

Promoção da saúde mental comunitária em um território vulnerabilizado: Desafios e possibilidades

Promotion of community mental health in a vulnerable territory: Challenges and possibilities

Eugênia Gadelha Figueiredo*, Elaine Soares de Freitas Leitão, Marcos de Sousa Rodrigues Moura, Rafaela Pinheiro Pereira, Sara Leite Fernandes, Wanessa de Farias da Silva

Universidade Federal do Delta do Parnaíba, Parnaíba, Piauí, Brasil

* ebgfigueiredo@gmail.com

Recibido: 04-enero-2021

Aceptado: 01-julio-2021

RESUMEN

O presente artigo descreve uma experiência registrada durante um estágio profissional em Psicologia e Saúde Coletiva. Neste trabalho, objetivamos relatar a experiência acontecida com foco na promoção de espaços vivenciais e dialógicos entre ensino/serviços/comunidade voltados para a produção de saberes e práticas de fortalecimento dos vínculos comunitários, desenvolvimento de redes de apoio e à promoção da saúde mental. Foram preconizadas metodologias participativas na condução dos processos de levantamento das necessidades de saúde do território, planejamento das ações, execução e avaliação com base nos pressupostos ontoepistemológicos e categorias analíticas da psicologia comunitária. Vimos que no território as relações comunitárias são atravessadas pelos efeitos psicossociais da desigualdade e pelo medo que fragilizam o tecer da vida em comum e, nesse contexto, assinalamos a importância de facilitar o aprimoramento das relações comunitárias com vistas à superação das iniquidades sociais em saúde. Percebemos que a valorização da história, memória e linguagem local, bem como, a ética-estética da arte são elementos potentes na facilitação do processo de produção de cuidado de si e do outro.

Palabras clave: atenção básica em saúde, educação, psicologia comunitária, promoção da saúde, saúde mental comunitária

ABSTRACT

This article reports a supervised internship in Psychology and Public Health. In this work, we aim to report the experience that happened with a focus on the promotion of living and dialogical spaces between teaching/services/community focused on the production of knowledge and practices to strengthen community bonds, development of support networks and promotion of mental health. Participatory methodologies were recommended in conducting the processes for surveying the health needs of the territory, planning actions, executing and evaluating based on onto epistemological assumptions and analytical categories of community psychology. We saw that in the territory community relations are crossed by the psychosocial effects of inequality and by the fear affection that weaken the weave of life in common and, in this context, we point out the importance of facilitating the improvement of community relations with a view to overcoming social inequities in health. We perceive that the valorization of history, memory and local language, as well as the ethics-aesthetics of art are potent elements in facilitating the process of producing care for oneself and the other.

Keywords: community mental health, community psychology, education, health promotion, primary health care

Cómo citar este artículo: Figueiredo, E. G., Leitão, E. S. F., Moura, M. S. R., Pereira, R. P., Fernandes, S. L., & Silva, W. R. F. (2021). Promoção da saúde mental comunitária em um território vulnerabilizado: Desafios e possibilidades. *Psicoperspectivas*, 20(2). <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol20-issue2-fulltext-2190>



Publicado bajo licencia [Creative Commons Attribution International 4.0 License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

A experiência que aqui apresentamos foi desenvolvida por ocasião do estágio profissional em Psicologia e Saúde Coletiva do curso de graduação em Psicologia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAR), amparado pelo convênio estabelecido com a Prefeitura de Parnaíba sob No. 201800257/2019. A UFDPAR está localizada no referido município situado no litoral do estado do Piauí, região nordeste do Brasil.

A disciplina de Estágio Profissional I em Psicologia e Saúde Coletiva visa o desenvolvimento de intervenções psicossociais no campo da saúde mental comunitária ou em instituições com vistas à promoção, prevenção e reabilitação psicossocial. Em nossa experiência, as ações desenvolvidas estão circunscritas na interface entre a psicologia comunitária, a Atenção Básica em Saúde (ABS) e a educação com vistas à promoção da saúde mental em um território marcado pela desigualdade social, o bairro Igarauçu.

A escolha desse território se deve ao fato de que nele já havíamos realizado algumas atividades anteriores, a partir das quais detectamos a ocorrência de casos de suicídio, uso abusivo de álcool e outras drogas, automutilação entre jovens, abuso sexual contra crianças e adolescentes e casos de extrema pobreza. Eventos também assinalados por componentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família que atuam na Unidade Básica de Saúde (UBS), pelos profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) e por professores das escolas de ensino fundamental que atuam no Igarauçu.

O bairro está localizado no município de Parnaíba, segunda maior cidade do estado do Piauí, possuindo uma população de cerca de 145,705 habitantes, segundo último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), com projeção estimada de 153,482 habitantes para o ano de 2020. O município integra a II Região de Saúde da Planície Litorânea com mais outros 10 municípios limítrofes para os quais é referência na atenção à saúde de média e alta complexidade. Segundo a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), no ano de 2019 o município contava com 268 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 42 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e quatro equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) credenciados pelo sistema do Ministério da Saúde. Para compor a rede de atenção psicossocial o município conta com dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um tipo II e um tipo AD (Álcool e outras drogas) e leitos de internação psiquiátrica na Santa Casa de Misericórdia, hospital de natureza filantrópica conveniado ao Sistema Único de Saúde (Brasil, 2020).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0.687 (IBGE, 2010), considerado baixo em uma escala onde o maior valor é 1.00. O salário médio dos trabalhadores formais é de 1.8 salários mínimos (IBGE, 2018). Em 2010, ano do último censo realizado, o município tinha 20.68% de analfabetos; 45.96% da população tinha o ensino fundamental completo; 31.91% possuíam o ensino médio completo e 8,76% o superior completo. No Brasil, esses percentuais são, respectivamente, 11.82%, 50.75%, 35.83% e 11.27% (Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais, 2016), o que demonstra que estamos abaixo da média nacional. O Índice de Gini, que mede a desigualdade social pela concentração de renda em um determinado país, unidade federativa ou município é de 0.5772 em Parnaíba (IBGE, 2010), o que nos coloca como um território com uma considerável concentração de riquezas, já que o índice quanto mais próximo de 0,0 indica maior distribuição de renda. Apenas 23.5% da população tem acesso a esgotamento sanitário adequado e ainda convivemos com uma taxa de mortalidade materno-infantil em torno de 16% (IBGE, 2010).

