

DESIGUALDADES DE CUIDADOS E SUAS CONSEQUÊNCIAS NA SAÚDE MENTAL

DESIGUALDAD DE CUIDADOS Y SUS CONSECUENCIAS EN LA SALUD MENTAL

INEQUALITIES IN CARE AND ITS CONSEQUENCES ON MENTAL HEALTH



Aridnáj de Oliveira LIMA¹
e-mail: arid.olima@gmail.com

Como referenciar este artigo:

LIMA, A. de O. Desigualdades de cuidados e suas consequências na saúde mental. **Rev. Cadernos de Campo**, Araraquara v. 24, n. esp. 2, e024017, 2024. e-ISSN: 2359-2419. DOI: <https://doi.org/10.47284/cdc.v24iesp.2.18992>



| Submetido em: 01/02/2024
| Revisões requeridas em: 30/04/2024
| Aprovado em: 22/07/2024
| Publicado em: 27/11/2024

Editores: Profa. Dra. Maria Teresa Miceli Kerbauly
Profa. Me. Thaís Cristina Caetano de Souza
Prof. Me. Paulo Carvalho Moura
Prof. Thiago Pacheco Gebara

¹ Universidade de Buenos Aires (UBA), Buenos Aires – Argentina. Psicóloga Clínica, Doutoranda em Psicologia (Universidade Nacional de La Plata - UNLP). Investigadora na área das Psicopatologias, Epistemologia e História Conceptual da Psiquiatria.

RESUMO: A Pandemia do Covid-19 despertou muitas reflexões em pessoas de todas as partes do mundo com respeito à saúde mental. Uma das reflexões é sobre a desigualdade de cuidados. A qualidade de saúde mental que tem uma população está intimamente relacionada com sua qualidade de vida e isto inclui os aspectos econômicos, educacionais e familiares, entre outros. Pesquisas em todo o mundo têm mostrado que determinados setores da sociedade são mais vulneráveis aos problemas mentais que outros e isso se evidencia principalmente nas diferenças socioeconômicas, de gênero e étnicas. As mulheres, as pessoas que se identificam como LGBT+, crianças, adolescentes e principalmente as pessoas de classes sociais mais baixas, são as mais propensas a não poder desenvolver uma adequada qualidade de saúde mental. Isto se deve a distintos fatores políticos e culturais desenvolvidos ao longo dos anos. A inequidade em saúde mental se produz por injustiça social e poderia ser evitada. O presente artigo tem por objetivo compreender como estas desigualdades se produzem e repercutem diretamente na saúde mental, principalmente no período pós-pandemia que estamos vivendo na atualidade com os desafios que temos de agora em diante.

PALAVRAS-CHAVE: Desigualdade. Cuidados. Pós-pandemia. Saúde Mental. Vulnerabilidade.

RESUMEN: La Pandemia del Covid-19 despertó muchas reflexiones en personas de todas partes del mundo respecto a la salud y consecuentemente a la salud mental. Una de estas reflexiones es sobre la desigualdad de cuidados. La calidad de salud mental que tiene una población está íntimamente relacionada con su calidad de vida y esto incluye los aspectos económicos, educacionales y familiares entre otros. Pesquisas en todo el mundo han mostrado que determinados sectores de la sociedad son más vulnerables a los problemas mentales que otros y eso se evidencia principalmente en las diferencias socioeconómicas, de género y étnicas. Las mujeres, las personas que se identifican como LGBT+, niños y niñas y principalmente las personas de las clases sociales más bajas, son las más propensas a no poder desarrollar una adecuada calidad de salud mental. Esto se debe a distintos factores políticos y culturales desarrollados a lo largo de los años. La inequidad en salud mental se produce por injusticia social y podrían ser evitadas. El presente trabajo tiene por objetivo entender cómo estas desigualdades repercuten directamente en la salud mental, específicamente en el período post pandemia que estamos viviendo en la actualidad, y los desafíos que tenemos de ahora por adelante.

PALABRAS CLAVE: Desigualdad. Cuidados. Postpandemia. Salud Mental. Vulnerabilidad.

