

Estado da publicação: O preprint foi submetido para publicação em um periódico

Reforma psiquiátrica e questões de classe, raça/etnia e gênero: particularidades do contexto brasileiro

Tahiana Alves

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.4673>

Submetido em: 2022-08-28

Postado em: 2022-09-01 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

REFORMA PSIQUIÁTRICA E QUESTÕES DE CLASSE, RAÇA/ETNIA E GÊNERO: PARTICULARIDADES DO CONTEXTO BRASILEIRO

Psychiatric Reform and issues of class, race/ethnicity and gender: particularities of the brazilian context

Tahiana Meneses Alves

<https://orcid.org/0000-0003-1019-8746>

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Resumo: O objetivo do artigo é analisar o fluxo da Reforma Psiquiátrica Brasileira a partir do lastro colonial, classista, racista e patriarcal que marca a formação social e econômica do país. Tal debate, focado nas dimensões de classe, gênero e raça/etnia, esteve apagado durante o processo de construção, implementação e efetivação das políticas de saúde mental e atenção psicossocial.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Classe. Gênero. Raça/Etnia. Contexto brasileiro.

Abstract: The objective of the article is to analyze the flow of the Brazilian Psychiatric Reform from the colonial, classist, racist and patriarchal lines that mark the country's social and economic formation. This discussion, focused on the dimensions of class, gender and race/ethnicity, was erased during the process of construction, implementation and effectiveness of mental health and psychosocial care policies.

Keywords: Psychiatric Reform. Class. Gender. Race/Ethnicity. Brazilian context.

1 Introdução

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um processo social complexo em curso no país desde a década de 1970, buscando romper com saberes, práticas e instituições psiquiátricas clássicas. Engloba as dimensões epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural (AMARANTE, 2013). Supõe superar o modelo manicomial de atenção em saúde mental, historicamente biologizante, hospitalocêntrico, cronificador e excludente.

Uma das frentes da Reforma consiste na compreensão do sofrimento psíquico para além de seus aspectos biológicos. No movimento da Reforma Sanitária e de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, a concepção sobre a saúde deixou de ser, simplesmente, a ausência de doenças. Passa a se considerar o peso que condicionantes e determinantes sociais e econômicos exercem sobre o processo saúde-doença. Saúde abarca ter acesso à habitação, ao trabalho, à educação, à renda mínima, à alimentação, ao lazer, à posse da terra, aos serviços sanitários e à forma como neles se é atendido/a, entre

outros aspectos. Mas num país visceralmente desigual como o Brasil, as iniquidades em saúde são inúmeras e difíceis de serem superadas.

No campo da saúde mental, a atitude epistemológica ancorada em Franco Basaglia (1972) – a de pôr a doença entre parênteses para absorver o sujeito e suas experiências – tem desdobramentos importantes. O sofrimento deixa de ser reduzido aos seus componentes individuais e orgânicos, sendo considerado também na sua relação com o corpo social. Isto exige humanização e matriciamento entre os serviços técnico-assistenciais, interdisciplinaridade entre os saberes e fazeres, intersetorialidade entre as políticas, medidas jurídico-políticas¹. Ademais, pauta uma ressignificação do “louco” e da “loucura”. Tudo isto vale ainda para as pessoas que fazem uso prejudicial de drogas. A Reforma Psiquiátrica implica, portanto, num novo modelo de atenção psicossocial. Nessa esteira, também vem se articulando o Movimento da Luta Antimanicomial desde 1987.

Ao longo de décadas, a Reforma tem encaminhado avanços concretos. Mas isto merece considerações. Por exemplo, não basta: reconhecer os determinantes sociais e econômicos da saúde mental, serviços/cuidados humanizados, as leis, as portarias e os decretos; a mudança no imaginário social sobre a loucura ou, ainda, lutar para que o manicômio deixe de existir... Isto tudo porque não há garantia, na sociabilidade que vivemos, de que as pessoas em sofrimento psíquico tenham uma vida digna.