Os índices apontados que caracterizam o município, consequentemente, se refletem no território de inserção do estágio e se articulam com as particularidades do mesmo, nos apontando a desigualdade como a grande questão social a ser superada. Compreendemos que a desigualdade se inscreve na dimensão ético-política-afetiva e envolve os campos econômico, jurídico e subjetivo, sendo consubstancial à ordem social. Suas formas de objetivação histórica são expressão das dinâmicas geopolíticas, narrativas elaboradas e pensamentos massificados que se assentam no escravagismo, patriarcalismo, patrimonialismo e resultam, dentre outras coisas, em uma abissal desigualdade de renda e poder (Sawaia & Figueiredo, 2019).

A desigualdade social tem sua origem, portanto, na concentração de poder e renda, mas, se sustenta no plano psicossocial e nele (re)produz sofrimento, adoecimento e morte. Os danos causados não são erros pedindo reparação mas elementos da dialética exclusão/inclusão, que sustenta a ordem psicossocial ao longo da história. Um processo em constante devir, que, na atualidade, está pautado pelo “valor de troca”, cujo fundamento e razão de ser é o lucro (Sawaia & Figueiredo 2019). Inspirados em Rancière (2006), podemos dizer que esse processo não rompe somente a igualdade da distribuição das riquezas acumuladas, mas rompe os laços sociais, fomentando injustiças, reforçando o individualismo, a competição, o consumismo, a violência, e o medo.

A grande questão psicossocial decorrente da desigualdade é o sofrimento ético-político, que não pode ser compreendido a partir de uma perspectiva intrapsíquica, mas, a partir da compreensão do processo de constituição psicossocial mediado pelas condições sócio-históricas (Sawaia, 2009). Nesse caso, trata-se “[...]de um sofrimento vinculado aos maus encontros engendrados pela desigualdade social, nos quais o corpo vivencia um rebaixamento de sua potência de existir de forma autônoma, enredando-o na passividade e servidão” (Bertini, 2014, p. 63). É um sofrimento que advém da deslegitimação social e nos coloca na condição de sub-humanos, inferiores retirando ou enfraquecendo nosso poder de autorregulação, nossa autonomia para tecer a vida conforme nossas próprias necessidades.

Destacamos, assim, a dimensão ético-política da saúde e a desigualdade social enquanto marcador do processo de saúde e adoecimento psíquico, a partir da dialética entre autonomia e heteronomia (Souza & Sawaia, 2016). Essa ideia converge para a necessária ampliação da compreensão do processo saúde-doença-cuidado, deslocando-o do campo puramente biológico e recolocando-o no lugar da “felicidade pública” (Heller, 2003), da potência de ação que exige a participação social, o poder de ação política e transformação das relações para o atendimento das necessidades materiais/simbólicas de cada um e de todos.

É nesse campo, das relações comunitárias, que é forjado o processo de compleição psicossocial, aqui entendido como um processo plástico a partir do qual a pessoa se constitui mediante os vetores de subjetivação que a atravessam (Espinosa, 2014; Sawaia, 2009; Sawaia & Figueiredo 2019). Segundo Góis (2008), esse é o lócus privilegiado da práxis em psicologia comunitária: o aprimoramento da convivência entre singularidades, famílias, grupos e instituições que tecem uma cotidianidade específica em um determinado território e a superação das iniquidades sociais em saúde a partir da ação coletiva. Nessa perspectiva, a necessidade de (re)construção de espaços coletivos de produção de saberes e práticas que fortaleçam a produção e a gestão do cuidado, a constituição de redes de apoio comunitário, participação e controle social são um imperativo para se promover saúde e prevenir doenças nos territórios (Neto et al., 2009).

Apostamos, assim, em uma formação de psicólogos atentos à manutenção e defesa dos princípios do SUS e das Reformas Sanitária (RS) e Psiquiátrica (RP), que têm na defesa da garantia de direitos seu princípio ético-político central. Isso equivale a reafirmar um deslocamento das perspectivas naturalista, privatista, intrapsíquica, a-histórica e fragmentada que muitas vezes

favorecem apenas a adaptação de pessoas e grupos a uma realidade que necessita ser transformada e não sustentada em suas relações. Neste sentido, desenvolver processos formativos/participativos que operem na “objetividade esmagadora” do cotidiano (Fanon, 2020) é uma tarefa urgente e necessária à práxis psicológica, especialmente no campo da ABS.

A ABS se constitui, segundo a política nacional de saúde, como porta de entrada preferencial do SUS e orientadora das ações da rede de saúde tornando-se um lugar de cuidados contínuos e equânimes para os usuários de determinado território (Campos et al., 2006) e tendo como sujeito da intervenção a família. Está nela, portanto, o grande potencial de capilaridade das ações de saúde do sistema e a possibilidade do contato mais estreito com a realidade da população, principalmente, daquelas vulnerabilizadas.

É condição basilar para a gestão dos processos de trabalho, nesse nível de atenção, evitar que as práticas na ABS se restrinjam à lógica ambulatorial e campanhista, sendo necessário portanto conhecer as necessidades de saúde da população (Paim, 1996). As condições psicossociais, econômicas e culturais da comunidade, portanto, devem ser consideradas e alcançadas por atividades educativas, comunicacionais, socioassistenciais, de segurança, entre outras, gerando espaços de participação popular, ações intersetoriais, interprofissionais e em rede (Paim, 1996; 2015).

Compreendemos, assim, que em nosso contexto: i) a práxis psicossocial de base comunitária precisa olhar para os efeitos psicossociais da desigualdade impressos e expressos nas relações intersubjetivas travadas entre os diferentes corpos que co-habitam e (re)desenham os territórios; ii) que a qualidade de vida depende, em muito, do fortalecimento dos vínculos comunitários; iii) esse é um processo que exige a presença de espaços comuns de afetações potentes para aprimorar as relações estabelecidas (Figueiredo, 2018) e iv) que as políticas de educação e saúde precisam se articular para definir ações intersetoriais de promoção da saúde, prevenção de agravos e continuidade do cuidado, visto que são as duas políticas com maior capilaridade nos territórios.