ABSTRACT: *The Covid-19 Pandemic has awakened many reflections in people from all over the world regarding mental health. One of the reflections is on the inequality of care. The quality of mental health that a population has is closely related to its quality of life and this includes economic, educational and family aspects, among others. Research around the world has shown that certain sectors of society are more vulnerable to mental health problems than others, this is mainly evidenced in socioeconomic, gender and ethnic differences. Women, people who identify as LGBT+, boys and girls, and mainly people from the lowest social classes, are the most prone to not being able to develop an adequate quality of mental health. This is due to various political and cultural factors developed over the years. Inequity in mental health is caused by social injustice and could be avoided. The present work aims to understand how these inequalities have a direct impact on mental health, specifically in the post-pandemic period that we are currently experiencing, and the challenges that we face from now on.*

KEYWORDS: *Inequality. Care. Post-pandemic. Mental Health. Vulnerability.*

Introdução

Este artigo faz parte do VI Ciclo de Encontros, Conferências e Debates sobre Ética, Ciência e Política, do 1º Simpósio Internacional sobre Feminismos, Interseccionalidade, Justiça Social e Autonomia Relacional, realizado conjuntamente pelo CIEFI (Centro de Pesquisa em Filosofia), a UNLP (Universidade Nacional de La Plata) e o CONICET (Conselho Nacional de Pesquisas Científicas e Técnicas). de 29 de novembro a 2 de dezembro de 2022, Argentina, e tem como objetivo analisar as consequências diretas e indiretas causadas pelo impacto da desigualdade de cuidados na saúde mental, principalmente no período pós-pandemia do Coronavírus.

A saúde não é um assunto exclusivo de competência das ciências médicas, mas também um objeto de estudo de outras disciplinas como Filosofia, Antropologia, Sociologia, Psicologia, entre outras, não é um tema separado, mas faz parte de todos os outros setores da sociedade. Partindo desse pressuposto, este artigo tece uma análise de como os aspectos políticos, sociais, culturais e econômicos impactam a saúde, por vezes gerando desigualdade e iniquidade no cuidado, causando grandes prejuízos não só ao indivíduo, mas à sociedade como um todo, principalmente a determinados grupos sociais que são mais vulneráveis a problemas mentais do que outros. devido a situações socioeconômicas, gênero e sexualidade, idade, condições de deficiência etc.

O fato de que a maioria das desigualdades poderia ser evitada torna esse problema mais grave e exige uma reflexão sobre como nos posicionar diante disso, tanto como profissionais quanto como sujeitos e atores sociais. Para melhor compreender o impacto da desigualdade de

cuidados na saúde mental, é necessário, antes de tudo, uma breve discussão teórica sobre os conceitos de saúde, doença e cuidado na perspectiva dos direitos humanos. O artigo abordará a questão em três aspectos principais: Saúde como processo, direito e indústria, em seguida, analisará os discursos sociais nos quais se baseia a concepção de saúde mental hoje, os tipos de desigualdades de cuidado, suas causas e consequências e iniquidades na Saúde Mental e conclui com uma reflexão sobre o cenário atual da saúde mental no contexto pós-pandemia.

A saúde como processo, como direito humano e como grande indústria

Stolkiner (2010) levanta a questão da Saúde em três dimensões: como processo, como direito humano e social e como uma das maiores indústrias do mundo. Como um processo, e não como um estado, no qual estão envolvidos saúde-doença-cuidado, onde não só a dimensão biológica do sujeito pode ser considerada, mas todos os fatores de sua vida, sejam eles sociais, culturais, econômicos, psíquicos, que formam sua subjetividade estão em constante interação. Como explica Urza (2010), a análise do processo saúde/doença são conceitos socialmente construídos, e independem da existência de uma condição biológica, portanto, variam de um contexto para outro e de um tempo para outro.

Además de un proceso, la salud es también un derecho intrínseco a todo ser humano. En 1946, la OMS, reconoció por primera vez, el derecho a la salud, como un derecho humano. La aprobación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en 1948, luego de la segunda guerra mundial, afirma que: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure la salud y el bienestar, una vivienda, la alimentación, vestidos, asistencia médica y servicios sociales necesarios.”

