns (SOMBRA NETO et al, 2024; DIMENSTEIN et al, 2017(a); ALVES, RODRIGUES, 2010), com destaque especial para questões de gênero influenciando o sofrimento psíquico das mulheres dos territórios rurais (SOMBRA NETO et al, 2024; SILVA et al, 2018; LEITE et al, 2017) e interseccionalmente às questões ligadas à raça / cor (CARDOSO, LIMA, CUNHA, 2021) e ao envelhecimento (SILVA et al, 2018). Estes fatores podem levar a crer que “o atual modo de produção capitalista neoliberal é em si a causa do adoecimento e/ou sofrimento psíquico na contemporaneidade” (SENA et al, 2025, p.7).

A despeito das modificações provocadas nos territórios rurais pela globalização, o apoio social representa um fator protetor (COSTA, LUDEMIR, 2005),

portanto estratégias comunitárias de promoção da saúde mental devem ser estimuladas. Porém, também é importante ter atenção com as sociabilidades de populações rurais, que tendem a coincidir suas redes de relação em uma única rede (SILVA, 2021), trabalhando para que os conflitos surgidos nestes grupos não ensejem exclusões e consequentes sofrimentos emocionais.

2.2. Bioética, justiça e direitos humanos

No direito, o conceito de princípio envolve a criação, interpretação e aplicação das leis, de forma mais conceitual e ampla. Já para a bioética, os princípios são guias morais para a resolução de questões que envolvam a vida no planeta, portanto envolvem um conceito e sua aplicação, podendo servir de base para criação de normas jurídicas propriamente ditas. Desde a criação do campo que hoje chamamos de bioética, o princípio da justiça se desenha como um dos seus pilares de sustentação conceitual e prática (GARRAFA, MANCHOLA-CASTILLO, 2017).

Atualmente, para o Direito, a justiça “harmoniza as pretensões e interesses conflitantes na vida social da comunidade”, ora visando garantir a paz social e a segurança da vida, ora garantindo igualdade nas relações entre indivíduos e entre o Estado e os indivíduos (PISKE, 2009). Já para a bioética, a justiça adquire caráter mais aplicado, de legitimação moral mais do que do puramente filosófico ou jurídico, na qual ganham destaque as idéias de equidade e distribuição justa de recursos. Neste sentido, mais do que a discussão sobre obrigações ou deveres, cabe basear a idéia de justiça em bioética nos direitos (GARRAFA, MANCHOLA-CASTILLO, 2017), em especial nos direitos humanos.

Não existe um consenso na literatura sobre o conceito de justiça. Desde a antiguidade, várias foram as teorias para defini-la. Aristóteles já defendia a igualdade entre os homens e a justiça funcionaria como mecanismo corretivo de desigualdades, para que as diferentes necessidades de cada um pudessem ser atendidas (SANTOS, 2020). Porém, vale lembrar que na sociedade helênica, nem todos os seres humanos eram considerados iguais e faziam jus a este conceito de justiça, a exemplo das mulheres e dos escravizados.

Modernamente, John Ralws “buscou estabelecer uma justiça social racional a partir de um contrato social hipotético” (PARANHOS et al, 2018, p. 1003), no qual a sociedade só poderia ser considerada justa se fossem seguidas duas etapas. Na primeira, “cada pessoa deve ter um direito igual ao mais abrangente sistema de liberdades básicas iguais que seja compatível com um sistema semelhante de liberdades para as outras” (PARANHOS et al, 2018, p. 1005). Numa segunda etapa, as desigualdades sociais e econômicas seriam organizadas de forma a serem vantajosas para todos, dentro de limites razoáveis, e ligadas a posições

hierárquicas acessíveis a todos. Ou seja, a desigualdade está prevista, mas de forma que compense os mais vulneráveis. Desta forma, as desigualdades que não obedecessem a estes critérios, que não estivessem a serviço de um bem maior para todos, seriam consideradas injustas.

Apesar de não ter sido pensada especificamente para este tema, esta idéia pode ser utilizada para a discussão sobre acesso a cuidados em saúde. Ela tenderia a equilibrar interesses individuais e coletivos e de justiça pela equidade (FULGÊNCIO, 2013). Assim, sistemas de saúde podem ser desenhados a partir da concepção rawlsiana, visando a correção das desigualdades injustas, assim como foi pensado o SUS (PARANHOS et al, 2018).

Não obstante, esta concepção de justiça também recebe críticas. Uma delas diz respeito à tentativa de conciliação da aspiração por justiça social com os princípios liberais capitalistas (SANTOS, 2020), naturalmente opostos a buscas por compensações de desigualdades. Outra ponderação refere-se a que, diante de recursos escassos, priorizar os mais vulneráveis socialmente, deslocaria os menos vulneráveis para o livre mercado, mesmo que tivessem maiores necessidades. Também se questiona se o contrato social que baseia a concepção de Rawls realmente existe (PARANHOS et al, 2018).

Analisando as desigualdades entre os seres humanos no mundo atual, Amartya Sen se posiciona pela eliminação de todas as situações que impeçam as pessoas de acessar a alimentação, a saúde, a educação e outros recursos, pois a falta de acesso a estes direitos resulta no que ele denomina privações de liberdades. Estas privações reduzem as oportunidades de bem estar e de exercer a cidadania, o que define como injustiça. Desta maneira, defende que a distribuição igualitária é insuficiente para superar o déficit de liberdades dos indivíduos menos favorecidos (SANTOS, 2020), aproximando-se da idéia de equidade no mundo como ele se apresenta e não hipoteticamente.

Em acordo com esta visão, Siqueira-Batista e Schramm apontam que a desigualdade e a exclusão não estariam limitadas às questões de renda, mas sim `à “distância social entre os mais ricos e os mais pobres em uma dada situação“ e à segregação social de diversas naturezas (2005, p.313). Dessa forma, a pobreza envolveria a “privação de bens necessários à existência digna, como liberdade,

bem-estar, saúde, direitos, emprego e segurança – em suma, como ausência de qualidade de vida" (SANTOS, 2020, p. 235).

Num mundo em que o acesso a bens fundamentais para o desenvolvimento humano, como saúde, educação, trabalho, liberdade, segurança, bem estar, felicidade, se dá através do poder econômico, a pobreza gera condições para o surgimento das situações que mais vitimam a população brasileira. Quanto mais ações coletivas para melhorar o acesso a estes bens essenciais, maior a chance dos mais vulneráveis superarem estas privações geradas pela pobreza (SANTOS, 2020).

Assim, a equidade se torna um conceito importante para pensar a justiça, pois num contexto de desigualdades, distribuir recursos igualmente a todos as perpetua. Ela se torna um indicador justo para orientar os processos de decisões éticas, de maneira prática, com a igualdade de oportunidades sendo sua consequência desejada (GARRAFA, MANCHOLA-CASTILLO, 2017).

Imagem 9 - Embarcações no Rio São Francisco, Belém do São Francisco, Pernambuco



Fonte: acervo pessoal

No campo da bioética, o princípio da justiça tem relevância em textos importantes da área, a exemplo do Relatório Belmont, publicado pela Comissão Nacional para a Proteção de Sujeitos Humanos de Investigação Biomédica e Comportamental estadunidense, em 1979. Neste, a justiça é considerada um princípio bioético básico, para o qual iguais devem ser tratados igualmente, mas que distinções baseadas em experiência, idade, deficiência, competência, mérito e posição às vezes constituem critérios que justificam tratamento diferenciado. Propõe fórmulas para a distribuição justa dos ônus e bônus entre os seres humanos: (1) cada pessoa deve receber uma parte igual, (2) cada pessoa deve receber uma parte de acordo com sua necessidade individual, (3) cada pessoa deve receber uma parte de acordo com seu esforço individual, (4) cada pessoa deve receber uma parte de acordo com sua contribuição social e (5) cada pessoa deve receber uma parte de acordo com seu mérito (USA, 1979).

Este relatório serviu como base para a teoria principialista dos estadunidenses Beauchamp e Childress. Em sua obra Princípios da ética biomédica, apresentam algumas teorias sobre justiça, buscando aplicá-las à saúde, argumentando que é difícil ter um único pensamento que abarque todas elas. Não obstante, defendem as fórmulas sugeridas pelo relatório Belmont, acrescentando a fórmula: cada pessoa deve receber uma parte de acordo com as trocas livres de mercado (GARRAFA, MANCHOLA-CASTILLO, 2017).

Trazendo a discussão para o acesso a todos os benefícios de saúde que é tecnicamente possível fornecer, eles admitem a dificuldade em determinar o que deve ser feito quando os recursos são insuficientes. Ainda assim, defendem um sistema unitário na primeira camada de saúde (mínimo existencial, perspectiva igualitária) e um sistema pluralista na segunda camada (o que possa ser consumido, perspectiva utilitária). Por estarem inseridos numa sociedade de ideais fortemente liberais, por mais que mencionem outras teorias de justiça, os autores não conseguem se afastar das idéias de mercado em suas proposições. Ou seja, a aplicação do princípio da justiça proposta por eles estaria sempre no âmbito das liberdades e necessidades individuais, sobrepujando o lado social e coletivo da justiça como necessidade social no campo dos direitos humanos. Esta perspectiva não atende a necessidade de discussão dos macroproblemas socioeconômicos de saúde persistentes, como

apontados na discussão sobre determinação social do adoecimento, nas populações menos favorecidas do planeta (GARRAFA, MANCHOLA-CASTILLO, 2017).

Neste sentido, bioéticas latinoamericanas trazem contribuições importantes ao debate. Estas têm como guia a redução das iniquidades ou disparidades sociais, valorizando a equidade na discussão sobre acesso aos desenvolvimentos médicos, científicos e tecnológicos (CORGOZINHO, OLIVEIRA, 2016), mas também no combate às desigualdades que são as causas primordiais dos processos de adoecimento. O objetivo é amparar indivíduos e coletividades que não têm condições de realizar seus projetos de vida, permitindo a eles alcançar a dignidade no sentido preconizado pelos direitos humanos universais (SANTOS, 2020).

Uma das aplicações do conceito de equidade é a priorização de recursos sanitários diante da atenção especial aos grupos vulneráveis. Fortes (2008) a aponta como o princípio que reconhece as diferenças entre os indivíduos, emitindo comando no sentido de serem tratados de forma diferenciada para redução das desigualdades existentes. Sendo assim, a bioética, enquanto campo do saber apto a fornecer instrumentos teóricos ao formulador de políticas em saúde, pode, por meio da equidade, problematizar as escolhas governamentais quando se tratar da alocação de recursos sanitários (CORGOZINHO, OLIVEIRA, 2016).

Neste sentido, a Bioética de Intervenção, teoria genuinamente brasileira, propõe uma teoria periférica e alternativa às abordagens tradicionais forâneas (GARRAFA, PORTO, 2008), como caminho real e viável para compor análises éticas e decoloniais, revelando sua preocupação com a banda frágil da sociedade (GARRAFA, 2005). Feitosa e Nascimento (2015) apontam a teologia da libertação, a pedagogia do oprimido, a teoria da dependência, a teoria da colonialidade do poder e a Bioética de Intervenção como as grandes contribuições do Sul global frente aos saberes produzidos nos países centrais. Surgida sob forte influência dos ideais do movimento da reforma sanitária, ela reconhece a dimensão social na análise e compreensão da relação saúde-doença, rompendo fronteiras regionais e se firmando como uma perspectiva bioética libertadora.

A definição de justiça dentro da Bioética de Intervenção se dá de forma dialética, através do enfrentamento das desigualdades e iniquidades, na busca por justiça social. Desta maneira, procura auxiliar as coletividades a se comprometerem com valores e práticas da cidadania e dos direitos humanos (FULGÊNCIO,

NASCIMENTO, 2012; GARRAFA, PORTO, 2008). Consequentemente, a equidade, o ponto de partida para se obter a igualdade, é compreendida pela Bioética de Intervenção como

> “el reconocimiento de necesidades diferentes de sujetos también diferentes, para atingir objetivos iguales - es uno de los caminos de la ética aplicada frente a la realización de los derechos humanos universales, entre ellos el derecho a una vida con dignidad, representado en este análisis por la posibilidad de acceso a la salud y demás bienes indispensables a la supervivencia humana en el mundo contemporáneo” (GARRAFA, PORTO, 2008, p.4).

Assim, a Bioética de Intervenção propõe a politização dos conflitos morais, defendendo que a prioridade das bioéticas oriundas dos países pobres seja o enfrentamento dos dilemas éticos persistentes. A partir do estabelecimento dos Direitos Humanos como eixo aglutinador, a Bioética de Intervenção conseguiu trazer a dimensão política na teoria e na prática bioética em âmbito internacional (FEITOSA, NASCIMENTO, 2015).

Consequentemente, a Bioética de Intervenção abarca o ideário da cidadania expandida, no qual os direitos estão além das garantias que podem ser oferecidas pelos Estados. Os direitos de primeira geração - o reconhecimento da condição de pessoa para ser titular de direitos -, de segunda geração - manifestos nas condições materiais da existência - e de terceira geração - as relações com o ambiente e a preservação dos recursos naturais - devem ser garantidos a todos os seres humanos (GARRAFA, PORTO, 2008).

Um outro aspecto importante relacionado ao conceito de justiça para a politização da bioética é o conceito de empoderamento. As relações de poder no mundo concreto colaboram para a manutenção das desigualdades. Neste sentido, Sen propõe um conceito de empoderamento, como autodeterminação dos sujeitos, no qual os vulnerados pelos processos históricos de injustiças têm suas vozes ampliadas, promovendo sua inserção social. Por entender as relações de poder no mundo real e trabalhar pela mitigação das desigualdades, esse construto se mostra mais útil para análises bioéticas do que a idéia anglosaxônica de respeito à autonomia (GARRAFA, MANCHOLA-CASTILLO, 2017).

Os sujeitos, como protagonistas de suas vidas, podem se empoderar frente às injustiças que se apresentam em suas histórias, com a clareza de quais são os desafios a serem enfrentados e então trabalharem ativamente suas escolhas e

estratégias de forma a ultrapassá-los (SANTOS, 2020). Este conceito se aproxima bastante do conceito de libertação proposto por Paulo Freire, que além de reconhecer a existência do poder nas relações entre indivíduos e coletividades, evidencia a gênese das forças que conduzem à sujeição, para que assim estas possam ser combatidas. Desta forma, a libertação das forças opressoras seria o real exercício de autonomia pelos indivíduos e coletividades (GARRAFA, MANCHOLA-CASTILLO, 2017). Este modo de ver as relações de poder é a marca das bioéticas libertárias.

> "À bioética cabe o papel de promover reflexões permanentes e propor alternativas e estratégias, provocando em cada pessoa o desejo de recuperar sua funcionalidade e a capacidade de se indignar diante dos descasos que hoje marcam o sistema de saúde. Essa aposta na reação dos indivíduos, porém, não deve perder de vista a necessidade de cobrar do Estado, exigindo de sua parte o combate às mazelas sociais. Afinal, desigualdades injustas e evitáveis não podem ser naturalizadas." (SANTOS, 2020, p. 235).

A colaboração inconteste da Bioética de Intervenção para esta politização do debate bioético tem como um de seus frutos a inclusão de elementos sociais na Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) (FULGÊNCIO, NASCIMENTO, 2012), o mais importante documento produzido pela bioética até os dias atuais. Esta declaração considera novos enfoques relacionados à responsabilidade social, assegurando que o progresso da ciência e tecnologia contribua para justiça, equidade e interesse da humanidade. Também leva em conta dimensões sociais, legais e ambientais, além de objetivar a promoção do diálogo multidisciplinar e plural.

Em seu artigo 10o, que trata sobre igualdade, justiça e equidade, o documento confirma a premissa de que todos os seres humanos são fundamentalmente iguais em dignidade e direitos e o tratamento deve ser justo e equitativo entre todos. Já no seu artigo 11o, que trata sobre não discriminação e não estigmatização, afirma que nenhuma pessoa ou coletividade deve ser submetida a "violação da dignidade humana, dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, a uma discriminação ou a uma estigmatização" (UNESCO, 2006, p. 8). Estes conceitos estão em grande consonância com os propagados pela Bioética de Intervenção, na defesa das populações mais frágeis (GARRAFA, PORTO, 2008).

Carvalho e Albuquerque (2015) discutem o artigo 10o através do princípio da justiça, conectando-o com a as questões da desigualdade na esfera global,

sustentando que a DUBDH ampara obrigações morais distributivas por parte dos Estados. Nesse contexto, o princípio da justiça distributiva internacional prescreve obrigações com o intuito de corrigir as desigualdades acarretadas pela iniquidade distributiva de arranjos institucionais dos quais os povos ricos são os maiores beneficiários. Ou seja,

> o princípio da justiça clama aos Estados e instituições internacionais a adoção de políticas destinadas a reconfigurar a atual distribuição de recursos no mundo, e, convergentemente, o princípio da cooperação internacional impele à conformação de modelos que tomem em conta, prioritariamente, a desigualdade entre os países e grupos populacionais e, dessa forma, contribuam para o incremento da solidariedade entre os povos (CARVALHO, ALBUQUERQUE, 2015, p.235).

Mas o trecho da DUBDH mais contundente a trazer a saúde como direito humano e as ações necessárias para que possa ser exercido é o artigo 14o, que trata sobre responsabilidade social e saúde:

> 1. A promoção da saúde e do desenvolvimento social em benefício dos respectivos povos é um objectivo fundamental dos governos que envolve todos os setores da sociedade.
> 2. Atendendo a que gozar da melhor saúde que se possa alcançar constitui um dos direitos fundamentais de qualquer ser humano, sem distinção de raça,religião, opções políticas e condição económica ou social, o progresso da ciência e da tecnologia deve fomentar:
> (a) o acesso a cuidados de saúde de qualidade e aos medicamentos essenciais, nomeadamente no interesse da saúde das mulheres e das crianças, porque a saúde é essencial à própria vida e deve ser considerada um bem social e humano;
> (b) o acesso a alimentação e água adequadas;
> (c) a melhoria das condições de vida e do meio ambiente;
> (d) a eliminação da marginalização e da exclusão, seja qual for o motivo em que se baseiam;
> (e) a redução da pobreza e do analfabetismo. (UNESCO, 2006, p.8)

Neste artigo, a declaração não apenas afirma a saúde como direito humano fundamental, como também conclama a humanidade a atuar na determinação social do adoecimento, combatendo as iniquidades que a alimentam. Este é o artigo mais inovador da DUBDH, pois inaugurou de forma oficial as perspectivas de ação política e social da bioética.

Em virtude disto, o Comitê Internacional de Bioética da UNESCO lançou em 2010 um informe detalhando o princípio da responsabilidade social na saúde expresso na DUBDH. Este documento conta com uma seção dedicada aos determinantes sociais da saúde e as limitações de acesso aos cuidados em saúde,

aborda as dimensões éticas e legais da responsabilidade social na saúde e também apresenta uma amostra de áreas de interesse especial e linhas de atuação com sua aplicação em políticas específicas, objetivando promover o grau máximo de saúde que todos possam obter (UNESCO, 2010).

Assim, a idéia de responsabilidade social na saúde expressa no artigo 14o da DUBDH conecta a saúde ao desenvolvimento social, a partir do olhar ampliado dos conceitos de saúde, não restrita ao âmbito biológico, e de direito à saúde como direito humano (PAGANI, 2012). Na medida em que ratifica a dimensão social da saúde e a necessidade de garantir seus determinantes sociais, além do acesso aos serviços de saúde, o documento orienta o princípio bioético da justiça no sentido da justiça social.

O conceito de direitos humanos prevê que existem direitos inerentes às pessoas, pelo simples fato de existirem. Assim, estes já estariam configurados e devem ser acessíveis e materializados para que se possa alcançar a verdadeira cidadania (GARRAFA, MANCHOLA-CASTILLO, 2017). Porém, este construto não acompanhou a humanidade desde sempre, é fruto de um processo sócio-histórico que culminou na forma como se apresenta nos dias atuais.

Não há consenso na literatura exatamente quando a idéia de direitos humanos teve sua gênese. É possível reconhecer elementos dela já nos pensadores da Antiguidade, como Sócrates, Aristóteles e Platão, e da Idade Média, como São Tomás de Aquino (ZANIN, 2021). Apesar de existirem povos que privilegiaram a pessoa humana em seus costumes e instituições sociais sem a necessidade de instituir uma limitação do poder do Estado sobre elas, para o mundo ocidental moderno este é um marco importante (NEMETZ, 2004). Assim, o jusnaturalismo, que defende a existência de um direito natural, universal e imutável, que precede e fundamenta as leis criadas pelos seres humanos, é reconhecido como um importante marco no desenvolvimento do conceito de direitos humanos (NEMETZ, 2004; ZANIN, 2021; NUNES, LEHFELD, LEHFELD, 2022).

Já nas idades moderna e contemporânea, o iluminismo e os ideais das revoluções norte-americana e francesa também tiveram relevância no amadurecimento do conceito, trazendo as idéias de universalidade dos direitos e dos direitos sociais, por exemplo relativos ao trabalho, à sobrevivência e à educação (NEMETZ, 2004; ZANIN, 2021; NUNES, LEHFELD, LEHFELD, 2022). Porém, não se defendia a responsabilidade dos Estados na implementação destes direitos e sim das

sociedades, tendência só modificada a partir dos ideais das experiências do México, Rússia e Alemanha do início do século XX, com o surgimento do conceito de Estado social de direito (NEMETZ, 2004).

A consolidação do conceito de direitos humanos se deu após a Segunda Guerra Mundial, com a criação da Organização das Nações Unidas, em 1945, e a publicação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, que inaugurou uma etapa de universalização destes (NEMETZ, 2004). A partir de graves violações de direitos humanos observadas no conflito, surgiu a preocupação internacional com sua proteção. Assim, buscou-se uma reconstrução do referencial ético dos direitos humanos com a centralidade da dignidade humana (ZANIN, 2021).

A partir de então, a busca da garantia dos direitos humanos universais fortaleceram o desenvolvimento do direito internacional, direcionando a elaboração de vários outros documentos que norteiam eticamente a análise destes conflitos (NEMETZ, 2004; ZANIN, 2021), como a DUBDH. A aproximação definitiva da bioética do ideário dos direitos humanos nela expressa contribui para um conceito de justiça mais inclusivo e cidadão (GARRAFA, MANCHOLA-CASTILLO, 2017).

Imagem 10 - Crianças em fazenda de pecuária bovina em Alto Bonito, Bonito, Pernambuco



Fonte: acervo pessoal

2.3. Saúde mental, bioética e direitos humanos

> O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito (SCLIAR, 2007, p.30).

Ao longo de sua história, a humanidade vivenciou muitos conceitos do que seria a saúde, o que provocaria a doença e, consequentemente, que práticas seriam necessárias para recuperá-la. Na antiguidade, a concepção mágico-religiosa explicava o adoecimento pela ação de forças maléficas externas, que adentravam o corpo através de pecado ou de maldição. Assim, cabia aos religiosos realizar rituais e prescrições morais para a cura da pessoa. Na Grécia antiga, a saúde dependia do equilíbrio entre os componentes do organismo e a doença seria uma desorganização desse estado. Desta forma, a prescrição de alimentos, plantas e hábitos era a forma de recuperar o equilíbrio e, consequentemente, a saúde, concepção parecida com a da medicina tradicional chinesa (SCLIAR, 2007).

A Idade Média européia trouxe de volta à concepção religiosa da saúde, doença e práticas de cura, só sendo modificada com o advento da modernidade. O avanço do pensamento científico, com contribuições das ciências naturais, sobretudo a bacteriologia de Pasteur, modificou a concepção de causas das doenças e impulsionou o desenvolvimento dos soros, vacinas e medicamentos (SCLIAR, 2007).

Portanto, a idéia de saúde, incluindo a saúde mental, reflete as características sociais, culturais e políticas dos povos que a definem, em um determinado momento histórico, podendo ganhar diferentes sentidos ao longo do tempo. Considerando a concepção que associava saúde à ausência de doenças, a saúde mental representaria o oposto de doença mental (CABRAL, FARIAS, 2023), conceito de difícil operacionalização pois as idéias sobre o que seja doença mental variam bastante.

Contrapondo-se a esta idéia, a Organização Mundial da Saúde, em sua constituição, define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (ONU, 1948). A simples transposição deste conceito para a saúde mental é problemática, pois algum grau de

mal estar psíquico é inerente à existência humana, fazendo com que nenhum indivíduo pudesse atingir esse estado.

Uma outra forma de definir a saúde mental seria como a capacidade do indivíduo buscar seus projetos de vida, lidar com as situações difíceis e expressar o afeto (COSTA, ANJOS, ZAHER, 2007). Esta se coaduna com o conceito proposto por Cabral e Farias (2023) de que a saúde psíquica envolve “habilidade em manejar, de forma efetiva, situações adversas e conflituosas, reconhecer e respeitar os limites físicos, mentais, emocionais; e compreender os ciclos da vida e experienciá-la de forma equilibrada” (p. 236). Assim, é um conceito flexível, que dialoga com o entorno social, político e cultural e com suas consequentes práticas de cuidado (FELICIO, PESSINI, 2009).

A partir de suas concepções de saúde e doença e seu contexto cultural, indivíduos e sociedades organizam suas práticas de cuidado válidas. Considerando práticas médicas e cura, a proposição de Kleinman sobre sistemas de saúde é a mais utilizada para análise de comportamento dos pacientes. Nesta, este autor defende a existência de uma articulação entre “experiência dos sintomas, modelos específicos de conduta do paciente, decisões concernentes a tratamento, práticas terapêuticas e avaliação de resultados” (ALVES, SOUZA, 1999, p.128), o que ele denominou sistema de cuidados com a saúde. Envolve os recursos mobilizados pelas pessoas e coletividades em busca da preservação ou recuperação da saúde e está dividido em três subsistemas: profissional, popular e folk (GUERIN et al, 2012).

O subsistema popular costuma ser onde se define o adoecimento, a partir das concepções de saúde e doença daquela coletividade, e se busca inicialmente a resolução para a maior parte das questões envolvendo o adoecimento. Envolve o saber leigo da sociedade, nas práticas como automedicação, conselhos e assistência mútua (ALVES, SOUZA, 1999). Neste, a família e os grupos sociais próximos desempenham o papel mais importante (GUERIN et al, 2012).

O subsistema folk, ou paraprofissional, é composto por todas as práticas não profissionalizadas de cura, como rezadeiras, erveiros, curandeiros, espiritualistas, etc. Não se inscrevem neste subsistema os sistemas médicos tradicionais que já são profissionalizados, como a medicina chinesa, ayurvédica, etc (ALVES, SOUZA, 1999; GUERIN et al, 2012). É importante reconhecer que ambos os subsistemas representam saberes que não estão inscritos no sistema formal de cuidados em

saúde, cujos conhecimentos representam uma parte dos saberes das sociedades (MOLEIRO, GONÇALVES, 2010)

O subsistema profissional envolve a medicina científica ocidental, as demais profissões da saúde e os sistemas médicos alternativos profissionalizados, como a medicina chinesa, homeopatia, ayurveda, etc. É considerado o sistema oficial, formal, da prática dos cuidados em saúde (ALVES, SOUZA, 1999; GUERIN et al, 2012). É neste subsistema que o conhecimento biomédico hegemônico se manifesta.

Dentro destes sistemas de cuidados com a saúde se desenvolvem os itinerários terapêuticos, definidos como “os caminhos percorridos por indivíduos na tentativa de solucionar seus problemas de saúde” (GUERIN et al, 2012, p.3004). Alves e Souza (1999) afirmam que o estudo socioantropológico dos itinerários terapêuticos permite que os fenômenos que influenciam as pessoas ou coletividades a elegerem, avaliarem e seguirem ou não os tratamentos propostos possam ser analisados.

O estudo dos itinerários terapêuticos permite o conhecimento dos sistemas de atenção à saúde utilizados, suas limitações e potencialidades, mas também o macrocontexto socioeconômico e os aspectos subjetivos e culturais que influenciam estas escolhas (CABRAL et al, 2011). Além disso, também pode oportunizar uma visão dos sistemas de cuidados com a saúde por uma visão ampliada e positiva desta, não apenas com foco no corpo adoecido ou na experiência de adoecimento (DEMÉTRIO, SANTANA, PEREIRA-SANTOS, 2020). Desta forma, os itinerários terapêuticos no cuidado em saúde mental são entendidos como os caminhos individuais percorridos pelas pessoas em busca de cuidados terapêuticos para o sofrimento psíquico, mediados pelos seus contextos e por suas subjetividades.

O subsistema profissional, de forma geral, segue o paradigma cartesiano, calcado no método científico. O modelo anatomoclínico, fundamentado no racionalismo cartesiano e pilar da medicina moderna, trouxe vários avanços nas práticas de cuidado. Porém, esta visão revela-se insuficiente para compreender a complexidade do adoecer humano, por não dar conta das dinâmicas sociais, exigindo dos profissionais abordagens mais integradas à realidade (ANDERSON, RODRIGUES, 2016).

Esta visão de mundo tende a reduzir o corpo, incluindo as funções mentais, a uma máquina que, quando funciona adequadamente, manifesta a saúde. Assim, a

doença, incluindo a doença mental, é identificada como um mau funcionamento que precisa ser reparado. Consequentemente, as práticas de cura propostas tendem a carecer de uma visão mais ampliada da questão (BRAUNER, FERRAZ, 2017).

Neste sentido, a doença mental seria encarada apenas pelo seu prisma biológico, de desequilíbrio neuroquímico, para o qual a medicação que corrigisse essa falha de funcionamento cerebral seria a terapêutica ideal e suficiente. Porém, como já discutido, o adoecimento psíquico é multifatorial, tendo peso importante da determinação social (ALVES, RODRIGUES, 2010; CID, PEREIRA, 2016; LEITE et al, 2017; DIMENSTEIN et al, 2017a; SILVA et al, 2018; DIMENSTEIN et al, 2020; CARVALHO et al, 2021; CARVALHO et al, 2023; SOMBRA NETO et al, 2024). Por esta visão limitada, os provedores de cuidados em saúde mental não teriam nenhuma atuação neste contexto, o que torna sua prática pouco eficiente e mantenedora do status quo. O modelo tradicional biomédico reforça a normatização dos comportamentos pelo controle social, justificando os problemas apenas por características individuais e propondo soluções que não reconhecem o papel do Estado e da sociedade na questão (CARDOSO, LIMA CUNHA, 2021).

