

**ENTREVISTA COM ALEJANDRA BARCALA**

***ENTREVISTA CON ALEJANDRA BARCALA***

***INTERVIEW WITH ALEJANDRA BARCALA***

Sandra CAPONI<sup>1</sup>  
Marcia MAZON<sup>2</sup>  
Barbara Michele AMORIM<sup>3</sup>

**Contexto da entrevista:** Devido às demandas de saúde causadas pela pandemia do Covid 19, a entrevista foi realizada remotamente, utilizando a plataforma ZOOM.

**Apresentação da entrevistada**

Alejandra Barcala é Psicóloga, Mestre em Saúde Pública e Doutora em Psicologia pela Universidade de Buenos Aires (UBA). Possui Pós-Doutorado em Ciências Sociais, Infância e Juventude pela Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO), articulada com a Fundação Centro Internacional de Educação e Desenvolvimento Humano (CINDE), Universidade de Manizales, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, o Colégio da Fronteira Norte (COLEF) e o Conselho Latino-Americano de Ciências Sociais (CLACSO). Diretora e professora do Doutorado Internacional em Saúde Mental Comunitária da Universidade Nacional de Lanús (UNLa). Professora do Mestrado e Doutorado em Saúde Mental Comunitária (UNLa), do Mestrado em Saúde Mental da Universidade Nacional de Entre Ríos (UNER), do Mestrado em Problemas da Criança e do Adolescente da Faculdade de Direito (UBA) e da Especialização em Psicanálise com Crianças pela Universidade de Ciências Empresariais e Sociais (UCES). Diretora do Projeto de Pesquisa: Estudo sobre violência na abordagem da saúde mental na infância: inclusão da perspectiva de gênero e diversidade

---

<sup>1</sup> Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis – SC – Brasil. Departamento de Sociologia e Ciência Política. Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política (PPGSP) e Núcleo de Sociologia e história das Ciências da saúde (NESFhIS). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8180-944X>. E-mail: [sandracaponi@gmail.com](mailto:sandracaponi@gmail.com)

<sup>2</sup> Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis – SC – Brasil. Departamento de Sociologia e Ciência Política. Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Ciência Política (PPGSP) e Núcleo de Sociologia Econômica (NUSEC). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2953-1089>. E-mail: [marciadasilvamazon@yahoo.com.br](mailto:marciadasilvamazon@yahoo.com.br)

<sup>3</sup> Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis – SC – Brasil. Bacharel e Licenciada em Sociologia. Está fazendo pós-doutorado na Universidade Federal de Santa Catarina e na Universidade de Paris 8, com bolsa Capes-Cofecub no âmbito do projeto: Conhecimento especializado na área da infância e juventude. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0068-9568>. E-mail: [bmichele.amorim@gmail.com](mailto:bmichele.amorim@gmail.com)



cultural (2019-2023). Coordenadora do Programa de Atenção à criança e ao adolescente com transtorno mental grave (2006-2012) sofrimento psíquico. Coordenadora da equipe interdisciplinar de apoio à defesa técnica de pessoas internadas involuntariamente em instituições psiquiátricas da Unidade de Advogados nº 22, Lei de Saúde Mental nº 26.657. Defensora Geral da Nação (2012-2017). Membro do Conselho Consultivo Honorário da Lei Nacional de Saúde Mental.

\*\*\*

**Márcia Mazon:** Você poderia nos contar um pouco sobre sua trajetória acadêmica, como uma pesquisadora formada em Psicologia e mestre em Saúde Pública. Como você chega a essa questão de saúde mental e direitos humanos? Refletindo um pouco sobre as histórias do Brasil e da Argentina, a experiência de uma ditadura militar e como surge essa opção de pensar a saúde mental do ponto de vista dos direitos humanos, acredito que isso implica uma escolha política. Uma forma de enfrentar não apenas o modelo biomédico, mas também esse excesso de medicalização que marca a América Latina e toda a sociedade no século XXI. Você poderia comentar um pouco sobre Justiça de Transição – direito à memória, justiça, reparação; um caminho que a Argentina seguiu muito bem e o Brasil não. Você acha que isso marca o campo da saúde mental de forma diferente em um país e em outro, e de que forma, na sua opinião, isso acontece?

**Alejandra Barcala:** Iniciei meus estudos durante a ditadura e quando estava no meio da licenciatura, a democracia voltou na Argentina, com a qual, naquela época, desde a minha formação, a lógica dos direitos humanos foi algo que atravessou minha trajetória universitária. Na Argentina é muito difícil pensar em saúde mental sem a articulação com os direitos humanos por vários motivos. Claramente, o fato de nosso país ter passado por uma ditadura e que durante e depois dessa ditadura teve uma resistência significativa dos movimentos de saúde mental que acompanharam as vítimas do terrorismo de Estado, fez com que aquelas pessoas que foram sensibilizadas no âmbito da universidade claro, mais tarde fomos atravessados em nossas práticas pela necessidade de políticas de memória, verdade e justiça. Durante a ditadura, o importante movimento de saúde mental que existia em nosso país foi desmantelado. Grande parte dos profissionais teve que se exilar, muitos profissionais desapareceram; na verdade, falta o presidente do colégio de psicólogos da Argentina. Durante a ditadura, todas as atividades grupais no campo da saúde mental foram encerradas e uma série de práticas comunitárias que