O *Manual de Recursos da OMS sobre Saúde Mental*, Direitos Humanos e Direito (2006), em sua introdução, esclarece a necessidade de promover a autonomia, garantindo que os serviços de saúde mental sejam acessíveis a todos que desejam usá-los por meio dos princípios da disponibilidade adequada de serviços e instituições de tratamento de saúde mental. a acessibilidade do serviço para a população em geral, sem discriminação ou exclusão e especialmente para pessoas em situação de vulnerabilidade, bem como o fácil acesso econômico e informações baseadas no princípio da equidade, aceitabilidade, segundo o qual as instituições e serviços de saúde devem respeitar a ética médica e ser culturalmente apropriados e, finalmente, a qualidade dos serviços de forma igual para todos.

No entanto, a saúde também é uma das maiores indústrias do mundo, cuja própria natureza das indústrias de eletrodomésticos e farmacologia exige que o consumo aumente, e

que pessoas saudáveis passem a ser consideradas pessoas que precisam de algum medicamento, seja para evitar desconfortos, seja por causa de uma doença que nem sabiam que tinham. ou para prevenir a possibilidade de doenças futuras.

Como parte dessa enorme indústria da saúde, existem alguns atores sociais, incluindo as indústrias farmacêuticas, centros de pesquisa e pesquisadores, médicos, empresas de marketing, jornalismo científico geral, seguradoras, o Estado e os próprios consumidores. E quando se trata de doenças mentais, ainda mais atores são adicionados: centros terapêuticos, hospitais psiquiátricos, hospitais-dia, fundações e clínicas psiquiátricas, psicólogos, acompanhantes terapêuticos, entre outros.

Como explica Stolkiner (2012a; 2012b), a expansão desse mercado é acompanhada por um discurso neobiológico que se constrói ideologizando os notáveis avanços da biologia, farmacologia e genética. Desse modo, o processo saúde-doença-cuidado é reduzido a apenas uma de suas dimensões, a biológica, "e a isso se acrescenta o uso clínico do conceito epidemiológico de risco (para o qual o diagnóstico do caso singular se baseia na probabilidade estatística da população), para desembocar em um processo que tem sido chamado de mercantilização da doença ou fabricação de doenças" (Stolkiner, 2013, pág. 6).

O termo Disease Mongering, também conhecido como "fabricação de doenças", foi cunhado por Lynn Payel, escritora, cientista e jornalista médica. Com seus livros *Medicina e Cultura*, de 1988 e *Disease-Mongers: How Doctors, Pharmaceutical Companies and Insurers Make You Feel Sick*, de 1992, ele trouxe o debate da produção de doenças que enriquecem as organizações farmacêuticas em todo o mundo, tornando a saúde uma indústria lucrativa. "Fabricação de doenças" é um tema que está sendo amplamente pesquisado e refere-se à expansão e promoção, por meio de campanhas de marketing, do mercado da indústria farmacêutica, que tenta convencer pessoas saudáveis de que estão doentes, e pessoas que têm apenas uma doença leve, de que estão muito doentes.

O pesquisador e jornalista australiano, especializado em questões relacionadas à saúde, Ray Moynihan, no livro que escreve com o pesquisador e escritor canadense Alan Cassels, que concentrou seu trabalho no estudo de políticas farmacêuticas, *Drogas que nos adoecem e indústrias farmacêuticas que nos transformam em pacientes de 2005* denunciam manipulações às quais os laboratórios farmacêuticos atualmente submetem as pessoas, com relatos pseudocientíficos, nos quais tentam convencê-los de que circunstâncias normais da vida, como luto, menopausa, ansiedade causada por eventos cotidianos e algumas características da infância, são doenças que requerem medicação.

Já em 1976, Ivan Illich, crítico radical da sociedade industrial e defensor da ideia de que nenhuma das instituições tradicionais da sociedade industrial está verdadeiramente preparada para atender às necessidades do mundo atual, afirma que a medicina foi institucionalizada e se tornou uma instituição desprovida de valores éticos, e cujo impacto atingiu proporções epidêmicas. Para ele, a construção social do conceito de doença era definida em cada sociedade pelo que a medicina, o direito e a religião definiam como tal. Assim, Illich coloca a medicina no mesmo nível de poder que a religião e a lei exercem sobre uma sociedade. Illich (1976) argumentou que é a autoridade dos profissionais de saúde que estabelece os limites do que é normal e classifica os comportamentos não convencionais dentro da sociedade como doenças, classificando-os como distúrbios e tratando-os com a prescrição de medicamentos.