Imagem 11 - Igarapé na Ilha do Combu, Belém, Pará



Fonte: acervo pessoal

Lancetti e Amarante (2006) mencionam que o início dos cuidados formais em saúde mental coincide com a invenção da própria instituição hospitalar, de forma bastante insalubre. Com o ideário da Revolução Francesa, iniciou-se uma preocupação em melhorar a assistência aos enfermos nestas instituições. Os autores

destacam as contribuições de Pinel nos estudos da chamada alienação mental e na própria gênese do hospital psiquiátrico. Também chamam a atenção de que neste momento histórico, de valorização da razão, um indivíduo ser considerado “alienado” o excluía da sociedade, dando origem à concepção de periculosidade das pessoas com problemas mentais. Consequentemente, estaria justificado seu enclausuramento, tanto para proteção da sociedade, quanto para estudo das patologias mentais.

Estas concepções ajudaram a moldar o estigma ligado às pessoas com transtornos mentais. A concepção de que “o louco” é uma pessoa perigosa, que não compartilha o mundo mental normal e precisa ser isolado, numa lógica de higienização social, podem ser observados até os dias atuais (LANCETTI, AMARANTE, 2006). Ou seja, as práticas de cuidado em saúde mental baseados na segregação criaram e reforçam a discriminação contra pessoas vulneráveis (CABRAL, FARIAS, 2023). No imaginário popular, a própria área da saúde mental está vinculada à loucura e à institucionalização (BRAUNER, FERRAZ, 2017).

A exclusão reforça ainda mais o sofrimento, através do isolamento, redução da auto-estima, da autoconfiança, da motivação e da esperança no futuro (VENTURA, 2017). Garrafa e Porto (2008) definem a bioética das situações persistentes como a que se debruça sobre os macroproblemas vivenciados pela maioria da população de países periféricos, com níveis significativos de exclusão social (GARRAFA, PORTO, 2008). O estigma ligado ao sofrimento psíquico é claramente uma situação persistente desta natureza, representando um desafio bioético.

Após o final da Segunda Guerra Mundial, com a consolidação dos Direitos Humanos, percebeu-se que os hospitais psiquiátricos guardavam muitas semelhanças com os campos de concentração e as violações de direitos ocorridas neles. Assim, começaram a surgir iniciativas de reformar os hospitais psiquiátricos, como a Comunidade Terapêutica no Reino Unido e o Hospital Saint-Alban na França, que permitiram que os pacientes fossem ouvidos e encarados como pessoas capazes de opinar sobre seu tratamento (LANCETTI, AMARANTE, 2006). Neste ponto, se incrustam desafios bioéticos dos cuidados às pessoas com questões de saúde mental, sendo um dos principais o respeito à autonomia da pessoa, como condição para a ética dos relacionamentos.

O conceito de autonomia pode ser vislumbrado por alguns diferentes pontos de vista. Incorporando os conceitos do Relatório Belmont, a teoria principialista de Beauchamp e Childress defende que a autonomia seria a “habilidade do indivíduo em tomar decisões informadas sobre si mesmo, livre de coerções externas” (LICHOTE et al, 2025, p.211). Ademais, o respeito à autonomia da pessoa também envolveria a liberdade de ação dela segundo as decisões tomadas (COSTA, ANJOS, ZAHER, 2007).

Esta concepção vem sendo questionada pois exigiria uma neutralidade de interferências externas muito difícil de ser alcançada por qualquer ser humano. Em contrapartida, vem sendo proposto o conceito de autonomia relacional, a qual reconhece a influência da rede de relações na qual a pessoa está inserida na sua visão de mundo e, consequentemente, nas suas decisões. Assim, mais do que uma característica isolada, a autonomia passa a ser compreendida como “algo construído nas relações com o outro, considerando os vínculos afetivos, culturais e institucionais que moldam as decisões” (LICHOTE et al, 2025, p.212).

Para que o indivíduo seja capaz de decidir o que é melhor para si, é necessário que consiga compreender, analisar e escolher intencionalmente (CABRAL, FARIAS, 2023). Vários tipos de sofrimento mental podem prejudicar a capacidade de julgamento da pessoa, ainda que temporariamente, comprometendo sua possibilidade de tomar decisões adequadas às suas necessidades e contexto, tornando complexo o respeito à sua autonomia (COSTA, ANJOS, ZAHER, 2007). Assim, seria justificada uma ação paternalista por parte dos provedores de cuidado em saúde mental, caso as decisões da pessoa colocassem em risco sua integridade ou a de outras pessoas.

Porém, tão logo seja possível, o respeito à autonomia da pessoa deve nortear o cuidado do indivíduo com questões de saúde mental, contando com sua participação na escolha das práticas terapêuticas que serão utilizadas em seu tratamento, seguindo o princípio do consentimento informado (BRAUNER, FERRAZ, 2017). Especialmente em transtornos mentais mais graves, esse limiar pode ser difícil de ser reconhecido por familiares, profissionais de saúde e até operadores do direito, o que pode ensejar desrespeito aos direitos humanos da pessoa. Desta forma, a autonomia pode ser prejudicada por maneiras variadas de coerção social, como violências, desrespeito, mas também pela própria atuação dos cuidadores (LICHOTE et al,2025).

O artigo 5o da DUBDH afirma que “a autonomia das pessoas no que respeita à tomada de decisões, desde que assumam a respectiva responsabilidade e respeitem a autonomia dos outros, deve ser respeitada” (UNESCO, 2006), deixando clara a característica relacional do respeito à autodeterminação das pessoas. O mesmo artigo também prevê que há pessoas sem condições de exercer sua autonomia, a exemplo de pessoas com transtornos mentais graves, e afirma que “devem ser tomadas medidas especiais para proteger os seus direitos e interesses” (UNESCO, 2006).

O princípio do respeito à autonomia está baseado no ideário da dignidade humana, inerente a todos os indivíduos e que baseia todos os direitos (COSTA, ANJOS, ZAHER, 2007). Desde a primeira frase de seu preâmbulo, a Declaração Universal dos Direitos Humanos afirma que reconhecer a dignidade de todos os seres humanos é o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo e em seu primeiro artigo afirma que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos (ONU, 1948).

Segundo este princípio, a pessoa deve ter respeitada suas opiniões, valores, convicções e escolhas, o que caracteriza o respeito à sua autodeterminação (CABRAL, FARIAS, 2023). Reconhece-se que algumas pessoas têm sua autonomia reduzida, como crianças e pessoas incapazes de decidir, de maneira permanente ou temporária, mas isso não os faz menos dignos que os demais seres humanos. Mesmo que a pessoa tenha um transtorno mental que dificulte sua capacidade de escolher, deve-se buscar respeitar sua autonomia na medida do possível (COSTA, ANJOS, ZAHER, 2007).

Imagem 12 - Marisqueira em Mangue Seco, Igarassu, Pernambuco



Fonte: acervo pessoal

O contexto em que a pessoa está inserida, muitas vezes diferente do contexto do profissional que a está analisando, precisa ser levado em consideração para que ocorra o respeito à sua autonomia. O conceito de dignidade humana exige que a pessoa seja vislumbrada tanto em seu sentido biológico, quanto no seu entorno familiar, social, histórico e cultural, pois ambas as dimensões participam da situação apresentada (BRAUNER, FERRAZ, 2017). Portanto, a busca do respeito à autonomia da pessoa é uma construção que se faz de maneira inter-relacional (HOLANDA, 2015)

O artigo 3o da DUBDH afirma que a dignidade humana deve ser plenamente respeitada e que os interesses e o bem-estar do indivíduo devem prevalecer sobre o interesse exclusivo da sociedade (UNESCO, 2006). Portanto, em práticas de cuidado em saúde mental nas quais o respeito à autonomia da pessoa seja relativizado por sua condição de adoecimento, as decisões tomadas devem visar sobretudo o bem estar da pessoa e não apenas o da coletividade.

Por outro lado, as pessoas com transtornos mentais que comprometem sua capacidade de julgamento também se encontram numa situação de vulnerabilidade, gerando nas sociedades a obrigação moral de protegê-las. Ignorar completamente a autonomia de indivíduos em sofrimento psíquico representaria um retrocesso rumo a uma sociedade autoritária e carente de empatia, mas apenas garantir o direito de escolha sem considerar suas vulnerabilidades pode ser igualmente prejudicial (FELÍCIO, PESSINI, 2009). A categoria proteção, especialmente dos mais frágeis, desassistidos e excluídos da sociedade, precisa ser incorporada aos debates bioéticos, como sugere a Bioética de Intervenção em seus “quatro Ps” (GARRAFA, 2005).

A vulnerabilidade pode ser encarada de várias maneiras. A acepção mais comum seria a possibilidade de ser ferido, inerente a qualquer organismo vivo. Mas pode ser pensada também como condição humana universal, na qual o ser humano, por se reconhecer vulnerável, é susceptível de ser atingido, não apenas no seu componente biológico, mas também no seu projeto existencial. Pode ainda ser considerada uma característica peculiar de determinados grupos de pessoas, que lhe confere desvantagens perante os demais, como pessoas com capacidade ou liberdade reduzida para consentir (FELÍCIO, PESSINI, 2009).

Dentro da saúde coletiva brasileira, as proposições de Ayres et al (2003) sobre o tema ganharam destaque. Os autores propõem três componentes para este conceito que exercem influência sobre a vida das pessoas e coletividades de maneira inter-relacionada. São eles a vulnerabilidade individual, expressa em fatores de risco físicos, psíquicos ou comportamentais, a vulnerabilidade social, expressa em características econômicas, políticas, morais, religiosas ou culturais, e a vulnerabilidade programática, expressa nas políticas públicas influenciando positiva ou negativamente as dimensões anteriores.

Como princípio ético internacional, a vulnerabilidade é percebida como característica intrínseca e permanente da humanidade, marcada pela nossa finitude e pela constante possibilidade de sofrermos danos, o que exige que a dignidade humana seja protegida para além da vontade própria, especialmente quando o indivíduo não tem condições plenas de decidir ou consentir por si mesmo (FELÍCIO, PESSINI, 2009). O artigo 8o da DUBDH menciona que a vulnerabilidade humana precisa ser considerada na prática médica, devendo-se proteger os indivíduos e coletividades particularmente vulneráveis (UNESCO, 2006), como as pessoas com transtornos mentais.

Para além da vulnerabilidade individual, é importante se atentar ao conceito de vulnerabilidade social, para o qual relações de poder assimétricas entre indivíduos e setores da sociedade criam condições de fragilidade das pessoas e grupos sociais, com dificuldades na efetivação dos seus direitos e desrespeito à sua cidadania. Pessoas com transtornos mentais, que têm dificuldades em fazer cumprir seus direitos, conseguem menor participação na esfera pública, enfrentam dificuldades de acesso a serviços de saúde, educação e a postos de trabalho, são exemplos concretos desta vulnerabilidade (VENTURA, 2017).

As bioéticas latinoamericanas tendem a descrever a vulnerabilidade sob o viés social, mas chamando a atenção para o papel do Estado na mitigação ou manutenção das situações de desigualdades injustas e suas consequências sobre a qualidade de vida e a saúde das coletividades e indivíduos (CARDOSO, LIMA, CUNHA, 2021). Desta forma, aproximam-se do conceito de vulnerabilidade programática de Ayres et al (2003).

Em resposta a estes questionamentos bioéticos, iniciativas de melhoria nos cuidados em saúde mental, iniciadas ainda na primeira metade do século XX, foram

sendo empreendidas. Previam maior horizontalidade nas relações dentro dos hospitais psiquiátricos, através de reuniões assembléias e grupos terapêuticos, buscando um projeto terapêutico comum, como nas já mencionadas Comunidades Terapêuticas no Reino Unido. Ou ainda realizaram inserção de atividades comunitárias, como festas, comércio, etc, dentro do hospital, como no também já mencionado hospital de Saint-Alban, na França. Apesar de representarem um avanço no respeito à dignidade e à autonomia das pessoas, ainda eram propostas focadas no hospital e não na reinserção destes internos à vida em sociedade (LANCETTI, AMARANTE, 2006).

Apenas a partir da década de 70 do século XX, iniciativas realmente de transformação do modelo de cuidados em saúde mental começaram a ser implantadas, com a substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços de base comunitária. A iniciativa pioneira, conduzida na Itália por Franco Basaglia, foi um divisor de águas nas práticas de cuidado em saúde mental.

> Trata-se, aparentemente, de uma operação simples, mas na prática ela revela uma grande riqueza, pois o profissional de saúde mental, que antes tinha diante de si um esquizofrênico catatônico, um alienado, um incapaz de Razão e Consciência, encontra subitamente uma pessoa, com nome, sobrenome, endereço, familiares, amigos, projetos, desejos. Com a doença mental entre parênteses o sujeito deixa de ser reduzido à doença; surgem assim necessidades outras, novas, que antes os profissionais de saúde mental não conseguiam vislumbrar. Por isso o tratamento também deixa de ser a prescrição do isolamento ou do tratamento moral. O sujeito, visto em sua totalidade, requer demandas de trabalho, de lazer, de cuidados, de relações e afetos. Percebe-se nestas intervenções epistemológicas e práticas de Franco Basaglia que, a um só tempo , estão sendo operadas algumas rupturas com as bases do paradigma psiquiátrico, na medida em que estão sendo superados os conceitos de alienação mental, de isolamento e de tratamento moral, que nenhuma das propostas anteriores de reformas psiquiátricas havia almejado realizar (LANCETTI, AMARANTE, 2006, p. 23).

A experiência exitosa foi bastante relevante e influenciou a reforma dos cuidados em saúde mental em toda a Itália poucos anos depois, servindo de inspiração para vários países.

O Brasil vivia uma realidade manicomial semelhante (CAMPOS, SILVA, 2025), intensificada no período da ditadura militar, com “práticas autoritárias, violência institucional e a exclusão social de pessoas em sofrimento psíquico” (LICHOTE et al, 2025, p.206). As transformações começaram a acontecer a partir da promulgação da

constituição de 1988 e a criação do SUS. Com a municipalização da saúde, algumas experiências, como a de Santos, representaram os exemplos concretos que inspiraram a reforma psiquiátrica brasileira (LANCETTI, AMARANTE, 2006).

Vários embates se estabeleceram desde então com grandes resistências em diversos atores e setores da sociedade à desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais. Entre idas e vindas, tem se avançado em formas de cuidar mais ancoradas nos direitos humanos destes indivíduos, como as expressas na Lei 10216, conhecida como a lei da reforma psiquiátrica, (BRASIL, 2001a) e na instituição da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011b).

A Lei 10216, que foi a primeira Política Nacional da Saúde Mental brasileira, trata da "proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental" (BRASIL, 2001a, p.1). A partir deste documento, os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais passaram a ser oficialmente considerados no país. Em seu primeiro artigo, afirma que

> "os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (BRASIL, 2001a, p.1)".

Já neste primeiro artigo está expressa concordância com o artigo 11o da DUBDH, o qual afirma que pessoas e coletividades devem ter sua dignidade, seus direitos e suas liberdades fundamentais respeitados, sem sofrer discriminação ou estigmatização (UNESCO, 2006).

Imagem 13 - Estância turística na Praia fluvial Dunas do Velho Chico, Casa Nova, Bahia



Fonte: acervo pessoal

Em seu segundo artigo, deixa claros os direitos das pessoas com transtornos mentais durante os atendimentos em saúde.

> “I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
> II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
> III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
> IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
> V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
> VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
> VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
> VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
> IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001a, p.1)”.

Neste trecho, é possível perceber a correlação com o artigo 3o da DUBDH, que trata do respeito à dignidade, direitos e liberdades humanas, mas também com o artigo 4o, para o qual deve-se maximizar efeitos benéficos diretos e indiretos das práticas de cuidado em saúde, minimizando qualquer possível risco aos indivíduos. Ainda é possível perceber semelhanças com os artigos 8o, que trata do respeito à vulnerabilidade e integridade das pessoas, e 9o, que menciona o respeito à privacidade e confidencialidade de informações (UNESCO, 2006).

No seu artigo 3o, a Lei 10216 guarda similitudes com o artigo 14o da DUBDH, que trata o gozo da melhor saúde que se possa alcançar como direito humano de responsabilidade dos governos.

> “É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001a, p.1)”.

Ainda neste artigo 3o, a Lei 10216 proíbe a internação de pessoas com transtornos mentais em instituições com características asilares (BRASIL, 2001a), ou seja, nas quais a pessoa fique definitivamente apartada do convívio familiar e social e passe a residir no equipamento de saúde. Estão permitidas internações em situações agudas, visando compensação do quadro, com seguimento em serviços ambulatoriais de cuidado tão logo seja possível. Esta foi uma das modificações mais significativas do modelo de cuidado às pessoas com transtornos mentais no Brasil e representou uma vitória dos movimentos sociais que lutavam contra o modelo manicomial.

Este redirecionamento das práticas de cuidado em saúde mental representa um avanço no respeito aos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais. Está em consonância com os artigos 3o, que trata do respeito à dignidade humana, 5o, sobre respeito à autonomia das pessoas, e 6o, relativo ao consentimento de práticas em saúde, da DUBH, visto que conclama profissionais e serviços de saúde a considerar a pessoa no seu todo, respeitando seus desejos e necessidades. Mas também atende aos dispostos nos artigos 7o, que garante proteção especial às pessoas em situações que as tornem incapazes de consentir, e 8o, que assegura proteção das pessoas em situação de vulnerabilidade.

Em 2011, através de portaria do Ministério da Saúde, foi oficialmente instituída a RAPS, com o objetivo de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde de pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com uso problemático de substâncias. Através dela, buscou-se definir as responsabilidades dos serviços de saúde envolvidos no cuidado às pessoas com transtornos mentais, visando efetivar as disposições expressas na Lei 10216 de 2001. Já em sua primeira diretriz, reafirma o respeito aos direitos humanos das pessoas assistidas (BRASIL, 2011b).

Também em suas diretrizes, está expressa a promoção da equidade, com reconhecimento dos determinantes sociais do adoecimento psíquico (BRASIL, 2011b). Ou seja, a portaria reconhece a injustiça social como determinante do adoecimento psíquico, orientando atuação em seu combate através da equidade. Esta proposição se coaduna com o artigo 10o da DUBDH, que orienta a igualdade de tratamento entre seres humanos, buscando a justiça e equidade, mas também com artigo 14o, que menciona ser preciso que governos e sociedades atendam necessidades fundamentais dos seres humanos (UNESCO, 2006), que são determinantes do adoecimento.

Não por acaso, é ainda diretriz da RAPS expressa na portaria o combate a estigmas e preconceitos (BRASIL, 2011b). Como já mencionado, o estigma associado aos transtornos mentais é uma realidade e causa perpetuação do sofrimento e práticas inadequadas de cuidado, justificando que os serviços de saúde trabalhem para sua superação, protegendo pessoas mais vulneráveis e excluídas socialmente (GARRAFA, 2005). Aqui também se observa a aproximação com o artigo 11o da DUBDH que condena a estigmatização de qualquer ser humano (UNESCO, 2006).

Cabe ainda destacar a diretriz que visa garantir o acesso e a qualidade dos cuidados ofertados nos serviços de saúde, que devem ser pautados pela integralidade e pela interdisciplinaridade. Para tanto, a portaria também prevê como diretriz a educação permanente de profissionais (BRASIL, 2011b). Mais uma vez, a portaria está em consonância com o artigo 14o da DUBDH, que defende o acesso a cuidados de saúde de qualidade como parte do caminho para efetivação do direito humano à saúde (UNESCO, 2006).

A portaria também define os tipos de serviços de saúde que participam do cuidado às pessoas com transtornos mentais no Brasil. Através deles, a RAPS foi desenhada para acolher as diversas vulnerabilidades que envolvem as pessoas com sofrimento psíquico, nos diferentes ciclos de vida (CAMPOS, SILVA, 2025). Estes equipamentos estão expressos na tabela 6.

Tabela 6 - Serviços componentes da Rede de Atenção Psicossocial

Atenção básica em saúde	Unidade Básica de Saúde
	Equipe de Consultório na Rua
	Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
	Centros de Convivência
Atenção psicossocial especializada	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades
Atenção de urgência e emergência	Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU)
	Sala de Estabilização
	Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas
	Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro
	Unidade Básica de Saúde
Atenção residencial de caráter transitório	Unidade de Recolhimento
	Serviços de Atenção em Regime Residencial
Atenção hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral
	Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Estratégias de desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos
Reabilitação psicossocial	

Fonte: Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011b)

Considerando especificamente a APS, a portaria atribui às Unidades Básicas de Saúde a responsabilidade de “desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais (...) compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede” (BRASIL, 2011b) e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, atualmente denominados Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2023b), a responsabilidade de apoiar as equipes às quais estejam vinculados, “atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado” (BRASIL, 2011b). Em portarias posteriores, outros serviços de saúde foram sendo acrescidos a estes, mas a lógica do cuidado se manteve. Excetuando-se as situações pontuais de necessidade da rede hospitalar, a maior parte do cuidado em saúde mental deve ser realizada em serviços ambulatoriais, de base territorial, objetivando melhor qualidade e o respeito aos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais.

Com base no exposto, pode-se inferir que o Brasil tem uma legislação e normas infralegais referentes ao cuidado de pessoas com transtornos mentais bastante ancoradas no ideário da bioética e dos direitos humanos, o que deveria garantir cuidados adequados. Contudo, a instituição de legislação e mudança no tipo de serviço de saúde ofertado não é suficiente para a efetiva transformação das práticas de cuidado. Como já mencionado, ainda existe uma tendência, em ampla gama de serviços de saúde, do cuidado ofertado para pessoas em sofrimento psíquico ser focado na institucionalização e na medicalização das doenças mentais (COSTA, ANJOS, ZAHER, 2007; BRAUNER, FERRAZ, 2017), mesmo em serviços da APS (TANAKA, RIBEIRO, 2009; GRYSCHEK, PINTO, 2015; SANTOS, BOSI, 2021).

Não existe uma explicação simples para este fenômeno. Pode haver contribuição da formação inadequada dos profissionais de saúde, habitualmente reducionista e centrada nas doenças e não nas pessoas em seus contextos (TANAKA, RIBEIRO, 2009; GRYSCHEK, PINTO). Além disso, este caminho formativo pode não prepará-los para o trabalho interprofissional (SANTOS, BOSI, 2021).

Ainda se pode elencar a contribuição das questões culturais, que revelam preconceito e estigma sobre questões de saúde mental, tanto entre trabalhadores da saúde (TANAKA, RIBEIRO, 2009; GRYSCHEK, PINTO, 2015; SANTOS, BOSI, 2021), quanto na população em geral (LANCETTI, AMARANTE, 2006; ALVES, RODRIGUES, 2010; BRAUNER, FERRAZ, 2017; CABRAL, FARIAS, 2023).

Insuficiência de condições adequadas de trabalho também podem favorecer a questão. Mesmo com leis e portarias vigentes, na execução destas, a qualidade e o formato da atenção à saúde mental na APS brasileira ficam condicionados às inclinações pessoais de gestores e profissionais da ponta, o que fragmenta a rede e impede que o paciente receba um cuidado integral e contínuo (CORREIA et al, 2011). A rotatividade de profissionais também prejudica o vínculo, a longitudinalidade e a educação permanente em saúde mental (SANTOS, BOSI, 2021). Esta realidade é prejudicial tanto aos trabalhadores, quanto às pessoas que deles necessitam.

.Outro desafio é o racismo institucional, definido como a falha das instituições em oferecer serviços adequados às pessoas em virtude de sua raça / cor, que além de não permitir reconhecer a determinação do sofrimento psíquico no que tange às questões étnico-raciais, ainda permite a existência de barreiras de acesso aos cuidados em saúde e prejuízos em sua qualidade (DIMENSTEIN et al, 2020). Desta forma, reforça a reprodução das iniquidades baseadas na raça / cor e naturaliza a discriminação (SANTOS et al, 2024). Todas elas representam desafios bioéticos contrários aos preceitos da DUBDH.

Mas esta é uma realidade passível de transformação. Já há experiências exitosas de mudança de paradigma nos cuidados em saúde mental prestados pela APS, incluindo em contextos rurais. O fortalecimento do trabalho interprofissional, com a utilização de ferramentas como as práticas coletivas, a clínica ampliada, o matriciamento, a interconsulta e o projeto terapêutico singular (SANTOS et al, 2020) tem um potencial de promover um cuidado em saúde mental mais integral, longitudinal e adaptado às questões culturais de cada coletividade (CIRILO-NETO, DIMENSTEIN, 2021).

Moleiro e Gonçalves (2010) enfatizam que o preparo técnico para lidar com a diversidade não é apenas um diferencial, mas um requisito indispensável para a eficácia das intervenções clínicas em saúde mental com grupos minoritários da população. Desta forma, o cuidado estará em concordância com os aspectos bioéticos levantados pelo artigo 14o da DUBDH, como também pelo artigo 12o, que suscita o respeito à diversidade cultural e o pluralismo (UNESCO, 2006).

Nesta perspectiva, a bioética tem uma importante contribuição na reflexão ética sobre relacionamentos profissionais e institucionais com as pessoas em

sofrimento psíquico (COSTA, ANJOS, ZAHER, 2007). Suas reflexões podem favorecer a libertação do lógica neoliberal da identidade do profissional de saúde na direção de uma identidade baseada na ética do cuidado (SENA et al, 2025) e da bioética da proteção (SCHRAMM, 2017). Deve buscar fortalecer um cuidado em saúde mental que promova a dignidade destes indivíduos, incluindo nas instâncias políticas e comunitárias, para a proteção dos mais vulneráveis e construção de uma sociedade mais inclusiva (FELICIO, PESSINI, 2009).

O respeito à autonomia das pessoas em sofrimento psíquico, compreendida de forma relacional, enseja a “construção de espaços terapêuticos acolhedores e empoderadores, nos quais a voz do paciente é efetivamente valorizada e sua capacidade de agência reconhecida dentro do contexto sócio-histórico” (LICHOTE et al, 2025, p.213). Sabendo que a gênese do sofrimento psíquico em territórios rurais está ligada à injustiça social, a questões interseccionais de gênero e raça, à fragilização do apoio comunitário e a um tipo inadequado de cuidado, que não respeita as especificidades culturais (DIMENSTEIN et al, 2020), é necessária a reflexão ética para a mudança desta realidade.

Imagem 14 - Floresta amazônica, Presidente Figueiredo, Amazonas



Fonte: acervo pessoal

3. SAÚDE MENTAL EM TERRITÓRIOS RURAIS NORDESTINOS

3.1. Método de pesquisa

Este é um estudo qualitativo de natureza interpretativa. A pesquisa qualitativa investiga fenômenos que não podem ser quantificados, abordando “o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos” (MINAYO, 2001, p.22). Na investigação qualitativa, a realidade e a atribuição de seus significados são consideradas construções sociais, portanto há destaque para o caráter processual e para a reflexão (GUNTHER, 2006), enquanto que a pesquisa quantitativa busca explicar as relações observadas por relações estatísticas entre objeto de estudo e variáveis de exposição (LIMA-COSTA, BARRETO, 2003). Este trabalgo assume como pressuposto epistemológico que é fruto de uma construção social e que o conhecimento é influenciado pela subjetividade dos participantes e dos pesquisadores.

No estudo, foram realizadas entrevistas em profundidade com pessoas usuárias de unidades de saúde da família, que convivem com sofrimento psíquico, residentes em territórios rurais de Caruaru e Agrestina, no agreste de Pernambuco, e Icapuí, no litoral do Ceará, no contexto de outro projeto de pesquisa, intitulado “Entre o ator e o sistema: práticas de cuidado com a saúde mental na atenção básica e as relações médico/paciente”, desenvolvido numa parceria entre professores e estudantes de sociologia da UFPE Recife e de medicina da UFPE Caruaru (FONTES, 2016), permitindo conhecer seus itinerários terapêuticos.

Além de atender ao critério de ter população rural em seu território, a escolha do município de Caruaru se deu pela facilidade logística da presença do campus da UFPE. Já a eleição do município de Agrestina ocorreu pela proximidade com Caruaru. Por sua vez, o município de Icapuí foi aventado para haver representação de população das águas e por ser o local de residência de uma das participantes da equipe inicial de pesquisa. Nos três municípios, o apoio da gestão municipal de saúde à realização da pesquisa também foi determinante na sua escolha. As comunidades envolvidas foram indicadas por eles.

Os respondentes foram localizados por intermédio das agentes comunitárias de saúde de cada região. Estas profissionais, por também serem moradoras das localidades assistidas e membros de suas comunidades, realizam a interface entre os saberes populares e biomédicos e mantêm um vínculo de confiança com estes usuários, o que foi fundamental não só para a localização dos domicílios das pessoas nos territórios, como para a apresentação dos entrevistadores.

As entrevistas foram realizadas no domicílio das pessoas, por um dos membros do projeto, com tempo de duração variando entre 30 e 60 minutos, orientadas pelo roteiro descrito no Anexo 1. Esta função foi desempenhada alternadamente por dois professores, sendo eu um deles, duas estudantes de graduação e um estudante de pós-graduação vinculados ao projeto, entre os meses de setembro e novembro de 2016. Pressupõe-se que os entrevistados responderam às perguntas de forma honesta e sem omissões intencionais.

O critério para definição do tamanho amostral foi a saturação de informações obtidas nas entrevistas, totalizando 14 respondentes. A cada ida ao campo para realização de uma ou duas entrevistas, após sua transcrição, a equipe de pesquisa se reunia para verificar a ocorrência de novos dados. Após três entrevistas sem dados novos, admitiu-se ter atingido a saturação. Desta forma, assume-se que a amostra selecionada possui características que permitem a transferência dos resultados para contextos similares.