Com relação à análise das dinâmicas psicossociais impressas e expressas nas relações comunitárias, utilizamos como categorias analíticas a produção afetivo/cognitiva e a mediação dos costumes (história, memória e linguagem) nessa produção e o sofrimento ético-político (Sawaia & Figueiredo, 2019). Fez-se necessário, portanto, ascender a memória de lugar para compreender a história e linguagem específica do local

(Bernd, 2012; Costa & Maciel, 2009). Necessário também cartografar a produção afetiva-imaginativa hegemônica que delimita os movimentos e dinâmicas relacionais, em outras palavras, identificar os espaços comuns de afetações e os significados compartilhados para compreender onde reside a fragilidade e a força das relações travadas (Figueiredo, 2018).

Destarte, tomamos como sustentação teórica a proposta espinosista de centralidade dos afetos na composição de uma vida humana, ou mais precisamente, da compleição psicossocial de singularidades e coletivos em relação. Espinosa (2014) não só reafirma a naturalidade dos afetos, como nos aponta que estes não são “vícios” da natureza humana que precisam ser refreados, extirpados, retirando-lhes a carga moral atribuída. Os afetos não são bons ou maus, são efeitos dos encontros originariamente necessários, expressões corporais e psíquicas simultâneas e singulares a cada corpo/mente. Assim, a relação originária da mente com seu corpo e de ambos com o mundo é a relação afetiva.

Nessa perspectiva, as afecções do corpo e as ideias dessas afecções não são apenas processos fisiológicos e/ou cognitivos desinteressados e fragmentados. Elas são efeitos necessários à união psicofísica e à intercorporeidade, responsáveis pelas mudanças provocadas no nosso corpo no/pelo movimento de afetar e ser afetado por outros corpos e pelas as significações elaboradas (Chauí, 2011). Espinosa (2014, p. 173) reafirma, assim, a naturalidade e centralidade dos afetos na constituição da vida e define: “por afeto entendo as afecções do corpo pelas quais a potência de agir do próprio corpo é aumentada e diminuída, favorecida ou coibida, e simultaneamente as ideias dessas afecções”.

Assinalamos, portanto, como orientação de nossa práxis no estágio, a transformação da realidade objetivada na política do cotidiano que submete corpos singulares/coletivos à heteronomia, adoecimento, pobreza e morte (Lane, 1989) e/ou o fortalecimento de estratégias relacionais já existentes promotoras do bem viver. Por entender que a produção do processo saúde-doença-cuidado está condicionada às formas de organização social, política, econômica, afetiva e cultural e que se faz necessária, antes de mais nada, a superação das iniquidades sociais em saúde para sua promoção atuando, de forma articulada, nos territórios (Arouca, 2003).

Deriva-se daí o delineamento do objetivo central do artigo: relatar uma experiência de promoção de espaços vivenciais e dialógicos entre ensino/serviços/comunidade potentes para a produção de saberes e práticas voltadas ao fortalecimento dos vínculos comunitários, o

desenvolvimento de redes de apoio e, consequentemente, a promoção da saúde mental.

Descrição da intervenção

O estágio ocorreu no segundo semestre de 2019 e foi desenvolvido, sob supervisão, por cinco alunos do quarto ano do curso de Psicologia da UFDPAR. Iniciamos com a territorialização que se refere à inserção comunitária dos estagiários e ao levantamento das necessidades de saúde da população, com ênfase, no campo psicossocial; identificação da capacidade instalada de equipamentos públicos para o atendimento dessas necessidades e de iniciativas populares existentes.

Realizamos visitas domiciliares e institucionais, busca ativa dos casos de saúde mental e acolhimento psicossocial, desenvolvendo-os, de forma concomitante e articulada: o processo de reconhecimento dos determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado no território e a identificação da capacidade instalada dos equipamentos públicos para o atendimento das necessidades apontadas, bem como, iniciativas populares de redes de apoio (territorialização); a análise dos processos de trabalho da ESF à luz das diretrizes do SUS; a análise psicossocial das relações comunitárias tendo como campo analítico as relações entre os moradores e destes com os agentes executores das políticas de educação e saúde no território; o planejamento e execução coletiva de atividades que tinham como principal objetivo fortalecer os vínculos comunitários. Compondo assim o que chamamos de plano de promoção de saúde mental do território.

Após o mapeamento inicial, tomamos como recorte de campo para análise as relações entre as famílias e os agentes públicos presentes no território destinados a atender as necessidades levantadas: o fortalecimento dos vínculos comunitários e os processos de trabalho da ESF e do corpo escolar de uma das escolas que atende a população mais vulnerabilizada do território, a localidade da Lagoa da Prata.

Priorizamos, dessa forma, a utilização de metodologias participativas (rodas de quarteirão, observação participante, oficinas e sala de situação) que facilitassem a criação de espaços vivenciais e dialógicos potentes para promover a análise crítica da realidade e o aprimoramento das relações comunitárias a partir da (re)construção de saberes e práticas coletivas (Ximenes et al, 2017). A observação participante, as oficinas e a construção de uma sala de situação compuseram nossa caixa de ferramentas no momento de trabalho com a

escola e no processo investigativo/ analítico/ propositivo desenhado para o estágio.

As rodas de bairro, espaços em que nos reunimos com moradores das micro-áreas definidas para cada ACS, se constituiu como uma estratégia central de inserção comunitária, lugar de reflexões sobre as condições de vida, de saúde, as relações mantidas no/com território e o planejamento de ações que promovessem encontros alegres e participativos.

As rodas propostas foram facilitadas pelos estagiários, a partir de perguntas geradoras elaboradas previamente, durante as reuniões de supervisão (tendo em vista o processo de territorialização), e se desenvolviam em três momentos: i) análise crítica do cotidiano, que consistiu na escuta de cada um dos participantes sobre como é viver no território e na problematização do espaço vivido; ii) esse primeiro momento das rodas possibilitou o levantamento das fragilidades e potencialidades da comunidade bem como a recuperação da história/memória de lugar e iii) a elaboração coletiva de atividades que promovessem bons encontros no território, pois, o medo foi identificado como afeto preponderante nas relações estabelecidas e o isolamento decorrente dele como fatores psicossociais que provocam sofrimento.

A partir das vivências e das análises realizadas, planejamos e executamos juntamente com os ACSs, famílias e escola atividades coletivas propostas pela comunidade ligadas ao desejo de (re)criação de um lugar coletivo de expressão das diferenças e de recomposição entre elas. Um espaço lúdico, de criação, alegre, democrático e facilitador de encontros necessários à composição de um corpo social mais forte, cooperativo e solidário.