O renomado psiquiatra húngaro Thomas Istvan Szasz, crítico dos fundamentos morais e científicos da psiquiatria, também faz uma pesquisa comparando o poder exercido pela religião e certas práticas da psiquiatria. Em seu livro *O Mito da Doença Mental e a Criação da Loucura: Um Estudo Comparativo da Inquisição com o Movimento de Saúde Mental*, ele diz:

Hoje, para ser diagnosticado como "doente mental", basta que o psiquiatra extraia de nós uma "confissão" ou que apresentemos involuntariamente certos "sintomas". O paciente - anteriormente um herege - será então rejeitado como um indivíduo desconfortável ou perigoso. O círculo repressivo está fechado. O sistema para sua sobrevivência extirpa o Outro de seu próprio corpo (Szasz, 1994, p. 370).

Discursos sobre saúde mental hoje

No campo da saúde mental e da saúde como um todo, observa-se ainda a influência do discurso biológico, onde o aspecto biológico se destaca acima de outros fatores como psicológicos e sociais, quando se trata de interpretar, definir e tratar doenças. O conjunto de práticas, saberes e ideologias que dominam os grupos sociais desde o final do século XVIII foi cunhado como Modelo Médico-Hegemônico pelo antropólogo social argentino Eduardo Menéndez, que o define "como a única forma de tratar a doença, legitimada tanto por critérios científicos quanto pelo Estado" (Menéndez, 1990, p. 83).

Eduardo Menéndez contextualiza o Modelo Médico-Hegemônico desde o final dos anos 60, caracterizado por seu biologismo, pragmatismo e individualismo, entre outras características como ser um modelo a-histórico e associal. Biologicista porque o conhecimento está do lado do médico, e o biológico predomina sobre os demais aspectos da vida do sujeito, o corpo é fragmentado e isolado de sua sociedade, de sua identidade e de sua cultura; A-

histórico, porque não considera a história e a subjetividade desse sujeito; Associal, porque não considera aspectos sociais e econômicos; de eficácia pragmática, pois seu objetivo é a mera prática da cura, a eliminação dos sintomas; individualista, porque não considera a interdisciplina.

Eduardo Menéndez contextualiza o Modelo Médico-Hegemônico desde o final dos anos 60, caracterizado por seu biologismo, pragmatismo e individualismo, entre outras características como ser um modelo a-histórico e associal. Biologicista porque o conhecimento está do lado do médico, e o biológico predomina sobre os demais aspectos da vida do sujeito, o corpo é fragmentado e isolado de sua sociedade, de sua identidade e de sua cultura; A-histórico, porque não considera a história e a subjetividade desse sujeito; Associal, porque não considera aspectos sociais e econômicos; de eficácia pragmática, pois seu objetivo é a mera prática da cura, a eliminação dos sintomas; individualista, porque não considera a interdisciplina.

Stolkiner (2017) explica que é na mercantilização que se baseiam as propostas do sistema liberal, que tendem a transformar a provisão de saúde em *mercadoria* e, ao mesmo tempo, capturar os fundos sociais que são destinados à saúde. Stolkiner continua sua análise argumentando que o paradigma neoliberal se baseia na ideia do "mínimo decente", o que implica que é o Estado que deve garantir uma prestação de serviços que seja o mínimo decente e que dê à população como um todo oportunidades iguais, mas apenas nos benefícios mais frequentes e a um custo que não exceda a capacidade de concentração de riqueza.

Assim, o Modelo Médico Hegemônico surge como uma das ferramentas ideológicas que tem influenciado o fenômeno da patologização da vida e "fabricação" de doenças, é uma ferramenta positivista, produto de acontecimentos sociais, históricos, econômicos e políticos, que não trata a doença como parte de um processo saúde/doença, no qual, fatores históricos, A vida do sujeito, o contexto em que vive, as condições econômicas e de higiene, com quem e como vive, sua subjetividade, etc., todas as dimensões da vida humana, estão interagindo.