ocorriam na Argentina desde o final dos anos 1960 foram impedidas. As primeiras políticas de saúde mental na Argentina datam dessa época, promovidas por Mauricio Goldenberg, que iniciou um movimento muito importante no campo da saúde mental, que tinha a ver com as primeiras formas de trabalho na comunidade e a abertura de hospitais gerais para o cuidado de pacientes com sofrimento mental. Durante a ditadura de Goldenberg ele teve que se exilar, e Valentín Barenblit, que foi outra figura importante na Argentina, e muitos colegas que eram psicólogos, médicos e trabalhadores da área de saúde mental também foram para o exílio. Em 1983, com o advento da democracia, o campo da saúde mental foi novamente reorganizado. Nessa época, o psicanalista Vicente Galli assumiu a Direção Nacional de Saúde Mental, e sua gestão fez um importante elo de cooperação com a reforma italiana, implantou residências interdisciplinares em nosso país e passou a propor a desinstitucionalização nas diferentes províncias. Apoiou a experiência de isolamento de asilo na província de Río Negro, que foi a primeira na Argentina e envolveu o fechamento de uma instituição psiquiátrica. Pois bem, foi neste contexto que iniciei a minha prática, num contexto de abertura democrática onde o trabalho territorial e o trabalho interdisciplinar recuperou valor no campo da saúde mental comunitária. E a partir daí minha jornada começou. Trabalhei na província de Misiones organizando um programa de atenção primária à saúde para uma área de saúde com uma alta porcentagem de famílias vivendo na pobreza e com muitos direitos violados. Mais tarde, quando voltei a Buenos Aires, entrei em contato com a cadeira de Saúde Pública e Saúde Mental, dirigida por Alicia Stolkiner. Essa foi a primeira cadeira da nossa Faculdade que incluiu a dimensão dos direitos humanos no currículo. Ali foram dados meus primeiros passos na conceituação, pesquisa e intervenção no campo da saúde mental a partir de uma abordagem de direitos. Eu diria que como profissional sou meio anfíbio, porque enquanto eu trabalhava na academia, eu trabalhava nos serviços de saúde. Na época, coordenei o primeiro serviço comunitário de atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves, que posteriormente mudou sua denominação para crianças e adolescentes com sofrimento psicossocial, que atendia a toda a cidade de Buenos Aires. Importantes marcos regulatórios surgiram na década de 1990, entre eles a Convenção Interamericana sobre os Direitos da Criança, e depois o fato de já ter essa perspectiva de direitos no trabalho de acompanhamento das vítimas do terrorismo de Estado juntamente com esses marcos regulatórios que ampliaram direitos, permitiu, mesmo no marco de um governo neoliberal, implementar práticas com enfoque de direitos no campo da saúde mental.

Na Argentina, durante a década de 1990, o problema de saúde mental foi amplamente silenciado até que em 1997 foi publicado o relatório “Vidas Arrasadas” do Centro de Estudos



Jurídicos e Sociais (CELS), que tornou visível a situação em nosso país. Informou que havia vinte e seis mil pessoas internadas em hospitais psiquiátricos e mostrou as condições de vulnerabilidade e violação de direitos sofridas por essas pessoas. A apresentação deste relatório gerou muita indignação e colocou novamente a situação da saúde mental na agenda do Estado, que reapareceu com o governo de Néstor Kirchner.

Quando surgiu o relatório do CELS, quando se soube o que acontecia nos manicômios, toda a sociedade ficou muito sensível sobre o que tinham sido os campos de detenção clandestinos, sobre os detentos-desaparecidos e a forma como as instituições psiquiátricas tratavam as pessoas que ali estavam. O tratamento foi tão cruel, tão desumano e degradante que quase se transformou em tortura. Por esta razão, o campo da saúde mental e dos direitos humanos estão e continuam a estar intimamente ligados. Até hoje a violação de direitos ocorre nas instituições, recentemente um usuário de um dos hospitais psiquiátricos foi morto por uma matilha de cães, outros morreram por serem amarrados a uma cadeira.

Em 2010, já sob a presidência de Cristina Fernández de Kirchner, foi promulgada a Lei Nacional de Saúde Mental 26.657, lei de promoção e proteção dos direitos humanos que estabelece o fechamento definitivo das instituições psiquiátricas até 2020. Isso foi puxado pelo que chamamos de “as 26.000 leis”, que são as leis de direitos humanos que foram promulgadas na época. Os governos de ambos os Kirchners tinham uma política muito forte que estabelecia claramente uma política pública de recuperação de memórias, com ações como a anulação das leis do ponto final e da devida obediência, e uma série de gestos. Entre elas, retirar os quadros militares da casa do governo e assumir o prédio da antiga ESMA (Escola Superior de Mecânica da Marinha), onde ficava um dos centros de detenção clandestina, e transformá-lo em museu e memória, Centro Verdade e Justiça. Isso me lembra algo que também foi muito emocionante: no ano passado, no final do ano, no Conselho Nacional de Pesquisas Científicas e Técnicas (Conicet), onde atuam pesquisadores e bolsistas em nosso país, foram abertos os arquivos para a primeira vez dos trabalhadores da agência que desapareceram durante a ditadura e em ato em que estiveram presentes o presidente e o ministro da Educação, seus arquivos foram devolvidos às famílias e o Estado pediu desculpas. Em todos esses anos esses acontecimentos foram invisíveis e silenciados, ou seja, ainda continuamos com uma proposta ou uma política para recuperar certas memórias.

Trabalho especialmente em pesquisas com crianças, adolescentes e jovens que se encontram em situação de vulnerabilidade social e com sofrimento psíquico grave, e o que mais nos preocupa são as crianças que estão institucionalizadas. Porque ainda hoje o nível de violação de direitos a que estão submetidos é imenso. Ainda há quartos de isolamento, ainda há



contenção física (a contenção física é extremamente comum), há medicamentos (os chamados reforços todas as noites para que possam dormir), há distanciamento dos laços familiares ou afetivos e sociais. Há uma multiplicidade de violações de direitos. Nosso país é muito sensível às internações psiquiátricas e também às formas de campos de detentos desaparecidos. E isso levou ao movimento de resistência e é claramente uma opção ético-política. Nessa articulação entre direitos humanos e saúde mental, as Mães da Praça de Maio organizaram durante muitos anos os Congressos de Saúde Mental e Direitos Humanos, nos quais participaram milhares de pessoas de todo o país todo mês de novembro. Muitos deles cumpriram as palavras de ordem da luta antimanicomial e tiveram forte impacto naqueles que foram os primeiros passos para a sanção e promulgação da Lei de Saúde Mental. Ou seja, todos os grupos que trabalharam pela sanção da Lei estavam ligados aos direitos humanos. Como nossa Lei de Saúde Mental é basicamente uma lei de direitos humanos, ela se enquadra nesse corpus normativo.

**Márcia Mazon:** E agora Alejandra, gostaria de lhe pedir para refletir sobre a tensão entre desigualdades sociais e desigualdades em saúde/saúde mental. Temos, por um lado, crianças vulneráveis com pouco ou nenhum acesso à saúde (sua pesquisa mostra isso muito bem em relação às crianças vulneráveis hospitalizadas e medicadas - essa construção de uma subjetividade patologizada) e por outro lado uma classe média e alta com excesso de atenção, remédios, check-ups sem fim, hospitais que parecem resorts de luxo. No entanto, quando falamos em saúde mental infantil, o desenho desse cenário mostra que tanto os escolares de alto desempenho quanto as crianças em situação de vulnerabilidade são excessivamente medicados e estigmatizados, entre outros, com diagnóstico de TDAH e sua medicação correspondente. No Brasil, também, o diagnóstico de TDAH segue o processo de precarização das escolas públicas, com professores que têm Ritalina na gaveta e falam com o psiquiatra no WhatsApp para ajustar a medicação Ritalina, temos um aluno investigando isso aqui em Santa Catarina em doutorado, Como você vê esses processos?