O áudio das entrevistas foi gravado e posteriormente transcrito por estudantes de graduação vinculados ao projeto. Foi procedida a leitura inicial destas transcrições, para verificação de respeito aos critérios de inclusão e exclusão e aos objetivos da pesquisa. Numa segunda leitura, foram identificados os elementos que descreviam os itinerários terapêuticos dos respondentes, com a subsequente construção de uma representação gráfica deles, seguindo uma linha temporal. A terceira leitura se destinou à conferência da adequação desta representação às falas dos entrevistados. A identidade dos entrevistados foi resguardada para manutenção de privacidade e confidencialidade dos dados, com seus nomes tendo sido substituídos por pseudônimos quando suas falas são mencionadas.

As informações levantadas foram analisadas sob o referencial da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Potter define a ciência da sobrevivência, sugerindo para ela o termo bioética, como o “conhecimento de como

usar o conhecimento para o bem social", unindo conhecimento biológico e valores humanos (POTTER, 1971), junção bastante necessária quando se deseja analisar uma política pública em saúde, como o estudo atual intencionou fazer.

Tanto o estudo inicial quanto o atual atendem as determinações das Resoluções 466 (BRASIL, 2012) e 510 (BRASIL, 2016) do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos. A coleta de dados foi realizada após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (CAE: 56388216.0.0000.5208) e de cada participante, expressa no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos 2 e 3). A participação no trabalho foi voluntária, não interferiu no acesso aos serviços de saúde e poderia ser interrompida a qualquer momento pelos participantes.

Em relação aos riscos para os voluntários do estudo, uma eventual falha nos procedimentos de segurança dos dados coletados poderia colocar os participantes em risco de constrangimento. Para a minimização deste risco, a equipe de pesquisa utilizou procedimentos de segurança dos dados coletados, de forma que se asseguraram a confidencialidade e a privacidade, a proteção da voz e da imagem e a não estigmatização dos participantes. O estudo não previu benefícios diretos, de qualquer natureza, aos voluntários. Houve autorização do pesquisador principal responsável pelo estudo para que os dados pudessem ser utilizados nesta tese.

Imagem 15 - Pescadores em Praia Redonda, Icapuí, Ceará



Fonte:reprodução internet

3.2. Características dos territórios estudados

Distando cerca de 130 Km da capital do estado, Caruaru é a maior cidade do agreste pernambucano. Com uma população de aproximadamente 378.000 habitantes, com cerca de 11% dela vivendo em área rural, tem índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) de 0,677 (BRASIL, 2022a). Por sua localização estratégica e de seu clima semiárido, desde sua formação, possui uma intensa vocação comercial, a base de sua economia até os dias atuais, fazendo parte do Aglomerado de Confecções do Agreste Pernambucano (ALVES et al, 2016). Na área rural, a atividade econômica predominante é a confecção de vestuário, além da agricultura de subsistência e da pecuária de pequenos animais. Os entrevistados pela pesquisa residem em um território que dista cerca de 10 Km da área urbana da cidade. Estes resultados estão expressos na Tabela 7.

Especificamente em relação à rede de saúde mental, Caruaru conta Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III, um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS AD) III, um ambulatório de psiquiatria para adultos e um ambulatório multiprofissional especializado em saúde mental infantojuvenil, envolvendo psiquiatria, psicologia, terapia ocupacional e fonoaudiologia, todos de gestão municipal, com uma parceria com Universidade Federal da Pernambuco (UFPE) através de seu programa de residência médica em psiquiatria. Conta também com quatro UPAs de gestão municipal e uma de abrangência regional, de gestão estadual, um SAMU e duas centrais de regulação, uma delas de assistência à saúde e outra de regulação das urgências. Na Atenção Primária à Saúde (APS), Caruaru dispõe de 64 Unidades Básicas de Saúde, sendo 61 Unidades de Saúde da Família (USF) e três Centros de Saúde tradicionais (BRASIL, 2024b), boa parte delas com apoio de equipes multiprofissionais. Há também leitos integrais em hospital geral. A área de residência dos entrevistados é coberta por uma USF, mas dispõe de atendimentos apenas uma vez por semana, em um ponto de apoio, sem participação de equipes multiprofissionais. Estes resultados estão expressos na Tabela 8.

Localizando-se a cerca de 150 Km da capital do estado, Agrestina faz fronteira ao norte com a cidade de Caruaru, distando cerca de 25 Km desta. Com clima semiárido e uma população de aproximadamente 23.000 habitantes, cerca de 25% dela vivendo em área rural, tem índice de desenvolvimento humano municipal

(IDHM) de 0,592 (BRASIL, 2022b). A atividade econômica principal da cidade continua sendo a pecuária e agricultura de subsistência, apesar de sua recente incorporação ao pólo de confecções do estado (ALVES et al, 2016). Os entrevistados pela pesquisa residem em um território que dista cerca de 15 Km da área urbana da cidade. Estes resultados estão expressos na Tabela 7.

Em relação à rede de saúde mental, Agrestina conta um CAPS I, um centro de saúde com especialidade médicas, entre elas a psiquiatria, e dez USFs, de gestão municipal (BRASIL, 2024c). Para atendimentos de urgência, utiliza a UPA estadual localizada em Caruaru. Para caso de necessidade de internamentos, os pacientes são removidos para Recife. A área de residência dos entrevistados é coberta por uma USF, mas dispõe de atendimentos apenas uma vez por semana, em um ponto de apoio, sem participação de equipes multiprofissionais. Estes resultados estão expressos na Tabela 8.

O município de Icapuí, localizado no litoral leste do Ceará, na fronteira com o Rio Grande do Norte, dista cerca de 200 km da capital. Tem um clima tropical litorâneo e uma população aproximada de 21.000 pessoas, com mais de 60% vivendo em territórios rurais, e IDHM de 0,616 (BRASIL, 2022c). A economia local é baseada na agricultura e na pesca, algumas indústrias de produtos alimentares e o turismo. Foi uma das primeiras cidades do estado a implantar a Estratégia Saúde da Família e o orçamento participativo. As entrevistadas pela pesquisa residem em uma vila de pescadores que dista cerca de 15 Km da área urbana da cidade. Estes resultados estão expressos na Tabela 7.

A RAPS do município é formada por oito USFs, uma equipe multiprofissional, um CAPS I, o SAMU e o Hospital Geral, todos de gestão municipal (BRASIL, 2024d). A rede também conta com serviços regionais localizados no município de Aracati, a 55 Km, como CAPS AD, CAPS Geral e Hospital Municipal. Quando é necessária a internação, os usuários são referenciados ao Hospital de Saúde Mental de Messejana, em Fortaleza. A área de residência das entrevistadas é coberta por uma USF no local, com atendimentos diários. Estes resultados estão expressos na Tabela 8.

Tabela 7 - Caracterização dos municípios onde residem os entrevistados

	Caruaru	Agrestina	Icapuí
Distância da capital	130Km	150Km	200Km
População	378.000	23.000	21.000
Proporção em territórios rurais	11%	25%	60%
IDH municipal	0,677	0,592	0,616
Atividade econômica na área rural	Confecção de vestuário, agricultura de subsistência, pecuária de pequenos animais	Agricultura de subsistência, pecuária de pequenos animais, confecção de vestuário	Agricultura de subsistência, pesca, indústria de produtos alimentares, turismo
Distância da residência dos entrevistados ao centro urbano	10Km	15Km	15Km

Fonte: BRASIL, 2022a,b,c; ALVES et al, 2016

Tabela 8 - Caracterização da RAPS dos municípios onde residem os entrevistados

	Caruaru	Agrestina	Icapuí
Atenção básica em saúde	64 UBS, boa parte com equipes multiprofissionais	10 UBS	8 UBS com equipe multiprofissional
Atenção psicossocial especializada	CAPS III, CAPS AD III, ambulatório de psiquiatria para adultos, ambulatório multiprofissional especializado em saúde mental infantojuvenil, central de regulação	CAPS I, ambulatório de psiquiatria	CAPS I (CAPS AD a 55Km)
Atenção de urgência e emergência	5 UPAs, SAMU, central de regulação de urgências	UPA estadual, localizada em Caruaru	SAMU, Hospital municipal
Atenção hospitalar	Leitos integrais em hospital geral	Hospital em Recife	Hospital em Fortaleza
Assistência no território onde vivem os entrevistados	atendimentos uma vez por semana, em um ponto de apoio, sem participação de equipes multiprofissionais	atendimentos uma vez por semana, em um ponto de apoio, sem participação de equipes multiprofissionais	atendimentos diários, com participação de equipes multiprofissionais

Fonte: BRASIL, 2024 b,c,d

Estas características dos territórios onde vivem as pessoas entrevistadas podem ser consideradas como fatores de risco para o adoecimento mental. São localidades nas quais as pessoas vivem com instabilidade laboral, pobreza e precária qualidade das habitações, já documentados como determinantes sociais de sofrimento psíquico (ALVES, RODRIGUES, 2010). Também pode-se mencionar as dificuldades de transporte, educação, assistência social e serviços de saúde observados nestas localidades como fatores de risco para os transtornos mentais (DIMENSTEIN et al, 2017a).

Estes aspectos apontam para a influência da história da ocupação humana no nordeste brasileiro, com a colonização baseada no extermínio dos povos originários locais, na concentração da posse das terras, no tráfico de pessoas africanas escravizadas (com o racismo subsequente) e concentrada nos territórios onde se localizam as atuais capitais, construindo os processos geradores das

grandes desigualdades observadas atualmente. Esta situação de iniquidade - desigualdade injusta e evitável - faz com que os residentes de territórios rurais e remotos tenham seu direito às condições geradoras de uma vida digna prejudicado.

Como já mencionado, Sen interpreta a falta de acesso a estes direitos como privações de liberdades, já que reduzem para as pessoas vulnerabilizadas as oportunidades de bem estar e de exercer a cidadania, o que define como injustiça (SANTOS, 2020). Neste sentido, a redução das iniquidades ou disparidades sociais, valorizando a equidade (CORGOZINHO, OLIVEIRA, 2016), mas também no combate às desigualdades que são as causas primordiais dos processos de adoecimento, é um desafio bioético persistente em países como o Brasil.

Como muito bem expresso na DUBDH em seu artigo 10o, todos os seres humanos são fundamentalmente iguais em dignidade e direitos e o tratamento deve ser justo e equitativo entre todos, o que não acontece com as pessoas que vivem nos territórios estudados, visto que não recebem por parte da sociedade este tratamento justo e equitativo em relação aos outros seres humanos que não vivem nestes territórios. Mas sobremaneira, observa-se o descumprimento do artigo 14o da DUBDH, que afirma categoricamente que as sociedades, através de seus governos, devem promover acesso a cuidados de saúde de qualidade, alimentação, água, educação, redução da pobreza, combate à marginalização e exclusão (UNESCO, 2006), o que seria fundamental para a mitigação das desigualdades que geram o adoecimento nos territórios estudados.

Configurada a situação de injustiça, cabe à bioética explicitá-la, reconhecê-la como um conflito ético-moral e buscar caminhos para sua mitigação. A distância no acesso aos direitos já mencionados entre seres humanos com diferentes posições sociais, que geram segregação social de diversas naturezas (Siqueira-Batista e Schramm, 2005), precisa ser enfrentada para que o princípio da justiça se efetive.

3.3. Características das pessoas entrevistadas

Foram entrevistadas três homens e onze mulheres, todos com identidade cisgênero e orientação sexual mencionada como heteroafetiva. A maioria se encontrava entre a quarta e a sexta década de vida. A escolaridade variava desde pessoas não alfabetizadas a pessoas com ensino médio completo, mas predominava a baixa escolaridade, com ensino fundamental incompleto sendo o nível de escolarização mais frequente. Estes resultados estão expressos na Tabela 9.

Imagem 16 - Sítio Queimada do Pereira, Agrestina, Pernambuco



Fonte: acervo pessoal

Tabela 9 - Características sócio-demográficas dos respondentes

Pseudônimo	Sexo	Idade	Situação conjugal	Escolaridade	Ocupação	Religião
Violeta	Feminino	42	Casada	Fundamental incompleto	Dona de casa	Evangélica
Melissa	Feminino	76	Casada	Analfabeta	Agricultora aposentada	Evangélica
Hortensia	Feminino	34	Casada	Fundamental incompleto	Dona de casa	Católica
Camélia	Feminino	55	Casada	Fundamental incompleto	Costureira autônoma	Católica
Lírio	Masculino	37	Solteiro	Fundamental incompleto	Agricultor desempregado	Evangélico
Rosa	Feminino	48	Separada	Fundamental incompleto	Aposentado por invalidez	Católica
Amarilis	Feminino	55	Casada	Analfabeta	Aposentado por invalidez	Evangélica
Cravo	Masculino	55	Casado	2o grau completo	Feirante autônomo	Evangélico
Petúnia	Feminino	40	Casada	Fundamental incompleto	Autônoma	Católica
Orquídea	Feminino	19	Solteira	Fundamental incompleto	Desempregada	Espírita
Gardênia	Feminino	57	Casada	Analfabeta	Desempregada	Católica
Dália	Feminino	48	Separada	2o grau completo	Profissional de saúde	Evangélica
Antúrio	Masculino	45	Solteiro	Fundamental incompleto	Aposentado por invalidez	Evangélico
Margarida	Feminino	45	Casada	Fundamental incompleto	Autônoma	Evangélica

Fonte: Tabela elaborado pela própria autora

Aqui, mais uma vez, o que parecem ser apenas características individuais das pessoas em sofrimento psíquico revelam a determinação social do adoecimento mental. A baixa escolaridade é um determinante bem documentado de adoecimento psíquico (ALVES, RODRIGUES, 2010; DIMENSTEIN et al, 2017(a). A concentração dos estabelecimentos de ensino, especialmente de ensino fundamental 2 e ensino médio, nas áreas urbanas, aliada à dificuldade de deslocamentos das populações do

campo, da floresta e das águas reduz as oportunidades educacionais dessas pessoas. Nos territórios estudados, a equipe de pesquisa observou a inexistência de escolas destes níveis.

Isto pode fazer esta população ficar mais restrita a trabalhos manuais, de baixa qualificação e, muitas vezes, informais. Com uma capacidade reduzida de negociar o valor do seu trabalho, os habitantes destes territórios podem enfrentar maior risco de pobreza, instabilidade financeira e laboral, o que é bastante útil para as forças político-econômicas que se utilizam da exploração dessa mão de obra (PRADO JR, 1979). Adicionalmente, pessoas com baixa escolarização têm mais dificuldade de se proteger de riscos à sua saúde, como por exemplo riscos ocupacionais e comportamentos nocivos (BUSS, PELEGRINI FILHO, 2007), além de terem mais dificuldade de compreenderem e seguirem orientações de profissionais de saúde (MARTINS et al, 2022).

Mas também sua capacidade de mobilização social para mudanças pode ficar comprometida, colaborando para a manutenção do status quo. Barreto, Oliveira e Lima (2024), afirmam que através da educação, incluindo a escolar, as pessoas "tomam consciência de sua condição e questionam o seu papel na sociedade (p.4)". Este isolamento também é agravado pela sensação de inferioridade e baixa autoestima, alimentadas pela baixa escolaridade (UNESCO, 2010), que estão muito relacionadas aos TMC.

Todas as pessoas entrevistadas moravam com familiares, sob diversos arranjos de família, em territórios rurais dedicados à agricultura de subsistência, à pesca artesanal ou à indústria informal de confecções. A maior participação das mulheres no grupo reflete o papel dos já mencionados estressores do cotidiano, sobrecarga de trabalho doméstico e violência de gênero no sofrimento psíquico da população feminina do campo, da floresta e das águas (LEITE et al, 2017; SOMBRA NETO et al, 2024), ficando evidenciado o papel do sexismo no adoecimento das participantes do estudo.

Nos territórios rurais, os papéis de gênero dentro dos arranjos familiares tendem a ser mais aderidos aos tradicionais, dos homens enquanto responsáveis pelo trabalho remunerado externo e pelas decisões sobre todo o grupo familiar e as mulheres responsáveis pelo trabalho doméstico não remunerado, que envolve os cuidados com a casa, as crianças, os idosos e os enfermos, o que favorece a

opressão destas (CUSIHUAMÁN-SISA, GAMARRA-CASTELLANOS, 2024). O fato das profissões nos territórios rurais estarem mais ligadas à necessidade de força física podem reforçar esta idéia de superioridade masculina, não obstante o fato de frequentemente as mulheres destes territórios estarem envolvidas com o trabalho produtivo concomitantemente ao doméstico, o que aumenta sua sobrecarga (LEITE et al, 2017; MILANÊS, 2020; SOMBRA NETO et al, 2024). Desta forma, a apropriação capitalista do trabalho das mulheres, seja ele doméstico ou produtivo, formal ou, mais frequentemente, informal (NEVES, PEDROSA, 2007) aumenta as chances de sofrimento e também reforça a instabilidade laboral como determinante de adoecimento psíquico.

Além disto, esta visão hierárquica do homem como chefe da família, que deve ser obedecido por todos, legitima situações de violência doméstica, que é mais um determinante do sofrimento psíquico entre mulheres rurais, dificultando seu reconhecimento e seu enfrentamento nestes territórios (COSTA, LOPES, SOARES, 2015; GARCÍA, CAMARERO, 2015). Há ainda o aspecto das afiliações religiosas mais frequentes - católica e evangélica - tenderem a reforçar o papel de dominação masculina, tanto do ponto de vista doutrinário, quanto do fato da maioria das posições de liderança religiosa ser ocupada por homens.

Isto também colabora para a manutenção das desigualdades e para o empobrecimento de possibilidades das mulheres conseguirem apoio para superarem as situações de opressão. A tendência das redes de sociabilidades em territórios rurais - familiares, de trabalho, religiosas, de lazer - serem mais coincidentes do que em territórios urbanos (SILVA, 2021) amplifica estes papéis e os problemas decorrentes deles.

De forma interseccional, o menor acesso a recursos educacionais pelas mulheres do campo, da floresta e das águas limita sua capacidade de encontrar ocupações fora do ambiente familiar / doméstico e reduzir sua dependência financeira e afetiva dos homens provedores. Além disso, pode também reduzir as oportunidades de entrar em contato com outras culturas e realidades diferentes e ter mais possibilidades de questionar estes papéis (BARRETO, OLIVEIRA, LIMA, 2024).

Estas condições representam iniquidades e claramente são uma questão bioética. Como já mencionado, o Artigo 10o da DUBDH expressa que os seres humanos são “fundamentalmente iguais em dignidade e direitos e o tratamento deve

ser justo e equitativo entre todos” (UNESCO, 2006), o que não ocorre com a população feminina entrevistada. O princípio bioético da justiça será efetivado apenas quando estas mulheres puderem desfrutar das mesmas oportunidades, vencendo as “privações de liberdade” às quais se encontram submetidas. (SANTOS, 2020).

Proposições bioéticas para superar estas injustiças necessitam da politização dos conflitos morais, no sentido de identificar as correlações de forças que conduzem às desigualdades, publicizá-las e promover a reflexão entre as pessoas vulnerabilizadas. Apenas desta forma, pode alcançar sua missão de ajudar pessoas e coletividades a se empoderar, como proposto por Sen, ou se libertar, como proposto por Freire, buscando alcançar a dignidade e a verdadeira autonomia (GARRAFA, MANCHOLA-CASTILLO, 2017; SANTOS, 2020).

Imagem 17 - Grupo de carimbó Ecomarajoara, Soure, Ilha do Marajó, Pará



Fonte: acervo pessoal

Nas localidades estudadas, também foram observadas relações coletivas presentes, com a identificação dos habitantes locais enquanto comunidades de agricultores ou pescadores, mas um empobrecimento das redes de relações das pessoas entrevistadas, tanto a nível familiar, quanto comunitário, o que não se pode afirmar ser causa ou consequência, mas ter relação com seu sofrimento psíquico. Observam-se claros prejuízos na sua sociabilidade, com consequências na vida familiar, comunitária e no trabalho.

“Eu sou uma pessoa que não consigo ficar sem amigo, eu gosto muito de conversar, eu gosto de barzinho, som. E eu me afastei dos meus amigos e teve uma época que eu queria sair e eu não tinha mais amigo. (...) Por conta do transtorno eu não saía.” (Dália, feminino, Icapuí)

“Eu não venho mais pra casa da minha irmã. (...) Me sinto triste que a minha casa era cheia, eu gosto de gente e fazer comida, e hoje sobra (...) Tá eu e ele (o marido) sozinha, eu não tenho ninguém, só quando vem alguém da rua.” (Violeta, feminino, Caruaru)

“Não me sinto mais à vontade para conversar, não sinto alegria. Em aniversário, o povo me chama e eu nem vou, porque eu tenho vergonha. Eu tenho medo do povo tá olhando pra mim, com a minha roupa, meu calçado, meu rosto. Até para igreja eu penso isso. (...) Aí, depois a menina diz: -Bora, mainha, bora. Aí, eu vou, vou uma vez, vou duas e não vou mais.” (Hortênsia, feminino, Caruaru)

“Eu trabalhava na repartição e eu ainda tinha costura e eu fui parando a costureira e elas foram saindo, saindo e eu fiquei só. Aí depois eu fiquei fazendo sozinha, aí depois parei de vez.” (Camélia, feminino, Caruaru)

“É porque eles, assim, eles bebem, eu não bebo (por conta do uso da medicação). E quem bebe não gosta de sair com quem não bebe, aí, eu não saio e também não me chamam. Aí, eu não saio.” (Lírio, masculino, Caruaru).

“Porque a gente hoje em dia não tem totalmente amigos, que amizade, né?” (Petúnia, feminino, Agrestina)

Estes achados são consonantes aos mencionados na literatura que relaciona os TMC ao baixo apoio social (COSTA, LUDEMIR, 2005; DIMENSTEIN et al, 2017(b); ARAGÃO et al, 2018). Peña (2005) considera o apoio social como uma função do funcionamento psicológico dos indivíduos manifestada através da estrutura de sua rede de relacionamentos. Com o empobrecimento das redes, aferido nas falas dos respondentes, há redução do apoio social e uma retroalimentação do sofrimento psíquico com o isolamento. Especificamente no caso das mulheres, a sobrecarga e as relações assimétricas de poder podem gerar uma sensação de falta de apoio social dentro do próprio núcleo familiar e dificultar a manutenção de sua vida social na comunidade (MACEDO et al, 2018).

Não é possível afirmar que este processo afete todos os membros das comunidades estudadas, visto que eles mantém sua identidade enquanto camponeses ou pescadores. Porém é possível que a reestruturação produtiva tenha um papel no empobrecimento do capital social, como apontado por Miranda (2000), nas comunidades camponesas de Agrestina e Caruaru. Nelas, o trabalho na agropecuária vem sendo gradativamente substituído pelo trabalho na costura, em virtude de vários anos de seca que assolaram a região na década de noventa do século XX. Este fenômeno levou as pessoas mais jovens, hoje na meia idade, a migrar do trabalho coletivo para o trabalho individual, ganhando por produção, sem proteção de direitos trabalhistas e com longas jornadas, reduzindo suas oportunidades de convivência e vinculação. Esta mudança de atividade foi observada tanto entre os membros que migraram para as áreas urbanas, quanto para os que permanecem nos próprios territórios rurais.

Esta situação de desagregação de vínculos comunitários e redução do apoio social pode colaborar com a manutenção das iniquidades, visto que indivíduos isolados têm muito menos possibilidades de se empoderar e lutar coletivamente pela correção das desigualdades. Promover a inserção social das populações vulneradas pelos processos históricos de injustiças e trabalhar pela mitigação das desigualdades são importantes contribuições da bioética para a autodeterminação dos sujeitos, fazendo com que eles exerçam verdadeiramente sua autonomia (GARRAFA, MANCHOLA-CASTILLO, 2017).

No mundo capitalista, o acesso aos direitos fundamentais à existência digna dos seres humanos - saúde, educação, trabalho, segurança, bem-estar,

liberdade, felicidade - ocorre de forma desigual, com distribuição baseada no poder econômico de indivíduos e coletividades. As ações coletivas, de iniciativa estatal ou da própria sociedade organizada, para efetivar o acesso a estes direitos aumentam a chance das populações vulneráveis superarem estas privações (SANTOS, 2020). A DUBDH ratifica esta obrigação moral coletiva de superação das iniquidades através de seu já citado artigo 14o (UNESCO, 2006).

Como já mencionado, Carvalho e Albuquerque (2015) vislumbram no artigo 10o da DUBDH obrigações morais distributivas por parte dos Estados, baseadas no princípio da justiça. No intuito de mitigar iniquidades entre os povos, defendem a ações de redistribuição de recursos no mundo. Os efeitos da globalização no isolamento e enfraquecimento de capital social das comunidades seriam um exemplo concreto destas situações, onde povos e empresas de países centrais obtêm vantagens em detrimento de populações periféricas, nas quais o princípio da justiça ampara ações reparadoras de transformação desta realidade.

A análise bioética do artigo 14o da DUBDH também levanta a perspectiva mundial dos problemas de saúde que a humanidade enfrenta e suas consequências dentro das diversas culturas e tradições, ainda que em diferentes condições (UNESCO, 2010). Isto reforça estas obrigações morais para com todos os seres humanos afetados, não se limitando como responsabilidade de um determinado país exclusivamente sobre seus cidadãos ou de uma empresa para com seus acionistas.

Imagem 18 - Sítio Serra Velha, Caruaru, Pernambuco



Fonte: acervo pessoal

3.4. A chegada do adoecimento

A experiência de adoecimento psíquico dos entrevistados foi definida por eles pelo momento em que sintomas diversos se manifestaram, com modificação de sua funcionalidade, especialmente manifestada no prejuízo nas relações interpessoais, na incapacidade laboral ou ambos.

3.4.1. Antes dos sintomas

Para as pessoas entrevistadas, o adoecimento psíquico foi precedido por uma história de sofrimento pessoal, como a fragilidade do suporte familiar na infância, morte de pessoas queridas ou situações de violência, com a qual a pessoa conseguia lidar razoavelmente até o surgimento dos sintomas.

> *"Meu problema começou devido a minha infância foi muito sofrida, a minha mãe era errada, vivia com um e outro, arrumava o filho, aí eu tomava conta, eu com oito, nove anos tomava conta dos meus irmãos." (Hortênsia, sexo feminino, Caruaru)*

> *"Eu tinha mais ou menos uma faixa de que, oito anos, eu comecei a minha fase de criança muito, muito perturbada. (...) De noite, assim, na chuva, pé d'água, chovendo, ventando, com candieiro na mão, esperando minha mãe vir, pra pai encontrar atrás dele bebo e ele e o povo não aguentava. (...) Eu também fui atacada por um ... um começo de estupro também, foram tentar me estuprar, mas graças a Deus eu não fui estuprada. (...) Já aconteceram muitas coisas, muita perturbação." (Gardênia, sexo feminino, Agrestina).*

É importante observar que este sofrimento pregresso não é simplesmente uma característica pessoal dos entrevistados ou de suas famílias. Como já comentado em relação aos fatores de risco, a maior parte das situações - pobreza, habitações insalubres, violência intra e extrafamiliar, sexismo - são determinantes

sociais do sofrimento psíquico já documentados (SOMBRA NETO et al, 2024; ALVES et al, 2022; FURTADO et al, 2019; SILVA et al, 2018; LEITE et al, 2017; DIMENSTEIN et al, 2017(a); ALVES, RODRIGUES, 2010). Representam questões sociais que são desafios bioéticos persistentes (GARRAFA, PORTO, 2008), porém muito atuais, e que não são percebidas pelas pessoas entrevistadas como coletivas.

É necessário enfrentar essas desigualdades injustas (GARRAFA, 2005), caso se queira promover a saúde de indivíduos e coletividades. O artigo 14o da DUBDH deixa claro que gozar da melhor saúde que se possa alcançar é direito de todos os seres humanos e que, para tal, o progresso científico deve visar o acesso à alimentação, água, educação, moradia adequada, inclusão e aos cuidados em saúde (UNESCO, 2006). Foi exatamente o que faltou (e em alguns aspectos ainda falta) às populações de onde se originam as pessoas participantes do estudo.

Por esta perspectiva, fica explícita a vulnerabilidade individual, social e programática (AYRES et al, 2003) desta população. Estas necessidades precisam ser reconhecidas e enfrentadas, para que pessoas e coletividades estejam em condições mais igualitárias de vida e saúde. Dentro da idéia de equidade, a busca pela igualdade passa pela garantia dos bens indispensáveis à sobrevivência humana (GARRAFA, PORTO, 2008).

O artigo 14o da DUBDH procura chamar a atenção de formuladores e tomadores de decisão política nas ciências da vida para os aspectos práticos da bioética e também busca reorientar estas decisões considerando problemas que são urgentes em vários países (UNESCO, 2010). Fica evidente que a situação de injustiça vivenciada pelas populações de onde são oriundos os participantes do estudo é uma questão bioética relevante, que fere os direitos humanos destas pessoas e necessita de atividades concretas para sua resolução.

3.4.2. O início do adoecimento

Para a maior parte dos respondentes, o que marca o início dos sintomas, que eles reconhecem como o princípio do adoecimento, é um evento desencadeador. Este evento teve natureza diversa, como mortes de pessoas queridas, violências, problemas conjugais ou mudanças de identidade, mas sempre carregado de sofrimento e seguido pelo surgimento do transtorno psíquico.