Não basta, portanto, uma política de direitos “concedidos” e viabilizados numa ordem capitalista. É insuficiente conceber o sujeito como portador de direitos se o que conduz a vida social mais ampla são várias formas de exploração e opressão (PASSOS, 2015). Pessoas até passam a ter direitos, mas dentro dos limites daquela ordem. E isto assume contornos particulares quando observada a formação social e econômica brasileira. Eis que as reivindicações devem extrapolar o campo da saúde mental e fazer coro com as lutas que buscam transformações estruturais.

Em que pese o seu mérito, lutas circunscritas à saúde mental serão insuficientes se não dialogam com outras lutas como a anticapitalista, a antirracista, a feminista. O diagnóstico psiquiátrico tende a produzir estigma e a cristalizar a identidade social, mas pessoas em sofrimento psíquico também têm idade, gênero, cor, orientação sexual e podem ser parte das classes trabalhadoras. Segundo Passos (2015), todas as lutas, apesar

¹ No Brasil, o marco jurídico-político é a lei nº 10.216/2001, que redirecionou oficialmente o modelo de assistência em saúde mental e dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas com transtornos mentais. Junto dela, há diversas portarias federais e estaduais que sustentam tal modelo.

de suas demandas e agendas específicas, precisam construir uma pauta única de enfrentamento, que é a busca pela emancipação humana.

2 Saúde mental, Reforma Psiquiátrica e formação social brasileira

O Brasil e outras sociedades latino-americanas são herdeiras de sociedades ibéricas. Estas, por sua vez, foram estruturadas de modo bastante hierarquizado, com uma vasta experiência quanto à articulação das relações sociais nas quais tudo e todos têm um lugar peculiar, não deixando espaço para uma igualdade além da formalista (GONZÁLEZ, 2020).

A formação social do Brasil está inscrita no projeto civilizatório da Modernidade Ocidental que englobou a expansão marítima e a conquista de territórios. Tal projeto iniciou no “longo século XVI²” (GROSFUGUEL, 2016, p. 26) com a invasão das Américas e impulsionou a nova ordem capitalista mundial. A colonização do Brasil aconteceu principalmente por Portugal e, para isto, houve a submissão de diferentes povos como os indígenas, que aqui já habitavam, e os africanos, trazidos numa diáspora forçada para terem explorado o seu trabalho braçal. A colonização deu origem à colonialidade, que é o assujeitamento de países e suas economias, e também de indivíduos/grupos e suas marcas, idiomas, culturas, linguagens, sotaques, fenótipos, indumentárias, religiões (ORTEGAL, 2018).

As tensões raciais entre europeus, indígenas e africanos constituíram um dos grandes genocídios do longo século XVI (GROSFUGUEL, 2016). Colonizados foram animalizados. Animais pacíficos ou agressivos, mas sem a racionalidade do colonizador. Esta ideia foi sustentada por diversos argumentos (biológicos, religiosos, médicos) e abriu precedentes para explorar, violentar, exterminar (ORTEGAL, 2018). Corpos colonizados foram coisificados, super sexualizados e/ou patologizados. Sobre isso, Maldonado-Torres (2019, p. 40) informa que “o modelo de gênero e sexo do colonizador é tomado pelos sujeitos colonizados como direcionador de suas próprias performances em seus esforços de parecerem normais em um mundo que os considera essencialmente anormais,

² O “longo século XVI” corresponde ao período entre 1450-1650, que foi o de formação da economia-mundo europeia capitalista (BRAUDEL citado por GROSFUGUEL, 2016).

deficientes e maus”. Quantos corpos não foram objetificados e estuprados e, em especial, os corpos africanas e indígenas?

Os dois polos da relação colonial foram constituindo uma dicotomia. De um lado, o dominante, correspondente ao modelo universal e abstrato de ser humano (o homem branco, europeu, cristão, burguês, heterossexual, racional). De outro, os dominados e as dominadas, sem aquelas características. O controle do ser e do poder (MALDONADO-TORRES, 2019) dos/das dominados/as pelo dominante intermediado pelo colonialismo fez-se presente na nossa formação social.