**Alejandra Barcala:** A pandemia de Covid-19, como todos vimos, aprofundou claramente as desigualdades sociais e permitiu que quem trabalha com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade compreendesse um pouco mais como essas desigualdades sociais impactaram sua saúde mental. Por quê? Primeiro, há algo que está acontecendo na Argentina, que vem aumentando e continua: a institucionalização psiquiátrica de meninos e meninas. Ou seja, nos últimos anos os níveis de institucionalização de meninos e meninas aumentaram significativamente. E, em geral, o que vimos é que esse nível superior correspondia



a meninas e meninos de lares muito pobres ou que estavam em situação de rua ou institucionalizados em casas de convívio.

Surpreendeu-nos o número de crianças institucionalizadas que foram internadas por medida especial (muitas vezes por terem seus direitos violados no âmbito familiar) e que seguiam o que chamamos de “circuito de medicalização”. Meninos e meninas frequentavam os serviços de saúde encaminhados pela escola por apresentarem intensas afetações ou emoções, geralmente produto de determinantes sociais. Estes foram rapidamente compreendidos em termos psicopatológicos e acompanhados de vários diagnósticos. É o que chamamos de “patologização das situações sociais”. Esses diagnósticos acabaram estigmatizando as infâncias e foram acompanhados da prescrição “não são pra cá”. Ou seja, essas meninas e meninos com doenças graves foram rapidamente expulsos dos serviços de saúde e encaminhados para outros serviços de saúde, produzindo-se, assim, o que conhecemos como uma longa “deriva institucional”. Pais, famílias passaram por diferentes serviços. Todos fizeram diagnósticos, todos acabaram colocando um rótulo, que poderia ser igual ou diferente, reduzindo problemas complexos a categorias psicopatológicas e promovendo essa estratégia de trânsito sem âncora, sem nenhum local onde foram recebidos, negando-lhes o direito aos cuidados adequados. Quando nenhum serviço de saúde os recebia e a situação continuava a piorar ou apresentavam o que chamavam de “crises de excitação”, após medicá-los acabavam internados em instituições psiquiátricas. Especialmente os meninos e meninas institucionalizados sob o sistema de proteção na Argentina, com intenso sofrimento psíquico, eram rapidamente internados em instituições psiquiátricas durante uma crise.

Pensamos que as chamadas “crises de excitação psicomotora” são formas que meninas e meninos têm de expressar seu sofrimento quando não têm mediações simbólicas para processá-lo psiquicamente, então a única maneira que eles têm é de se expressar é com o comportamento. Em geral, meninos e meninas que sofreram muitas frustrações têm menos possibilidade de suportar frustrações, menos tolerância porque o sentimento que têm, ou a imagem que têm, é que não haverá um amanhã ou um depois diferente, um tempo que seja diferente. Essas crises são muitas vezes formas de expressarem um enorme sofrimento que não pode ser mediado por palavras, pois não encontraram um adulto que, em seu processo de socialização, os tenha ajudado a mediar simbolicamente isso por meio das palavras.

A referida patologização não foi apenas acompanhada da frase “não são para cá”, mas em muitos casos foi acrescentada “são para Tobar García”, referindo-se ao hospital neuropsiquiátrico para crianças e adolescentes na Argentina. Em outras palavras, são meninos e meninas que se definiram e assumiram uma identidade denegrida, uma identidade



subalternizada, um estigma compartilhado que quase levou à perda da existência. Significa dizer que não há mais nada a ver com esses meninos e essas meninas. Dizer “são para Tobar García” é como dizer que não são para os lugares da infância, não são para a escola, não são para viver em família, são para serem internados naquele lugar onde perdem toda possibilidade de cidadania. Por viverem em uma instituição total onde não têm escolha com quem morar, têm rotinas rígidas e uniformes para todos, poucas atividades diárias, não têm acesso a um serviço interdisciplinar como propõe a Lei, a uma equipe que possam trabalhar em seu território, que possam construir vínculos com as famílias, com os referentes afetivos da comunidade, que possam compreender a complexidade de um problema social e agir de acordo. Não eram problemas biomédicos, mas seu sofrimento era produto de traumas sociais sofridos, que ao invés de serem compreendidos como situados em um contexto social eram entendidos como se fossem problemas psicopatológicos individuais, fora do contexto familiar, fora do contexto relacional, pois fora do contexto comunitário. E isso rapidamente levou a uma segregação espacial que pode ser resumida em: "vamos colocar essas crianças e adolescentes em Tobar García ou em comunidades terapêuticas para usuários de drogas".

Na Argentina, essas comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos infantis são subsidiados pelo Estado, são terceirizados com recursos do Estado, mas estão em mãos privadas.

Há claramente duas questões: por um lado, esses meninos e meninas com maior grau de vulnerabilidade psicológica e social, onde o valor performativo dos diagnósticos os deixa fora de todas as condições de existência. São infâncias submetidas a uma estrutura de poder médico e espectro autista, transtornos invasivos do desenvolvimento, esquizofrenia e transtorno bipolar são alguns dos diagnósticos que são tomados como referência em manuais como o DSM. E assim seus estoques estão patologizados embora, em geral, sejam problemas que deveriam ter sido abordados com respostas comunitárias, respostas que podem ser dadas dentro de uma abordagem mais abrangente, conforme determina a regulamentação vigente, ou seja, a Lei Nacional de Saúde Mental, leis provinciais, a Convenção Internacional da Criança, as leis de proteção integral para crianças e adolescentes de quase todas as jurisdições do nosso país.