Considerações éticas

O relato de experiência do estágio, apesar de não se caracterizar como trabalho de pesquisa, seguiu o que determina a Resolução No. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), referente aos aspectos éticos observados quando da realização de ações que envolvem Seres Humanos (Ministério da Saúde, 2016), obedecendo os princípios da ética, sigilo e confidencialidade dos dados dos participantes. Entendendo ainda que a práxis em ciências humanas e sociais “exige respeito e garantia do pleno exercício dos direitos dos participantes, devendo ser concebida, avaliada e realizada de modo a prever e evitar possíveis danos aos participantes.” (Ministério da Saúde, 2016, p. 3).

Sistematização da experiência

As atividades que realizamos nos permitiram compreender limites territoriais e psicossociais no grande Igarapu. As interseções das narrativas das moradoras da comunidade, professoras e trabalhadoras/es da UBS nos apontaram que o território abriga contradições e tensões dos moradores entre si e entre estes e as instituições lá presentes. Existem diferenças socioculturais e de classe em um mesmo território que precisam ser (re)conhecidas para que se avance no objetivo da promoção de saúde mental. Dentre alguns desses aspectos por nós observados, destacamos: o processo de guetificação da população da Lagoa da Prata. Um território que abrigou originalmente povos ribeirinhos e hoje experimenta a mudança no espaço geofísico e relacional com a insurgência de bairros populosos no entorno, as precárias condições de transporte e o difícil acesso à assistência social básica, educação e saúde.

Em nossas visitas e enquanto caminhávamos pelo território, vimos a quase inexistente pavimentação das ruas e iluminação pública, o acesso a água tratada não atinge a todos os moradores, o território está sujeito a enchentes do rio e não dispõe de ambientes públicos de lazer e convivência. Foi possível constatar a partir de relatos de moradores que a coleta de lixo não atinge a todas as áreas e, por isso, as pessoas costumam queimar o lixo de suas casas o que acaba por, junto com a poeira das ruas não pavimentadas, contribuir para a ocorrência e agravamento de problemas respiratórios. Além disso, muitos moradores, para terem acesso às ações de saúde e educação, precisam se deslocar a pé por distâncias consideráveis até o Igarapu.

A localidade da Lagoa da Prata conta com apenas uma escola de ensino infantil, onde nos foram reveladas, pela direção e professoras, queixas relativas à pouca participação dos pais no acompanhamento escolar de seus filhos e da “falta de limites”, “indisciplina” de jovens e crianças. As famílias, por outro lado, relatam não se sentirem acolhidas pelo corpo escolar e se queixam das cobranças excessivas feitas que não condizem com suas possibilidades de participação. Exemplo disso é a solicitação para que as mães ajudem suas crianças nas tarefas sem levar em consideração o índice de escolaridade das mesmas. A grande maioria das mães são analfabetas e/ou frequentaram pouco a escola.

Já o Igarapu é o espaço que concentra os dispositivos de educação e saúde voltados para o atendimento dessa

população, conta com duas escolas de ensino infantil e fundamental e uma UBS. Há também uma praça comunitária, igrejas e a sede dos projetos sociais voltados para crianças, adolescentes e idosos. O bairro tem uma população de idosos e aposentados expressiva, as casas, em sua maioria, são de alvenaria, e as ruas contam com iluminação pública e coleta de lixo precária em relação ao restante da cidade. A partir das observações, ficou evidente também um distanciamento, não apenas geográfico, mas também relacional entre a UBS e as pessoas do bairro. Uma relação marcada pela desconfiança. A ligação entre a comunidade e a UBS acontece majoritariamente na relação entre esta e as ACS que também são moradoras da área e sofrem com a pouca efetividade das ações de saúde além de serem, diuturnamente, cobradas pela população.

As ações coletivas de intervenção

Percebemos que no Igarapu havia uma maior abertura da comunidade para atividades coletivas, que aglutinou mulheres em sua maioria. Pelo fato delas se conhecerem desde a infância e adolescência, e também participarem de atividades na igreja da comunidade, foi mais fácil articular as rodas de quarteirão nessa comunidade. No início, devido ao medo e insegurança, algumas pessoas, por mais que morassem próximas, não participavam das rodas. Contudo, como foram sendo realizadas novas atividades, mais pessoas começaram a se interessar e espalhar a notícia de que aconteciam esses momentos para falar sobre a comunidade onde acabavam por encontrar pessoas que não viam com frequência.

Como produto das rodas, foi planejada e executada um evento que se constituiu como estratégia para a produção de um espaço coletivo de diálogo, criação e interação. Sugerimos que o evento fosse realizado em um lugar público e de fácil acesso para todos os moradores, logo a praça da igreja foi indicada pelas moradoras. Em seguida, começamos a pensar a programação junto com elas. Escolhido o local e fechada a programação, o evento recebeu o nome de Tarde Alegre. Dentre as atividades propostas na programação, foi pensada a apresentação de uma atividade artístico-cultural que elas chamam de drama.

A história do drama para a comunidade é muito interessante. Essas mulheres realizavam as apresentações artísticas quando eram adolescentes, a fim de conseguir recursos para ajudar a financiar a construção da igreja da comunidade e a praça na qual ela se localiza. No drama, eram evocadas narrativas do cotidiano das pessoas da comunidade e cenas retratadas a partir de situações por elas vivenciadas. Ao longo dos encontros, a memória oral do drama foi sendo apresentada pelas moradoras da comunidade e

sistematizada por nós, estagiárias, revelando um elemento potente para a facilitação da composição entre os corpos nesse território: a arte popular.

Começamos a tarde com cantigas de roda, um momento conduzido pelas idosas que participam dos projetos da comunidade, unindo a música com movimentos corporais. Tivemos roda de capoeira com crianças e a apresentação do drama encenado pelo grupo de mulheres do Igarapu. Em paralelo às atividades, houve pintura facial com as crianças. Finalizamos com um lanche comunitário ao som de muita música, tudo feito e produzido por nós e pela comunidade. Foi realmente uma tarde alegre, um encontro potente para o estreitamento dos laços comunitários.