Entre os séculos XIX e XX, o Brasil tornou-se “independente”, aboliu a escravidão, entrou no período republicano, vivenciou regimes ditatoriais, redemocratizou-se. Mas a estrutura da sociedade não se alterou significativamente. A relação entre dominantes e dominados/as permanece, mesmo que sob novas roupagens. Isto porque a colonialidade é uma lógica global de desumanização que reproduz efeitos materiais, simbólicos e epistêmicos, sendo capaz de existir mesmo na ausência de colônias formais (MALDONADO-TORRES, 2019).

Na lógica da colonialidade, o vínculo entre classe, raça/etnia e gênero (este último na forma do patriarcado) acirra as hierarquias entre as pessoas. Afinal, há uma discrepância no que diz respeito ao controle da economia, da natureza, da autoridade, do gênero, da sexualidade e até da subjetividade. São naturalizados o extermínio, a expropriação, a dominação, a exploração, a morte prematura e condições como a tortura e o estupro (MALDONADO-TORRES, 2019). Claro que aquele vínculo não se faz de forma homogênea e permite inúmeras configurações e contradições.

Saffioti (2004) usa a metáfora do nó para ilustrar como a nossa sociedade está fundada nos eixos de classe, raça/etnia e gênero. O patriarcado entrou em todas as esferas da vida social para além da doméstica. O capitalismo mercantilizou todas as relações sociais, incluindo as de gênero. E o racismo também constitui o corpo social, fortemente associado com os eixos anteriores. Dependendo das condições históricas e existenciais específicas, cada componente deste nó pode assumir um relevo distinto. Mas, na totalidade da vida social, não há prevalência de um componente sobre o outro.

A simbiose³ entre sistemas de dominação-exploração – o capitalismo, o racismo e o patriarcado (SAFFIOTI, 1987) – assume particularidades no Brasil. Aqui, o Estado foi

³ O patriarcado é o mais antigo dos sistemas de dominação-exploração. Depois, veio o racismo, quando alguns povos partiram para a conquista de outros (colonização da América, por exemplo). Por fim, surgiu o capitalismo e, com isto, a simbiose ou fusão entre estes três sistemas de dominação-exploração (SAFFIOTI, 1987).

fundamental no tráfico de negros/as que articulava, simultaneamente, escravidão e latifúndio (GOMES, 2018). Sentimos hoje a herança colonial, escravocrata e patrimonialista do país. Vivemos a dependência econômica/ideológica face às potências estrangeiras, compensada por uma classe trabalhadora superexplorada e, predominantemente, não branca. Mulheres, no geral, são subalternizadas⁴. O capitalismo monopolista dependente e subdesenvolvido que reina aqui mistura estruturas arcaicas e modernas num processo de contrarrevolução constante por parte de uma autocracia burguesa (FERNANDES, 2005). Tudo isto é visível nas estatísticas do presente: basta analisar os “perfis” marcantes de quem acessa o poder político, conquista mais vagas nas universidades públicas e nos cursos de maior concorrência, ocupa os postos mais altos no mercado de trabalho, tem acesso à terra, espera ou morre na fila do SUS, morre mais com a violência rural e urbana ou em decorrência de abortos, vive na rua, é assassinado/a enquanto brinca na calçada de casa, está encarcerado/a ou medicalizado/a e em que condições...

O nó entre patriarcado, racismo e capitalismo existe também na saúde mental. Historicamente, a significação da loucura enquanto doença teve implicações sociais, econômicas e políticas. O pano de fundo foi a sociedade capitalista industrial, do século XVIII para o XIX, na Europa ocidental. Predominava uma ideologia da produção para a qual a loucura representava uma forma de improdutividade. Loucos eram não úteis e, por isso, segregados e excluídos (BASTIDE, 1965). Segundo Rosa (2003), isto foi profícuo tanto para a sociedade burguesa quanto para a medicina da época: a primeira delegou o problema da loucura à segunda. A sociedade ficava “livre” dos loucos, que foram enclausurados numa instituição exclusiva para tratá-los: o manicômio. O agente central do tratamento foi o alienista/psiquiatra. Mas o tratamento frequentemente envolvia condutas violentas e repressivas.