Por outro lado, em relação ao que foi consultado sobre meninas e meninos de alto desempenho escolar, realizamos com a Dra. Silvia Faraone uma investigação que tornou visível, a partir de 2000, o boom no diagnóstico de transtorno de déficit de atenção havia começado na Argentina a ascensão do diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH, em inglês ADHD). Percebemos pelos relatos dos profissionais que a medicação havia aumentado, mas especificamente pudemos verificar quando vimos que a



importação de metilfenidato havia aumentado fortemente e que isso estava ligado a um maior diagnóstico em meninas e meninos. Analisamos o que acontecia nas escolas da parte mais rica da cidade e notamos que havia mais meninos e meninas diagnosticados com TDAH e medicados com metilfenidato. E isso tinha a ver com a necessidade de eles responderem às demandas das escolas de turno duplo, às demandas de uma sociedade que os obrigava a ser bem-sucedidos, a competir no mercado, ou seja, a responder às expectativas que pais e mães tinham sobre como deveriam ser. Por outro lado, quando fomos para a área onde estavam localizadas as escolas mais pobres, nas escolas públicas, os comportamentos para os quais meninos e meninas foram medicados com metilfenidato e diagnosticados com TDAH foram definidos como problemas típicos de quem vivia em famílias pobres em que existia violência familiar. E notamos que nessas áreas eles estavam muito menos medicados.

Hoje o que mais nos preocupa, já que na Argentina mais de 50% dos meninos e meninas estão abaixo da linha da pobreza, são os determinantes sociais e seu impacto no sofrimento infantil. Atualmente encontramos diagnósticos com maior frequência, como transtornos invasivos do desenvolvimento, como o espectro autista. Porque o problema é que, assim como a escola tem a grande capacidade de acompanhar e transformar e abrir um mundo possível para um menino, ela também tem a possibilidade de marcá-lo subjetivamente com um diagnóstico ao longo da vida. E é isso que vemos.

As instituições são produtoras de subjetividade e a forma como uma escola, uma instituição de saúde olha para um menino, uma menina, a constitui subjetivamente. Quando ela o olha e o nomeia em termos de patologia, em termos de diagnóstico, em termos de desvalorização e não em termos de suas potências, ela gera uma marca indelével em sua subjetividade. Trabalhamos muito em escolas e serviços de proteção legal ou de direitos, perguntando-lhes: Quando denunciam uma criança, destacam seus pontos fortes, suas habilidades? Ou apenas mencionam a lista de dificuldades. Que efeitos seriam produzidos se, em vez de dizer que se comporta mal, que é inquieto, que não presta atenção, que briga com os amigos, mencionassem algumas características positivas, seus pontos fortes, suas capacidades; por exemplo, que gosta de música, ou que responde suavemente quando lhe falam, que tem uma boa relação com alguém em particular etc. Por que não fazer essa aposta? É como se a disciplina nos tivesse cruzado e não pudéssemos fazer apostas geradoras. Parecemos formatados para fazer diagnósticos, não para pensar em meninos e meninas em termos de suas possibilidades, seus desejos, suas oportunidades.

**Marcia Mazon:** Alejandra, gostaríamos agora que você abordasse essa interseção entre



legislação, política e saúde mental. Apesar de Brasil e Argentina terem ratificado a convenção internacional sobre os Direitos da Criança e possuem leis nacionais para a proteção da criança (no Brasil, o ECA tem mais de três décadas), esses direitos estão ameaçados em diferentes áreas, inclusive mental infantil saúde. Como sua pesquisa mostra muito bem, as práticas discursivas dos profissionais do setor não apenas silenciam as crianças, mas essas mesmas práticas são produtoras de sofrimento e silenciamento de crianças vulneráveis. Você mostra muito bem como os conhecimentos “psi” limitam a aplicação dos direitos humanos. Quais são as estratégias possíveis para desvendar esses processos e submetê-los ao debate público? Se você pudesse explorar um pouco essa tensão entre os marcos normativos dos direitos humanos e as políticas de saúde mental.

**Alejandra Barcala:** Na Argentina, desde a década de 1990, temos marcos regulatórios importantes para nossa região, desde a Declaração de Caracas, com a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança e a Lei Nacional de Saúde Mental. Mas, no entanto, há uma lacuna, uma tensão muito importante entre os marcos regulatórios e as políticas e práticas de saúde mental. Há uma lacuna muito importante em relação a isso. A perspectiva é muito interessante porque Brasil e Argentina têm uma história diferente. Temos a hipótese de que o Brasil avançou muito mais na saúde mental, na luta contra o asilo e na criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), por terem um sistema de saúde único, um sistema de saúde integrado, algo que a Argentina jamais pôde ter.

Em uma investigação recente que fizemos sobre serviços de saúde junto com diferentes províncias do nosso país sobre serviços de saúde infantil, observamos que houve uma melhor resposta, uma maior abrangência de respostas nessas províncias, como Santa Fe, onde o sistema de saúde Mental está muito integrada no sistema de saúde em geral. Aí temos uma diferença importante, porque o Brasil teve um movimento antimanicomial importante, mas tem um único sistema de saúde integrado e a Argentina não. Isso, embora tenhamos sancionado, a partir de 2010, uma Lei Nacional de Saúde Mental bastante progressista, que propõe o fechamento das instituições psiquiátricas até 2020, que constrói a institucionalidade para proteger os direitos das pessoas internadas. A Lei de Saúde Mental marcou uma transformação nas formas como o Estado se relacionava com as pessoas com problemas de saúde mental. Instalou uma virada e permitiu a transformação de um modelo biomédico, tecnocrático, baseado na exclusão e na patologização dos problemas da pobreza, para um modelo baseado na perspectiva dos direitos, na integração comunitária, na escuta dos usuários e das usuárias, na proposição uma forte participação e escuta das pessoas com sofrimento psíquico. E, sobretudo, instalou um modelo



comunitário de saúde mental. No entanto, o que é muito bom como marco regulatório, contraria o que muitas investigações mostram e é que continua a haver um alto nível de violação dos direitos de meninas e meninos.

Então, pode-se perguntar, o que acontece na Argentina que este marco regulatório não foi consolidado e implementado? Em primeiro lugar, para diferenciá-lo do Brasil, não temos um sistema de saúde integrado. Um dos indicadores centrais da Argentina é a fragmentação de sistemas entre projetos sociais, o sistema público e o sistema privado, com o que isso também traz toda uma série de complicações. Surpreendentemente no que diz respeito à saúde mental, meninos e meninas de classe média não recebem um nível de benefícios de saúde mental melhor do que os demais quando apresentam sofrimento grave. Isso acontece porque muitas vezes também se enquadram na mesma lógica de medicalização e patologização do sofrimento e também não há estratégias psicossociais que acompanhem as famílias ou a essas crianças com abordagens interdisciplinares para poderem avançar.