O fato de recolocar em circulação o drama, uma atividade criada, dirigida e protagonizada por mulheres também foi muito importante. Uma vez mais, as mulheres da comunidade Igarapu participaram de maneira direta na produção de acontecimentos no lugar.

Em paralelo às rodas de quarteirão acontecidas no Igarapu, ocorreram reuniões com mães na escola da Lagoa da Prata. Apesar da pouca ou nenhuma escolaridade de grande parte das mães, como já foi citado, havia interesse que suas filhas e filhos tivessem uma experiência positiva com a educação formal, e por isso valorizavam o processo formativo. O contato com a escola se deu a partir da psicóloga do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, que nos convidou para participar de uma atividade, ciente do nosso interesse de inserção nas escolas da comunidade. A partir dessa primeira entrada, continuamos realizando reuniões com as mães em parceria com a gestão escolar.

Planejamos uma sala de situação e oficinas de comunicação entre família/escola com o objetivo de aproximá-las e assim fortalecer o campo dialógico-vivencial. Percebemos que dinâmicas "quebra o gelo" no começo das reuniões ajudaram as mães a sentirem-se mais confortáveis e interativas. As oficinas eram sempre pensadas para serem realizadas em grupo, sendo este um momento onde essas mulheres acabavam conversando, trocando informações, o que facilitava no compartilhamento das experiências e queixas com todo o grupo. Esse modelo também facilitou a participação das mães e responsáveis que eram analfabetas e ficavam intimidadas com a participação ativa nas oficinas.

Toda a organização dos encontros foi pensada para que a palavra circulasse e não ficasse restrita às intenções normalizadoras do corpo escolar. A sala de situação, outra estratégia utilizada que possibilita a análise e exposição das necessidades do grupo, funcionou como

uma ponte para a reconstrução das relações produzidas. Sintetizada em forma de cartaz, foi anexada ao mural da escola para que pudesse ser vista por outras pessoas que não participaram das reuniões. Foi um momento de olhar para o processo e pensar coletivamente o que era possível de ser realizado dentro do ambiente escolar e familiar para o aprimoramento das relações e o desenvolvimento humano.

Ao longo desses encontros na escola foram emergindo queixas sobre a vida cotidiana, às vezes não tão explícitas, na forma de relatos sutis de violências, de abusos em suas vidas pessoais, e também queixas em relação ao modelo das atividades propostas pela instituição de ensino. A abertura desse canal de diálogo que foi sendo construído nesse espaço conflituoso e instável, possibilitou uma conversa aberta entre as mães e o corpo escolar. Alguns encaminhamentos foram dados por esses encontros como a criação de um alfabeto constituído por imagens para que as mães entendessem as solicitações da escola quando enviadas pelos alunos.

Uma das propostas que surgiram da sala de situação foi a realização de um show de talentos na escola, momento onde todos pudessem se expressar artisticamente das mais variadas formas. Mais uma vez a ética-estética da arte se apresenta como elemento agregador, assim como no caso da Tarde Alegre. O show de talentos se tornou tão potente que extrapolou o grupo de mães e os muros da escola mobilizando avós, irmãos, parentes próximos das crianças que iam se apresentar no show, mas que nunca tinham partilhado esse espaço escolar. Como foi bem ressaltado durante o evento, era a primeira vez que algo daquela magnitude acontecia. Nunca se tinha visto até então o engajamento de tantas pessoas da comunidade externa e de outros membros da família em qualquer atividade proposta pela escola. Acreditamos, assim, que esse espaço vivencial abriu um potente caminho de diálogo entre a escola e a comunidade.

Discussão

O contexto apresentado acima reafirma a importância das contribuições da psicologia comunitária, tanto no campo da superação dos desafios apresentados pelas instituições quanto para o aprimoramento de relações interpessoais e interprofissionais capazes de fortalecer as relações comunitárias e favorecer processos de compleição psicossocial potentes para a expansão do desenvolvimento humano e consequente promoção de saúde nos territórios.

A negação de direitos básicos, as condições materiais de vida e os processos de subjetivação derivados da

desigualdade social que levam ao sofrimento ético-político são produtores de adoecimento e de pensamentos/sentimentos fatalistas (Sawaia, 2009). Um adoecimento que parece ser naturalizado e inevitável. Mas, se olharmos mais atentamente para as expressões de alegria e potência presentes nestes territórios talvez consigamos facilitar caminhos para a superação desse sofrimento que, entre outras coisas, provoca o isolamento e, portanto, o enfraquecimento dos vínculos comunitários e das redes locais de apoio.

As estratégias de promoção de saúde mental comunitária, a nosso ver, apontam a participação social e a co-gestão da saúde nos territórios como elementos chave para desenvolver os potenciais singulares/coletivos de produção do cuidado, luta e reivindicação por direitos. Além disso, a promoção de bons encontros, de espaços participativos com a finalidade de estabelecer um diálogo transformador e coerente com as peculiaridades da saúde local (Oliveira, 1998) é de suma importância, uma vez que: “o que fará a diferença para a promoção da saúde entre ser instrumento do neoliberalismo ou da igualdade social, de fato, seja a participação social” (Marcondes, 2004, p. 12). Dessa forma, debateremos a partir daqui os elementos que consideramos desafios e possibilidades para esse processo de expansão de uma vida humana no território assinalado.

O principal desafio encontrado no território diz respeito à trama imaginativo-afetiva que foi possível ver se desenrolar lá. Para tratar sobre esse desafio, é importante evocar Espinosa (2014), para quem toda singularidade se põe e se afirma na intercorporeidade, nas relações travadas com outros corpos tendo como força propulsora os afetos e a imaginação. O poder de afetar e ser afetado por outros corpos e as imagens dessas afetações se expressam no movimento de objetivação/subjetivação (em um constante processo de atualização do cotidiano e de si mesmo) e produzem traços comuns nos corpos e nas produções ideativas.

A produção afetiva-imaginativa, resultante dos encontros entre os corpos e mediada pelos costumes, constitui e é constituída no processo de compleição psicossocial e construção de um lugar do viver comum. Neste lugar, reside tanto a possibilidade de expressar nossas necessidades/desejos, a produção de meios para a subsistência, a base para lidar com a alteridade e as formas de resistência quanto a possibilidade de nos mantermos na servidão e na dor (Chauí, 2011; Espinosa, 2014).