Apesar da roupagem técnica da prática psiquiátrica, a violência perpetrada no manicômio é parte da violência da sociedade capitalista, pois possui função social e política: disfarçar o conflito entre capital e trabalho, ocultando uma parcela das classes trabalhadoras que estavam, temporária ou definitivamente, privadas de exercer a sua força de trabalho. O corte de classe na assistência à loucura encarcerada pelo manicômio é evidente ao longo dos séculos (BASAGLIA, 1972; MARTINS *et al.*, 2017; GOMES, 2018). Para Basaglia (1972, p. 287, tradução nossa), “a psiquiatria sanciona e justifica a exclusão

⁴ Na simbiose entre capitalismo, patriarcado e racismo, as mulheres servem como: mão-de-obra para o trabalho; reprodutoras de herdeiros, de mais mão-de-obra ou de novas reprodutoras; objeto sexual (SAFFIOTI, 2004).

do louco”. Seus critérios não são apenas clínicos, mas também de produtividade. O louco não coaduna com os princípios da ordem do capital. Portanto, instituições como o manicômio conferem sustentação ao sistema de dominação-exploração capitalista. Mas, como dito, o capitalismo não se sustenta sem o racismo e o patriarcado. Isto é fundamental para compreender como o modelo manicomial se particularizou no Brasil.

Franco Basaglia, psiquiatra italiano, é uma das principais inspirações na crítica ao modelo manicomial brasileiro. Por aqui, muito foi absorvido das experiências desenvolvidas por Basaglia e sua equipe nas cidades italianas de Gorizia e Trieste, entre as décadas de 1960 e 1970. Contudo, nessa discussão, merece destaque outro autor que influenciou Basaglia e pouco conhecido entre nós: Frantz Fanon, psiquiatra negro da Martinica e de ascendência francesa e africana.

De acordo com Passos (2018), Fanon é mais conhecido no Brasil pela sua contribuição nos debates sobre colonialismo e racismo. O viés étnico-racial oferecido pelo autor na análise do colonialismo e seus impactos sobre a subjetividade ficou de fora do debate da saúde mental por um longo tempo. Para ele, o hospital psiquiátrico é um dos agentes que prolonga o colonialismo. As contribuições de Fanon nos ajudam a realizar uma análise mais precisa sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil, já que o nosso legado histórico guarda elementos em comum com o do autor (também de um contexto periférico e submetido a processos de colonização).

Fanon (2020) estabelece a relação entre medicina e colonialismo desde o caso da Argélia. A presença do médico europeu francês é uma das faces da ocupação colonizadora no país africano, pois “aparece sempre como um elo da cadeia colonialista, como porta-voz da potência ocupante” (FANON, 2020, p. 20). No geral, os colonizados eram tratados pela medicina ocidental/europeia/colonizadora como selvagens, animais. Muitos médicos eram também colonos e possuíam moinhos, adegas e pomares. Não dependiam amplamente da sua clientela de pacientes, fato que contribuiu para aumentar o orgulho colonialista e a brutalidade contra o paciente nativo. Por sua vez, os nativos colonizados empreendiam constantemente uma atitude de fuga das consultas e dos tratamentos médicos. Rejeitavam a internação e duvidavam da natureza humanitária do médico dominante, até porque, não raro, os médicos efetuavam experimentos de cunho racista em pessoas nos hospitais, entre outros procedimentos que colaboravam com as forças coloniais⁵ (idem).

⁵ Fanon (2020) informa sobre estes experimentos em serviços psiquiátricos do Exército Francês na Argélia, como as convulsões epiléticas provocadas nos argelinos e nos policiais da África Negra com o objetivo de

Outro ponto destacado por Fanon é que a desconfiança do grupo colonizado poderia se estender aos seus próprios membros que utilizassem técnicas ou formas de comportamentos típicas do conquistador. Por exemplo, havia médicos “autóctones” empurrados para o lado do inimigo, pois eram influenciados por processos de europeização e ocidentalização. Com a entrada do médico autóctone no universo racional/dominante/europeu, a tendência era a de que ele se afastasse das práticas básicas de seu povo. Também, do ponto de vista econômico, era interessante para o médico argelino “autóctone” a manutenção da opressão colonial (FANON, 2020).