Entendo que as ideias de Basaglia, pensou Basaglia, não tiveram tanto impacto na Argentina quanto no Brasil. Teve-o na província de Río Negro, mas não no resto do país, onde só existem setores que o entendem como tal. Acho que também temos um problema na formação de recursos humanos, porque a maioria dos profissionais são formados em instituições que não pensam os problemas de saúde mental na perspectiva dos direitos, mas respondem a modelos tecnocráticos, profissionalizantes e disciplinares. Por sua vez, qualquer problema é encaminhado para um serviço de saúde como se um psicólogo em tratamento individual ou um psiquiatra com prescrição de uma medicação pudesse resolvê-lo. Pensamos no individual e não no comum, não há contexto do comum para pensar o campo da saúde mental. Isso faz com que se intensifiquem os modelos tutelar, paternalista, patriarcal. E na infância isso é pior, porque um olhar adulto-centrado muito forte é adicionado.

Há também uma questão orçamentária, muitas vezes não temos a quantidade necessária ou adequada de serviços para responder ou favorecer o acesso, principalmente para aqueles meninos ou meninas com problemas mais graves. Como fazer? Como isso é alterado? Há muito tempo pesquisamos e trabalhamos com instituições para entender os obstáculos e contribuir para a transformação das políticas e serviços de saúde.

Recentemente, o presidente da Argentina falou da necessidade de uma estratégia nacional de saúde mental. No dia 14 de junho deste ano, foi realizado o I Fórum de Pesquisa em Saúde Mental, do qual participaram pesquisadores e gestores de políticas públicas, com o objetivo de repassar a eles os resultados da pesquisa. Além disso, estão pensando em implementar uma formação nacional de um modelo comunitário de saúde mental para



transformar os serviços e apoiar esse processo de desinstitucionalização psiquiátrica e criação de serviços territoriais. Temos grandes expectativas, o Ministro da Saúde está comprometido com isso e teria um orçamento para implementá-lo.

Na província de Buenos Aires está começando uma reforma muito interessante. As quatro instituições psiquiátricas existentes estão a trabalhar num processo de desinstitucionalização e já, mesmo no contexto da pandemia, conseguiram garantir que uma percentagem das pessoas internadas passasse a viver em casas de convívio, com as suas famílias ou na sua comunidade. O lema é "Buenos Aires livre de manicômios". Eles têm um projeto para construir um bairro de moradias comunitárias dentro do qual existam algumas destinadas aos usuários, e também que sejam construídos centros culturais e espaços de memória em hospitais psiquiátricos. Por sua vez, equipes interdisciplinares estão a ser reforçadas nos Hospitais Gerais e Centros de Atenção Primária. E mesmo nesse contexto difícil de poucos recursos e pós-pandemia, está sendo desenvolvida uma reforma no sistema de saúde que esperamos que seja consolidada.

Por exemplo, em relação às crianças e jovens, foi criado um programa que estamos assessorando e que desde uma postura ético-política visa “construir o futuro no presente”. Tem como estratégia a escuta e o acompanhamento de crianças e adolescentes. E justamente o que a gente vem destacando nas investigações é que eles afirmam que não são ouvidos, que querem falar e não são ouvidos na escola, nem na família, nem nos serviços de saúde, e que, por exemplo, quando nos territórios são ouvidos rapidamente, montam estratégias criativas para enfrentar os problemas. Por exemplo, após o suicídio de um jovem em uma escola, seus colegas, sozinhos, montam um grupo que se reúne aos sábados na praça para ouvir os outros. Eles começaram a montar Tiktok e fazer música, e foram pedir ao serviço de saúde local para acompanhá-los caso tivessem alguma dúvida ou enfrentassem uma situação muito complexa. Com base nessa proposta, cada vez mais jovens participam de atividades apoiadas por equipes de saúde. Então, o que acontece quando esses espaços de escuta e participação são viabilizados e promovidos nas instituições? Os jovens têm suas próprias capacidades de se apropriar e suas próprias agências para inventar seus próprios dispositivos de cuidado. Propomos que para abordar o cuidado em saúde mental é preciso ouvir a criança e o adolescente, seus anseios, suas necessidades, suas propostas.

Outro desafio é fazer um trabalho que envolva a reflexividade dos trabalhadores do campo da saúde mental, justiça e educação, que evite olhares adultocêntricos, ou seja, que evite dar sentido, saturando de sentido o que acontece com as crianças, e adolescentes. Porque isso acaba por objetificá-los e não abre a possibilidade de habilitar suas próprias vozes. Dizemos



que meninos e meninas não devem ser empoderados, mas sim que devem acompanhar o poder que já possuem, ou seja, não esmagar esse poder e ter a capacidade de poder ouvi-los em termos de sujeitos de direitos, em termos de sujeitos epistêmicos que geram seu próprio conhecimento, suas próprias narrativas, e que podem transformar a realidade. Por exemplo, durante a pandemia eles reclamaram que pensaram em muitas estratégias para voltar à escola ou para ajudar seus colegas, e ninguém perguntou ou consultou sobre como eles achavam que deveriam se cuidar, aplicar os protocolos em sua sala de aula, como poderiam acompanhar um colega com problemas, como poderiam gerar vínculos entre eles além da distância obrigatória. O que acontece com os adultos que não podemos incluir meninos e meninas nas estratégias, favorecer sua participação, é como se eles realmente não tivessem voz, como se realmente estivéssemos gerando cada vez mais práticas protetivas?

Outra questão é reconhecer as diversidades, pois se há algo que os diagnósticos fazem é, de alguma forma, unificar, homogeneizar meninos e meninas como se fossem um único grupo, e assim anulam-se as diversidades territoriais, étnicas, de gênero e culturais. Um serviço localizado em um território não é o mesmo que em outro. Por isso propomos que é central pensar as subjetividades situadas, social, cultural, geográfica e historicamente. E falar também sobre a diversidade de gênero, porque grande parte da violência que vemos nos serviços é violência simbólica, desqualificações de gênero, várias formas de discriminação. Por exemplo, nas internações a identidade de gênero não é respeitada e alguém que nasceu biologicamente feminino, mas que se identifica com o gênero masculino, é internado em uma enfermaria feminina porque “é a biologia deles”. E chamam-no com o nome do seu documento e não com o que se sente representado. Ou seja, nas internações há violência subjetiva, violência sobre os corpos, negação de seus desejos e a existência dessas subjetividades

É claro que temos que pensar em como lidamos com os traumas sociais, porque diante da pandemia temos que ser capazes de entender que levaremos muitos anos para nos recuperar. É por isso que muitas das situações que precisamos simbolizar hoje têm a ver com os efeitos contextuais e a elaboração de um duelo social. Não são duelos individuais. Continuamos a pensar em termos de problemas individuais: "esse menino não quer ir à escola", "esse menino não quer sair de casa", "esse menino tem dificuldades". Devemos pensar as manifestações e afetações da infância em um contexto pós-pandemia, em um contexto em que socialmente o Estado por meio de suas instituições tem que estar presente para acompanhar aquelas situações mais difíceis de navegar.