> *"Eu acredito que foi estresse. (...) A minha vida aqui em Caruaru, eu tive que sair totalmente da minha formação profissional, que eu era contabilista e aqui eu tive, ao chegar aqui eu tive que deparar com outro tipo de... do que eu poderia viver, qual a renda que eu poderia levantar, foi com confecção, não tinha nenhum conhecimento em confecção." (Cravo, sexo masculino, Caruaru)*

> *"Quando eu comecei a ficar assim eu estava com sete meses de grávida (...) Dormi boa, me acordei… uma dormência, eu recebi, assim, como uma tapa, e fiquei toda dormente. Eu só estava só em casa. (...) Eu tirei a gravidez todinha assim (sem dormir)." (Melissa, sexo feminino, Agrestina)*

> *"Depois, foi com esse que é o pai das minhas filhas, começou arrumando mulher né? Dormindo fora, essas coisas. Aí, a gente fica muito magoada com as coisa que acontece." (Gardenia, sexo feminino, Agrestina)*

> *"Entrei em trabalho de parto com sete meses, aí eu comecei com a depressão nesse período, porque eu tinha muito medo de perder minha filha." (Dália, sexo feminino, Icapuí)*

> *“Logo que eu comecei a sentir isso, logo que a minha menina morreu, né? Eu tive uma menina, primeira filha minha foi uma menina. Só que, assim, ela ia fazer 21 anos, aí eu fiquei 10 meses dentro de um hospital com ela, vinha pra casa e no mesmo dia voltava e nada dos médicos dizer o que era. Ai, eu tirei ela do hospital, assinei o papel pra tirar de lá, pra ir pro particular... Ai, fazer exame particular a gente fez, aí quando eu vim receber o resultado, ela já tinha morrido. Só que acusou, como é?, aquela doença, é... leucemia, né?” (Petúnia, sexo feminino, Agrestina)*

> *“Começou quando a minha avó faleceu. Ela adoeceu, ela ficou internada, a gente lutou muito, passamos vinte dias com ela internada, depois ela chegou a falecer. Daí, eu comecei a tomar a medicação. Com seis meses, mataram meu filho de 14 anos.” (Camélia, sexo feminino, Caruaru)*

A partir de situações pregressas desfavoráveis, é possível que estes eventos desencadeadores tenham invalidado os esforços de *coping* das pessoas entrevistadas para lidar com elas. Isso justificaria o fato dos respondentes não terem adoecido antes, mesmo já em contato com os estressores que participam da determinação social dos transtornos mentais. O *coping* é definido pela psicologia como “o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas ou estressantes” (ANTONIAZZI, DELL’AGLIO, BANDEIRA, 1998, p. 273). Diferencia-se dos mecanismos de defesa, que são respostas inconscientes no sentido da adaptação, por representar os pensamentos e comportamentos voluntários que visam diminuir ou tolerar o estresse (ALGORANI, GUPTA, 2023).

Mesmo tendo naturezas diversas, boa parte desses desencadeantes identificados pelos respondentes em suas narrativas também têm origem em questões coletivas, como desagregação dos vínculos familiares e sociais, ausência de suporte estatal, pobreza, insegurança alimentar, sexismo, classismo, etc. Então, mais uma vez, percebe-se determinantes sociais do adoecimento psíquico nas falas dos

entrevistados (SOMBRA NETO et al, 2024; ALVES et al, 2022; FURTADO et al, 2019; SILVA et al, 2018; LEITE et al, 2017; DIMENSTEIN et al, 2017(a); ALVES, RODRIGUES, 2010; COSTA, LUDEMIR, 2005) e, mais uma vez, não são percebidos pelos entrevistados como tal.

A dignidade humana é considerada um conceito essencial aos direitos humanos desde a formulação da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela ONU (1948). Por influência do pensamento e ação de bioeticistas do Sul Global, em especial da Bioética de Intervenção, a DUBDH reafirma a dignidade como condição para pensar direitos universais e inalienáveis, porém mudando o enfoque para uma idéia de dignidade mais histórica e relacional (HOLANDA, 2015).

Em seu artigo 3o, que trata sobre dignidade humana e direitos humanos, a DUBDH afirma que a dignidade humana precisa ser plenamente respeitada e que os interesses e o bem-estar das pessoas prevalecem sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade (UNESCO, 2006). Por este prisma, as condições de existência das populações do campo, da floresta e das águas que as levam ao adoecimento mental, expressas nos relatos das pessoas entrevistadas, revelam o desrespeito à sua dignidade. Num enfoque histórico e relacional, revelam as intensas desigualdades sociais, econômicas e políticas presentes na sociedade brasileira desde sua formação.

3.4.3. A caracterização do transtorno

Depois da história de sofrimentos diversos e do evento desencadeador do adoecimento, este começa a se manifestar através da sintomatologia que o caracteriza e de seu impacto na vida da pessoa e de sua rede de relacionamentos. Há heterogeneidade nos sintomas que foram manifestados, sendo a maior parte representada por sintomas psicossomáticos, distúrbios de sono e do humor, característicos de transtornos mentais comuns.

> *"Muita dor na cabeça, muita dor de cabeça mesmo. (...) Sem andar, o corpo morto mesmo, assim só uma vontade de deitar." (Violeta, sexo feminino, Caruaru)*

> *"Porque mesmo com essas medicações, se eu me deitar oito horas, meia noite, uma da manhã, eu já não durmo mais. (...) Meu coração acelera demais quando eu chego nos cantos, até pro hospital eu vou, agora acontece que eu já fiz todos os exames de coração e nenhum acusa nada." (Melissa, sexo feminino, Agrestina)*

> *"Ah! Me trouxe a depressão, fiquei com esse problema de depressão, fiquei uma pessoa muito deprimida, muito triste, pra mim o mundo desabou." (Margarida, sexo feminino, Agrestina)*

> *"Eu ficava uma pessoa, assim, vamos supor, impaciente, com muita ansiedade, às vezes uma certa irritabilidade." (Cravo, sexo masculino, Caruaru)*

Como já mencionado, os TMC representam um conjunto de sintomas, que podem envolver características depressivas, ansiosas ou somatoformes, podendo ou não preencher critérios diagnósticos descritos na CID ou no DSM (SOARES, MEUCCI, 2020). Entre os respondentes, houve menção a todos eles, incluindo distúrbios do sono.

A CID10 classifica os transtornos neuróticos, os transtornos relacionados ao estresse e os transtornos somatoformes em um grande grupo de patologias, expressos em seus capítulos F40 a F48. Também alberga o grupo de capítulos F30 a F39 acerca dos transtornos afetivos e o capítulo F51 sobre transtornos não-orgânicos do sono devido a fatores emocionais (BRASIL, 2021). Para cada um deles há uma definição específica, com seus critérios diagnósticos. Os quadros descritos pelas pessoas entrevistadas poderiam caracterizar vários transtornos, como ansiedade generalizada, transtorno de adaptação, transtorno somatoforme, episódio depressivo ou insônia não orgânica, mas, como já mencionado, não é necessário haver critérios conclusivos de um ou mais diagnósticos para caracterizar um TMC. As características de cada transtorno citado estão descritas na Tabela 10.

Tabela 10 - Definições de alguns transtornos mentais comuns segundo a CID-10

Transtorno de ansiedade generalizada	Ansiedade generalizada e persistente que não ocorre exclusivamente nem mesmo de modo preferencial numa situação determinada (a ansiedade é “flutuante”). Os sintomas essenciais são variáveis, mas compreendem nervosismo persistente, tremores, tensão muscular, transpiração, sensação de vazio na cabeça, palpitações, tonturas e desconforto epigástrico. Medos de que o paciente ou um de seus próximos irá brevemente ficar doente ou sofrer um acidente são frequentemente expressos.
Transtorno de adaptação	Estado de sofrimento e de perturbação emocional subjetivos, que entravam usualmente o funcionamento e o desempenho sociais. ocorrendo no curso de um período de adaptação a uma mudança existencial importante ou a um acontecimento estressante. O fator de “stress” pode afetar a integridade do ambiente social do sujeito (luto, experiências de separação) ou seu sistema global de suporte social e de valor social (imigração, estado de refugiado); ou ainda representado por uma etapa da vida ou por uma crise do desenvolvimento (escolarização, nascimento de um filho, derrota em atingir um objetivo pessoal importante, aposentadoria). A predisposição e a vulnerabilidade individuais desempenham um papel importante na ocorrência e na sintomatologia de um transtorno de adaptação; admite-se, contudo, que o transtorno não teria ocorrido na ausência do fator de “stress” considerado. As manifestações, variáveis, compreendem: humor depressivo, ansiedade, inquietude (ou uma combinação dos precedentes), sentimento de incapacidade de enfrentar, fazer projetos ou a continuar na situação atual, assim como certa alteração do funcionamento cotidiano. Transtornos de conduta podem estar associados, em particular nos adolescentes. A característica essencial deste transtorno pode consistir de uma reação depressiva, ou de uma outra perturbação das emoções e das condutas, de curta ou longa duração.
Transtorno somatoforme	A característica essencial diz respeito à presença repetida de sintomas físicos associados à busca persistente de assistência médica, apesar que os médicos nada encontram de anormal e afirmam que os sintomas não têm nenhuma base orgânica. Se quaisquer transtornos físicos estão presentes, eles não explicam nem a natureza e a extensão dos sintomas, nem o sofrimento e as preocupações do sujeito.

continua …

Continuação Tabela 10

Episódio depressivo	Nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão: leve, moderado ou grave, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e freqüentemente idéias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos “somáticos”, por exemplo perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave.
Insônia não-orgânica	Na insônia, o sono é de quantidade e de qualidade não satisfatórias; o transtorno de sono persiste durante um período prolongado; pode se tratar de uma dificuldade de adormecer, de uma dificuldade de permanecer adormecido ou de um despertar matinal precoce. A insônia é um sintoma comum a muitos transtornos mentais ou físicos e só deve ser aqui codificada (paralelamente ao diagnóstico principal) se domina o quadro clínico.

Fonte: CID-10 (Brasil, 2021)

Ainda não se sabe exatamente os mecanismos pelos quais a junção de fatores do contexto, como pobreza, violência, falta de apoio e exclusão, e de fatores neuroquímicos individuais atuam para a gênese dos TMC, mas é inegável que são condições multifatoriais (SOMBRA NETO et al, 2024; DIMENSTEIN et al, 2017(a); ALVES, RODRIGUES, 2010). Como tal, seu enfrentamento pelas pessoas, profissionais e coletividades deve ser baseado em uma concepção causal ampla, o que exige a ampliação da ação para além dos fatores biológicos (SANTOS et al, 2020; CIRILO-NETO, DIMENSTEIN, 2021). É necessária a atuação na determinação social do adoecimento, buscando a integralidade do cuidado e visando a redução das iniquidades.

Desta forma, os diagnósticos não podem buscar apenas definir as síndromes ou patologias apresentadas pelas populações. Precisam caracterizar no contexto histórico, social e familiar das pessoas os mecanismos de desigualdades e subjugação que resultam nas manifestações desses transtornos (GARRAFA, CORDON, 2009; NAVARRO, 2009). Esta é uma ação necessária para que o cuidado

às pessoas com TMC se dê de forma mais efetiva, em consonância com o artigo 14o da DUBDH, que prevê o acesso aos cuidados de saúde de qualidade (UNESCO, 2006).

Neste contexto, é importante a compreensão do que cada pessoa e coletividade entende como saúde e doença mental, dentro do preconizado pelo artigo 12o da DUBDH, que convida ao respeito à diversidade cultural e ao pluralismo (UNESCO, 2006). É possível que as pessoas entrevistadas já enfrentassem algum grau de sofrimento psíquico caracterizável como um TMC antes do momento em que elas identificam que adoeceram. Porém, dentro do conceito de saúde e doença mental daquela comunidade, aquele grau de desconforto ou disfuncionalidade ainda se encontra dentro da normalidade, portanto não necessitando de qualquer tipo de intervenção (MOLEIRO, GONÇALVES, 2010).

A estigmatização de pessoas com transtornos mentais também pode ter um papel nesta leitura, dificultando a percepção e a aceitação da pessoa do transtorno que a acomete e retardando sua busca por ajuda. É uma clara questão bioética, expressa no artigo 11o da DUBDH, para o qual não se justifica nenhuma forma de exclusão ou estigmatização a qualquer ser humano (UNESCO, 2006).

Imagem 19 - Quilombo dos Palmares, União dos Palmares, Alagoas



Fonte: acervo próprio

3.5. Transtorno mental e estigma

Dentro de uma perspectiva intercultural, é importante perceber como as comunidades das quais as pessoas respondentes são oriundas percebem o sofrimento psíquico, tanto conceituando os transtornos mentais, quanto buscando uma explicação causal para estes. Quando inquiridos sobre qual o conceito de loucura ou transtorno mental, os respondentes tenderam a defini-los como comportamentos que não são socialmente aceitos, a exemplo da auto ou heteroagressividade contra pessoas ou objetos, ou ainda incapacidade de julgamento, e consequente impossibilidade de responsabilização.

> *Loucura é a pessoa sair fora de si, é rasgar dinheiro, comer merda, é fazer coisa desse tipo, sacudir pelo telhado do vizinho, sacudir pelo telhado dos outros (Antúrio, sexo masculino, Caruaru).*

> *Loucura, eu não sei não, não sei não, eu só sei que eu digo na época que eu fiquei, eu fiquei louca, porque eu pensei em até matar a minha filha, matar meu marido e depois me matar pra não ficar ninguém sofrendo (Hortênsia, sexo feminino, Caruaru).*

> *Não sei, eu acho que um louco, um louco mesmo tem que tá jogando pedra, tem que tá com alguma coisa errada.(...) Loucura é quando você tá fazendo umas coisas que não deve tá fazendo. E faz sem saber o que tá fazendo. (Petúnia, sexo feminino, Agrestina)*

> *Uma pessoa mentalmente doente não responde por si, não tem segurança no que fala ou no que faz. E também não tem o controle mental de nada. Não sabe definir as coisas. Não sabe definir (Cravo, sexo masculino, Caruaru).*

Estes conceitos remetem a sintomas de transtornos mentais graves, especialmente as psicoses e os transtornos de personalidade. O grupo das psicoses tem como seus principais representantes a esquizofrenia, o transtorno esquizotípico, os transtornos delirantes persistentes e os transtornos psicóticos agudos e transitórios. No grupo dos transtornos de personalidade, sobressaem os transtornos de personalidade esquizóide, dissocial, histriônico e com instabilidade emocional, sendo este o tipo mais frequente. As características dos principais tipos são descritas na Tabela 11.

É importante observar que estes exemplos de comportamentos indesejáveis da pessoa mentalmente adoecida ensejaram há séculos o surgimento da concepção de periculosidade, tanto para si mesmo, quanto para os outros, do indivíduo que está em sofrimento mental. Esta idéia justificou - e de certa forma ainda justifica - o tratamento através do isolamento e institucionalização (LANCETTI, AMARANTE, 2006). A criação do rótulo, que associa a pessoa que o tem a uma série de características negativas, engendra um estereótipo e leva a desigualdades injustas em várias áreas da vida, como as relações sociais e o acesso a meios de subsistência (CARDOSO, LIMA, CUNHA, 2021).

Este estereótipo pode se estender a todas as pessoas com transtornos mentais, mesmo às pessoas com TMC, cujos quadros não se caracterizam por estes sintomas graves. Isto faz com que estes indivíduos evitem falar sobre o problema, o que pode atrasar seu cuidado e agravar suas questões, prolongando o sofrimento. Ou ainda que se isolem, o que também é maléfico para sua saúde mental, visto que a estigmatização cria terreno fértil para discriminação e exclusão (CARDOSO, LIMA, CUNHA, 2021). A situação de injustiça manifesta na desigualdade e na exclusão não se limita às diferenças de poder aquisitivo mas também na segregação social em suas variadas facetas (SIQUEIRA-BATISTA, SCHRAMM, 2005).

Amarante e Torre (2017) defendem a desconstrução da ideia de doença mental como desvio, junto à contestação dos termos “desordem” ou “transtorno mental”, por serem produtos de uma perspectiva biomédica e individualizante, que tende a isolar o sofrimento psíquico de seu contexto social e político, reduzindo-o a um mau funcionamento orgânico ou psicológico do sujeito. Desta forma, poderia haver uma transformação nas concepções sociais e no estigma associado.

Tabela 11 - Definições de alguns transtornos mentais graves segundo a CID-10

Esquizofrenia	Se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Usualmente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, idéias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos..
Transtorno esquizotípico	Transtorno caracterizado por um comportamento excêntrico e por anomalias do pensamento e do afeto que se assemelham àquelas da esquizofrenia, mas não há em nenhum momento da evolução qualquer anomalia esquizofrênica manifesta ou característica. A sintomatologia pode comportar um afeto frio ou inapropriado, anedonia; um comportamento estranho ou excêntrico; uma tendência ao retraimento social; idéias paranóides ou bizarras sem que se apresentem idéias delirantes autênticas; ruminações obsessivas; transtornos do curso do pensamento e perturbações das percepções; períodos transitórios ocasionais quase psicóticos com ilusões intensas, alucinações auditivas ou outras e idéias pseudodelirantes, ocorrendo em geral sem fator desencadeante exterior.
Transtornos delirantes persistentes	Esta categoria reúne transtornos diversos caracterizados única ou essencialmente pela presença de idéias delirantes persistentes e que não podem ser classificados entre os transtornos orgânicos, esquizofrênicos ou afetivos.
Transtornos psicóticos agudos e transitórios	Grupo heterogêneo de transtornos caracterizados pela ocorrência aguda de sintomas psicóticos tais como idéias delirantes, alucinações, perturbações das percepções e por uma desorganização maciça do comportamento normal. O termo “agudo” é aqui utilizado para caracterizar o desenvolvimento crescente de um quadro clínico manifestamente patológico em duas semanas no máximo. Para estes transtornos não há evidência de uma etiologia orgânica. Acompanham-se freqüentemente de uma perplexidade e de uma confusão, mas as perturbações de orientação no tempo e no espaço e quanto à pessoa não são suficientemente constantes ou graves para responder aos critérios de um delirium de origem orgânica. Em geral estes transtornos se curam completamente em menos de poucos meses, freqüentemente em algumas semanas ou mesmo dias. Quando o transtorno persiste o diagnóstico deve ser modificado. O transtorno pode estar associado a um “stress” agudo (os acontecimentos geralmente geradores de “stress” precedem de uma a duas semanas o aparecimento do transtorno).

continua…

Continuação Tabela 11

Transtorno de personalidade esquizóide	Caracterizado por um retraimento dos contatos sociais, afetivos ou outros, preferência pela fantasia, atividades solitárias e a reserva introspectiva, e uma incapacidade de expressar seus sentimentos e a experimentar prazer.
Transtorno de personalidade dissocial	Caracterizado por um desprezo das obrigações sociais, falta de empatia para com os outros. Há um desvio considerável entre o comportamento e as normas sociais estabelecidas. O comportamento não é facilmente modificado pelas experiências adversas, inclusive pelas punições. Existe uma baixa tolerância à frustração e um baixo limiar de descarga da agressividade, inclusive da violência. Existe uma tendência a culpar os outros ou a fornecer racionalizações plausíveis para explicar um comportamento que leva o sujeito a entrar em conflito com a sociedade.
Transtorno de personalidade com instabilidade emocional	Caracterizado por tendência nítida a agir de modo imprevisível sem consideração pelas conseqüências; humor imprevisível e caprichoso; tendência a acessos de cólera e uma incapacidade de controlar os comportamentos impulsivos; tendência a adotar um comportamento briguento e a entrar em conflito com os outros, particularmente quando os atos impulsivos são contrariados ou censurados. Dois tipos podem ser distintos: o tipo impulsivo, caracterizado principalmente por uma instabilidade emocional e falta de controle dos impulsos; e o tipo “borderline”, caracterizado além disto por perturbações da auto-imagem, do estabelecimento de projetos e das preferências pessoais, por uma sensação crônica de vacuidade, por relações interpessoais intensas e instáveis e por uma tendência a adotar um comportamento autodestrutivo, compreendendo tentativas de suicídio e gestos suicidas.
Transtorno de personalidade histriônica	Caracterizado por uma afetividade superficial e lábil, dramatização, teatralidade, expressão exagerada das emoções, sugestibilidade, egocentrismo, autocomplacência, falta de consideração para com o outro, desejo permanente de ser apreciado e de constituir-se no objeto de atenção e tendência a se sentir facilmente ferido.

Fonte: CID-10 (Brasil, 2021)

A perpetuação deste estigma se constitui um desafio bioético envolvendo pessoas com transtornos, famílias, profissionais de saúde e as sociedades em geral, pois fere a dignidade dos indivíduos em sofrimento. Mesmo que a pessoa tenha sua autonomia reduzida por conta de um transtorno mental grave, as coletividades e indivíduos têm a obrigação ética de zelar pela sua dignidade, combatendo os preconceitos. O artigo 11o da DUBDH afirma que nenhuma pessoa deve ter sua dignidade, seus direitos ou suas liberdades afetadas por situações de discriminação ou estigmatização e o artigo 8o que a vulnerabilidade humana deve ser protegida e a integridade pessoal respeitada (UNESCO, 2006).

Ainda assim, está presente a sensação de exclusão / estigma, nas falas dos entrevistados. A despeito do grau de coesão social de suas comunidades, o que é importante para a manutenção e recuperação da saúde mental (ALVES, RODRIGUES, 2010, DIMENSTEIN et al, 2017a), as pessoas entrevistadas percebem o tratamento discriminatório por parte de pessoas de suas redes de relações.

> *"Eu não (sei) dizer porque essa discriminação. Tem gente que não gosta de pessoas que tomam remédio controlado, aí fica abusando." (Antúrio, masculino, Caruaru)*

> *"Meus amigos, eles não ligam pra minha vida, não dão atenção, tem uns que dão, tem uns que manga, tem outros que acha (que ela é louca), mas eu não ligo não." (Orquídea, femino, Agrestina)*

> *"Eu não converso isso com ninguém não. Porque sabe que o povo vai dizer logo que a pessoa é doida, que tomou remédio é doido, ai eu fico na minha calada." (Petúnia, feminino, Agrestina)*

> *"Bem, sempre o pessoal assim, quem toma essa tarja preta, né, sempre é louco, né?! (...) Aí eu digo, não. Eu tomo porque eu não durmo de noite. Mas eu não sou louca. Faço as minhas coisas bem, trato todo mundo bem, não humilho ninguém, né?! Aí então eu não sou louca. (Melissa, femino, Agrestina)*

Estas falas denotam o sofrimento destas pessoas decorrente da exclusão provocada pelo preconceito. Em decorrência disto, pode estar havendo um esforço por parte das pessoas com TMC de se diferenciarem das pessoas com transtornos mentais graves, aproximando a idéia de louco perigoso destas outras pessoas para a afastarem de si mesmos, tentando evitar sua própria segregação. Caso esta interpretação tenha respaldo, esta atitude reforça ainda mais a estigmatização de uma forma ampla e não colabora com a eliminação do preconceito.

Esta é uma frente de trabalho desejada para que os profissionais que prestam cuidados em saúde mental em territórios rurais o façam de forma adequada (MOLEIRO, GONÇALVES, 2010). Estes trabalhadores estão em situação privilegiada para disseminar informações corretas sobre estes quadros, não só por seu maior conhecimento, mas também pela vinculação positiva com as comunidades a quem assistem. Assim, podem colaborar com a reinserção destas pessoas em suas redes de relações, melhorando sua saúde e colaborando para o cumprimento do artigo 11o da DUBDH (UNESCO, 2006). Mas para isto, é necessário que trabalhem seus próprios conceitos e tendências à institucionalização e medicalização das pessoas com transtornos, visto que também estão inseridos na cultura de periculosidade destas pessoas.

Imagem 20 - Arte indígena da etnia Atikum, Salgueiro, Pernambuco



Fonte: acervo próprio

Uma outra observação relevante são as concepções dos entrevistados sobre as causas do surgimento dos transtornos psíquicos, que se dividem entre causas individuais, como mente fraca, uso de substâncias psicoativas ou maior predisposição a adoecer, e causas familiares, tanto do contexto familiar adverso, quanto da hereditariedade.

A causa da loucura, em alguns casos, geneticamente falando, vem de família. (...) Acredito que desacreditar totalmente no seu potencial é o que causa. (Cravo, sexo masculino, Caruaru)

A loucura, porque já é de família mesmo. É. De família mesmo, minha família quase toda toma esses medicamentos, é de família. É de família, tem uma família que aumenta um pouquinho, tem um aperreio e ai aumenta um pouquinho. (Rosa, sexo feminino, Agrestina)

O que causa a loucura, não sei, não. Tem gente que tem a mente fraca. E tem a mente que não dá em nada. Não aguenta muita coisa. Às vezes, tem um susto, qualquer coisa. É uma preocupação aqui. Aí já fica desorientado. (Petúnia, sexo feminino, Agrestina)

O que causa a loucura é tudo, transtorno, bebida alcoólica, fumar demais, eu acho que é isso. (Orquídea, sexo feminino, Agrestina)

O que causa ficar louca é muita perturbação. Muita perturbação, muito estresse, só ali em cima, matando em você. A pessoa enlouquece mesmo. Muitas coisas assim na mente da gente, aí a cabeça fica confusa e você precisa lidar com problemas. (Gardênia, sexo feminino, Agrestina)

A loucura é hereditária ou é de uma vida muito difícil. (Dália, sexo feminino, Icapuí)

É interessante que as pessoas entrevistadas consigam perceber empiricamente que há uma certa predisposição individual entre quem tem sofrimento psíquico, seja do ponto de vista constitucional, biológico, ou de hábitos e costumes, mas que também observem a influência do meio neste surgimento da enfermidade.

Infelizmente, parecem só conseguir relacioná-lo a aspectos familiares mais diretos, tanto biológicos, que identificam com sendo genéticos, quanto de relações interpessoais dentro dos núcleos familiares. Contudo, esta pode ser uma ponte para uma educação em saúde que debata com eles a determinação do sofrimento psíquico de forma mais ampla.

Chama a atenção que as pessoas entrevistadas não identifiquem claramente questões do contexto social, a exemplo de insegurança alimentar, instabilidade laboral, violência, sobrecarga, como causadores de sofrimento psíquico, visto que já estão bem estabelecidos como determinantes do adoecimento mental (SOMBRA NETO et al, 2024; SILVA et al, 2028; DIMENSTEIN et al, 2017(a); ALVES, RODRIGUES, 2010). Como esperado, também não parece haver reflexão sobre os processos de determinação social destas variáveis, como a concentração fundiária, o modo de produção capitalista e o sexismo, na gênese dos transtornos mentais nos territórios rurais.

Este fato deixa clara a necessidade de se trilhar um longo caminho de reflexão junto a estas comunidades, buscando sua compreensão sobre as forças que as mantém em situação de subjugação, para que possam superar estas privações de liberdade, na visão de Sen, ou promoverem sua libertação, na visão de Freire (GARRAFA, MANCHOLA-CASTILLO, 2017). A promoção destas reflexões e busca de alternativas e estratégias para superar essas desigualdades injustas é uma das contribuições que a bioética pode dar à questão (SANTOS, 2020).

Imagem 21 - Pico do Cabugi, Angicos, Rio Grande do Norte



Fonte: acervo pessoal

3.6. Itinerários terapêuticos das pessoas entrevistadas

3.6.1. A busca de cuidados

A partir do adoecimento, aconteceu a busca de ajuda para sua resolução, caracterizando o itinerário terapêutico. Assim, como descreve a literatura, o cuidado começou no subsistema popular (ALVES, SOUZA, 1999; GUERIN et al, 2012). Os participantes mencionaram o apoio social, seja da família, amigos ou vizinhos, o uso de remédios naturais e chás, a fé ou religiosidade e, em algumas situações, a iniciativa de pessoas de sua rede social em levá-los ao serviço formal de saúde.

> *"Chá eu faço direto (...) capim santo, boldo, erva-doce (...) pra acalmar." (Orquídea, sexo feminino, Agrestina)*

> *"Quando eu adoeci a primeira vez, meu pai preparou uma garrafada (...) mas não funcionou." (Lírio, sexo masculino, Caruaru)*

> *"Então, meu cunhado veio, pegava eu, ele e minha irmã, levava para a praia. (...) Eu tive ajuda dos amigos, não precisa você ter vergonha, não precisa você ficar com medo do mundo.* (...) *Conversava com as amigas da Igreja, elas iam lá pra casa, fazia campanha de oração, oravam." (Dália, sexo feminino , Icapuí)*

> *"A importância que eu acho com eles são a atenção que eles me dão. Eles me dão mais até que a minha própria família, os vizinhos dá mais atenção que a própria família." (Amarílis, sexo feminino, Caruaru)*

O conhecimento de práticas populares de cura, aqui expressas pelo uso de plantas medicinais, é um grande patrimônio cultural das populações do campo, da floresta e das águas, que garantiram a sobrevivência destes agrupamentos humanos frente aos adoecimentos por gerações. Práticas de cura tradicionais são expressões

intrínsecas da identidade cultural das comunidades que as mantêm, enraizadas no dia a dia e no imaginário desses grupos, conectando a experiência prática da vida cotidiana às dimensões históricas e espirituais que conferem sentido à sua existência (CHIFA, 2010).

A formação das práticas de cura tradicionais no Brasil resultou de um processo de fusão cultural, no qual convergem saberes de matriz indígena, africana e europeia, que integra tanto a dimensão espiritual e mística quanto o conhecimento empírico sobre as propriedades de elementos da fauna e flora, consolidando um sistema que une a religiosidade ao uso de recursos naturais (BARBOSA et al, 2016). Exercem um importante papel de proteção social destas comunidades, fazendo com que elas não dependam exclusivamente do sistema formal de cuidados em saúde, representado pelo complexo médico-industrial-farmacêutico, para mitigar seus sofrimentos.

Estas práticas colaboram com a coesão social destes grupos e melhoram a sensação de autoeficácia, ambas benéficas para a saúde mental coletiva, pelo fortalecimento do capital social (COSTA, LUDEMIR, 2005; PEÑA, 2005; DIMENSTEIN et al, 2017(b); ARAGÃO et al, 2018). A narrativa de uso destes saberes populares pelas pessoas entrevistadas sinaliza a presença deste capital social em suas comunidades e sua circulação precisa ser estimulada. O respeito à pluralidade de saberes e visões de mundo colabora para uma coletividade mais respeitosa e inclusiva, promovendo a saúde, inclusive mental. Esta perspectiva está em consonância com o disposto no artigo 12o da DUBDH que afirma a importância da diversidade cultural e do pluralismo (UNESCO, 2006).