Transportemos estes raciocínios para o contexto brasileiro: a medicina moderna herdada do colonizador (neste caso, via psiquiatria) reproduz várias formas de submissão do colonizado – na sua generalidade, pessoas pobres e negras, internadas nos grandes manicômios do país. Por aqui, a prática médica/psiquiátrica também tem uma relação histórica e intrínseca com a colonização e a colonialidade. Originou-se uma psiquiatria construída pelo homem/europeu/burguês/branco a partir de parâmetros ocidentais/cartesianos/pretensamente universais, mas destinada majoritariamente a segmentos que não correspondiam àquelas características. Como afirma Maldonado-Torres (2019), as instituições modernas ditaram sua ordem social não apenas para suas próprias populações, mas para os colonizados e com base nos sentidos normativos de raça, gênero, classe, sexualidade. Nessa relação arbitrária, o conhecimento verdadeiro é o produzido pelo colonizador. A colonialidade é epistêmica também. Ou, para Grosfoguel (2016), o genocídio e o epistemicídio (morte do conhecimento) dos sujeitos coloniais originaram os privilégios dos sujeitos colonizadores.

Franco Basaglia veio ao Brasil pelo fim da década de 1970 e visitou o então Hospital de Barbacena (MG). Estarrecido com as cenas que viu, comparou com o holocausto nazista. Basta ver o documentário de Daniela Arbex para entender a comparação: maus tratos, estupros, mortes, “prisão perpétua” (muitos/as morreram ali). Resgatamos a provocação de Passos (2018): será que o caso de Barbacena não parece mais com um navio negreiro? Sem pretensão de comparar os estragos causados pelos dois genocídios (na Europa e na América), o que a autora propõe é apreender a realidade da assistência psiquiátrica no Brasil através dos eixos estruturantes da nossa formação social.

analisar que reações específicas cada “raça” teria. Outro procedimento é que médicos psiquiatras aplicavam choques elétricos em acusados e, depois, os interrogavam quando ainda estavam voltando à consciência: claro que esta etapa ainda era caracterizada por uma confusão mental, abandono da resistência e diminuição das defesas da pessoa.

Historicamente, no contexto europeu/ocidental, mulheres foram consideradas pela literatura médica como mais vulneráveis à loucura por conta de uma suposta fragilidade natural, de origem biológica (BUSFIELD, 1996; CHESLER, 1972; BASAGLIA, 1980). Por diversas vezes, a psiquiatria associou o corpo feminino com a loucura. Muitos tratamentos eram físicos, como a injeção de água gelada no ânus, a introdução de gelo na vagina, a extirpação do clitóris ou de órgãos sexuais internos. Estas técnicas de cura utilizadas pelo alienismo europeu do século XIX não deixam de representar uma regulação da sexualidade feminina (CUNHA, 1989). Muitas chegaram no Brasil. Mas destacamos uma particularidade daqui: segundo Cunha (1989), no início do século XX, uma ideia frequente na psiquiatria brasileira era a de que, entre as mulheres, as negras eram mais frágeis e propensas à loucura devido à sua condição biológica.

Nesta época, no Hospital do Juquery (SP), a atribuição de diagnósticos para mulheres negras também era mais rigorosa que para outras categorias de mulheres. O critério marcante eram suas características raciais, agregando “as rubricas de imbecilidade ou da degeneração inferior, como se nelas a inferioridade do ‘espírito’ estivesse inscrita em suas peles escuras, em seus narizes achatados ou em seus cabelos duros” (CUNHA, 1989, p. 138-139). As mulheres de classes marcadas pela “respeitabilidade”, por sua vez, recebiam outras classificações nosográficas: costumavam ser descritas com adjetivos que simbolizavam o “exagero” na execução de algumas características “femininas” como, por exemplo, ter vaidade, sensibilidade ou imaginação demais (idem). Se a tolerância quanto aos diagnósticos era maior com as mulheres brancas e de classes mais favorecidas, também deveriam ser os tratamentos.