No contexto da experiência aqui relatada e no campo afetivo/imaginativo, o medo foi identificado como afeto

regulador dos encontros travados e dele deriva a imagem do perigo sempre presente, provocando a diminuição da potência dos corpos para agirem sob a realidade que os aprisiona. Ou seja, o medo foi visto como o afeto mais proeminente nas relações e na produção do sofrimento psíquico que muitas vezes imobiliza.

Contudo, se, por um lado, o medo é afeto regulador no cotidiano onde não há espaço e tempo para partilhar memórias, o compartilhamento delas faz com que afetos passem a circular e facilitem o (re)conhecimento das afecções comuns que os fortalecem, permitindo a ressignificação de tempos e espaços coletivos de costura da cotidianidade, não se reduzindo ao saudosismo (Costa & Maciel, 2009).

Tínhamos uma vaga noção de que habitaríamos aquele espaço-tempo no bairro de uma forma diferente quando passássemos a conhecer o seu passado. Trabalhar as memórias de forma coletiva e de modo que elas ressoem entre as pessoas é uma forma de ativar a dimensão política e cultural dos encontros e fazer com que as pessoas se percebam como sujeitos históricos, produtores de sua própria forma de existência, sempre em movimento.

Ouvir as narrativas de vida das pessoas do bairro influenciou na nossa inserção no território e nos ofereceu novas lentes para análise, e assim pudemos perceber novas tramas. Quando a história é (re)contada e os moradores podem ouvir uns aos outros, essa voz desperta não só uma arquitetura do lugar, mas, a importância de todos na tessitura do cotidiano, faz ecoar novas vozes, agora combinadas. Todo contato com a memória de lugar ia transformando o nosso cuidado em agir dentro do território, ajudando-nos a compreender suas singularidades, o que foi muito importante para que as nossas ações fizessem sentido para os moradores e para nós.

Durante os encontros e na reverberação das memórias, por alguns momentos, foi possível elevar a potência de agir (Espinosa, 2014), isto é, gerar alegria e construir uma forma de ocupar os espaços da comunidade dentre eles, a praça da igreja durante a Tarde Alegre, pautada nesse afeto, e não mais no medo de habitar esse lugar, que ficava entregue a quem apenas passava por lá. Se medo e violência geram isolamento, insegurança e, por consequência, padecimento, a alegria é a tônica para a vivência de bons encontros e a construção de uma relação diferente com o lugar.

O drama teve um papel determinante nesse processo. A estética da criação, da invenção, da arte possibilitou falar

sobre seu lugar, sobre si, sobre o outro de uma maneira leve, alegre potente para reinventar-se dentro do contexto comunitário (como é o caso mais diretamente das mulheres que criaram o drama) e para não apenas lembrar um passado bucólico, aprazível e seguro, mas, para perceber que é possível reconstruir os espaços de convivência, do bem viver.

Ao entrar no campo, estávamos atentas às manifestações das representações e histórias sobre o bairro, contudo foi no caminhar pelo bairro que foi possível nos encontrarmos com as pessoas para que assim essas histórias pudessem ressoar. Acompanhamos os traços não-lineares (Bernd, 2012) das narrativas das mulheres com as quais tínhamos contato para pensar nossa inserção e as intervenções. Por fim, na culminância do estágio, a Tarde Alegre, ficou bastante evidente a importância do enfeixamento entre cada encontro - programado ou ao acaso- que tivemos no decorrer das andanças pelo bairro.

Logo, a partir de nossa experiência é possível destacar a evidente relação entre encontros, compartilhamento e reverberação de memórias como formas de produzir saúde, visto que produzem outras formas de se relacionar entre si e com o lugar e ativam outras determinações sociais distintas do medo, do isolamento e da insegurança.

Por fim, é interessante apontar a ética-estética da arte (Marques & Berselli, 2020) como potente elemento agregador, de superação do medo capaz de quebrar o isolamento e permitir a recuperação de encontros alegres, a composição de corpos.

Nos referimos à arte como campo de tecer a existência regida pela ética-estética da liberdade que nos possibilite criar, (re)inventar espaços de convivência, alcançar a intensidade afetiva, lidar com o imprevisível e subverter a ordem hegemônica. Como nos sugere Moehlecke (2002, p. 214) “trata-se de um intervir que vai compondo e se recompondo inventando formas de ação micropolíticas, no sentido de subverter as linhas duras da existência”.

As atividades coletivas propostas pela comunidade foram aquelas ligadas ao desejo de (re)criação de um lugar coletivo de expressão das diferenças. Um espaço lúdico, de criação, alegre, democrático e facilitador de encontros necessários à composição de um corpo político mais forte e singularidades fortalecidas. Essa ética-estética da liberdade, quando compartilhada amplamente, produz um território comum de afetações potentes para o aprimoramento das relações humanas e humano-ambientais.

Ancorada em Vygostsky, Sawaia (2009) afirma o poder transformador da arte, pois sua capacidade de provocar emoções diferentes das sentidas habitualmente tem um caráter transformador, uma vez que destrói paixões e provoca uma transformação nos sentimentos e, desse modo, para se criar uma nova condição de ser é necessário estimular sua criatividade artística. Através da atividade criadora, o sujeito cria e recria a realidade, recriando, desse modo, a si mesmo e possibilitando outros modos de existir (Reis & Zanella, 2014).

Como pudemos perceber a partir do drama, da Tarde Alegre e do Show de Talentos, a produção de saúde comunitária pode ocorrer por meio de espaços de criação artística, uma vez que tais espaços permitem a construção de relações sociais e vinculação entre os sujeitos da comunidade e é um modo de produzir liberdade e autonomia, pois os sujeitos tornam-se ativos na produção e no cuidado da saúde de seus moradores. A saúde comunitária leva em consideração as potencialidades existentes na comunidade e nos seus integrantes, compreendendo que eles possuem conhecimentos e sabedoria, e são capazes de aprender e criar estratégias para cuidar de si e dos outros (Araújo et al., 2012).

A experiência de estágio nos apresentou de forma mais enfática a potente e necessária aproximação entre ensino/serviços/comunidade para o desenvolvimento tanto de ações formativas no âmbito das instituições e do trabalho em saúde quanto para o fortalecimento comunitário e da promoção da saúde mental. A partir desse espaço dialógico e vivencial foi possível perceber a importância da APS tal como apontam as diretrizes do SUS –apesar de sua fragilidade–, para o planejamento, avaliação e execução de ações de base territorial assentadas nas necessidades de saúde da população e na ampla participação dos moradores nesse processo.