Apesar de não se inscrever como sistema informal de cuidados pela proposição de Kleinnman (ALVES, SOUZA, 1999), o subsistema folk também se baseia em conhecimentos não inscritos no subsistema profissional de cuidados em saúde, representando saberes de origem popular. Porém, é digno de nota o fato de que houve pouca menção à busca de cuidadores comunitários, que representam o subsistema folk, entre os respondentes do estudo, apesar de uma das entrevistadas se identificar como rezadeira.

> *“Fui num rezador que mora alí em cima, que benzia o povo, mas não encontrei saúde, nesses cantos, não.” (Rosa, sexo feminino, Agrestina)*

> *“É, eu benzo, né? As pessoas. Olha, sempre as pessoas me procuram pra eu benzer. É um mal olhado, é uma dor de cabeça, é, assim, uma dor no dente, no estômago doendo, né? Entendeu? Quer dizer, uma parte minha mãe passou também, né? De usar as palavras de Deus, né, pra as pessoas. Então, isso eu faço e ajudo as pessoas.” (Gardênia, sexo feminino, Agrestina)*

Este fato, que também colabora para o empobrecimento do capital social, pode ser explicado por um declínio destas práticas nas comunidades de residência dos entrevistados, com a redução da transmissão oral desses conhecimentos tradicionais e ameaça à sua perpetuação. Visando o enriquecimento do complexo médico-industrial, este pode estar utilizando sua lógica mercadológica e influenciando as concepções de saúde e práticas adequadas de cuidado destas populações, com a desvalorização dos saberes populares e ênfase nas medicações como única estratégia válida de cuidado em saúde mental (CARDOSO, LIMA, CUNHA, 2021).

É possível que haja também na explicação deste fenômeno uma participação da ascensão de religiões neopentecostais nas comunidades rurais, para algumas das quais estas práticas de cuidado podem ser condenáveis (MARINHO, 2022), já que mais de metade dos respondentes se identificam como evangélicos. O racismo epistêmico, que se baseia nos valores da modernidade/colonialidade europeia, provoca o apagamento e desvalorização dos conhecimentos produzidos em outras culturas, como as africanas, afrodiaspóricas, indígenas e latinoamericanas (REIS, 2020). Aqui, cabe mais uma vez relembrar os artigos 11o da DUBDH, que condena todas as formas de discriminação e estigmatização de pessoas ou comunidades, e 12o, que enfatiza a importância da diversidade cultural e do pluralismo, sem que se prejudique a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais (UNESCO, 2006).

A maior parte dos respondentes passou a buscar o subsistema profissional quando práticas populares não trouxeram a resposta desejada ao seu sofrimento. Porém, houve situações em que a busca já se deu pelo cuidado médico, sem nenhuma tentativa prévia de outras práticas.

> *"Quando eu passei a não dormir mais e chorava muito e aí minhas irmãs me levaram (ao médico)." (Margarida, sexo feminino, Agrestina)*

> *"Eu passava a noite todinha, ligava a luz ficava com dor de barriga, ia pro banheiro chegava no banheiro não fazia nada, aquela dor de barriga aquela tremedeira, 2 e 3 lençois em cima da gente, Foi quando ele (o marido) procurou a ajuda da psiquiatra pra fazer o tratamento." (Hortênsia, sexo feminino, Caruaru)*

Estes resultados são concordantes com o observado por Gerhardt (2006) que afirma que o acionamento do subsistema profissional é condicionado pela gravidade percebida, pela facilidade de acesso e pelo momento em que a estratégia doméstica de cuidado se esgota, levando à busca pelo sistema oficial de saúde. Também é preciso considerar que as concepções das pessoas e comunidades sobre o momento em que o desconforto deixa de ser considerado normal e passa a ser considerado patológico influenciam esta decisão (MOLEIRO, GONÇALVES, 2010).

Considerando o subsistema profissional, para todos os respondentes, a entrada no sistema de saúde se deu por consulta médica, em ambulatório geral, ambulatório especializado ou na emergência. Seja em atendimentos no SUS ou em serviços privados de saúde, em todos esses contatos, houve prescrição de medicação psicoativa, que marca o início da relação dos entrevistados com este tipo de medicamentos e evidencia uma pobreza de repertório terapêutico dos profissionais, não percebendo determinantes sociais e visualizando a medicação como única solução para o sofrimento psíquico.

> *“Quando deu a primeira vez, aí, minha mãe levou pro médico. Aí, o médico disse: olhe, isso pode ser problema de cabeça, leve ele pra fazer um exame de cabeça. A minha irmã em São Paulo mandou o dinheiro pra minha mãe fazer o exame, aí eu fiz o exame de cabeça, aí na minha cabeça não aconteceu nada. Aí, quando esse médico descobriu que era esse problema: Olha, seu filho é doente do nervo, não é de cabeça, não, é do nervo. (...) Aí, passou o remédio.” (Lírio, sexo masculino, Caruaru)*

> *“No início, ela tomava só o neozine. Aí, ela foi internada (em hospital psiquiátrico), aí só o neozine controlava ela.” (terceira pessoa, na entrevista a Rosa, sexo feminino, Agrestina)*

> *“Ele não foi daqui não, foi em Agrestina, ele era psiquiatra, ele atendia muita criança com problema na cabeça, o que passou pra mim (a medicação clonazepam) é psiquiatra.” (Petúnia, sexo feminino, Agrestina)*

Em relação às medicações mencionadas pelas entrevistadas, Neozine é um dos nomes comerciais da levomepromazina, medicamento da classe dos antipsicóticos típicos. Seu uso clínico é bastante diversificado, predominantemente para os quadros de delírio, alucinações e agitação psicomotora, mas também pode ser utilizado como indutor de sono em doses mais baixas. Clonazepam é um medicamento da classe dos benzodiazepínicos, muito utilizado em quadros agudos de ansiedade, promovendo bem estar quase imediato. Popularizou-se como medicamento para insônia, apesar de não ser uma boa opção para esta finalidade. Pelo seu importante potencial de adição e efeitos colaterais de longo prazo, deve-se evitar seu uso crônico.

Chama a atenção o fato de alguns entrevistados terem procurado ajuda do subsistema profissional em instituições privadas, mesmo residindo em localidades cobertas por serviço de APS, em cidades que dispõe de outros dispositivos em suas RAPS, como CAPS e ambulatórios de saúde mental. Isto pode ser explicado pelo momento histórico em que se iniciou o adoecimento, que pode ter ocorrido quando as

redes de saúde ainda não estavam estruturadas como no momento da entrevista. Mas também pode refletir uma desassistência, pois mesmo nos dias atuais, as ofertas de consultas nas localidades estudadas são insuficientes e descontínuas. Esta realidade representa um desafio bioético persistente (GARRAFA, PORTO, 2008). Uma perspectiva bioética voltada à saúde coletiva, fundamentada no princípio da proteção, atribui uma função essencial ao Estado, cuja legitimidade fica condicionada à sua capacidade real de garantir o bem-estar da população (SCHRAMM, 2017).

Mais uma vez, evidencia-se a vulnerabilidade individual, social e programática destas populações (AYRES et al, 2003). A falta de acesso a cuidados adequados em saúde, associada à insuficiência de compromisso da sociedade em modificar esta realidade, afeta diretamente o direito que é pedra angular de todos os demais: o direito à vida (UNESCO, 2010). O artigo 14o da DUBDH afirma que a saúde é essencial para a vida em si mesma e deve ser considerado um bem social e humano (UNESCO, 2006). Portanto, a falta de acesso a cuidados adequados em saúde pelas populações estudadas configura um conflito bioético.

O uso de medicações psicoativas como única oferta de cuidado pelos médicos para pessoas com TMC pode ser analisado por diversos prismas. Considerando questões de formação profissional dos médicos no Brasil, apenas em 2001, as Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em medicina passaram a exigir obrigatoriamente em seus conteúdos essenciais a compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença e ao trabalho em equipe interprofissional (BRASIL, 2001b). E somente em 2014, a saúde mental passou a ser considerada área obrigatória de estágio (BRASIL, 2014b). A formação de médicos generalistas com esta lacuna importante na formação, aliada à insuficiência de médicos especialistas, sejam eles psiquiatras ou médicos de família e comunidade, pode tornar a prática médica não alinhada às reais necessidades de saúde mental da população e a importantes conceitos bioéticos.

As pessoas em sofrimento psíquico até conseguem identificar a influência do contexto de vida na gênese dos TMC, como já mencionado em suas falas. Mas não vislumbram formas de atuação neste contexto, nem a nível individual, nem coletivo, buscando mitigar seus sofrimentos apenas com a apaziguação dos sintomas, através de medicamentos. Com formação inadequada, de cunho predominantemente cartesiano e tecnicista, que não permite desenvolvimento de capacidade crítica, os

profissionais de saúde compartilham este senso comum e respondem apenas desta forma às demandas apresentadas (CAMPOS JUNIOR, AMARANTE, 2015; GRYSCHEK, PINTO, 2015; CIRILO-NETO, DIMENSTEIN, 2021; SANTOS, BOSI, 2021). Este cuidado limitado, além de contrariar o artigo 14o da DUBDH, tampouco está em consonância com o artigo 4o, para qual as práticas em saúde devem maximizar os benefícios para as pessoas, reduzindo o mais possível efeitos nocivos (UNESCO, 2006), pois desconsidera o risco potencial do uso contínuo destas medicações.

Esta mesma insuficiência de trabalhadores capacitados no sistema público de saúde faz com que as pessoas em sofrimento psíquico procurem médicos no sistema privado, mas também para este não há especialistas suficientes. Por lógica de mercado, o campo se torna convidativo a que profissionais realizem cursos rápidos, que não lhes confere formação adequada nem titulação de especialistas, e passem a atender como psiquiatras, com foco na doença e nas medicações. Esta realidade, verificada pela pesquisa nas regiões estudadas, é quase uma regra fora dos centros urbanos nordestinos e ocorre também em outras especialidades médicas.

Outro entrave para a oferta mais adequada de cuidados em saúde mental às populações do campo, da floresta e das águas são as dificuldades no trabalho interprofissional. Além das dificuldades na formação, há insuficiência de outros trabalhadores importantes nos cuidados em saúde mental com visão mais ampliada, a exemplo de psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e educadores físicos, especialmente fora dos centros urbanos (MACEDO, 2017). Desta forma, ferramentas como clínica ampliada, matriciamento, projeto terapêutico singular e interconsultas, úteis num contexto de integralidade do cuidado, ficam prejudicadas (CIRILO-NETO, DIMENSTEIN, 2021).

Além destas dificuldades, o setor saúde vem enfrentando a instalação de uma lógica de produção capitalista e fabril no trabalho, que privilegia o “trabalho morto”, focado nas doenças, procedimentos, tecnologias, equipamentos, em detrimento do “trabalho vivo em ato”, que permite a interação humana, a escuta, o acolhimento e a capacidade de adaptação do profissional às necessidades únicas de cada paciente (MEHRY, FRANCO, 2009). Ou seja, não é possível aos profissionais de saúde dedicar tempo às questões mais complexas, como individualizar o cuidado e favorecer apoio comunitário e mobilização social em prol das questões coletivas, o

que reforça a medicação como única estratégia de cuidado para alívio do sofrimento psíquico.

Esta situação de alienação tanto por parte dos usuários, quanto por parte dos profissionais, obstaculiza a implantação de ações que efetivamente impactem na determinação social dos TMC. Torna-se útil às forças que se beneficiam com a manutenção das desigualdades, como empresas que exploram a mão de obra das populações de territórios rurais e as do complexo médico-hospitalar-farmacêutico. Assim, fica evidenciada a importância de se trabalhar pelo empoderamento e libertação destas populações vulneradas e dos trabalhadores que delas cuidam, como efetivação do princípio bioético da justiça.

Segundo o relatório da Comissão Internacional de Bioética sobre responsabilidade social e saúde (UNESCO, 2010), o contexto em que as pessoas vivem condiciona sua saúde tanto quanto sua herança genética, suas decisões pessoais e seu modo de vida. Em muitas circunstâncias, as pessoas não podem controlar diretamente estes determinantes, então não podem ser unicamente responsabilizadas por níveis inadequados de saúde. Um bom acesso aos cuidados em saúde é essencial para o bem-estar das populações, mas para ser assim considerado, os profissionais que prestam estes cuidados também devem trabalhar para a redução destas iniquidades.

Imagem 22 - São João na roça, Malhada de Barreiras Queimadas, Caruaru, Pernambuco



Fonte: acervo pessoal

3.6.2. O acompanhamento do transtorno psíquico

O seguimento se deu majoritariamente por atendimentos médicos, tanto ambulatoriais, como unidades básicas de saúde ou ambulatórios de especialidades, quanto em internamentos, para a manutenção do uso das medicações, mais uma vez demonstrando a pobreza de repertório terapêutico oferecido às pessoas pelo sistema formal de saúde. Houve também menção a atendimentos com profissionais de psicologia e a realização de atividades físicas como parte dos cuidados com a saúde mental, mas de forma muito pontual.

> *"Ai, quando eu cheguei aqui, conversei com a médica (da unidade básica de saúde), mostrei que já tomava, né? Ela prescreveu e até também me orientou, né? Ela disse: essa medicação não é passada para o teu caso, não é? Vou passar porque você tá me provando, né? Mas é... ela não é bem para o teu caso." (Cravo, sexo masculino, Caruaru)*

> *"O médico perguntou: No sítio que você mora, tem posto médico? Aí, minha mãe diz que tem, tem um postinho e médico lá. Apois pronto. Na época, médico não vinha perto pra cá, aí, em caso, eu tinha que ir pro médico da Policlínica do Salgado. Aí, tinha que ir ou lá, ou se não fazer pago e passar a receita pra poder comprar o remédio. Aí, no posto da policlínica ou se não, pagar só pro médico passar a receita." (Lírio, sexo masculino, Caruaru)*

> *"Começou o tratamento com psicólogo, psiquiatra. (...) Fui internada com um psiquiatra dois mês. (...) Há 14 anos acompanhada por ele (psiquiatra particular). (...) Eu já pedi o encaminhamento a médica (da unidade básica de saúde) pra mudar porque ta ficando muito caro a consulta dele, aí fica sem condição. Aí, eu já pedi o encaminhamento a médica pra ela encaminhar pro SUS." (Amarílis, sexo feminino, Caruaru)*

> *“Foi bom eu ter ido pro CAPS, porque o CAPS me dava bem.” (Antúrio, sexo masculino, Caruaru)*
>
> *“Aí, ela teve mais duas crises. Aí, ele (psiquiatra particular) aumentou a dosagem do neozine. Aí, ela teve mais outra crise, aí ele é... colocou mais o amitriptilina e carbonato de lítio. (...) Ela só é acompanhada por ele.” (terceira pessoa, na entrevista a Rosa, sexo feminino, Agrestina)*
>
> *“A psicóloga foi indicada por intermédio do posto (unidade básica de saúde).” (Margarida, sexo feminino, Agrestina)*
>
> *“Tive (acompanhamento) com psiquiatra e psicólogo. Foi no CAPS.” (Dália, sexo feminino, Icapuí)*

Amitriptilina é um medicamento da classe dos antidepressivos tricíclicos. Seu uso inicial foi para transtornos do humor, como depressão e ansiedade, mas atualmente tem um uso muito extenso, incluindo para dores neuropáticas crônicas. Carbonato de lítio é um medicamento da classe dos estabilizadores de humor. Tem seu uso primordial no transtorno afetivo bipolar, mas também é utilizado como adjuvante em psicoses e depressão refratária.

Percebe-se pelos relatos que o seguimento destas pessoas continuou sendo fragmentado, médico-centrado, com foco na doença e nas medicações. Sem atuar na determinação social do adoecimento, a tendência é que ele se perpetue, mantendo cronicamente a necessidade de remédios. Este cenário é bastante interessante para a indústria farmacêutica, cuja rentabilidade dos medicamentos é proporcional à cronicidade de seu uso e à amplitude do público que os consome, exemplificando como a relação entre capital e trabalho tem influenciado a produção do cuidado em saúde (CAMPOS, SILVA, 2025).

No cuidado em saúde, ao se realizar qualquer intervenção terapêutica, é importante avaliar os benefícios e os riscos associados. No que tange ao uso de medicações psicoativas, há inegáveis benefícios na qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais (FIGUEIREDO, 2024), como redução dos sintomas e do

sofrimento associado a eles, melhora da funcionalidade da pessoa, restabelecimento do convívio social, diminuição da chance de recaídas e, em alguns casos, redução da chance de suicídio e heretoagressão. Além disso, o advento das medicações psicoativas substituiu terapias agressivas, como contenção física e eletroconvulsoterapia (LANCETTI, AMARANTE, 2006), cujo limiar de desrespeito aos direitos humanos era bastante tênue.

Por outro lado, qualquer medicação, incluindo as psicoativas, tem potencial de efeitos adversos, dos mais leves, como náuseas ou constipação intestinal, passando por efeitos importantes, como alterações no sono ou na libido, até os mais graves, como distúrbios neurológicos, cardíacos ou aumento do risco de suicídio. Também podem se associar a outras doenças ou fatores de risco para elas, como obesidade e síndrome metabólica, alterar a capacidade de operar máquinas, predispondo a pessoa a acidentes, ou cursar com interações negativas com outros medicamentos ou substâncias.

Algumas medicações psicoativas podem causar dependência química (BONI et al, 2021) e sintomas de abstinência se forem retiradas abruptamente. Algumas ainda apresentam tolerância, exigindo doses cada vez maiores para manter o mesmo efeito. Por fim, as medicações psicoativas podem ser usadas incorretamente, de forma acidental ou não, podendo cursar com intoxicações (FIGUEIREDO, 2024), sendo um meio frequentemente utilizado em tentativas de suicídio.

Desta forma, a utilização de medicações psicoativas no cuidado em saúde mental exige cautela e uma adequada avaliação dos possíveis benefícios frente aos riscos e aos custos (BEZERRA et al, 2016; BONI et al, 2021; FIGUEIREDO, 2024), para que seu uso seja ético e colabore com a promoção dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais. O artigo 4o da DUBDH diz textualmente que:

> “Na aplicação e no avanço dos conhecimentos científicos, da prática médica e das tecnologias que lhes estão associadas, devem ser maximizados os efeitos benéficos diretos e indiretos para os doentes, os participantes em investigações e os outros indivíduos envolvidos, e deve ser minimizado qualquer efeito nocivo suscetível de afetar esses indivíduos.” (UNESCO, 2006, p. 6)

O respeito à autonomia das pessoas, defendido do artigo 5o da DUBDH, e a necessidade de consentimento para intervenções em saúde, expressa no artigo 6o do mesmo documento (UNESCO, 2006), também precisam ser aplicados em conjunto com este 4o artigo. A decisão pelo uso dos psicofármacos deve ser consensuada com a pessoa em sofrimento, considerando que sempre há riscos associados (BEZERRA et al, 2016). Sua utilização deve ser pelo menor tempo possível, guardando o uso continuado apenas para casos específicos, e deve-se buscar outras estratégias de cuidado que interfiram também no contexto familiar e social e não apenas nos sintomas (BONI et al, 2021). Portanto, o uso racional das medicações psicoativas colabora para um cuidado ético em saúde mental.

Além disso, é importante atentar para o fato de que há muitas diferenças entre os seres humanos que podem ser patologizadas, podendo resultar numa medicalização da vida e da sociedade (CARDOSO, LIMA, CUNHA, 2021; FIGUEIREDO, 2024). Este processo pode tornar medicalizáveis características existenciais, econômicas ou sociais da vida, como a alimentação, o sono, o sexo, as emoções, e desta forma, deixá-las passíveis de diagnóstico, terapêutica e cura (BEZERRA et al 2016). Segundo Amarante e Torre (2017),

> "Outro aspecto a observar é o da crescente campanha de medicalização da sociedade, feita por intermédio da mídia, da classe psiquiátrica, das universidades e da indústria farmacêutica. Por uma questão de mercado, e também por uma visão de exclusão social do diferente, tem ocorrido a ascensão de interesses na contramão da RP (reforma psiquiátrica), com um visível processo de patologização dos comportamentos e expansão da psiquiatrização social e da medicalização da vida[35-40]. Esse fenômeno se relaciona com os novos modos de captura pelo poder psiquiátrico, que já não dependem dos espaços institucionais ou da reclusão asilar e que vêm ganhando os espaços de vida em sociedade, com clara hiperinflação diagnóstica, medicalização da infância e da vida cotidiana e de todo tipo de sofrimento psíquico da população. Isso também se reverte em clara tendência de aumento do consumo não apenas de medicamentos, mas também de consultas, exames e procedimentos em Psiquiatria, com consequências iatrogênicas e ganhos financeiros: "Esse foco na doença, e não na doença e em seu contexto, cristalizou uma visão de saúde pública que [...] criou uma espécie de 'farmaceuticalização'. […] Isso significa que o direito à saúde é visto como dar ao cidadão acesso à tecnologia e ao fármaco." (p. 770-1)

A falta de acesso a um cuidado à saúde mental abrangente para uma população vulnerável caracteriza um desafio bioético de situações persistentes (GARRAFA, PORTO, 2008). Em contraponto, um cuidado integral consegue atuar nos

processos geradores do sofrimento e atende ao expresso no artigo 14o da DUBDH (UNESCO, 2006).

O conceito de integralidade dentro do ideário do SUS é polissêmico e historicamente referenciado. Inicialmente, mencionado na assistência integral à saúde, numa tentativa de unir prevenção e assistência, foi sendo amadurecido. No movimento da reforma sanitária brasileira, atende a integralidade quatro dimensões:

> a) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária;
> b) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social;
> c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde;
> d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial (PAIM, SILVA, 2010).

Buscando a integralidade, a atenção psicossocial brasileira também sofreu alterações substanciais nas concepções que baseiam suas práticas e, consequentemente, na forma de se organizar a partir da década de 90 do século XX. Como já mencionado, houve a proposta de que um modelo psicossocial de base territorial substituísse o modelo hospitalocêntrico baseado nos manicômios (CAMPOS, SILVA, 2025; LICHOTE et al, 2025), a partir da constatação de que a psiquiatria sozinha não tinha condições de cuidar dos transtornos mentais, necessitando obrigatoriamente de interdisciplinaridade e intersetorialidade (ALVES, 2009) e do respeito aos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais. Nesse sentido, o modelo atual tenta incorporar a integralidade em todas as suas dimensões a partir do estabelecimento da Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2001a) e, posteriormente, da criação da RAPS (BRASIL, 2011b).

Um forte argumento para a transformação do cuidado em saúde mental, aplicável ao caso em análise, é a possibilidade das pessoas com transtornos mentais serem reconhecidas como sujeitos de direitos e poderem “opinar no seu tratamento (...) e administrar seu destino” (ALVES, 2009, p. 173). Mais uma vez, pode-se evocar o artigo 3o da DUBDH, em defesa da dignidade humana (UNESCO, 2006), como princípio que norteia todos os outros direitos (COSTA, ANJOS, ZOHER, 2007), de forma relacional, considerando os contextos em que as pessoas e coletividades estão inseridas (HOLANDA, 2015; BRAUNER, FERRAZ, 2017).

O artigo 6o da DUBDH, que exige o consentimento prévio, livre e esclarecido, da pessoa para qualquer intervenção em saúde (UNESCO, 2006) não parece estar sendo respeitado, visto que a decisão sobre a terapêutica aparenta estar sendo tomada unicamente pelo profissional assistente, baseada em suas próprias concepções sobre saúde mental. Este fato também configura desrespeito ao artigo 5o, que salvaguarda o respeito à autonomia das pessoas nas tomadas de decisão (UNESCO, 2006), que deve considerar seus vínculos afetivos, culturais e institucionais e pode ser negativamente afetada pela própria prática dos cuidadores (LICHOTE et al, 2025).

Consequentemente, um cuidado adequado e integral às pessoas com transtornos mentais passa necessariamente pelo reconhecimento dos determinantes sociais do adoecimento, com as necessárias ações para correção das desigualdades, pelo acesso adequado a serviços de saúde abrangentes, que trabalhem tanto as questões biológicas como as psicossociais, e pelas práticas de cuidado de fortalecimento individual e coletivo, em total consonância com o direito aos cuidados adequados de saúde defendido pela artigo 14o da DUBDH (UNESCO, 2006).

Serviços de saúde que trabalhem com a concepção ampliada de saúde (PAGANI, 2012), atuando não apenas de forma individual, tem o potencial de reduzir a vulnerabilidade individual e social das pessoas com transtornos mentais, assim como a correção da vulnerabilidade programática (AYRES et al, 2003). A proteção às populações mais vulneráveis é um dos pressupostos da Bioética de Intervenção (GARRAFA, 2005), em consonância com o já mencionado artigo 14o da DUBDH (UNESCO, 2006). Desta forma, os profissionais podem efetivamente colaborar para a redução das desigualdades injustas e promover qualidade de vida (SANTOS, 2020) das pessoas em sofrimento psíquico.

Para tanto, é necessário que as populações do campo, da floresta e das águas tenham acesso a equipes interprofissionais para o cuidado de sua saúde mental, o que não ocorreu com as pessoas entrevistadas. Como já mencionado, as USFs que assistem as comunidades das quais os respondentes fazem parte não dispõem de equipes multiprofissionais para seu apoio. E mesmo nos serviços de atenção especializada, o foco continuou sendo o profissional médico, o que fragiliza a integralidade e a qualidade desse cuidado. Estratégias que favorecem a integralidade,

como matriciamento, projeto terapêutico singular e interconsultas, só são possíveis em contextos de trabalho interprofissional.

Imagem 23 - Colheita do quiabo, Sítio Pau Santo, Caruaru, Pernambuco



Fonte: acervo pessoal

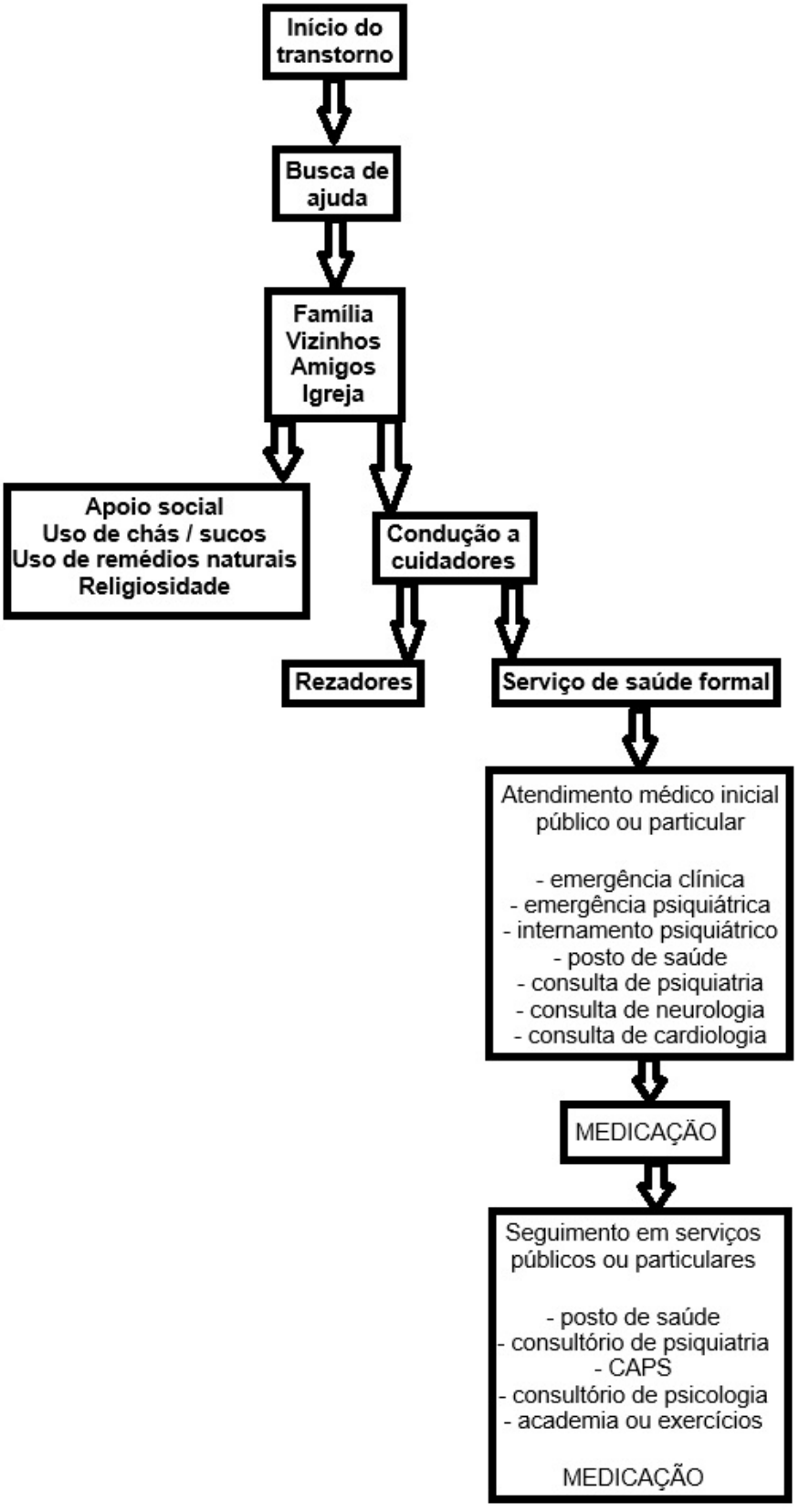
O enfoque do cuidado apenas no profissional médico e no uso de psicofármacos revela ainda o problema da inadequação dos serviços de saúde às características culturais das populações do campo, da floresta e das águas, já documentada na literatura (CAMPOS JUNIOR, AMARANTE, 2015; CIRILO-NETO, DIMENSTEIN, 2021). Pessoas de populações específicas, consideradas minorias étnicas, utilizam menos cuidados de saúde mental e, quando o fazem, têm taxas mais altas de evasão, por dificuldades de adaptação cultural dos serviços, tanto nas questões relativas à linguagem, quanto à visão de mundo (MOLEIRO, GONÇALVES, 2010).