Com os homens, a agressividade, tão patologizada se manifestada por mulheres, era mais tolerada em termos de práticas disruptivas (TOLEDO, 2019). Eles tinham mais possibilidade de serem diagnosticados quando apresentavam traços “femininos”. Engel (2008) informa que, no Brasil, entre fins do século XIX e começo do século XX, homens foram diagnosticados com distúrbios sexuais quando eram descobertas suas práticas fora da heteronormatividade, principalmente no caso de “pederastia passiva”. Também eram fortes candidatos à loucura, à hipocondria, à mania, à histeria e ao suicídio aqueles que não tinham contato com mulheres por opção (como os celibatários) ou por imposição (quando até queriam ficar com suas amadas, mas estavam impedidos); ou, ainda, aqueles que, mesmo tendo possibilidade de sentir prazer com as mulheres, rejeitavam o casamento (idem).

O que se identifica acima é um uso conveniente da cientificação do racismo e do sexismo, ainda mais quando as populações internadas eram majoritariamente pobres. Os tratamentos psiquiátricos biológicos⁶ utilizados ao longo de décadas nos manicômios brasileiros expressavam um paradoxo. Por um lado, representavam o que existia de mais moderno do ponto de vista técnico, importado de países europeus. Por outro, eram aplicados a partir de diagnósticos amplamente fundamentados em concepções morais dos psiquiatras (TARELOW, 2019). Concepções morais baseadas em desigualdades sociais.

Voltemos ao exemplo das mulheres, no geral, e das mulheres negras, em particular. Será que elas eram realmente mais vulneráveis, biologicamente, ao adoecimento? Por que não pensar em termos de vulnerabilidade social? Se consideramos as condições precárias de existência que muitas gerações delas vivenciaram e vivenciam, isto torna-se mais claro. Sob este raciocínio, a loucura, o transtorno mental e o sofrimento psíquico são determinados/condicionados pelo contexto social e econômico.

Mas a loucura e o diagnóstico psiquiátrico também são construídos socialmente. Isto ocorre quando há a submissão de segmentos sociais específicos ao poder psiquiátrico, baseada mais em padrões classistas, sexistas e racistas do que no sofrimento em si. Tais segmentos são mais facilmente capturados/etiquetados pelas práticas científicas/psiquiátricas. São mais submetidos aos tratamentos violentos, às internações compulsórias, à leitura mais 'tendenciosa' ou 'apressada' de sinais e sintomas, ao enquadramento em determinados diagnósticos, à cronificação. São os que compõem majoritariamente as estatísticas em saúde mental - não apenas por experienciarem condições sociais de existência potencialmente produtoras de sofrimento, mas também por serem mais patologizados. Além do sofrimento em si (que existe, pode ser doloroso e grave), há práticas baseadas em critérios de classe, raça/etnia, gênero que controlam socialmente os segmentos patologizados.

Em ambos os casos – na determinação social ou na construção social da loucura, do transtorno mental e do sofrimento psíquico -, o que está por trás é o nó entre classe, raça/etnia e gênero estruturante da nossa formação social. Este raciocínio serve para pensarmos o campo da saúde mental no passado e no presente, mas também para tecer horizontes sobre o futuro. Agora, voltemos à provocação de Passos (2018): Barbacena

⁶ Foram exemplos de terapias biológicas aplicadas no Hospital do Juquery nas primeiras décadas do século XX: malarioterapia, insulinoaterapia, convulsoterapia, psicocirurgia (TARELOW, 2019). Estas últimas foram largamente aplicadas em mulheres. Isto tem relação com questões de gênero percebidas por Toledo (2019) a partir da análise dos registros médicos que indicavam uma tolerância maior com os comportamentos disruptivos masculinos.

parece mais com o holocausto nazista ou com um navio negreiro? Concordamos com a autora que parece mais com um navio negreiro! E por que só agora estamos começando a reconhecer isto? Uma possível razão é o fato de sermos ainda epistemologicamente colonizados. Nossas lentes analíticas não nos permitiam um olhar mais completo e complexo.