Percebemos, no entanto, que os desafios encontrados pelas equipes da ESF são muitos e vão desde o subfinanciamento do SUS, passando pela forma como o processo de municipalização foi implementado na cidade de Parnaíba, alcançando também o eixo da formação dos profissionais da saúde que não facilita a superação de uma lógica essencialmente biomédica, manicomial e medicamentosa.

O corpo escolar, por sua vez, também encontra sérios desafios no que se refere ao atendimento das necessidades de educação de grupos vulnerabilizados. Durante nosso trabalho eram recorrentes relatos de professoras e gestoras escolares a respeito da indisciplina das alunas e alunos, do seu desinteresse.

Além das queixas, foi possível perceber também processos iniciais de medicalização do comportamento das crianças e jovens, que eram rotuladas como hiperativas, depressivas sem nenhuma avaliação psicológica realizada. Em nenhuma unidade escolar percebemos o desenvolvimento de ações dos Programas Saúde na Escola (PSE) e Educação de Jovem e Adultos (EJA), importantes dispositivos criados para aliar as ações de educação em saúde e atender as necessidades de planejamento intersectorial.

Um aspecto interessante que foi fortemente observado durante o período de estágio e que precisa ser destacado, devido sua centralidade na composição das atividades, foi o protagonismo das mulheres da comunidade, que se colocaram como articuladoras das atividades dentro do território. Para além disso, mostraram-se atentas às necessidades da comunidade e também abertas a nos receber em suas casas, para ouvir o que tínhamos a dizer e sugerir atividades. Pensar sobre esse protagonismo se faz importante uma vez que ele aparece sobretudo quando essas mulheres encontram espaço para que suas vozes ecoem.

Encontrar essa voz, como nos lembra bell hooks (2019), é um processo libertador, sobretudo para mulheres negras e pobres. Uma vez que além de ser um ato de resistência, falar produz engajamento, permitindo que haja uma transformação na qual alguém deixa de ser objeto e passa a ser sujeito. E é apenas como sujeitos que podemos falar.

Falar, então, é um componente importante e basilar para pensarmos em transformação e comprometimento político. O medo de falar ou de ter a fala desqualificada, passível de punição, certamente cerceia a ação. Assim, garantir nas escolas, rodas ou conversas durante os encontros espaços em que as falas eram consideradas e estimuladas, parece ter sido um elemento importante para essas mulheres.

O processo de estágio nos possibilitou ainda vivenciar a dinamicidade de um território que abriga tensões, contradições e produz relações diversas a serem observadas em sua qualidade e potência para a promoção de saúde. Nos fez realçar em nosso percurso formativo a necessidade que a psicologia tem de (re)tomar o contato com as classes populares e os problemas por ela enfrentados em uma sociedade extremamente desigual como a nossa, bem como, de (re)conhecer suas práticas e saberes marginalizados para contribuir de forma mais efetiva com a construção de relações mais justas e igualitárias. Sem isso, não podemos falar em promoção de saúde.

Referências

- Anguera, M. T. (2003). La observación. In C. Moreno Rosset (Ed.), *Evaluación psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia* (pp. 271-308). Sanz y Torres. <http://www.observesport.com/desktop/images/docu/gh87qq4t.pdf>
- Andrade, C. (2008). Lugar de memória.... memórias de um lugar: Patrimônio imaterial de Igatu, Andaraí, BA. *Revista de Turismo y Patrimonio Cultural*, 6(3), 569-590. <https://doi.org/10.25145/j.pasos.2008.06.042>
- Araújo, S. M. M. D., Câmara, C. M. F., & Ximenes, V. M. (2012). Arte e saúde comunitária: contribuições para a compreensão do processo de desinstitucionalização. *Revista Psicologia e Saúde*, 4. <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/18301>
- Arouca, S. (2003). *O dilema preventista: Contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva*. Editora UNESP.
- Bernd, Z. (2012). Em busca dos rastros perdidos da memória ancestral: Um estudo de “Um defeito de cor”, de Ana Maria Gonçalves. *Estudos de Literatura Brasileira Contemporânea*, 40, 29-42. <https://doi.org/10.1590/S2316-40182012000200003>
- Bertini, F. M. A. (2014). Sofrimento ético-político: Uma análise do estado da arte. *Psicologia & Sociedade*, 26(2), 60-69. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822014000600007>
- Campos, G. W. D. S. (2007). *Um método para análise e gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições - o método da roda*. HUCITEC.
- Campos, G. W. S., Minayo, M. C. S., Akerman, M., Drumond-Junior, M., & Carvalho, Y. M. (2006). *Tratado de saúde coletiva*. HUCITEC, Ed. Fiocruz.
- Chauí, M. (2011). *Desejo, paixão e ação na ética de Espinosa*. Companhia das Letras.
- Costa, S. L., & Maciel, T. M. F. B. (2009). Os sentidos da comunidade: A memória de bairro e suas construções intergeracionais em estudos de comunidade. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(1). http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672009000100007&lng=pt&tlng=pt
- Dimenstein, M., Siqueira, K., Macedo, J. P., Leite, J., & Dantas, C. (2017). Determinação social da saúde mental: Contribuições à psicologia no cuidado territorial. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 69(2). http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200006&lng=pt&tlng=pt
- Espinosa, B. (2014). *Ética*. Martins Fontes.
- Fals-Borda, O. (2008). Orígenes universales y retos actuales de la IAP. *Peripecias*, 110. <http://www.peripecias.com/mundo/598FalsBordaOrigenesRetosIAP.html>
- Fanon, F. (2020). *Pele negra, máscaras brancas*. Ubu Editora.
- Figueiredo, E. B. G. (2018). *É doce morrer no mar? Análise psicossocial do ingenium da pesca artesanal* (Tese de posgrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. <https://tede.pucsp.br/handle/handle/21785>
- Góis, C. W. L. (2008). *Saúde comunitária: Pensar e fazer*. HUCITEC.
- Heller, A. (2003) Five approaches to the phenomenon of shame. *Social Research*, 70(4) 1015-1030
- hooks, b. (2019). *Erguer a voz: Pensar como feminista, pensar como negra*. Editora Elefante.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (IBGE, 2010). *Índice de Gini da Renda Domiciliar per Capita - Piauí*. DATASUS. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/censo/cnv/ginipi.def>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (IBGE, 2010). *Cidades*. Panorama. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/parnaiba/panorama>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (IBGE, 2018). *Cidades: Trabalho e rendimento*. Panorama. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/parnaiba/panorama>
- Lane, S. T. (1989). *A psicologia social: Uma nova concepção de homem para a psicologia*. Brasiliense.
- Marcondes, W. B. (2004). A convergência de referências na promoção da saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(1), 5-13. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000100002>
- Marques, L. J., & Berselli, M. (2010). Arte e resistência: Quando o teatro ocupa a periferia da cidade. *Revista NUPEART*, 23, 59-74. <https://doi.org/10.5965/2358092521232020059>
- Martín-Baró, I. (1998). *Hacia una psicología de la liberación*. Trotta.
- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. Organização Pan-Americana da Saúde.
- Ministério da Saúde do Brasil. (2020). *e-Gestor: Relatórios Públicos*. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoPagamentoEsf.xhtml>