Nenhuma das pessoas entrevistadas mencionou qualquer esforço de adaptação cultural dos cuidados recebidos no subsistema profissional. Além dos problemas já apontados, estas práticas estão em desacordo com o artigo 12o da DUBDH (UNESCO, 2006), que valoriza o pluralismo e a interculturalidade. Esta desvalorização da visão de mundo destas comunidades em favor de um conhecimento calcado apenas no paradigma biomédico, de origem anglosaxônica, é uma manifestação da colonialidade do saber e do racismo epistêmico (REIS, 2020) e

se constitui em mais uma faceta da vulnerabilidade programática (AYRES et al, 2003) à qual está submetida essa população.

Neste sentido, a necessidade de preparar profissionais para atuar de forma intercultural se mostra um imperativo ético. Não apenas para fornecer um atendimento a pessoas e famílias mais adequado e ancorado nos artigos 12o e 14o da DUBDH (UNESCO, 2006), a mudança de postura dos profissionais favorece transformações no imaginário social e consequentes ações coletivas mais adequadas às necessidades de saúde das pessoas com transtornos, efetivando o ideário da reforma psiquiátrica de cuidado em território e em rede (AMARANTE, TORRE, 2017).

Figura 1 - Representação gráfica dos itinerários terapêuticos



Fonte: Ilustração elaborada pela própria autora

3.7. Pensando novas possibilidades

> “Onde não vigorar o cuidado, como poderá vicejar a vida, já que o cuidado é da essência da própria vida, seja pessoal, seja social? Esta destruição sistemática do universo do cuidado é um indício irrefutável da decadência de uma civilização, mina a base de sua sustentação e se autocondena ao desaparecimento. É o caso de nossa moribunda civilização ocidental, que se globalizou e que, junto com valores inestimáveis que exaltam o humano, levou, para todos os cantos do planeta, seu vírus letal do pensamento único, do espírito imperial e da arrogância de saber e fazer melhor do que os outros. Tempos mais promissores de vida e de cuidado seguramente virão.” (BOFF, 2012, p.184)

Mudanças sempre exigem esforços por parte de quem as vivencia, o que pode provocar resistência inicial à sua efetivação. Mas, semelhante à semeadura praticada pelos agricultores, ou da rede lançada pelos pescadores, este investimento de energia é necessário, por parte de profissionais que prestam assistência à saúde, por gestores e formuladores de políticas, por educadores e instituições que formam profissionais e pela própria população assistida, para que se preste um cuidado em saúde mental mais adequado e alinhado à DUBDH em territórios rurais.

O cuidado envolve a intervenção no mundo ancorada na subjetividade dos seres humanos envolvidos (BOFF, 2000). Para que aconteça um cuidado respeitoso à saúde mental das populações do campo, da floresta e das águas, é preciso que profissionais busquem compreender o sofrimento destas pessoas e a realidade que o envolve, mesmo que diferentes das suas próprias (COSTA, ANJOS, ZAHER, 2007; CAMPOS, SILVA, 2025; LICHOTE et al, 2025).

O ideário ético dos direitos humanos é um importante norteador dos diálogos com as pessoas com TMC, ajudando-as a perceber suas vulnerabilidades e fomentar a ação consciente no sentido de sua transformação (VENTURA, 2017). Faz-se necessário que se considere as pessoas que sofrem como sujeitos de direitos, buscando respeitar sua autodeterminação, para garantir o princípio da dignidade humana (BRAUNER, FERRAZ, 2017; CAMPOS, SILVA, 2025).

> “Assim, do diagnóstico à terapêutica, o cuidar em saúde mental passou a ser conotado como uma ação social, voltada a possibilitar a melhor inserção social possível. Nesse âmbito, o cuidar busca a compreensão e luta contra condições e ideologias de vida por si mesmas enlouquecedoras, reconhecendo que em alguns subsistemas sociais poder-se-ia considerar condutas desajustadas como soluções possíveis de vida e sobrevivência. Tem-se, então, o

> cuidar como prática de comprometimento ético com a cidadania e os direitos humanos, de reflexão sobre o sofrimento inerente às normas e valores sociais excludentes.” (FELICIO, PESSINI, 2009, p. 208).

Para que esta “nova” forma de cuidar da saúde mental de populações do campo, da floresta e das águas se concretize, são necessárias diferentes estratégias, que considerem a pessoa que sofre de maneira integral, busquem melhorar sua integração social e a efetivação de seus direitos (BRAUNER, FERRAZ, 2017). A atuação interprofissional, o respeito às visões de mundo das pessoas com transtornos mentais, o fomento às atividades coletivas paralelamente às ações individuais e as intervenções que ajam nas causas do adoecimento são formas concretas de efetivar esta forma de cuidar (FELICIO, PESSINI, 2009).

Para o cotidiano dos serviços de saúde, é importante que os profissionais lancem mão da clínica ampliada, que vai além das queixas, dos diagnósticos e do desaparecimento dos sintomas, mas também visa a melhoria das condições de vida e o fortalecimento das pessoas, produzindo saúde com uma leitura crítica da realidade (ALVES et al, 2021). Assim, leva-se em consideração as forças e condições geradoras dos processos de determinação do adoecimento para a compreensão deste e um adequado planejamento de ações, que visem não apenas atenuar o sofrimento, mas atuar em suas causas. Desta forma, estará se buscando aderir os artigos 8o, 10o e 14o da DUBDH (UNESCO, 2006) às práticas de cuidados à saúde mental.

Aqui, a clínica ampliada se aproxima do conceito de educação popular em saúde. Inspirada na educação popular freireana, a educação popular em saúde tem como ponto de partida os saberes prévios das pessoas, construídos nas suas trajetórias de vida e que lhe possibilitam lidar com os desafios cotidianos. Isto gera uma relação mais horizontal, de troca de saberes, entre educadores e educandos, favorecendo uma leitura crítica da realidade. Portanto, “educar para a saúde é justamente ajudar a população a compreender as causas dessas doenças e a se organizar para superá-las” (GOMES, MEHRY, 2011, p. 11).

Numa perspectiva intercultural, a educação popular em saúde parte dos conhecimentos prévios das pessoas e comunidades sobre o que são seus problemas e das estratégias já utilizadas para enfrentá-los, especialmente expressas nos subsistemas popular e folk de Kleinman. De forma dialógica, ao mesmo tempo que os profissionais valorizam e aprendem com estes saberes, problematizam com as

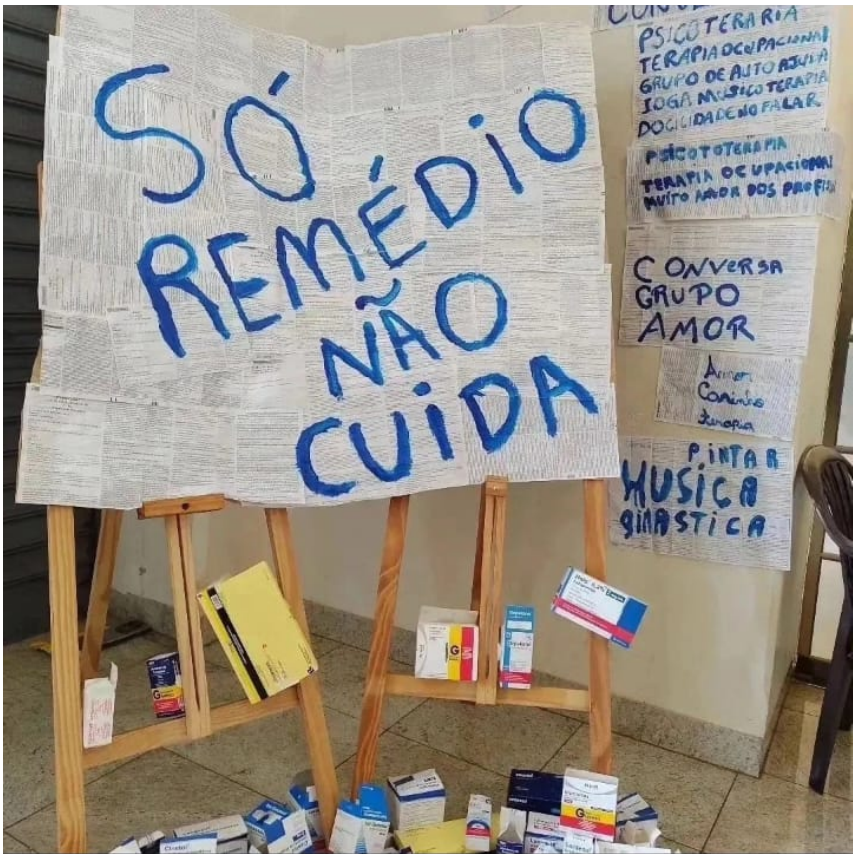
pessoas as causas dos problemas, incluindo as forças que se beneficiam do seu surgimento e sua manutenção. Desta forma, constroem conjuntamente com as pessoas caminhos para seu enfrentamento, no sentido da libertação proposto por Freire (GARRAFA, MANCHOLA-CASTILLO, 2017).

Esta perspectiva se torna mais efetiva no enfrentamento aos problemas de saúde mental, por atuar em sua gênese, buscando quebrar os ciclos de adoecimento. Além disso, reforça a horizontalidade das relações e a coletividade, favorecendo o crescimento do capital social das comunidades, claramente um fator protetor do adoecimento psíquico. O fortalecimento comunitário constrói condições para a expressão concreta dos artigos 8o, 10o, 11o, 12o e 14o da DUBDH (UNESCO, 2006).

Esta mudança de foco de atuação é particularmente importante para profissionais que são formados na perspectiva das patologias e dos atendimentos individuais, como os da medicina e da psicologia. É necessário encarar estes atendimentos como um encontro de sujeitos, o que cuida e o que busca cuidados, no qual se reconhece que os impactos subjetivos disparam processos e abrem caminhos terapêuticos paralelamente às intervenções no plano biológico (MOREIRA, 2007). Este olhar ampliado sobre os problemas de saúde mental e a relação de horizontalidade e respeito que se estabelece entre pessoa e profissional expressa na prática os artigos 3o, 5o, 8o, 11o e 12o da DUBDH (UNESCO, 2006).

Neste ponto, a clínica ampliada se coaduna com o método clínico centrado na pessoa, tecnologia relacional valiosa, para a qual os encontros clínicos entre profissionais de saúde e pacientes são conferências entre dois especialistas, um em problemas de saúde e um em si mesmo, nas quais se necessita conhecer não só o problema de saúde, mas a experiência de adoecimento da pessoa e seu contexto, buscando pactuar junto com ela os caminhos do cuidado (LOPES, DIAS, 2019), tornando os resultados mais positivos (MOLEIRO, GONÇALVES, 2010). Desta forma, permite que o profissional revisite suas concepções, desconstruindo seus preconceitos e criando formas de cuidar que combatam a estigmatização das pessoas com transtornos mentais e primem pelo respeito à sua autonomia. Consequentemente, o uso desta ferramenta permite trazer à concretude os artigos 3o, 4o, 5o, 6o, 11o, 12o da DUBDH (UNESCO, 2006) aos cuidados em saúde mental.

Imagem 24 - Atividade grupal de terapia ocupacional “O que cuida de você?”



Fonte: reprodução internet do perfil do instagram @antimanicomialap

A clínica ampliada é importante em todos os pontos de atenção à saúde da RAPS, mas tem especial relação com o trabalho na APS. Alguns dispositivos colaboram com sua implantação, como a anamnese ampliada, as reuniões de equipe, o projeto terapêutico singular (PTS) e as visitas domiciliares visando conhecer as dinâmicas domésticas (MOREIRA, 2007). Reuniões de equipe em contextos de boa integração interprofissional são espaços de fortalecer a comunicação e a relação horizontal entre trabalhadores, reafirmar objetivos comuns e as estratégias para alcançá-los, o que torna o trabalho vivo (MEHRY, FRANCO, 2009). Estes espaços precisam estar previstos nas agendas de trabalho das equipes envolvidas, com periodicidade definida a partir das necessidades de atuação.

O cuidado colaborativo, no qual se desenvolvem relações mais estreitas entre os diversos profissionais que atuam na APS e os que atuam na atenção especializada, e eventualmente trabalhadores de outros setores como a educação, a assistência social e a justiça, amplia as possibilidades de atenção à saúde mental integral e eficaz e de aprendizado mútuo entre trabalhadores. Este matriciamento

pode tomar forma em várias estratégias, como discussão de casos, realizações de ações coletivas conjuntas, construção de PTS e interconsultas, compartilhando a responsabilidade do cuidado entre trabalhadores (FAGUNDES et al, 2021). Para populações de territórios rurais, estes dispositivos podem ser especialmente importantes, pois diminuem a necessidade de deslocamento da população até serviços de saúde urbanos, melhorando seu acesso e favorecendo o cumprimento do disposto nos artigos 8a, 10a, 11a, 12a e 14a da DUBDH (UNESCO, 2006).

O PTS é um conjunto de propostas para uma pessoa, família ou grupo, construído por uma equipe interprofissional em conjunto com quem está sendo assistido, visando um cuidado integral e equânime e a reinserção social (BAPTISTA et al, 2020). Fica sob responsabilidade de um profissional de referência, que acompanha sua execução e avaliação até seu encerramento (PINTO et al, 2011). Pela sua natureza de olhar ampliado para as condições de vida e saúde e pela característica de ser dialógico com quem está sendo cuidado, o PTS colabora para a incorporação dos artigos 3o, 5o, 6o, 8o, 10o, 11o, 12o e 14o da DUBDH (UNESCO, 2006) ao cuidado em saúde mental, rompendo com uma “lógica de raízes moralistas e de bases conservadoras” (CAMPOS, SILVA, 2025, p. 10).

A atenção domiciliar à saúde também tem um papel importante em ampliar acesso aos cuidados em saúde mental, especialmente em territórios rurais, pelas barreiras físicas e institucionais que as populações do campo, da floresta e das águas enfrentam (TARGA, 2019). Mas também permite que o encontro entre profissionais e pessoas se dê dentro do contexto de vida destas, favorecendo o conhecimento dos trabalhadores sobre a família e a comunidade e colaborando com a horizontalidade das relações. Também pode colaborar para o cuidado dos que fazem parte da rede de relações da pessoa com transtorno, medida importante para fortalecer a atenção (CARDOSO, LIMA, CUNHA, 2021). Pode e deve ser realizada por qualquer profissional da saúde, de todos os pontos de atenção da RAPS.

Também pensando a ampliação do acesso aos cuidados à saúde das populações do campo, da floresta e das águas, advoga-se o uso crescente das tecnologias da informação e comunicação na saúde. Em que se pese os cuidados éticos necessários para a implantação de qualquer nova tecnologia em saúde, como recomendado pelo artigo 4o da DUBDH (UNESCO, 2006), a telessaúde em suas várias modalidades tem o potencial de ampliar o acesso a diversas ações e

profissionais de saúde, o que é especialmente importante para pessoas mais vulneráveis, como as com mobilidade reduzida e as que vivem em territórios de difícil acesso (KUR, SILVA, PINHO, 2023). Porém, alguns entraves precisam ser vencidos no que diz respeito à infraestrutura tecnológica, alfabetização digital e qualificação profissional, o que demanda políticas públicas, investimentos tecnológicos e ações de inclusão digital (SOUZA et al, 2025).

Um aspecto que merece atenção bioética nos cuidados à saúde mental das populações do campo, da floresta e das águas são as questões que envolvem a confidencialidade, expressas no artigo 9o da DUBDH (UNESCO, 2006). O fato de alguns trabalhadores em saúde nos territórios rurais compartilharem outras relações sociais com a população assistida, como de vizinhança, parentesco ou religiosidade, caracterizando relações duais (SAJID et al, 2022; PALOMIN et al, 2023), pode dificultar que a privacidade da pessoa seja plenamente respeitada, reduzindo sua confiança nos trabalhadores e nas instituições de saúde. Este problema pode causar uma dificuldade de acesso a cuidados em saúde de qualidade, ferindo também o artigo 14o da DUBDH (UNESCO, 2006), o que exige cuidados adicionais dos profissionais envolvidos, especialmente nas discussões coletivas de casos.

Para que os trabalhadores envolvidos no cuidado à saúde mental de populações do campo, da floresta e das águas consigam trabalhar desta forma integral, visando a dignidade e os direitos humanos de seus pacientes, precisam ter condições adequadas e reconhecimento de seus limites, para que sua condição humana também seja respeitada (COSTA, ANJOS, ZAHER, 2007). Isto evoca a responsabilidade do trabalho dos profissionais que gerenciam serviços de saúde e formulam políticas públicas. Rever a lógica produtivista de metas de produção (SENA et al, 2025), tornar o trabalho em territórios rurais mais atrativo, montar redes de apoio a trabalhadores de saúde destes territórios, usando ou não as ferramentas da telessaúde, estimular práticas interprofissionais e promover educação permanente são estratégias que possibilitam aos profissionais da assistência desempenharem seu trabalho de forma mais adequada. Entraves à realização destas ações, sejam eles orçamentários, políticos ou técnicos, precisam ser enfrentados com educação e mobilização coletiva.

Mas nenhum destes trabalhadores conseguirá exercer um cuidado ou gerenciamento adequado se estiverem mantidas as lógicas de formação profissional

focadas na doença e nos procedimentos e medicamentos como únicas formas de atuação. A concepção de periculosidade das pessoas com transtornos mentais, e a consequente justificativa para seu apartamento social, precisa ser transformada. Sua manutenção perpetua o desrespeito aos direitos humanos das pessoas em sofrimento psíquico. Portanto, as modificações nos currículos e práticas de formação profissional precisam seguir mudando na direção da compreensão ampliada do adoecimento, da interprofissionalidade e dos direitos humanos das pessoas que sofrem. Assim, a atenção à saúde mental de populações do campo, da floresta e das águas poderá estar mais próxima do previsto em todos os artigos da DUBDH (UNESCO, 2006).

Imagem 25 - Crianças no maceió de Tabatinga, Conde, Paraíba



Fonte: acervo pessoal

Já se sabe que profissionais especialistas conseguem desempenhar melhor as funções, tanto da APS quanto da atenção especializada, do que generalistas, então preferencialmente deveriam ser recrutados para a APS médicos de família e comunidade e demais profissionais de saúde especialistas em saúde da família, assim como médicos psiquiatras e demais profissionais especialistas em saúde mental para as funções na atenção especializada. Porém, o número destes especialistas é insuficiente, como já mencionado, o que gera a necessidade de ocupação destes postos de trabalho pelos generalistas, especialmente em territórios não urbanos. Precisa-se desenvolver fomento a esta especialização por parte dos

governos e instituições formadoras, especialmente fora dos centros urbanos, para suprir esta carência e melhorar o acesso a uma assistência de qualidade à saúde mental.

A melhor forma de fornecer esta especialização aos profissionais é através de programas de residência médica e multiprofissional. Estes programas prevêem a realização de atividades teóricas, mas pelo menos oitenta por cento de sua carga horária se destina a atividades práticas sob acompanhamento de profissionais já especializados. Esta atuação supervisionada é fundamental para o amadurecimento do profissional para lidar com as questões subjetivas que envolvem a saúde mental. Como a maior parte dos programas de residência ainda se concentra em centros urbanos, a ampliação de programas com ênfase na saúde das populações do campo, da floresta e das águas, a exemplo do que já são promovidos pela UFPE e da UPE em Caruaru, representa uma ação ética no sentido de promover justiça social.

Para que as mudanças se efetivem, também é necessário que os profissionais já atuantes também possam refletir e transformar suas concepções e práticas. Apenas a educação permanente, que se diferencia da simples educação continuada por ser dialógica e baseada nos desafios práticos do exercício profissional, pode trazer reflexões sobre a determinação social do sofrimento psíquico, o racismo, o sexismo, o etarismo, as particularidades da atenção à saúde das populações do campo, da floresta e das águas, e os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais. A transformação do paradigma de cuidado focado na doença, no atendimento individual e no medicamento exige mudanças na formação profissional para que as pessoas sejam capazes de enxergar as forças políticas e econômicas que sustentam a manutenção do status quo e sejam capazes de trabalhar por sua modificação (Felicio, Pessini, 2009).

> “Neste sentido, as respostas vêm sendo formuladas concretamente pelo conjunto das pessoas, que ensaiam práticas significativas em todos os lugares e em todas as situações do mundo atual. Portanto, não há um sujeito histórico único. Muitos são os sujeitos destas mudanças. Elas se orientam por um novo sentido de viver e de atuar. Por uma nova percepção da realidade e por uma nova experiência do ser. Elas emergem de um caminho coletivo que se faz caminhando. (BOFF, 2000, p. 25)”

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este texto encerra-se com a expectativa de ter cumprido seus objetivos de problematizar, sob o prisma da DUBDH, os itinerários terapêuticos em saúde mental de membros de comunidades camponesas e pesqueiras no nordeste brasileiro. Em consonância com a literatura, os achados do estudo mostram populações com modos de vida distintos dos residentes em áreas urbanas, com situações de vulnerabilidade e iniquidades associadas, o que lhes confere características próprias em seus processos de saúde-adoecimento-cuidado. Os serviços de saúde que as assistem deveriam estar adaptados a estas diferentes necessidades de saúde e serem mais integrais e resolutivos, o que não se concretiza na prática, fragilizando a garantia dos direitos humanos destas pessoas.

Em relação especificamente à saúde mental, a flagrante situação de injustiça nos modos de vida destas populações se traduz na determinação social de seu sofrimento psíquico, com dificuldade na percepção deste fato pelos participantes do estudo e pelos profissionais de saúde que deles cuidam, também em consonância com os relatos da literatura em situações semelhantes. A presença do estigma que envolve o sofrimento psíquico, o qual relaciona a pessoa com transtorno à periculosidade e à consequente necessidade de afastamento do convívio social, esteve presente nas concepções de transtornos mentais das comunidades estudadas. A segregação e o isolamento decorrentes deste estigma pioram a condição de saúde mental e atrapalham sua busca e continuidade de cuidados, caracterizando um conflito bioético persistente.

Também se verificou um inconsistente acesso a cuidados em saúde mental, com oferta intermitente de serviços assistenciais, ausência de ações de promoção da saúde mental e fragmentação da rede de atenção psicossocial nas localidades de moradia dos entrevistados. Ainda que o estudo apresente a limitação do período de realização das entrevistas, com a ocorrência de eventos de impacto para a saúde mental coletiva após a coleta de dados - como a mudança na Política Nacional de Saúde Mental em 2017 ou a pandemia de COVID-19 em 2020 - a literatura mais recente ainda mostra resultados semelhantes aos encontrados nesta pesquisa. Portanto, a necessidade de ações que promovam a equidade e o

empoderamento destas populações seguem sendo necessárias para que o princípio bioético da justiça se concretize.

Ademais, a qualidade dos poucos cuidados que são acessados pelas comunidades onde residem as pessoas entrevistadas é questionável, pela visão dos profissionais envolvidos parecer estar restrita ao paradigma biomédico, focando suas intervenções apenas no controle dos sintomas, através de medicações psicoativas e consultas médicas, sem a participação de equipes interprofissionais. A falta de visão mais ampliada sobre a saúde e sobre os processos de determinação que conduzem ao adoecimento destas populações por parte dos profissionais limita sua capacidade de intervenção nesta realidade, colaborando indiretamente para perpetuação das iniquidades, caracterizando uma assistência em desacordo com o preconizado na DUBDH.

Aspecto não menos importante é a verificação da ausência de esforços de adequação cultural ao cuidado prestado pelas instituições que assistem a saúde nestas localidades. Sabendo que as culturas dos territórios onde vivem as populações do campo, da floresta e das águas são diversas entre si e em relação às culturas urbanas, de onde se originam a maior parte dos profissionais de saúde, fazer a transposição acrítica das estratégias de trabalho utilizadas em contextos urbanos para a assistência às comunidades rurais compromete a qualidade do cuidado e a adesão das pessoas a eles. Este é mais um ponto de desrespeito à DUBDH, no que concerne à necessidade de considerar o pluralismo.

Assim, o estudo exemplifica conflitos bioéticos e menosprezo aos direitos humanos das populações estudadas. Buscou-se uma análise ampla da questão, considerando as relações complexas e imbricadas da vida concreta. Desta forma, espera-se ter contribuído com o conhecimento bioético, através de sua aplicação prática, por uma perspectiva política e socialmente referenciada, que efetivamente colabore para a efetivação do princípio da justiça.

Além de apontar os problemas identificados, foram formuladas algumas propostas para que as políticas públicas, especialmente na área da saúde mental, possam ser melhor desenhadas. A intenção é que estas ações possam ser planejadas segundo as necessidades destas populações e buscando respeitar seus direitos humanos, a partir de uma concepção ampliada de saúde e da determinação social do adoecimento psíquico. Intencionou-se ampliar as reflexões para auxiliar

trabalhadores da assistência e da gestão de políticas públicas a revisitar conceitos e desenhar práticas mais respeitosas e efetivas no cuidado à saúde mental das populações do campo, da floresta e das águas, colaborando para a efetivação de seus direitos humanos e com a justiça social.

Imagem 26 - Embarcações pesqueiras e turísticas, São Miguel dos Milagres, Alagoas



Fonte: Acervo pessoal

REFERÊNCIAS

Algorani, Emad B; Gupta, Vikas. Coping Mechanisms. In: **StatPearls**. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2025. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559031/ Acesso em: 25/03/2026.

Alves, Ana Alexandra Marinho; Rodrigues, Nuno Filipe Reis. Determinantes sociais e económicos da saúde mental. **Rev Port Saúde Pública**. Lisboa, v.28, n.2, p.127-131, 2010. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902510700031?ref=cra_js_challenge&fr=RR-1 Acesso em 25/03/2026.

Alves, Domingos Sávio. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araújo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p.171-80. Disponível em: https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/sentidos-da-integralidade8edicao.pdf Acesso em 25/03/2026.

Alves, Lígia Maria. **O impacto do envelhecimento populacional na sociedade contemporânea: a feminização do envelhecimento e os desafios do combate ao etarismo no Brasil.** 2025. 55. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Relações Internacionais) - Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2025. Disponível em: https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/22298/2/Ligia_Maria_Alves.pdf Acesso em 25/03/2026.

Alves, Maria Eliane; Xavier, Maria Gilca Pinto; Campos, Luis Henrique Romani. O crescimento econômico dos municípios do Aglomerado de Confecções do Agreste Pernambucano: uma análise do período de 2000/2010, à luz das teorias da NGE. **Race**. Joaçaba, v.15, n.3, p.891-914, 2016. Disponível em: https://periodicos.unoesc.edu.br/race/article/view/7153/pdf Acesso em 25/03/2026.

Alves, Paulo Cesar; Souza, Iara Maria A. Escolha e Avaliação de Tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo, Miriam

Cristina M; Alves, Paulo Cesar; Souza, Iara Maria A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999, p.125-38. Disponível em: https://books.scielo.org/id/pz254/pdf/rabelo-9788575412664-06.pdf Acesso em 25/03/2026.

Alves, Roberta Machado; Santos, Emelynne Gabrielly de Oliveira; Barbosa, Isabelle Ribeiro. Fatores associados aos transtornos mentais comuns entre agricultores em um município de médio porte no nordeste do Brasil. **Rev Saude Publica**. São Paulo, v.56, n.74, p.1-15, 2022. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2022.v56/74/pt Acesso em 25/03/2026.

Amarante, Paulo. Torre, Eduardo Henrique Guimarães. Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.21, n.63, p.763-74, 2017. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/icse/2017.v21n63/763-774/pt/ Acesso em 25/03/2026.

Anderson, Maria Inez Padula; Rodrigues, Ricardo Donato. O paradigma da complexidade e os conceitos da Medicina Integral: saúde, adoecimento e integralidade. **Revista HUPE**. Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.242-252, 2016. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistahupe/article/view/29450/23247 Acesso em 25/03/2026.

Ando, Nilson Massakazu; Targa, Leonardo Vieira; Almeida, Arnaldo; Silva, Dijon Hosana Souza; Barros, Enrique Falceto de; Schwalm, Fabio Duarte; Savassi, Leonardo Cançado Monteiro; Breunig, Marcos; Lima, Monica Correia; Amaral Filho, Ricardo; Horta, Thereza Cristina Gomes. Declaração de Brasília: O conceito de rural e o cuidado à saúde. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v.6, n.9, p.142-4, 2011. Disponível em: https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/390 Acesso em 25/03/2026.

Antoniazzi, Adriane Scomazzon; Dell'Aglio, Débora Dalbosco; Bandeira, Denise Ruschel. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia.** Natal,

v.3, n.2, p. 273-94, 1998. Disponível em: https://www.scielo.br/j/epsic/a/XkCyNCL7HjHTHgtWMS8ndhL/?format=pdf&lang=pt Acesso em 25/03/2026.

Aragão, Ellen Ingrid Souza; Campos, Mônica Rodrigues; Portugal, Flávia Batista; Gonçalves, Daniel Almeida; Mari, Jair de Jesus; Fortes, Sandra Lúcia Correia Lima. Padrões de Apoio Social na Atenção Primária à Saúde: diferenças entre ter doenças físicas ou transtornos mentais. **Ciênc. Saúde Colet**. Rio de Janeiro, v.23, n.7, p.2339-2350, 2018. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csc/2018.v23n7/2339-2350/pt Acesso em 25/03/2026.

Ayres, José Ricardo Mesquita; Freitas, Ângela Carvalho; Santos,Marco Antônio Silva dos; Saletti Filho, Haraldo Cesar; França Júnior, Ivan. Adolescência e aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. **Inferface - Comunic, Saúde, Educ**, v.7, n.12, p.113-28, 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/6ZKmv8XnCTSmq7x64HdnL6k/?format=pdf&lang=pt Acesso em 25/03/2026.