Menéndez (2020) argumenta que esse modelo opera de acordo com os países, como um sistema privado, oficial ou misto, como um sistema desigual porque se baseia no mercado, ou como um sistema que deve abranger todos os serviços de forma universal e gratuita com base no Estado fortemente articulado com a sociedade civil ou com uma sociedade civil articulada com o Estado, que tem entre outros objetivos regular, controlar e reorientar. À medida que a jurisdição médica aumenta nas sociedades modernas, o mesmo acontece com o controle da área

médica sobre o comportamento humano e o controle do corpo dominante sobre o dominado. E esse controle é assegurado pelo Estado.

Para o sociólogo Pierre Bourdieu, o corpo humano é uma produção social e, portanto, afetado pela cultura, pelas relações de poder, pelas relações de dominação e pelas relações de classe. O corpo é apropriado e vivido de acordo com os capitais sociais, culturais e simbólicos do indivíduo. Bourdieu (1986) fala do corpo dos dominadores (corpo legítimo) e do corpo dos dominados (corpo alienado), não só no sentido material, mas também da dominação no sentido simbólico.

O filósofo francês Michel Foucault (1996) falou de uma forma específica de governo que aspira à gestão dos processos biológicos, da população como forma de controle, que ele chamou de Biopolítica. Foucault argumenta que, nas sociedades pós-Revolução Francesa, o surgimento de uma tecnologia individualizante de poder aspira a produzir corpos dóceis e fragmentados, controlados e monitorados por instituições. Este seria o efeito do Biopoder. Assim como o direito de vida e morte nos tempos antigos estava nas mãos do soberano, que detinha tanto poder sobre seus súditos, agora estaria nas mãos do Estado.

Diante das mudanças sociais atuais, Menéndez (2020) vislumbra o futuro da Saúde, sob a perspectiva do que ele chama de Novo Modelo Médico Hegemônico. Analisa tal modelo com as características e funções atuais desse modelo por meio de algumas das contribuições da inteligência artificial, da pesquisa genética e da robótica, referentes aos processos de saúde/doença/cuidado e prevenção, a fim de analisar as possibilidades de que o modelo médico-hegemônico continue a se perpetuar ou mudanças significativas sejam geradas.

Outro discurso importante a ser considerado nesta análise é o discurso científico dos manuais diagnósticos. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, elaborado pela APA (Associação Americana de Psiquiatria) em conjunto com a ICN: Classificação Internacional de Doenças publicada pela Organização Mundial da Saúde, são os mais importantes, são sistemas diagnósticos utilizados por serviços de saúde mental públicos e privados na América Latina. Os Estados Unidos e a Europa. Seu poder ideológico é considerado uma ferramenta científica, apesar de tal cientificidade ter sido amplamente questionada ao longo de sua história e principalmente após sua quinta edição em 2014, onde mais claramente situações da vida são consideradas doenças.

O que queremos dizer quando falamos sobre desigualdade em saúde e desigualdade de cuidados?

Quando falamos de desigualdade em saúde, estamos nos referindo a um termo usado para descrever diferenças na saúde de indivíduos ou grupos, aos aspectos quantificáveis da saúde que variam de acordo com agrupamentos socialmente relevantes. Essa definição não está relacionada a nenhum julgamento moral, não se refere a se essa desigualdade é justa ou não, apenas a identifica.

As desigualdades sempre existirão e nem sempre são produto de problemas sociopolíticos. Existem desigualdades naturais, típicas da existência humana, como, por exemplo, a saúde de um menino de 20 anos não é a mesma que a saúde de um homem de 70 anos, assim como não é a mesma no caso de uma pessoa que nasce com uma malformação genética que gera problemas de saúde do que aquela que não nasce com tal condição. Dessa forma, observa-se que desigualdade em saúde não é o mesmo que desigualdade de cuidado.

Ao contrário do conceito de desigualdade em saúde, o conceito de desigualdade assistencial refere-se a um tipo de desigualdade em saúde injusta, produzida por falhas, omissões, negligência dos setores responsáveis. Também são chamadas de iniquidade, também ou disparidade e referem-se a desigualdades que não são inerentes à natureza, mas que poderiam ter sido evitadas e evitadas, e o fato de não terem sido, é injusto.