- Ministério da Saúde do Brasil. (2016). *Resolução No. 510 de 07 de abril de 2016*. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União, edição 98, seção 1. https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581
- Moehleck, V. (2002). O paradigma estético e a psicologia: Ressonâncias. *Linhas Críticas*, 8(15). <https://doi.org/10.26512/lc.v8i15.3059>
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria: Desarrollo, conceptos y procesos*. Paidós.
- Neto, J. L. F., Kind, L., Barros, J. S., Azevedo, N. S., & Abrantes, T. M. (2009). Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. *Saúde e Sociedade*, 18(3). <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000300010>
- Oliveira, F. A. (2007). *Serviços de saúde e seus usuários: comunicação entre culturas em uma unidade de saúde comunitária* (Dissertação de posgrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, . <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/2003>
- Organização Mundial de Saúde. (2008). Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários - agora mais que nunca. OMS.
- Paim, J. (2015). *O que é o SUS?* Editora Fiocruz.
- Paim, J. (1996). Políticas de saúde no Brasil ou recusando o apartheid sanitário. *Ciência e Saúde Coletiva*, 1(1). <https://doi.org/10.1590/1413-812319961100882014>
- Reis, A. C. D. & Zanella, A. V. (2017). Arte e vida, vida e(em) arte: Entrelaçamentos a partir de Vygotsky e Bakhtin. *Psicologia Argumento*, 32(79). <http://dx.doi.org/10.7213/psicol.argum.32.S01.A009>
- Sawaia, B. B. (2009). Psicologia e desigualdade social: uma reflexão sobre liberdade e transformação social. *Psicologia & Sociedade*, 21(3).
- Sawaia, B. B. & Figueiredo, E. B. G (2019). Psicologia social e o estudo da desigualdade: Reflexões para o debate. *Psicologia em Revista*, 25(2), 659-670. <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2019v25n2p659-670>
- Souza, A. S. A., & Sawaia, B. B. (2016). A saúde como potência de ação: uma análise do coletivo e de Comuna do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra (MST), *Psicologia Política*, 16(37), 305-320. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2016000300005&lng=pt&tlng=pt
- Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais - CEPRO. (2016). *Diagnóstico dos municípios*. <http://www.cepro.pi.gov.br/diagsococo.php>
- Ximenes, V. M., Lemos, E. C., Silva, A. M. S., Abreu, M. K. A., Filho, C. E. E., & Gomes, L. M. (2017). Saúde comunitária e psicologia comunitária: Suas contribuições às metodologias participativas. *Psicologia em Pesquisa*, 11(2). <https://dx.doi.org/10.24879/2017001100200161>
- Westphal, M. F. (2006). Promoção da saúde e prevenção de doenças. In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond-Junior, & Y. M. Carvalho, *Tratado de saúde coletiva*. HUCITEC, Ed. Fiocruz.

Acerca dos/das autores e autoras

Eugênia Bridget Gadelha Figueiredo é psicóloga (Univ. Federal do Ceará, Brasil) com mestrado em Processos Psicossociais e Vulnerabilidades Sociais, e doutorada em Psicologia Social (Pontifícia Univ. Católica de São Paulo, Brasil). Professora da Univ. Federal do Delta do Parnaíba (Brasil). Desenvolve pesquisas e práticas em psicologia comunitária, saúde coletiva, desigualdade e intervenção psicossocial.

ORCID-ID: <https://orcid.org/0000-0001-5123-9482>

Elaine Soares de Freitas Leitão é graduanda de Psicologia (Univ. Federal do Delta do Parnaíba, Brasil). Desenvolve estudos e pesquisas nas áreas de saúde mental, psicologia comunitária, cuidado em atenção psicossocial, clínica ampliada e clínica transdisciplinar.

ORCID-ID: <https://orcid.org/0000-0001-8954-9160>

Marcos Antonio de Sousa Rodrigues Moura é graduando de Psicologia (Univ. Federal do Delta do Parnaíba, Brasil). Desenvolve estudos e pesquisas nas áreas de saúde mental, cuidado em atenção psicossocial, clínica ampliada e clínica transdisciplinar.

ORCID-ID: <https://orcid.org/0000-0002-9204-235X>

Rafaela Pinheiro Pereira é graduanda de Psicologia (Univ. Federal do Delta do Parnaíba, Brasil). Desenvolve estudos e pesquisas nas áreas de saúde mental, psicologia crítica, saúde coletiva e políticas públicas.

ORCID-ID: <https://orcid.org/0000-0003-3283-2816>

Sara Leite Fernandes é graduanda de Psicologia (Univ. Federal do Delta do Parnaíba, Brasil). Desenvolve estudos e pesquisas nas áreas de saúde mental, psicologia crítica, políticas públicas e saúde coletiva.

ORCID-ID: <https://orcid.org/0000-0002-6204-4047>

Wanessa de Farias da Silva é graduanda de Psicologia (Univ. Federal do Delta do Parnaíba, Brasil). Desenvolve estudos e pesquisas nas áreas de saúde mental, saúde coletiva e estudos decoloniais.

ORCID-ID: <https://orcid.org/0000-0003-1405-1952>