Também temos que reduzir as lacunas que existem, porque há claramente lacunas nas possibilidades de acesso aos cuidados e tratamentos necessários. Você viu recentemente que na



Argentina há um ataque muito forte à Lei Nacional de Saúde Mental e que esse ataque vem da mão de muitas mães de jovens com problemas de consumo problemáticos que culpam a Lei por não poder internar seus filhos. No entanto, o problema não é a Lei (que também permite a internação involuntária quando há risco certo e iminente; como último recurso e por tempo determinado), mas que não há política pública que responda aos seus princípios. Não é um problema da Lei, é uma questão que não há respostas para o problema do consumo problemático que não seja a hospitalização. A verdade é que não existem serviços territoriais, equipes interdisciplinares, ou seja, ainda há muito trabalho a fazer. Nós não temos CAPS como vocês, não temos atenção psicossocial, em muitos centros de atenção básica ou hospitais eles não trabalham com crianças e jovens que apresentam consumo problemático, então claramente em situações de crise a única coisa que resta é a internação. Além disso, essas famílias também estão muito desprotegidas e geram-se conflitos que voltam a colocar em questão um instrumento muito valioso como a Lei, que, ao contrário, propõe um modelo de saúde mental comunitária e passa a garantir os direitos de quem esqueceram, internaram e não podem sair.

O assunto que Sandra trabalha, ligado a drogas psiquiátricas e medicamentos, também é um problema muito sério. Há pesquisadores que estão trabalhando especificamente sobre este tema na Argentina, mas notamos que nos lares em que vivem juntos meninas e meninos privados de cuidados parentais, o número de meninas e meninos que são medicados aumentou nos últimos anos, ou seja, que ao entrarem na instituição são rapidamente medicadas ou medicados. Visitamos lares onde 80% dos meninos e meninas foram medicados. Eles foram internados sem problemas psicológicos e, depois de um tempo, foram medicados com drogas psicoativas. Essa é uma grande preocupação devido ao nível de vulnerabilidade em que se encontram.

**Sandra** - No livro “Saúde Mental e Infância na Cidade Autônoma de Buenos Aires”, você analisa as articulações e tensões entre as políticas públicas e a legislação vigente. Esse livro, de 2015, mostra as dificuldades de implementação da lei de saúde mental, pelo menos na cidade de Buenos Aires, em relação ao modelo clássico, baseado na hegemonia da psiquiatria biológica e da institucionalização psiquiátrica. As questões que gostaria de colocar têm a ver, por um lado, com a formação destes médicos e dos profissionais de saúde que trabalham nestas instituições. Como se dá esse processo (de alguma forma você já se referiu a isso dizendo que eles não têm uma perspectiva de direitos humanos)? Como essa formação centrada em uma hegemonia biomédica afeta particularmente as crianças? Nos últimos dias, circulou um comunicado dirigido ao Congresso, elaborado a partir do meio acadêmico, em defesa da Lei



26.657. Pergunto: por quais motivos é necessário hoje criar estratégias de defesa desse quadro de direitos estabelecido pela Lei de Saúde Mental em 2010, quando esses direitos já pareciam consolidados? Como entender a resistência que hoje surge contra essa lei?

**Alejandra Barcala:** A Argentina é um país federal, portanto, de acordo com nossa Constituição, as províncias e a Cidade de Buenos Aires, um distrito federal, têm autonomia na determinação das políticas de saúde e educação. Isso significa que eles podem não aceitar as disposições do governo nacional, embora na prática geralmente assumam os mesmos compromissos ou adiram aos compromissos nacionais. E a Lei de Saúde Mental, sendo uma Lei de Direitos Humanos, deve ser cumprida em todo o território nacional. No entanto, por exemplo, a cidade de Buenos Aires está a cargo de um governo de direita, o governo Macrista, há muitos anos. Se pensarmos como estão os Serviços de Saúde Mental em relação a 2015, se houve modificações, até mesmo em relação à Lei 448 do Município, que também é muito progressiva e ainda não é cumprida, eu diria que é pior do que descrevemos naquele livro, porque naquela época ainda havia programas que tinham uma perspectiva comunitária. Hoje o modelo médico hegemônico se intensificou na Cidade e então o processo de medicalização da infância se aprofunda. Uma aluna de tese que estou orientando está fazendo um estudo sobre jovens e consumo problemático e não encontra nenhum serviço estatal territorial na cidade de Buenos Aires que atenda jovens com consumo problemático para realizar seu estudo de campo. É muito grave que esses dispositivos tenham sido desarmados. A Cidade é o reduto onde prevalece a psiquiatria hegemônica mais clássica, mais positivista, que continua a pensar que o problema da saúde mental é um problema biológico, que tem a ver com características individuais e a resposta deve ser a hospitalização.

Em 2012 trabalhei coordenando um programa comunitário de atenção à saúde mental e o governo macrista o desarmou por considerar que tínhamos uma visão muito comunitária e não internávamos jovens em instituições psiquiátricas; e que isso era algum tipo de perigo para a sociedade. Assim como desmantelaram esse programa, o fizeram com muitos outros que tinham essa perspectiva. Em outras palavras, eu diria que na Cidade de Buenos Aires, além do atual marco regulatório, há resistência das associações psiquiátricas mais tradicionais e do sindicato dos psiquiatras conhecidos como "médicos municipais", uma versão de profissionais com perspectiva que ocupa cargos políticos no sistema de saúde e que se opõe à implementação da Lei Nacional de Saúde Mental.

Isso não acontece em todo o país, por exemplo na província de Buenos Aires, que tem uma linha política que responde ao kirchnerismo, acontece o contrário. Julieta Calmels,



responsável pela Subsecretaria de Saúde Mental, Consumo Problemático e Violência de Gênero, implementou um plano totalmente articulado com uma abordagem de direitos humanos. Esse programa é realmente muito interessante, tem uma perspectiva que vem transformando a saúde mental através de espaços culturais, gametecas, com uma articulação intersetorial com serviços de proteção, educação, cultura, esporte, para ampliar a perspectiva. Há muitas províncias que estão a trabalhar muito bem na implementação de ações de reforma.