Barbosa, Larissa Arruda; Sá, Natan Monsores de. Linhas de Cuidado e Itinerários Terapêuticos para Doenças Raras no Distrito Federal. **Tempus – Actas De Saúde Coletiva**. Brasília, v.10, n.3, p. 69-80, 2016. Disponível em: https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1907/1671 Acesso em 25/03/2026.

Barbosa, Maysa de Oliveira; Lemos, Izabel Cristina Santiago; Kerntopf, Marta Regina; Fernandes, George Pimentel. A prática da medicina tradicional do Brasil: um resgate histórico dos tempos coloniais. **Revista Interdisciplinar De Estudos Em Saúde**. Caçador, v.5, n.1, p.65-77, 2016. Disponível em: https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/832/431 Acesso em 25/03/2026.

Barreto, Raylane Andreza Dias Navarro; Oliveira, Gabriela Ribeiro Vasconcelos de; Lima, Gabrielly Cavalcanti de. Mulher, educação e participação política:o caso

pernambucano (1947-2022). **Interritórios**. Caruaru, v.10, n.19, e259546, p.1-20, 2024. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/interritorios/article/view/259546/47119 Acesso em 25/03/2026.

Beauchamp, Tom L.; Childress, James F. **Priciples of Biomedical Ethics**. New York: Oxford University Press, 2013.

Bezerra, Indara Cavalcante; Morais, Jamine Borges de; Paula, Milena Lima de; Silva, Tatiana Maria Ribeiro; Jorge, Maria Salete Bessa. Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v.40, n.110, p.148-161, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/snNxwyPzGPKHZJGZBFgcWxx/?format=pdf&lang=pt Acesso em 25/03/2026.

Boni, Beatriz Soto; Rezende, Kátia Terezinha Alves; Mazzetto, Fernanda Moerbeck Cardoso; Tonhom, Sílvia Franco da Rocha; Rezende, Milena. O uso de psicofármacos e/ou psicotrópicos: Uma revisão integrativa. In: Fornari, Lucimara; Oliveira, Ellen Synthia Fernandes de; Oliveira, Cleoneide; Faria, Brígida Mónica; Ribeiro, Jaime; Higa, Elza De Fátima Ribeiro. Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios. **New Trends in Qualitative Research.** Oliveira de Azeméis, v.8, p.880-889, 2021. Disponível em: https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/492/492 Acesso em 25/03/2026.

Bordo, Adilson Aparecido; Silva, Cleide Helena Prudêncio da; Nunes, Marcelo; Barbosa, Túlio; Miralha, Wagner. As diferentes abordagens do conceito de território. **Recuperado em**, v. 5, 2012. Disponível em: https://forumeja.org.br/wp-content/uploads/tainacan-items/151616/384171/diferentesabordterr.pdf Acesso em 25/03/2026.

Borrelli, Flavia Rezende Gomes. **A rotatividade dos profissionais de saúde na zona rural de Sergipe: um problema a ser enfrentado**. 2004. 102f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Planejamento e Gestão da Escola

Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro 2004. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/fiocruz/resource/pt/tes-1978 Acesso em 25/03/2026.

Brasil. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2022: 87% da população brasileira vive em áreas urbanas**. 2024(a). Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41901-censo-2022-87-da-populacao-brasileira-vive-em-areas-urbanas Acesso em 25/03/2026.

Brasil. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua.** 2023(a). Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html Acesso em 25/03/2026.

Brasil. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados. Caruaru.** 2022(a). Disponível em: https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe/caruaru.html Acesso em 25/03/2026.

Brasil. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados. Agrestina.** 2022(b). Disponível em: https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe/agrestina.html Acesso em 25/03/2026.

Brasil. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados. Icapuí**. 2022(c). Disponível em: https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ce/icapui.html Acesso em 25/03/2026.

Brasil. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/PNS%20Vol%202.pdf Acesso em 25/03/2026.

Brasil. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf Acesso em 25/03/2026.

Brasil. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil : uma primeira aproximação.** Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf Acesso em 25/03/2026.

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, 2001(b). Disponível em: https://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15864-rces004-01&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192 Acesso em 25/03/2026.

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, 2014(b). Disponível em: https://www.gov.br/mec/pt-br/cne/2014/rces003_14.pdf Acesso em 25/03/2026.

Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Caruaru**. 2024(b). Disponível em http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=26&VCodMunicipio=260410&NomeEstado= Acesso em 25/03/2026.

Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Agrestina**. 2024(c). Disponível em http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=26&VCodMunicipio=260030&NomeEstado= Acesso em 25/03/2026.

Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Icapuí**. 2024(d). Disponível em

https://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=23&VCodMunicipio=230535&NomeEstado= Acesso em 25/03/2026.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos; Revoga as (RES. 196/96); (RES. 303/00); (RES. 404/08). Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view Acesso em 25/03/2026.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 510 de 7 de abril de 2016**. Esta Resolução dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view Acesso em 25/03/2026.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **CID 10**. Brasília: DATASUS, 2021. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm Acesso em 25/03/2026.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 3.088 de 23 de dezembro de 2011**(b). 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). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em 25/03/2026.

Brasil, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 2311 de 23 de outubro de 2014**(a). Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das

Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2311_23_10_2014.html Acesso em 25/03/2026.

Brasil, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 635 de 22 de maio de 2023**(b). Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html Acesso em 25/03/2026.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher : Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011(a). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf Acesso em: 25/03/2026.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-sem-racismo/publicacoes/politica-nacional-de-saude-integral-da-populacao-negra-1-edicao-2010 Acesso em 25/03/2026.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 25/03/2026.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. **Lei 10.216 de 06 de abril de 2001(a)**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm Acesso em 25/03/2026.

Brauner, Maria Claudia Crespo; Ferraz, Deise Brião. Uma visão holística das práticas em saúde mental amparadas na bioética latino-americana. **Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.** Brasília, v.6, n.4, p.10-26, 2017. Disponível em: https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/408/487 Acesso em 25/03/2026.

Buss, Paulo Marchiori; Pellegrini Filho, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt Acesso em 25/03/2026.

Cabral, Ana Lucia Lobo Vianna; Martinez-Hemáez, Angel; Andrade, Eli Iola Gurgel; Cherchiglia, Mariangela Leal. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet**. Rio de Janeiro, n.16, v.11, p.4433-4442, 2011. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n11/a16v16n11.pdf Acesso em 25/03/2025.

Cabral, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat; Farias, Ester Senna Monteiro de. Saúde mental: conceitos e contribuições do diálogo entre psicologia e bioética. In: Cabral, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat; Moreira, Raquel Veggi; Silva, Karla de Mello. **Bioética em debate: saúde, direito e dignidade em interfaces**. Campos dos Goytacazes, 2023. p.233-243. Disponível em: https://encontrografia.com/wp-content/uploads/2023/08/ebook_Bioetica-em-debate-I.pdf#page=232 Acesso em 25/03/2026.

Campos, Vinícius de Souza; Silva, Tharles da. Bioética e saúde mental: a intersecção da bioética, legislação e tecnologias emergentes na materialização do respeito à autonomia e à dignidade humana. **Revista Contemporânea**, *[S. l.]*, v. 5, n. 1, p. e7234, 2025. Disponível em: https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/7234 Acesso em 25/03/2026.

Campos Junior, Ailson; Amarante, Paulo Duarte de Carvalho. Estudo sobre práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Primária: o caso de um município do interior do estado do Rio de Janeiro. **Cad. saúde colet.** Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.425-35, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cadsc/a/9jyCvb7PzTGW3c8sLwMRgfB/?format=pdf&lang=pt Acesso em 25/03/2026.

Cardoso, Ângela Maria Rosas; Lima, Maria da Glória Lima; Cunha, Thiago Rocha da. Interseccionalidade de vulnerabilidades infantojuvenis na atenção em saúde mental. **Revista Colombiana de Bioética**. Bogotá, v. 16, n.2, e3496, p. 1-19, 2021. Disponível em: https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCB/article/view/3496/3274 Acesso em 25/03/2026.

Carvalho, Edilaine Oliveira; Rocha, Emerson Ferreira. Consumo alimentar de população adulta residente em área rural da cidade de Ibatiba (ES, Brasil). **Ciênc. Saúde Colet**. Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.179-85, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/jVthwDHtDwXsqdLWvzD6mbh/?format=pdf&lang=pt Acesso em 25/03/2026.

Carvalho, Rainara Ferreira; Sampaio, Sócrates Sousa; Sena, Yasmin Silva; Costa, Ilka Lorena de Oliveira Farias; Reis, Ana Paula Oliva; Lima, Sérgio Beltrão de Andrade; Pastana, Ilma Ferreira. Raça e Saúde Mental no Ensino Superior: Uma revisão sistemática. **Research, Society and Development**, v. 10, n.9, e47710918369, p.1-14, 2021. Disponível em: https://rsdjournal.org/rsd/article/view/18369/16374 Acesso em 25/03/2026.

Carvalho, Regina Ribeiro Parizi; Albuquerque, A. Desigualdade, bioética e Direitos Humanos. **Revista Bioét**. Brasília, v.23, n.2, p.227–37, 2015. Disponível em https://www.scielo.br/j/bioet/a/T6fN67vqKBYV7zXbZjrjWVr/?format=pdf Acesso em 25/03/2026.

Carvalho, Socorro Taynara Araújo; Santos Filho, José Antônio dos; Souza, Sâmmia Rodrigues de; Moura Junior, James Ferreira. Saúde mental de mulheres rurais no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**. Boa Vista, v. 15, n. 45, p. 615–631, 2023. Disponível em: https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/2181/847 Acesso em 25/03/2026.

Chifa, Carlos. La perspectiva social de la medicina tradicional. **Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas**. Santiago, v.9, n.4, p.242-5, 2010. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/856/85615195001.pdf Acesso em 25/03/2026.

Cid, Maria Fernanda Barboza; Pereira, Letícia Maria. Adolescentes com dificuldades relacionadas à saúde mental, moradores de áreas rurais: percepções sobre família, escola e contexto de moradia. **Cadernos Brasileiros De Terapia Ocupacional**. São Carlos, v. 24, n. 3, p. 543–55, 2016. Disponível em: https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1363 Acesso em 25/03/2026.

Cirilo Neto, Maurício; Dimenstein, Magda. Desafios para o cuidado em saúde mental em contextos rurais. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**. Belo Horizonte, v.14, n.1, p. 1-26, 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v14n1/05.pdf. Acesso em 25/03/2026.

Coledam, Diogo Henrique Constantino; Alves, Taciane Aurora; Arruda, Gustavo Aires de; Ferraiol, Philippe Fanelli. Prevalence of common mental disorders among Brazilian workers: systematic review and meta-analysis. **Ciênc. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v.27, n.2, p.579-91, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/YSZpPDp5xNtxbCGWMjBBGpp/?format=pdf&lang=en Acesso em 25/03/2026.

Corgozinho, Marcelo Moreira; Oliveira, Aline Albuquerque Sant'Anna de. Equidade em saúde como marco ético da bioética. **Saúde Soc.** São Paulo, v.25, n.2, p.431-41, 2016.
Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2016.v25n2/431-441/pt Acesso em 25/03/2026.

Correia, Valmir Rycheta; Barros, Sônia; Colvero, Luciana de Almeida. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP** São Paulo, v.45, n.6, p. 1501-6, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/VsL4yTBPR7nSd9wF7MP5Tpj/?format=pdf&lang=pt Acesso em 25/03/2026.

Costa, Albanita Gomes da; Ludermir, Ana Bernarda. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.73-9, 2005. Disponível em https://www.scielo.br/j/csp/a/YMVCCxXwnxwjzBcrJmDtwtm/?format=pdf&lang=pt Acesso em 25/03/2026.

Costa, José Raimundo Evangelista da; Anjos, Márcio Fabri dos; Zaher, Vera Lúcia. Para compreender a doença mental numa perspectiva de bioética. **Bioethikos**. São Paulo, v.1, n.2, p.103-110, 2007. Disponível em: https://saocamilo-sp.br/assets/artigo/bioethikos/57/Para_compreender_a_doenca_mental.pdf Acesso em 25/03/2026.

Costa, Marta Cocco da; Lopes, Marta Julia Marques; Soares, Joannie dos Santos Fachinelli. Violência contra mulheres rurais: gênero e ações de saúde. **Esc Anna Nery.** v.19, n.1, p. 162-168, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/wtn3ZbpCSjLKk8TBQCF9ShB/?format=pdf&lang=pt Acesso em 25/03/2026.

Costa, Polyana Felipe Ferreira da; Santos, Solange Laurentino dos; Silva, Marcelo Saturnino da; Gurgel, Idê Gomes Dantas. Prevalência de transtorno mental comum

entre trabalhadores canavieiros. **Rev Saude Publica**. São Paulo, v.51, n.113, p.1-10, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/wrt4nK3gCvzPFnZknHD3Xph/?format=pdf&lang=pt Acesso em 25/03/2026.

Demétrio, Fran; Santana, Elvira Rodrigues de; Pereira-Santos, Marcos. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.43, n. especial 7, p. 204-221, 2019. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe7/204-221/pt/ Acesso em 25/03/2026.

Dimenstein, Magda; Siqueira, Kamila; Macedo, João Paulo; Leite, Jader; Dantas, Candida. Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. Rio de Janeiro, v.69, n.2, p.72-87, 2017(a). Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/2290/229053873006.pdf Acesso em 25/03/2026.

Dimenstein, Magda; Macedo, João Paulo Sales; Leite, Jader; Dantas, Candida; Silva, Monique Pfeifer Rodrigues da. Iniquidades Sociais e Saúde Mental no Meio Rural. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v.22, n.3, p.541-553, 2017(b). Disponível em: https://www.scielo.br/j/pusf/a/S6v4tkB4rQQ4JmLCzgyPsKN/?format=pdf&lang=pt Acesso em 25/03/2026.

Dimenstein, Magda; Belarmino, Victor Hugo; Martins, Maria Emanuelly; Dantas, Candida; Macedo, João Paulo; Leite, Jader Ferreira; Alves Filho, Antonio. Desigualdades, racismos e saúde mental em uma comunidade quilombola rural. **Amazônica - Revista de Antropologia**. v. 12, n.1, p.205 - 229, 2020. Disponível em: https://periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/8303 Acesso em 25/03/2026.

Eastwood, Robert; Lipton, Michael. **Rural-Urban Dimensions of Inequality Change. Stockholm.** Stockholm: Swedish International Development Cooperation Authority**,**

2000. Disponível em: https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED461711.pdf Acesso em 25/03/2026.

Faria, Neice Müller Xavier; Facchini, Luiz Augusto; Fassa, Anaclaudia Gastal; Tomasi, Elaine. Trabalho rural e intoxicações por agrotóxicos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1298-1308, 2004. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n5/24.pdf Acesso em 25/03/2026.

Faria, Rivaldo Mauro; Bortolozzi, Arleude. Território e saúde na geografia de Milton Santos: teoria e método para o planejamento territorial do Sistema Único de Saúde no Brasil. R. Ra'e Ga. Curitiba, v.38, p.291-320, 2016. Disponível em: http://revistas.ufpr.br/raega/article/download/43912/30290 Acesso em 25/03/2026.

Feitosa, Saulo Ferreira; Nascimento, Wanderson Flor do. A bioética de intervenção no contexto do pensamento latino-americano contemporâneo. **Revista Bioética**. Brasília, v.23, n.2, p.277-84, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/bioet/a/fvVNKZ5673Z3qyZHDWCpZcb/ Acesso em 25/03/2026.

Felício, Jônia Lacerda; Pessini, Leo. Bioética da Proteção: vulnerabilidade e autonomia dos pacientes com transtornos mentais. **Revista Bioética.** Brasília, vol. 17, n , p.203-220, 2009. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/3615/361533249005.pdf Acesso em 25/03/2026.

Ferreira, Isis Mayra Mascarenhas Guimarães. Os direitos humanos e a (in)visibilidade da violência estatal perpetrada no meio rural brasileiro. **Caderno Humanidades em Perspectivas**. Curitiba, v.7, n.18, p.92-102, 2023. Disponível em: https://www.cadernosuninter.com/index.php/humanidades/article/view/2818 Acesso em 25/03/2026.

Figueiredo, Elaine Duarte. Risco sanitário e controle de substâncias psicoativas: um estudo da Portaria 344 e sua aplicabilidade internacional. **Lumen et Virtus**. São José dos Pinhais, v.14, n.32, p.1-16, 2024. Disponível em:

https://periodicos.newsciencepubl.com/LEV/article/view/CLW23/12428 Acesso em 25/03/2026.

Fontes, Breno Augusto Souto Maior. **Entre o ator e o sistema: práticas de cuidado com a saúde mental na atenção básica e as relações médico-paciente**. Projeto apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE, Recife, 2016.

Fortes, Paulo Antônio de Carvalho. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a eqüidade. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24, n.3, p.696-701, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/JS4jX5fnjH3vTmrWSfJW5WL/?format=pdf&lang=pt Acesso em 25/03/2026.

Fulgêncio, Cristiane Alarcão. **A Bioética de Intervenção e a justiça social**. 2013. 79f. Dissertação (Mestrado em Bioética) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/15239/1/2013_CristianeAlarcaoFulgencio.pdf Acesso em 25/03/2026.

Fulgêncio, Cristiane Alarcão; Nascimento, Wanderson Flor do. Bioética de intervenção e justiça: olhares desde o sul. **Revista Brasileira de Bioética.** Brasília, v.8, n.1-4, p.47–56, 2012. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7776/6404 Acesso em 25/03/2026.

Furtado, Francisca Marina de Souza Freire; Saldanha, Ana Alayde Werba; Moleiro, Carla Marina Madureira de Matos; Silva, Josevânia. Transtornos mentais comuns em mulheres de cidades rurais: prevalência e variáveis correlatas. **Saúde e Pesqui**. Maringá, v.12, n.1, p.129-40, 2019. Disponível em: https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/7017/3385 Acesso em 25/03/2026.

Gamarra-Castellanos, Maria Elena; Cusihuamán-Sisa, Gregorio Nicolás. Revisión sistemática de las dimensiones socioculturales de la violencia de género en sectores

rurales. **European Public & Social Innovation Review**, v.9, p.1–16, 2024. Disponível em: https://epsir.net/index.php/epsir/article/view/2034 Acesso em 25/03/2026.

Garbois, Julia. Arêas.; Sodré, Francis; Dalbello-Araújo, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, 2017. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/sdeb/2017.v41n112/63-76/pt/ Acesso em 25/03/2026.

Garcia, María Ángeles Martínez; Camarero, Luis Alfonso. La reproducción de la violencia de género: una lectura desde las áreas rurales. **Ager. Revista de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo Rural**. n.19, p. 1-30, 2015. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29642953004 Acesso em 25/03/2026.

Garrafa, Volnei. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. **Rev Bioetica**. Brasília, v.13, n.1, p. 125-34, 2005. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/%20view/97/102 Acesso em: 25/03/2026.

Garrafa, Volnei.; Cordón, Jorge. Determinantes sociais da doença. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 388-396, 2009. Disponível em: https://www.sumarios.org/artigo/determinantes-sociais-da-doen%C3%A7a Acesso em 25/03/2026.

Garrafa, Volnei; Manchola-Castillo, Camilo. Releitura crítica (social e política) do princípio da justiça em bioética. **R. Dir. Gar. Fund.**, Vitória, v.18, n.3, p.11-30, 2017. Disponível em: https://sisbib.emnuvens.com.br/direitosegarantias/article/view/1145/pdf Acesso em 25/03/2026.

Garrafa, Volnei; Porto, Dora. Bioética de Intervención. Verbete. In: Tealdi JC. **Diccionario latinoamericano de bioética**. Bogotá: Unibiblos – Universidad Nacional de Colombia / Redbioética Unesco, 2008. p.161-4. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000161848 Acesso em 25/03/2026.

Gerhardt, Tatiana Engel. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, .v.22, n.11, p.2449-2463, 2006. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n11/19.pdf Acesso em 25/03/2026.

Gryschek, Guilherme; Pinto, Adriana Avanzi Marques. Saúde Mental: como as equipes de saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? **Ciênc. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v.20, n.10, p.3255-62, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/YF4znJCJgZfbgTnGtRrwGpN/?format=pdf&lang=pt Acesso em 25/03/2026.

Guerin, Giliane Dorneles; Rossoni, Eloá; Bueno, Denise. Itinerários terapêuticos de usuários de medicamentos de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p.3003-10, 2012. Disponível em https://www.scielosp.org/pdf/csc/2012.v17n11/3003-3010/pt Acesso em 25/03/2026.

Günther, Hartmut. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v.22, n.2, p.201-10. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ptp/a/HMpC4d5cbXsdt6RqbrmZk3J/?format=pdf&lang=pt Acesso em 25/03/2026.

Haab, Roger Silveira; Benvegnu, Luis Antonio; Fischer, Edileia Venske. Prevalência de Síndrome Metabólica em uma área rural de Santa Rosa. **Rev bras med fam comunidade**. Rio de Janeiro, v.7, n.23, p.90-9, 2012. Disponível em: https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/237/475 Acesso em 25/03/2026.

Holanda, Marianna Assunção Figueiredo. **Por uma ética da (In)Dignação: repensando o Humano, a Dignidade e o pluralismo nos movimentos de lutas por direitos**. 2015. 205f. Tese (Doutorado em Bioética) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/19939/1/2015_MariannaAssun%c3%a7%c3%a3oFHolanda.pdf Acesso em 25/03/2026.

Lancetti, Antônio;Amarante, Paulo. Saúde mental e saúde coletiva. In. Campos, Gastão Wagner de Sousa; Minayo, Maria Cecília de Souza; Akerman, Marco; Drumond Júnior, Marcos; Carvalho, Yara Maria de. **Tratado de saúde coletiva.** Rio de Janeiro, Hucitec ;Fiocruz, 2006. p.615-634. Disponível em: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/104157628/23-tratado-lancetti1-libre.pdf?1688990846=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DSaude_mental_e_saude_coletiva.pdf&Expires=1761183188&Signature=e3ACT-fG6DqJwzuKzYHa~0h2WU7nIA0~JgTY3WjFGxnTuFBAZbiV7fqwChQII-JTMuujlpdqgqsSuxCTNRhdqhKevqw7leynGqt~-ZuSfSnNpJCrhGhUClii95~MoujIFlJc79-iyZohrNoWCFowFiCktHwKdBBgnTBUNJrlYwgLo46w4V3YgsWD6b5wTBXr5y7qMhWldhRXzzUskp14RCJjmZNzecYDQf4niG4XTO~m9aACOaetaJqfaqExixgLR7Aapvdc9gEq3g07vm-4g6tMnGy0dqYfS0mautybmL6pDDhmPRzgfJKLqLciAMsrBbFAz1x6IpKS2ZNjUtWh8w__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA Acesso em 25/03/2026.

Leite, Jader Ferreira; Dimenstein, Magda; Dantas, Candida Bezerra; Silva, Eliane Lucas; Macedo, João Paulo Sales Macedo; Sousa, Adrielly Pereira de. Condições de vida, saúde mental e gênero em contextos rurais: um estudo a partir de assentamentos de reforma agrária do Nordeste brasileiro: uma revisão sistemática. **Avances en Psicología Latinoamericana**. Bogotá, v.35, n.2, p.301-16, 2017. Disponível em: https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/4768/3687 Acesso em 25/03/2026.

Leon, Gladys Caridad Segui. Gender Violence in Rural Communities. A Differentiated Attention. **Estudios del Desarrollo Social**, La Habana , v. 10, n. 1, p. , 2022. Disponível em: http://scielo.sld.cu/pdf/reds/v10n1/2308-0132-reds-10-01-e10.pdf. Acesso em 25/03/2026.

Lichote, Davis Anzolin; Coelho, Ana Carolina Valeriote de Oliveira; Francisco, Nilson Júnio de Andrade; Reis, Verusca Moss Simões dos. O conceito de saúde mental no Brasil e as concepções bioéticas. In: Cruz, Daniel Luis Viana. Avanços na saúde: pesquisas e práticas transformadoras, vol 2. Recife. Ed. Omnis Scientia. 1a ed. 2025. pp.205-2016. Disponível em:

https://editora.editoraomnisscientia.com.br/artigoPDF/24231125876.pdf Acesso em 25/03/2026.

Lima, José Rodolfo Tenório. Mecanização agrícola, trabalho e subjetividade: a Teoria das Representações Sociais como recurso para compreensão das mudanças ocorridas nos canaviais brasileiros. **Rev. colomb. soc.**, Bogotá, v.44, n.1, p.73-96, 2021. Disponível em: http://www.scielo.org.co/pdf/rcs/v44n1/0120-159X-rcs-44-01-73.pdf Acesso em 25/03/2026.

Lima-Costa, Maria Fernanda; Barreto, Sandhi Maria. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v.12, n.4, p.189-201, 2003. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf Acesso em 25/03/2026.

Lima, Juliana Gagno; Giovanella, Ligia; Bousquat, Aylene; Fausto, Márcia; Medina, Maria Guadalupe. Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 20, e00616190, p.1-17, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/Dx3YmKdqfdJzMSJYBZp7KQg/?format=pdf&lang=pt Acesso em 25/03/2026.

Macedo, João Paulo; Abreu, Mariana Marinho de; Fontenele, Mayara Gomes; Dimenstein, Magda. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde Soc**. São Paulo, v.26, n.1, p.155-170, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/LYYFNqLDXfYpy9BrFqxs56M/?format=pdf&lang=pt Acesso em 25/03/2026.

Macedo, João Paulo; Dimenstein, Magda; Silva, Brisana Índio do Brasil de Macêdo; Sousa, Hédina Rodrigues de; Costa, Ana Paula Almeida da. Apoio Social, Transtorno Mental Comum e Uso Abusivo de Álcool em Assentamentos Rurais. Trends Psychol., Ribeirão Preto, vol.26, n.3, p.1123-1137, 2018. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/tpsy/a/RJ89GYmDpwSZ5L5sxK6ykZs/?format=pdf&lang=pt Acesso em 25/03/2026.

Malta, Deborah Carvalho; Andrade, Silvânia Suely Caribé de Araújo; Gomes, Nayara; Silva, Marta Maria Alves; Morais Neto, Otaliba Libânio; Reis, Ademar Arthur Chioro; Nardi, Antônio Carlos Figueiredo. Lesões no trânsito e uso de equipamento de proteção na população brasileira, segundo estudo de base populacional. **Ciênc. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.399-409, 2016. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csc/2016.v21n2/399-410/pt Acesso em 25/03/2026.

Marin, Joel Orlando Bevilaqua; Drebes, Laila Mayara. Migrações internacionais de jovens rurais: limites da reprodução social de agricultores familiares e construções da autonomia pessoal. **Revista Brasileira de Sociologia - RBS**, v.8, n.19, p.201-225, 2020. Disponível em: https://rbs.sbsociologia.com.br/rbs/article/view/594/pdf_71 Acesso em 25/03/2026.

Marinho, Paula Márcia de Castro. Intolerância religiosa, racismo epistêmico e as marcas da opressão cultural, intelectual e social. **Revista Sociedade e Estado**. v.37, n.2, p.489-510, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/se/a/7nwNP6t5HpR4YhyWL64hbFp/?format=pdf&lang=pt Acesso em 25/03/2026.

Marques, Marta Inez Medeiros. O conceito de espaço rural em questão. **Terra Livre**. São Paulo, v.18, n.19, p.95-112, 2002. Disponível em: https://publicacoes.agb.org.br/index.php/terralivre/article/view/160/148 Acesso em 25/03/2026.

Martins, Andréa Maria Eleutério de Barros Lima; Sampaio, Helena Alves de Carvalho; Diogo, Ana Tereza Silva e; Lima, Pablo Xavier Versiani; Mesquita, Leticia Gomes Monteiro; Souto, Cláudia de Andrade; Lima, Nair Amélia Prates Baretto. História do letramento em saúde: uma revisão narrativa. **Unimontes Científica**, Montes Claros, v. 24, n. 2, p. 1-23, 2022. Disponível em:

https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/5735/5761Acesso em 25/03/2026.

Mehry, Emerson Elias; Franco, Túlio Batista. Trabalho em saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: https://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html#topo Acesso em 25/03/2026.

Milanes, Renata. O trabalho das mulheres costureiras na zona rural do Agreste pernambucano. O trabalho das mulheres costureiras na zona rural. **Revista IDeAS**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1-29, 2020. Disponível em: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7797416 Acesso em 25/03/2026.

Minayo, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001. Disponível em: https://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo__2001.pdf Acesso em 25/03/2026.

Miranda, Antonio. Sociedade da informação: globalização, identidade cultural e conteúdos **Ci. Inf.**, Brasília, v.29, n.2, p.78-88, 2000. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ci/a/4kcpYDjgyZHGR4ZbgrhZYZn/?format=pdf&lang=pt Acesso em 25/03/2026.

Moleiro, Carla; Gonçalves, Marta. Saúde na diversidade: Desenvolvimento de serviços de saúde mental sensíveis à cultura. **Análise Psicológica.** v.3, n.XXVIII, p.505-515, 2010. Disponível em: http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/353/pdf Acesso em 25/03/2026.

Monken, Maurício. Território e saúde: apontamentos conceituais para a proposta de territórios sustentáveis e saudáveis. **Saúde debate**. v.48 (spe 1), n.30, e8721, p. 1-13, 2024. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2024.v48nspe1/e8721/pt Acesso em 25/03/2026.

Navarro, Vicente. What we mean by social determinants of health. **International Journal of Health Services**, v. 39, n.3, p. 423-441, 2009. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/1757975908100746 Acesso em 25/03/2026.

Nemetz, Erian Karina. A evolução histórica dos direitos humanos. **Rev. Ciên. Jur. e Soc. da Unipar**. S.L., v.7, n.2, 2004. Disponível em: https://revistas.unipar.br/index.php/juridica/article/view/1332/1184 Acesso em 25/03/2026.