Como explicado acima, a saúde mental está diretamente relacionada a diferentes fatores da vida humana, tais como: As condições socioeconômicas da família, que possibilitam alimentação e nutrição adequadas, moradia com condições básicas de higiene, acesso à educação e serviços médicos de qualidade. Fatores que por sua vez influenciam o desenvolvimento das faculdades cognitivas, processos mentais como pensamento, atenção, memória, percepção, entre outros, no desenvolvimento do sistema nervoso central, e no perfeito funcionamento do corpo, auxiliam no processo de aprendizagem, compreensão, retenção e transmissão de conhecimento; Condições sociais, se existem situações de violência física, verbal ou psicológica, abusos de diferentes tipos, bullying, maus-tratos, etc., se existe uma família bem estruturada ou disfuncional e se as necessidades materiais e emocionais do indivíduo são satisfeitas, como o ambiente em que vive, os hábitos e a cultura do ambiente onde o indivíduo desenvolve as suas relações interpessoais; As condições culturais em que determinados grupos estão historicamente inseridos, se sofrem discriminação social, violência, ou não são dignamente contemplados nas políticas sociais, etc.

São fatores que interagem diretamente na formação da subjetividade do indivíduo, formando sua personalidade, dificultando o bom funcionamento de suas capacidades, habilidades e inteligência, sejam elas intelectuais ou emocionais, e o pleno desenvolvimento de sua saúde mental, muitas vezes produzindo transtornos ou doenças mentais. Para que ocorra um cuidado adequado em saúde mental, é necessário que todos esses fatores socioeconômicos e culturais sejam levados em consideração.

Dessa forma, observa-se que determinados grupos sociais, por exemplo, de classes econômicas mais baixas, negros, mulheres, imigrantes, povos indígenas, LGBTQ+, são mais vulneráveis a se submeterem à má qualidade dos serviços públicos, de não terem seus direitos reconhecidos e são mais propensos a serem vítimas de estigmas sociais do que outras pessoas. É o pobre que se considera "doente mental" enquanto um indivíduo de outra classe social está apenas passando por "ataques de ansiedade", a mulher que está "histérica" enquanto o homem está apenas "nervoso", o imigrante "louco" enquanto um nativo está apenas agindo de acordo com sua cultura. O preconceito em torno desses grupos historicamente dificultou a gestão de políticas de saúde que os beneficiem igualmente, a formação de profissionais e a criação de instituições autorizadas a lidar com suas questões específicas, dificultando ainda mais o acesso à saúde.

Consequências das Desigualdades na Atenção à Saúde Mental no Cenário da Saúde Mental Pós-Pandemia

Apresentados os fatores que influenciam o processo saúde/doença em saúde mental, passamos agora a analisar algumas das consequências subjacentes à ausência ou falha da iniquidade em saúde mental. Após a Pandemia, os ataques de pânico, ansiedades, depressões, tentativas de suicídio, entre outros problemas, aumentaram consideravelmente, e até hoje têm impacto nos consultórios psiquiátricos e psicológicos. Nesse cenário, as desigualdades na atenção à saúde mental foram ainda mais acentuadas, e com elas vieram muitas consequências, das quais se destacam as seguintes:

Transtornos e doenças mentais: A maioria dos problemas psicológicos e psiquiátricos encontrados na prática clínica poderia ter sido evitada. São problemas decorrentes de negligência, seja familiar, profissional ou institucional. Entre os mais diagnosticados hoje estão depressão, transtornos de ansiedade generalizada, fobias obsessivas, entre outros, e muitos casos de tentativas de suicídio.

O fenômeno da medicalização: Embora o problema da psicomedicalização, ou seja, o uso de drogas psicotrópicas como "solução" para problemas da existência humana e que nos últimos anos passaram a ser considerados doenças, não esteja exclusivamente relacionado à questão da desigualdade do cuidado em saúde mental, mas seja uma questão que atravessa todos os setores da sociedade e que desde meados do século XX a pauta vem avançando das indústrias farmacêuticas, por estarem enraizadas nas culturas atuais, podem ser consideradas como parte dessa análise, uma vez que se observa que a desigualdade de cuidado faz com que muitas pessoas e grupos não tenham acesso a melhores meios de informação, bons serviços de saúde ou, devido ao próprio preconceito social, sejam rotulados com doenças que na realidade nem existem. ou seja, os problemas naturais que essas pessoas estão enfrentando devido às suas condições e história, são rotulados como "doença" que deve ser medicalizada. Esta ainda é uma forma de controle social, onde o Estado e a sociedade se esquivam de suas responsabilidades, para colocar "a culpa" em uma suposta doença.