Daquela questão midiática em que as mães apareciam expressando sua preocupação com o sofrimento de seus filhos, se manifestou a direita, que é contra essa perspectiva de direitos, que afirma que a perspectiva de direitos é algo ideológico, que eles têm a verdade científica sobre o que está acontecendo e que a verdade científica está sendo ignorada. Acima de tudo, criticam o artigo 20 da Lei Nacional de Saúde Mental, que afirma que só pode haver internações involuntárias se houver risco iminente. Eles questionam isso e que as pessoas devem se voluntariar ou consentir, e argumentam que as famílias devem poder internar pessoas se assim o desejarem e perguntarem a um juiz, como era antes. Com base na Lei de Saúde Mental, o juiz não pode mais internar em hospital psiquiátrico, para isso deve haver uma equipe interdisciplinar composta por psicólogo ou psiquiatra e profissional de outra disciplina que proponha que, em caso de determinado risco e iminente, essa pessoa deve ser comprometida involuntariamente. Qualquer pessoa pode ser internada voluntariamente, não há problema. O que está sendo fortemente questionado são internações involuntárias e há quatro projetos que tentam modificar artigos da Lei. Há uma aposta muito forte entre a psiquiatria tradicional e as comunidades terapêuticas que pressionam pela manutenção do velho paradigma e muitos dos trabalhadores da saúde mental e organizações de direitos humanos. A Lei também cria duas instituições: o Órgão de Revisão e a Unidade de Advogados, cujo objetivo é garantir os direitos das pessoas internadas. De forma interdisciplinar, intervêm, realizam auditorias e garantem que seus direitos não sejam violados. E isso, para as instituições psiquiátricas acostumadas a se administrar como desejam, implica um nível de controle muito forte, ao qual resistem.

A formação de recursos humanos afeta claramente isso enquanto os profissionais continuam sendo formados nas universidades e com os atuais modelos de residência, atentos também à implementação adequada de um modelo de saúde comunitária. A organização das residências é outra das coisas pelas quais a situação na cidade de Buenos Aires piorou. Antes eram interdisciplinares e agora há de um lado o dos psiquiatras e do outro o dos psicólogos. Pouco pode ser gerado, ao invés de progredirmos estamos retrocedendo.

Eles me perguntaram por quê. Porque a Lei Nacional de Saúde Mental foi aprovada em um momento em que havia muito consenso, mas claramente nunca teve legitimidade por parte



das associações médicas. Foi uma licitação que foi vencida por um setor progressista, mas não foi acompanhada pela psiquiatria, que era claramente totalmente contrária. Esses ataques ocorrem de forma pendular, ou seja, de vez em quando há uma ofensiva contra a Lei de Saúde Mental, que é um avanço contra a garantia dos direitos das pessoas com sofrimento mental de viver na comunidade, ter um emprego, ser tratada de forma centro de saúde, para poder ter uma vida. Na verdade, a dificuldade dessa perspectiva em aceitar a diversidade, e qualquer manifestação de alteridade, como diz Rita Segato, é um problema e só deixa de sê-lo quando é peneirada por uma grade equalizadora, neutralizando particularidades. E aqueles que não passam devem ser postos de lado, como seres excedentes. Essa é a linha que atravessa os juízes do tribunal, uma espécie de psiquiatra e uma elite política que se opõe a outro contexto coletivo. Esses são os dois modelos de país que se confrontam fortemente na Argentina neste momento pós-pandemia. A pandemia colocou a saúde mental em pauta e diferentes formas de entendê-la começaram a aparecer. Na mídia é dito que temos uma pandemia de transtornos mentais na infância e os diagnósticos psiquiátricos são atribuídos a diversos transtornos emocionais, mas há outra perspectiva no campo da saúde mental que entende que eles respondem a reações defensivas e adaptativas esperadas na criança e que temos que tentar coletivamente superar o momento difícil que estamos passando e gerar mecanismos de saúde mental onde meninas, meninos e jovens sejam ouvidos e acompanhados.

**Sandra Caponi:** A última pergunta que tínhamos para lhe fazer era justamente sobre a pandemia e isso foi visto claramente em todo o mundo, aqui no Brasil ficou muito claro, a quantidade de sofrimento mental que ocorria em tempos de pandemia, os novos diagnósticos que várias pessoas que conversam e dizem que têm parentes com síndrome do pânico, crianças que não querem mais sair na rua, aumentaram os casos de autismo, etc. Queria falar um pouco sobre o livro que você publicou, que se chama “Enfrentando o sofrimento psicológico na pandemia”, o capítulo “Vulnerabilidade social em tempos de pandemia. Para a construção de políticas de saúde mental na Argentina”, de sua autoria e Silvia Faraone, discute o impacto das vulnerabilidades sociais, pobreza, exclusão, agravadas pela pandemia, com o aumento do sofrimento psíquico. No campo da infância, isso poderia ter levado a uma reflexão sobre as condições que produzem o sofrimento psíquico: escassez, pobreza, marginalização e o que observamos é mais uma continuidade, mesmo nesses momentos, dos processos de diagnóstico e terapêutica psicofarmacológica. Queria te perguntar: De que forma você acha que a saúde mental das crianças foi afetada pela pandemia de covid-19? E como entender a necessidade de pensar essas vulnerabilidades sociais e sua relação com a pandemia? Não quero dizer que as



crianças de classe média não tenham sofrimento, mas ressaltar que o sofrimento produzido, tanto nas crianças mais precárias socialmente, quanto nos meninos e meninas que vivem outras realidades sociais, parece ter se agravado fortemente na pandemia.

**Alejandra Barcala:** No início da pandemia, fizemos um trabalho para o Unicef que cobria diversas localidades do país, investigando por meio de referências de crianças e adolescentes e por meio de jogos, o que estava acontecendo com eles. Com um design lúdico, percebemos que meninos, meninas e adolescentes de todas as classes sociais, além das desigualdades, possuíam uma incrível capacidade lúdica e criativa que lhes permitiu elaborar a natureza incerta e potencialmente traumática da pandemia. Nós, que achávamos que havia um nível de sofrimento ou dificuldade muito maior, nos deparamos com muitos meninos e meninas brincando. De fato, percebemos que o indicador para ver se um ou alguns deles estava muito ruim era ver se eles haviam parado de jogar, se haviam desistido, se não conseguiam se conectar. Ao contrário do discurso de “como os meninos estão mal”, de que “estão sofrendo muito”, notamos que no primeiro ano da pandemia a situação em geral, que meninas, meninos e adolescentes encontraram enormes capacidades para serem capazes de elaborar e simbolizar a situação de diferentes maneiras. O que, na classe média, se processava através do uso de tecnologias digitais, nas classes populares acontecia no jogo com as crianças do bairro. Demonstravam, inclusive, maior capacidade lúdica com os meninos do bairro, do que meninas e meninos de classe média que passavam grande parte do tempo ligados à televisão. Nesse ponto, a visão adultocêntrica de atribuir significado à infância e adolescência foi muito afetada, era uma pergunta equivocada.