Neves, Magda de Almeida; Pedrosa, Célia Maria. Gênero, flexibilidade e precarização: o trabalho a domicílio na indústria de confecções. **Soc. estado**. v.22, n.1, p. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/se/a/JcCwKD3qbVW8P87D3vfdbSF/?lang=pt Acesso em 25/03/2026.

Noronha, José Carvalho; Pereira, Telma Ruth. Princípios do sistema de saúde brasileiro. In: Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. p.19-32. Disponível em: https://books.scielo.org/id/98kjw/pdf/noronha-9788581100173-03.pdf Acesso em 25/03/2026.

Nunes, Danilo Henrique; Lehfeld, Lucas de Souza; Lehfeld, Neide Aparecida de Souza. A evolução histórica dos direitos humanos fundamentais no Brasil: do surgimento à sua transformação na contemporaneidade. **Revista de Direitos Humanos e Efetividade**. Florianópolis, v.8, n.1, p.68 – 89, 2022. Disponível em: https://www.indexlaw.org/index.php/revistadhe/article/view/8670/pdf_1 Acesso em 25/03/2026.

Oliveira, Anderson Silva. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. 2019; **Hygeia Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde.** Uberlândia, v. 15, n. 32, p. 69–79, 2019. Disponível em: https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/48614/27320 Acesso em 25/03/2026.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Mental Health Atlas 2020**. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703/ Acesso em 25/03/2026.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** Resolução 217 A III. Adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos Acesso em 25/03/2026.

ONU. Organização das Nações Unidas.**ONU-Habitat: população mundial será 68% urbana até 2050**. 2022. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/188520-onu-habitat-popula%C3%A7%C3%A3o-mundial-ser%C3%A1-68-urbana-at%C3%A9-2050 Acesso em 25/03/2026.

ONU. Organização das Nações Unidas. **WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas**. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240024229 Acesso em 25/03/2026.

Østby, Gudrun. Rural–urban migration, inequality and urban social disorder: Evidence from African and Asian cities. **Conflict Management and Peace Science**, (s.i.), v.33, n.5, p.491–515, 2016. Disponível em: https://www.jstor.org/stable/26271440 Acesso em 25/03/2026.

Paim, Jairnilson Silva. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde Soc.** São Paulo, v.15, n.2, p.34-46, 2006. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4j9Z4NpGd6C9zKVXZFC7zdp/?format=pdf&lang=pt Acesso em 25/03/2026.

Paim, Jairnilson Silva; Silva, Lígia Maria Vieira da. (2010). Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **Boletim do Instituto de Saúde - BIS.** São Paulo, v.12, n.2, p.109–14, 2010. Disponível em: https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/33772 Acesso em 25/03/2026.

Palomin, Amanda; Takishima-Lacasa, Julie; Selby-Nelson, Emily; Mercado, Alfonso. Challenges and Ethical Implications in Rural Community Mental Health: The Role of Mental Health Providers. **Community Ment Health J**. New York, v. 59, p.1442–51, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s10597-023-01151-9 Acesso em 25/03/2026.

Paranhos, Denise Gonçalves de Araújo Mello; Matias, Edinalda Araújo; Monsores, Natan; Garrafa, Volnei. As teorias da justiça, de John Rawls e Norman Daniels, aplicadas à saúde. **Saúde Debate.** Rio de Janeiro, v.42, n.119, p.1002-11,2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/pFkSgR5tLTxbfscVBxQ6WJB/abstract/?lang=pt Acesso em 25/03/2026.

Parreira, Bibiane Dias Miranda; Goulart, Bethania Ferreira; Haas, Vanderlei José; Silva, Sueli Riul da; Monteiro, Juliana Cristina dos Santos; Gomes-Sponholz, Flávia Azevedo. Transtorno mental comum e fatores associados: estudo com mulheres de uma área rural. **Rev Esc Enferm USP.** São Paulo, v.51, p.1-8, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/DZ4LVBDqHLDJP43hPQqnzhv/?format=pdf&lang=pt Acesso em 25/03/2026.

Peixoto, Sérgio Viana. A tripla carga de agravos e os desafios para o Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v.25, n.8, p.2912, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/s5Lkp5nxCvVnpVrKRC8gkzS/?lang=pt Acesso em 25/03/2026.

Peña, Roser Fernández. Redes sociales, apoyo social y salud. Perifèria, n.3, p.1-16, 2005. Disponível em: http://revista-redes.rediris.es/Periferia/english/number3/periferia_3_3.pdf Acesso em 25/03/2026.

Pereira, Caroline Nascimento Pereira; Castro, César Nunes de. **Educação no meio rural: diferenciais entre o rural e o urbano**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2021. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10501/1/td_2632.pdf Acesso em 25/03/2026.

Pereira, Rafael Alves; Alves-Souza, Rosani Aparecida; Vale, Jéssica de Souza. O processo de transição epidemiológica no Brasil: uma revisão de literatura. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**. Ariquemes, v.6, n.1, p.99-108, 2015. Disponível em: https://revista.unifaema.edu.br/index.php/Revista-FAEMA/article/view/322/387 Acesso em 25/03/2026.

Perez, Edelmira. Hacia una nueva visión de lo rural. In: Giarracca, Norma.**¿Una nueva ruralidad en América Latina?** Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; 2001. p. 17-30. Disponível em: https://core.ac.uk/reader/35156810#page=26 Acesso em 25/03/2026.

Piske, Oriana. A noção de Justiça e a concepção normativista-legal do Direito. 2009. Disponível em: https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/campanhas-e-produtos/artigos-discursos-e-entrevistas/artigos/2010/a-nocao-de-justica-e-a-concepcao-nomativista-legal-do-direito-juiza-oriana-piske Acesso em 25/03/2026.

Potter, Van Rensselaer. **Bioética: ponte para o futuro**. São Paulo: Edições Loyola, 2016.

Prado Jr, Caio. **A questão agrária no Brasil**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1979.

Queiroz, Patrícia de Sousa Fernandes; Rodrigues Neto, João Felício; Miranda, Leonardo de Paula; Oliveira, Pâmela Scarlatt Durães; Silveira, Marise Fagundes; Neiva, Ricardo Jardim. Transtornos Mentais Comuns em quilombolas rurais do Norte de Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v.28, n.6, p.1831-41, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/8DNTKFXh8pQB6kh9ZG5Dr4c/?format=pdf&lang=pt Acesso em 25/03/2026.

Reis, Diego dos Santos. Saberes encruzilhados: (de)colonialidade, racismo epistêmico e ensino de filosofia. **Educar em Revista**. Curitiba, v.36, e75102, p.1-20, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/er/a/Hvf6N7pz6yxwk6J945MS9CC/?format=pdf&lang=pt Acesso em 25/03/2026.

Rezende, E.A., Ribeiro, M.T.F. Conhecimento tradicional, plantas medicinais e propriedade intelectual: biopirataria ou bioprospecção? **Rev.Bras.Pl.Med**., Botucatu, v.7, n.3, p.37-44, 2005. Disponível em: https://www.sbpmed.org.br/admin/files/papers/file_jUboHCa6qtby.pdf Acesso em 25/03/2026.

Rocha, Patrícia Rodrigues da; David, Helena Maria Scherlowski Leal. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Rev Esc Enferm USP** São Paulo, v. 49, n. 1, p. 129-135, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/4Ndw5mtQzq4DG67WgZmFxRj/?lang=pt Acesso em 25/03/2026.

Rodrigues, Eliana; Rafaela D. Otsuka. Estratégias utilizadas para a seleção de plantas com potencial bioativo com ênfase nos métodos da etnobotânica e etnofarmacologia. In: Carlini, E.A.; Mendes, F.R. Protocolos em psicofarmacologia comportamental: um guia para a pesquisa de drogas com ação sobre o SNC, com ênfase nas plantas medicinais. São Paulo: UNIFAPESP, 1990. p.39-64. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/297168046_Estrategias_utilizadas_para_a_s

elecao_de_plantas_com_potencial_bioativo_com_enfase_nos_metodos_da_etnobotanica_e_etnofarmacologia Acesso em 25/03/2026.

Sajid, Ujala; Sajid, Neha Amber; Ghazi, Whalli. Ethics Issues and Training Needs of Mental Health Workers in a Rural Areas. **PJE**. Karachi, v.2, n.2, p.54-8, 2022. Disponível em: https://www.jswve.org/wp-content/uploads/2014/12/10-011-207-JSWVE-2014.pdf Acesso em 25/03/2026.

Santos, Antonio Nacílio Sousa dos; Felippe, José Neto de Oliveira; Silva, Kadja Lemos; Dezem, Lucas Teixeira; Sousa, Terezinha Sirley Ribeiro; Sousa Junior, Paulo Roberto de; Assunção, Ismael Duarte; Santana, Everaldo Costa; Coimbra, Andréa Gracio; Noronha, Thiago Pompeu; Souza, Alcione Santos de; Souza, Marcos Teixeira de; Peres, Marilene Aicate; Mbohou, Sylvain; Garcia, Alex de Melo. Racismo ambiental, saúde e direitos sociais: causalidades e impactos da degradação ambiental em comunidades vulneráveis no Brasil. **Observatório de la economía latinoamericana**, v. 23, n. 1, p. e8603, 2025. Disponível em: https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/8603 Acesso em 25/03/2026.

Santos, Iraneide Nascimento; Ferraz, Ivana Santos; Lirio, Layse Kelle Silva; Silva, Aline Soares; Sotero, Gilmara de Sousa; Ruela, Guilherme de Andrade. Implicações das intoxicações exógenas por agrotóxicos à saúde do trabalhador: uma revisão integrativa. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**. São Paulo, v.7, n.2, p.41-56, 2021. Disponível em: https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/582/286 Acesso em 25/03/2026.

Santos, Iraneide Nascimento; Black, Taciana Lima de Paula; Silva, Kalina Vanderlei; Santos, Carolina da Franca Bandeira Ferreira. O racismo estrutural e seu impacto na saúde do adolescente afrodescendente brasileiro. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.34, n.12, e34025, p. 1-13, 2024. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/physis/2024.v34/e34025/pt/ Acesso em 25/03/2026.

Santos, Ivone Laurentino dos. Igualdade, equidade e justiça na saúde à luz da bioética. **Rev Bioetica**. Brasília, v.28, n.2, p.229-38, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/bioet/a/qwzQ6kVMQCLjcTqYGQpcV6q/?format=pdf&lang=pt Acesso em 25/03/2026.

Santos, Lucas Cardoso; Domingos, Thiago da Silva; Braga, Eliana Mara; Spiri, Wilza Carla. Saúde mental na atenção básica: experiência de matriciamento na área rural. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v.73, n.1, p.1-5, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/9Y4zQMgNjk7SB3SqbRhZqRj/?format=pdf&lang=pt Acesso em 25/03/2026.

Santos, Roseléia Carneiro dos; Bosi, Maria Lúcia Magalhães. Saúde Mental na Atenção Básica: perspectivas de profissionais da Estratégia Saúde da Família no Nordeste do Brasil. **Ciênc. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v.26, n.5, p.1739-48, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/smZzDbKRH67VRrbYjsXMmPP/?format=pdf&lang=pt Acesso em 25/03/2026.

Schramm, Fermin Roland. A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias? **Ciênc. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p.1531-1538, 2017. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2017.v22n5/1531-1538/ Acesso em 25/03/2026.

Schramm, Joyce Mendes de Andrade; Oliveira, Andreia Ferreira; Leite, Iúri da Costa; Valente, Joaquim Gonçalves; Gadelha, Ângela Maria Jourdan; Portela, Margareth Crisóstomo; Campos, Mônica Rodrigues. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v.9, n.4, p.897-908, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/NcL6K3C5p7dRgQfZ938WtRD/?format=pdf&lang=pt Acesso em 25/03/2026.

Scliar, Moacir. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.29-41, 2007. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/physis/2007.v17n1/29-41/pt Acesso em 25/03/2026.

Sena, Rômulo Mágnus de Castro; Rita, Fabrício dos Santos; Paião, Rosângela Vilani Justino; Delfini, Giulia; Weber, Aldair; Sena, Patrícia Rakel de Castro; Toledo, Vanessa Pellegrino. Por uma ética do cuidado em saúde mental: a teoria principialista em xeque. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, São José dos Pinhais, v.18, n.2, p. 01-12, 2025. Disponível em: https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/15149 Acesso em 25/03/2026.

Silva, Andrécia Cósmem da; Vargas, Lorena Silva; Moraes, Rayrane Clarah Chaveiro; Lucchese, Roselma; Guimarães, Rafael Alves; Vera, Ivania. Prevalência e fatores associados ao transtorno mental comum em assentados rurais. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. São Paulo, v.15, n.1, p.23-31, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v15n1/04.pdf Acesso em 25/03/2026.

Silva, Paloma Alves dos Santos da; Rocha, Saulo Vasconcelos; Santos, Loiamara Barreto; Santos, Clarice Alves dos; Amorim, Camila Rego; Vilela, Alba Benemérita Alves. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. **Ciênc. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.639-46, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/ZfNgMwhDJ76WwBmpPDCz5NN/?format=pdf&lang=pt Acesso em 25/03/2026.

Silva, Viviane Xavier de Lima e Silva. Saúde mental em áreas rurais remotas. In: Fontes, Breno; Silva, Viviane Xavier de Lima e Silva. **Rios e represas: olhares para a saúde mental**. Porto Alegre: CirKula, 2021. p.209-22. Disponível em: https://livrariacirkula.com.br/produto/9786589312390 Acesso em 25/03/2026.

Simões, Regina Maria Rovigati. **Corporeidade e Terceira Idade: Marginalização do Corpo Idoso?** São Paulo: Unimep, 1998.

Siqueira-Batista, Rodrigo; Schramm, Fermin Roland. A saúde entre a iniqüidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. **Ciênc. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.129-142, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/xHBgHMMvmBMNFvr8hh8ntRL/?format=pdf&lang=pt Acesso em 25/03/2026.

Soares, Pedro San Martin; Meucci, Rodrigo Dalke. Epidemiologia dos Transtornos Mentais Comuns entre mulheres na zona rural de Rio Grande, RS, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v.25, n.8, p.3087-95, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/9DDhWprfqGCvkR8Zj8CbFjw/?format=pdf&lang=pt Acesso em 25/03/2026.

Sombra Neto, Luis Lopes; de Freitas, Roberto Wagner Junior Freire; Porto, Magda Moura de Almeida; Carneiro, Fernando Ferreira; Pessoa, Vanira Matos. Common Mental Disorders and Rural Living Conditions: Analysis of Vulnerabilities in Farmers and Fishermen. **Cien. Saude Colet.** Rio de Janeiro, (2024/Jan). Disponível em: https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/common-mental-disorders-and-rural-living-conditions-analysis-of-vulnerabilities-in-farmers-and-fishermen/19059 Acesso em 25/03/2026.

Steel, Zachary; Marnane, Claire; Iranpour, Changiz; Chey, Tien; Jackson, John W; Patel, Vikram; Silove, Derrick. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. **Int J Epidemiol.** London, v.43, n.2, p.476-93, 2014. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24648481/ Acesso em 25/03/2026.

Stochero, Luciane; Pinto, Liana Wernersbach. Violência contra as mulheres que vivem em contextos rurais: uma revisão integrativa. **Saúde Soc.** São Paulo, v.32, n.3, p.1-18, 2023. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/sausoc/a/LDWq7kP8WvyFhGsvscN9Pnf/?format=pdf&lang=pt Acesso em 25/03/2026.

Stotz, Eduardo Navarro. A “questão agrária” e a saúde pública: considerações em torno de uma crítica ao neoliberalismo. **Ciênc. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.15-24, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/8xB7vyQQ7vmmHDVnPSPKBKf/?lang=pt Acesso em 25/03/2026.

Tanaka, Oswaldo Yoshimi; Ribeiro, Edith Lauridsen. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciênc. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.477-86, 2009. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csc/2009.v14n2/477-486/pt Acesso em 25/03/2026.

Targa, Leonardo Vieira. Área rural. In: Gusso, Gustavo; Lopes, José Mauro Ceratti; Dias, Lêda Chaves. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 1531-59.

UNESCO. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. 2006. 12p. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por Acesso em: 25/03/2026.

UNESCO. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. **Report of the International Bioethics Committee of UNESCO (IBC) on social responsibility and health**. 2010. 69p. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000187899 Acesso em 25/03/2026.

USA. Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. 1979. 10p. Disponível em: https://www.hhs.gov/ohrp/sites/default/files/the-belmont-report-508c_FINAL.pdf Acesso em 25/03/2026.

Veiga, José Eli. A dimensão rural do Brasil. **Estudos Sociedade e Agricultura**. Rio de Janeiro, vol.12, n.1, p.71-94, 2004. Disponível em: https://revistaesa.com/ojs/index.php/esa/article/view/246/242 Acesso em 25/03/2026.

Velosa, Jairo Enrique Palomares; Sanchez, Sebastian Riaño; Marin, Anamaria Martinez; Becerra, Natalia Margarita Cediel. Prevention of exposure to zoonoses in rural Latin America: Social ecological factors in a diverse regional context. **One health**. 2022; 100444: 1-10. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352771422000763?ref=cra_js_challenge&fr=RR-1 Acesso em 25/03/2026.

Ventura, Carla Aparecida Arena. Saúde mental e vulnerabilidade: desafios e potencialidades na utilização do referencial dos direitos humanos. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. Ribeirão Preto, v.13, n.4, p.174-175, 2017. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v13n4/01.pdf Acesso em 25/03/2026.

Vieira, Ana Beatriz Duarte; Monteiro, Pedro Sadi. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v.37, n.99, p.610-618, 2013 Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/GwYSxxVb5DCDkyrXhSxW4JG/?format=pdf&lang=pt Acesso em 25/03/2026.

Wanderley, Maria de Nazareth Baudel. A ruralidade no Brasil moderno: por um pacto social pelo desenvolvimento rural. In: Giarracca, Norma.**¿Una nueva ruralidad en América Latina?** Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2001. p. 31-44. Disponível em: https://core.ac.uk/reader/35156810#page=26 Acesso em 25/03/2026.

Zanin, Henrique da Silveira. A evolução dos direitos humanos no mundo ocidental. R. Curso Dir. UNIFOR-MG, Formiga, v. 12, n. 2, p. 01-19, jul./dez. 2021. Disponível em: https://revistas.uniformg.edu.br/cursodireitouniformg/article/view/1341/1235 Acesso em 25/03/2026.

ANEXO 1 - Roteiro de Entrevista Usuários das Unidades de Saúde da Família

Entrevistador:	Data:	Duração:
Nome do Entrevistado:		
Unidade de Saúde Da família onde o entrevistado é atendido		
Município onde está localizado o serviço		

1. Sobre a história do adoecimento
Conte um pouco da história da sua vida, centrada especialmente no adoecimento.
Como você se sente hoje, quais são as dificuldades mais importantes (relacionadas com o transtorno)
O que você acha que provocou o teu problema.

2. Itinerário terapêutico
Que tipo de ajuda você já teve:
Você busca ajuda em outros locais, hoje, além da equipe médica da US?
(Para aqueles que recebem ou receberam assistência do CAPS): o que tem de diferente entre a equipe de saúde de família e o CAPS?

3. Sobre a assistência recebida pelos profissionais de saúde.
Pedir ao entrevistado que comente sobre suas experiências de tratamento (médico, psiquiátrico, psicológico)

4. Sobre a relação do médico/paciente
Você se sente a vontade para falar de seus problemas ao médico?
Você tem dificuldades em se fazer compreender (o médico entende perfeitamente as suas queixas?)
Você compreende bem o que o médico diz sobre os problemas que você está enfrentando?
O que você acha que poderia melhorar no atendimento que você recebe do profissional de saúde?

5. Medicalização.
Que medicamentos faz uso.
Se faz uso, além dos psicofármacos, outro tipo de medicamentos (ervas, banhos, chás, etc). Quem receita ou indica
Sobre a medicalização (vantagens e desvantagens do uso de psicofármacos).

6. Representações da saúde
O que é loucura
O que causa o transtorno

7. Sociabilidades
-Falar sobre a importância da família
- Sobre amigos
- Se trabalha, a relação com os colegas, e as dificuldades decorrentes do adoecimento
- Como era a relação familiar antes do transtorno?

- O que mudou na rotina familiar?
- Comparando as relações entre os membros da família antes do transtorno e agora, houve mudanças? Houve mudanças na rotina familiar?
- Se aconteceu alguma mudança nos padrões de sociabilidade do portador de transtorno mental em relação a: trabalho, vida social (saída para festas, encontro com amigos), vida afetiva
- A rotina do portador de transtorno é como antes? É como a dos outros membros da família?
- Se o entrevistado participa de algum grupo de apoio ou grupos na comunidade que auxiliem nos cuidados
- Como é a convivência do portador de transtorno com os familiares? E com pessoas de fora da família (vizinhos, colegas de trabalho, membros da igreja)?
- Como outras pessoas tratam o portador de transtorno? Como elas demonstram enxergá-lo?
- Enfrenta algum tipo de preconceito? Se sim, é apenas direcionado ao portador de transtorno ou à família também?

ANEXO 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa ENTRE O ATOR E O SISTEMA: PRÁTICAS DE CUIDADO COM A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA E AS RELAÇÕES MÉDICO/PACIENTE que está sob a responsabilidade do pesquisador, Prof. Breno Augusto Souto Maior Fontes, Professor do Programa de Pós Graduação em Sociologia da UFPE, Edifício do CFCH, 12º Recife, Campus da UFPE, telefone 21268284, e-mail brenofontes@gmail.com Também participam desta pesquisa os pesquisadores: Artur Perrusi, Professor do Programa de Pós Graduação em Sociologia da UFPE , e-mail tperrusi@gmail.com, Eliane da Fonte, Professora do Programa de Pós Graduação em Sociologia da UFPE , e-mail elianefonte@yahoo.com.br, Viviane Xavier, Professora da Faculdade de Medicina da UFPE Campus Caruaru , e-mail vivianexavier09@gmail.com e Clarice da Paz Bezerra, Psicóloga, e-mail claricepsicologia@yahoo.com.br

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

. Este projeto parte de um problema de pesquisa cuja primeira aproximação pode ser desta forma formulada: *investigar em que medida as referências sociais e culturais, bem como os diferentes sistemas de saúde influenciam a capacidade de resolver os desafios dos transtornos mentais*

. Solicita-se ao voluntário responder a um questionário e a um roteiro de entrevista. A duração das entrevistas é de cerca de 2 horas.

. A pesquisa não apresenta riscos diretos aos participantes. A equipe de pesquisa está treinada para evitar ou minimizar os eventuais riscos indiretos (constrangimentos ou incômodos desta natureza)

. Os resultados da pesquisa possibilitarão sugestões para o melhoramento do atendimento aos usuários da rede de saúde da Família, proporcionando desta forma benefícios participantes da pesquisa.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (questionários e entrevistas gravadas), ficarão armazenados em ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade de Breno Fontes, no Programa de Pós Graduação em Sociologia da UFPE, Edifício do CFCH, 12º andar, Campus da UFPE, Recife-PE, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no

endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

_____
(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo ENTRE O ATOR E O SISTEMA: PRÁTICAS DE CUIDADO COM A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA E AS RELAÇÕES MÉDICO/PACIENTE como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.

Nome _____

Assinatura _____

Nome _____

Assinatura _____

ANEXO 3 - Parecer consubstanciado Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ENTRE O ATOR E O SISTEMA: PRÁTICAS DE CUIDADO COM A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA E AS RELAÇÕES MÉDICO/PACIENTE

Pesquisador: Breno Augusto Souto Maior

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56388216.0.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE FILOSOFIA E CIENCIAS HUMANAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.670.643

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa que submetido a esse comitê sob o títuloENTRE O ATOR E O SISTEMA: PRÁTICAS DE CUIDADO COM A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA E AS RELAÇÕES MÉDICO/PACIENTE, quer determinar a medida na qual as representações sociais e culturais, de um lado, e diferentes modelos de saúde, de outro, exercem influência na resolução dos transtornos mentais. E para verrinar essa medida, a pesquisa pretende submeter 100 sujeitos, entre usuários e profissionais vinculados a unidades de saúde da família de três municipios (Caruaru, Agrestina e Icapuí) localizados em dois Estados dos Nordeste (Pernambuco e Ceará), a um questionário e a uma entrevista semi-estruturada.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

De maneira mais precisa, o recorte do objeto da pesquisa centrar-se-á nas práticas da clínica médica dos profissionais de atenção básica que trabalham com saúde mental, e sobre quais desafios são enfrentados no que diz respeito a incompatibilidade entre as exigências da rotina profissional e as expectativas daqueles que buscam o cuidado

Objetivo Secundário:

Os objetivos específicos podem ser divididos em três(1) Nível estrutural (Comparação da estrutura social, morbidade, serviços de cuidados e utilização). Pretende-se demonstrar e analisar as diferenças regionais na estrutura social, da morbidade, da oferta existente de serviços e da sua utilização no Estado de Pernambuco (nas cidades de Caruaru e Agrestina), e na cidade de Icapuí, Ceará. Os critérios de eleição das variáveis investigadas serão definidos mais detalhadamente no transcurso da investigação.(2) as práticas de atenção à saúde mental. Investigaremos as práticas dos Profissionais de Saúde em unidades de atenção básica, buscando observar: (a) as representações sociais da saúde mental; (b) os protocolos de atendimento; (c) as relações da equipe de saúde da atenção básica das ESF com os NASF (Núcleos de atenção à Saúde da Família) e CAPS (Centro de Atenção Psicossocial).(3) as representações leigas sobre saúde mental e a construção dos itinerários terapêuticos Nesta parte trabalharemos aqueles inscritos nos círculos sociais dos que estão em sofrimento, com ênfase nas pessoas com transtorno mental. O objetivo aqui é duplo: (a) investigar as representações leigas sobre saúde mental, e as construções discursivas que potencializam práticas de estigma; (b) verificar como as pessoas mobilizam recursos para, a partir do repertório da experiência construído em suas trajetórias biográficas, buscar o alívio de seu sofrimento

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos Riscos. A pesquisa compreende que não haverá riscos diretos, somente os indiretos - que a pesquisa define como constrangimentos ou outros incômodos dessa natureza. Penso, ao contrário, que a pesquisa em humanas e sociais deveriam ver nisso, um risco direto. Seja como for, trata-se de riscos que considero inerente a um pesquisa com essas característica. De resto, ela (a pesquisa) se sente à vontade com o fato de que ela ocorre em meio a profissionais que já lidam com os usuários, o que, se prevê, permitirá uma boa condução da pesquisa de dos seus riscos.

Quanto aos benefícios, ele é materializado, aqui, na expectativa de oferecer "sugestões" para o cuidado dos transtornos psíquicos. Entretanto, devido a desarticulação, no Brasil, entre pesquisa acadêmica e Governo, um benefício dessa natureza é - para ficar com o termo mesmo que o projeto propõem - pouco sugestivo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma projeto de pesquisa importante, particularmente, se pensarmos o que se passa no contexto psiquiátrico atual.

No que se refere ao proponente e a equipe de pesquisa, todos eles são versados ou em Sociologia

da Saúde ou em Saúde da Família. A consistência da equipe pode ser bem demonstrada no questionário e no roteiro da pesquisa semi-estuturada, e que se encontra arrolada nos documentos submetidos a esse comitê. Trata-se do melhor material que já pude avaliar em função desse Comitê.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
O TCLE está adequado: apresenta a pesquisa, garante os direitos do seu sujeito, esclarece sobre a guarda do material de pesquisa.

A Folha de Rosto, as Cartas de Anuência, bem como o Termo de Compromisso e Confidencialidade estão adequadamente preenchidos, esse último, assegurando todos os direitos previsto em relação a essa tópica.

Recomendações:
Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:
As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.
Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).
Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.
Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da

Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_723510.pdf	01/08/2016 17:13:12		Aceito
Outros	3107agrestinacorrigida.pdf	01/08/2016 17:11:49	Breno Augusto Souto Maior	Aceito
Outros	3107caruarucorrigida.pdf	01/08/2016 17:09:50	Breno Augusto Souto Maior	Aceito
Outros	0108Icapui.pdf	01/08/2016 17:09:17	Breno Augusto Souto Maior	Aceito
Outros	2907cartaresposta.pdf	29/07/2016 06:52:37	Breno Augusto Souto Maior	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	RETIFICADOPROJETO.doc	07/07/2016 17:17:10	Breno Augusto Souto Maior	Aceito
Outros	RETIFICADO_APENDICEINSTRUMENTOSDEPESQUISA.doc	07/07/2016 17:11:06	Breno Augusto Souto Maior	Aceito
Outros	APENDICEINSTRUMENTOSDEPESQUISA.pdf	24/05/2016 09:31:40	Breno Augusto Souto Maior	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	24/05/2016 09:31:09	Breno Augusto Souto Maior	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoBreno.docx	23/05/2016 09:57:46	Breno Augusto Souto Maior	Aceito
Outros	Icapui.pdf	21/05/2016 08:17:16	Breno Augusto Souto Maior	Aceito
Outros	Clarice.pdf	21/05/2016 08:15:44	Breno Augusto Souto Maior	Aceito
Outros	Viviane.pdf	21/05/2016 08:15:21	Breno Augusto Souto Maior	Aceito
Outros	artur.pdf	21/05/2016 08:14:49	Breno Augusto Souto Maior	Aceito
Outros	Eliane.pdf	21/05/2016	Breno Augusto	Aceito

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

Outros	Eliane.pdf	08:12:48	Souto Maior	Aceito
Outros	Breno.pdf	21/05/2016 08:12:08	Breno Augusto Souto Maior	Aceito
Outros	agresrtina.pdf	21/05/2016 08:10:20	Breno Augusto Souto Maior	Aceito
Outros	caruaru.pdf	21/05/2016 08:09:51	Breno Augusto Souto Maior	Aceito
Outros	Confidencialidade.pdf	21/05/2016 08:00:34	Breno Augusto Souto Maior	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termodeconsentimento.pdf	21/05/2016 07:59:18	Breno Augusto Souto Maior	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RECIFE, 10 de Agosto de 2016

Assinado por:
Gisele Cristina Sena da Silva Pinho
(Coordenador)