Conclusões

Este artigo forneceu algumas análises sobre as desigualdades em saúde mental que são produzidas injustamente porque poderiam ter sido evitadas, ou seja, as chamadas iniquidades. Essas iniquidades não ocorrem isoladamente, mas são produtos de um conjunto de fatores que interagem ao longo do tempo em uma determinada sociedade, portanto difíceis de resolver, por isso vamos apontar neste artigo o que se refere à prevenção. Prevenir as desigualdades na atenção à saúde, embora não seja uma tarefa fácil, é possível a partir de uma perspectiva interseccional, e não é apenas uma questão de responsabilidade do Estado, mas de cada profissional de saúde que está trabalhando direta ou indiretamente com grupos minoritários. As mudanças só começam depois de uma profunda reflexão e análise dos problemas e com a consciência da necessidade de um trabalho interdisciplinar.

REFERÊNCIAS

- BOURDIEU, Pierre. Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo. En **Materiales de Sociología Crítica**, Madrid, v. 13, 1986.
- FOUCAULT, M. **Historia de la sexualidad**. [S. l.]: Siglo xxi, 2011.
- FRANCES, A. **¿Somos todos enfermos mentales?** Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría. Barcelona: Ariel, 2014.
- ILLICH, I. *et al.* **Némesis médica: la expropiación de la salud**. [S. l.: s. n.], 1975.
- MENÉNDEZ, E. L. Modelo médico hegemónico y atención primaria. **Segundas jornadas de atención primaria de la salud**, [S. l.], v. 30, p. 451-464, 1988.
- MENÉNDEZ, E. L. **Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica**. [S. l.]: Alianza editorial mexicana, 1990.
- MENÉNDEZ, E. L. El modelo médico y la salud de los trabajadores. **Salud colectiva**, [S. l.], v. 1, p. 9-32, 2005.
- MENÉNDEZ, E. L. Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. **Salud colectiva**, [S. l.], v. 16, p. e2615, 2020.
- MOYNIHAN, R.; CASSELS, A. **Medicamentos que nos enferman: y industrias farmacéuticas que nos convierten en pacientes**. [S. l.]: Terapias Verdes, 2006.
- SZASZ, T. El mito de la enfermedad mental. In: **El mito de la enfermedad mental**. [S. l.: s. n.], 1973. p. 337-337.
- STOLKINER, A. Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. **Medicina Social/Social Medicine**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 89-95, 2010.
- STOLKINER, A. Infancia y medicalización en la era de “la salud perfecta”. **Propuesta educativa**, [S. l.], n. 37, p. 28-38, 2012a.
- STOLKINER, A. Subjetividad y derechos: las organizaciones de usuarios y familiares como nuevos actores del campo de la salud mental. **Revista Intersecciones Psi. Revista Virtual de la Facultad de Psicología de la UBA**, [S. l.], v. 2, n. 4, 2012b.
- STOLKINER, A. Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. **Lerner H, compilador. Los sufrimientos**, [S. l.], v. 10, p. 211-39, 2013.
- URRAZA, M. U. La promoción de la enfermedad: el papel de la industria farmacéutica, el papel de la mentalidad médica. In: **Género y salud: VIII Jornadas de la Red de Mujeres Profesionales de la Salud**. Instituto de la Mujer, 2007. p. 49-54.

CRedit Author Statement

- ☐ **Reconhecimentos:** O trabalho não possui vínculo direto com nenhuma instituição.
 - ☐ **Financiamento:** Não possui fomento de nenhuma instituição.
 - ☐ **Conflitos de interesse:** Não há conflitos de interesse.
 - ☐ **Aprovação ética:** O trabalho respeitou os princípios da ética em todo o desenvolvimento da pesquisa e por suas características não houve necessidade de passar por comitês éticos.
 - ☐ **Disponibilidade de dados e material:** Os dados e materiais utilizados no trabalho estão disponíveis para acesso, podendo o leitor entrar em contato diretamente por e-mail.
 - ☐ **Contribuições dos autores:** O trabalho é de autoria de uma só autora, sendo a mesma responsável tanto pela pesquisa como pela redação.
-

Processamento e editoração: Editora Ibero-Americana de Educação.
Revisão, formatação, normalização e tradução.