Entendo que os problemas começaram a aparecer na segunda parte da pandemia ou pós-pandemia com o retorno às rotinas diárias. Esse tempo foi e é um momento difícil. Foi quando começaram a aparecer alguns indicadores de desconforto psíquico, para alguns foi difícil regressar à socialização, voltar a integrar-se, e entendo que perante este problema, a escola e os professores são os agentes socializadores responsáveis por intervir. Percebemos, principalmente nos meninos das classes populares, o valor da professora, da mocinha, e a relevância da escola como lugar de abertura de horizontes, de desenvolvimento cultural. Chamou nossa atenção que quando uma professora fazia uma viagem de ida e volta com os meninos e meninas sob sua responsabilidade, quando ela era uma agente de convívio próxima, esses meninos e meninas tinham muito mais capacidade de retornar e aprender. E para quem teve ou tem dificuldades, temos uma visão crítica em relação a patologizar o que acontece com eles, por isso dizemos que temos que repensar a questão do trauma, não patologizar esses níveis



de sofrimento, mas tivemos que acompanhá-los no atual contexto social.

Eu acho que para nós que trabalhamos com direitos humanos, essas lições são muito importantes para pensar na pandemia hoje, que ao invés de falar "esse menino tem fobia" ou esse "menino tem transtorno de TDAH e vamos medicar para que ele possa sair de sua casa" procure ouvir, compreender e acompanhar. Podemos ouvir e gerar processos sociais, coletivos, e isso inclui as mídias que operam o tempo todo gerando essa representação, essa narrativa de infâncias totalmente objetivadas, em vez de sujeitos de direitos. Quando um menino recebe um diagnóstico e é medicado, você tira a possibilidade de agência dele, tira o poder dele, tira a possibilidade de pensar que ele é capaz de transformar seu mundo, a possibilidade de construir sua cidadania, de construir autonomia, de ter ele tem muito a dizer e a fazer, a transformar em relação à sua vida. Acredito que colocamos meninos e meninas em um lugar de subalternidade onde não há outra opção senão ser o diagnóstico que lhes damos. Acho muito interessante observar que quando um menino ou uma menina são vistos de forma diferente, ele reage de forma diferente, e se for rotulado como louco, medicalizado e internado em uma instituição psiquiátrica, ele agirá de acordo com a etiqueta imposta. E acho que devemos refletir sobre os efeitos dos diagnósticos. Se dissermos "esse menino tem um transtorno psicótico" ou "ele tem um transtorno bipolar, uma fobia", é como dizer "vou ficar calmo com isso". Dessa forma, coloco um rótulo e me exonero da obrigação social que temos de aliviar seu sofrimento e transformar suas vidas.

**Sandra Caponi:** Essa questão que você estava comentando sobre os dois modelos que estão em conflito, um modelo que tem a ver com direitos humanos e um modelo que diz: "nós não somos cientistas". Acredito que a intensidade desse grau de cientificidade deve ser um pouco diminuída, ou seja, para demonstrar as disputas epistemológicas que existem nesse campo, para mostrar que não é tão científico quanto se diz. Para finalizar e agora para finalizar, gostaria de escutar de você o que você acha que as ciências sociais em geral, a sociologia pode contribuir para esse processo?

**Alejandra Barcala:** Acredito que nós da academia temos a obrigação de construir conhecimentos que contribuam para resolver os problemas que nossos povos têm, no nosso caso o sofrimento que as crianças e os adolescentes têm. Acredito na construção de categorias que nos permitam pensar problemas e transformar realidades, que ajudem quem está trabalhando no território permanentemente, a repensar e refletir sobre suas práticas, a ter ferramentas para poder se distanciar do trabalho cotidiano e poder pensar e construir estratégias,



alternativas, a partir de uma abordagem de direitos, isso me parece central.

E acredito que, como diz Boaventura de Souza Santos, a academia tem que pensar em si mesma em termos de extensão, de cooperação, de construção coletiva de conhecimentos que possam ser úteis para os trabalhadores das áreas da saúde, educação e justiça, que lhes permitam pensar em melhores formas de intervenção na abordagem para aliviar o sofrimento humano. Como podemos revelar através do nosso conhecimento que isso não é tão científico? Como podemos revelar que meninos e meninas não são objetos? Como tornar a violência institucional visível? Como podemos tornar visíveis as violações de direitos? E também isso, que me parece central, como podemos contribuir, como isso pode ser transformado? Porque eu acho que às vezes da academia só nos resta analisar as realidades, o que não é pouco, é extremamente valioso mostrar como certas questões ocorrem, mas também como desconstruí-las, como transformá-las, nessas questões que você me perguntou e que viemos trabalhando, como fazemos sentido? Como construímos um significado do que está acontecendo? Mas, ao mesmo tempo, como pensamos o desafio de construir e poder pensar em diferentes formatos? Acho que temos uma dívida para poder transmitir isso também na mídia, construir narrativas que concorram com as narrativas hegemônicas, porque claramente a saúde mental é um campo de disputa. Acredito que temos muito a contribuir com argumentos para que esse discurso tenha mais força nessa disputa ou possa vencê-la.



### Como referenciar este artigo

CAPONI, Sandra; MAZON, Marcia; AMORIM, Barbara Michele. Entrevista com Alejandra Barcala. **Estudos de Sociologia**, Araraquara, v. 27, n. esp. 2, e022026, 2022. e-ISSN: 1982-4718. DOI: <https://doi.org/10.52780/res.v27iesp.2.17167>

**Submetido em:** 15/06/2022

**Revisões requeridas em:** 10/07/2022

**Aprovado em:** 12/08/2022

**Publicado em:** 30/09/2022

**Processamento e edição: Editora Ibero-Americana de Educação.**  
Correção, formatação, normalização e tradução.