Também porque no Brasil vivenciamos o racismo todos os dias sem reconhecer que somos racistas. Por aqui resiste o mito da convivência pacífica ou da democracia racial, ativado inclusive em situações de crise social para encobrir os componentes estruturais geradores de tanta violência⁷. Há a reprodução de uma ideologia meritocrática que oculta as desigualdades sociais, inclusive no seu peso sobre o adoecimento psíquico, reduzindo-o ao âmbito individual. É comum o argumento de que situações violentas são casos isolados (justificadas pela ideia de que o/a agressor/a em questão é alguém “ruim” ou, pasmem, “sofre de um transtorno mental”⁸), quando, na realidade, são motivadas por racismo, machismo, lgbtphobia, etc. Por aqui, o racismo de denegação, típico em sociedades latinas, é uma realidade (GONZÁLEZ, 2020)⁹. É aquele que muitos sentem, mas poucos admitem ou se dão conta de que existe, pois, afinal, vivemos num país “miscigenado”. E é ele, no seu enlaçamento com o patriarcado e o capitalismo, que obscurece as desigualdades sociais no campo da saúde mental.

3 Capitalismo, racismo e patriarcado: desafios para a Reforma Psiquiátrica brasileira

Realizamos uma breve leitura sobre como capitalismo, racismo e patriarcado estão presentes no campo da saúde mental. Dois argumentos enformam nossa discussão. São os de que, considerando a nossa formação social: 1) O nó entre classe, raça/etnia e gênero

⁷ Um exemplo do uso conveniente do mito da democracia racial aconteceu quando houve, em 2020, o assassinato de um homem negro por seguranças em uma das filiais da rede de supermercados Carrefour localizada em Porto Alegre, RS. Questionado a respeito do fato, o vice-presidente do Brasil, Hamilton Mourão, afirmou que, por aqui, não há racismo. Ironicamente, a declaração foi dada no dia da Consciência Negra (20 de novembro). Fonte: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/11/20/mourao-lamenta-assassinato-de-homem-negro-em-mercado-mas-diz-que-no-brasil-nao-existe-racismo.ghtml>

⁸ Relembre-se os casos dos atos de racismo e homofobia cometidos contra o entregador de comida por aplicativo e os padeiros, respectivamente, ambos em São Paulo, em 2020. Nas duas situações, a defesa dos agressores justificou seus atos como sintomas de transtorno mental. Fonte: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/2020/08/08/familia-afirma-que-agressor-de-entregador-tem-doenca-mental>. Fonte: <https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2020/11/as-lidianes-e-o-preconceito-arraigado-na-sociedade.shtml>

⁹ Segundo a autora, há o racismo aberto e o racismo disfarçado (de denegação). O primeiro, comum em sociedades de origem anglo-saxônica, é escancarado, pois segrega abertamente grupos não brancos por meio do *apartheid*. O segundo, comum aqui no Brasil e em outras sociedades latinas, é disfarçado porque apregoa as teorias da miscigenação, da assimilação e da democracia racial (GONZÁLEZ, 2020).

existe nas experiências de pessoas com a loucura/o sofrimento psíquico/o transtorno mental; 2) O nó entre classe, raça/etnia e gênero atravessa as políticas de saúde mental no Brasil, inclusive a própria Reforma Psiquiátrica.

Sobre o primeiro argumento, estudos brasileiros no campo das ciências humanas e sociais, mesmo não tratando diretamente de categorias como raça/etnia, classe ou gênero, destacaram as desigualdades sociais nas trajetórias de vida de pessoas em sofrimento psíquico. A maioria abordou situações de mulheres das classes trabalhadoras, com baixa escolaridade, muitas delas negras, de várias regiões do país. Seu sofrimento esteve associado com: as decepções amorosas, a pobreza multidimensional, as diversas modalidades de violência que sofreram e que foram cometidas por homens de seu convívio, a vivência afetivo-sexual “fora dos padrões” de gênero e sexualidade, a objetificação sexual do corpo, a autoimagem corporal, a maternidade, o aborto, a sobrecarga de trabalho (dentro e fora de casa), o uso prejudicial de drogas por familiares (GARCIA, 1995; RABELO; SOUZA, 2000; YUASA, 2012; CAMPOS; ZANELLO, 2017; SILVA; GARCIA, 2019).

Outros estudos focalizaram situações de homens das classes trabalhadoras, com baixa escolaridade, muitos deles negros, de várias regiões do país. Aqui, o sofrimento psíquico esteve relacionado com os desafios no mundo do trabalho rural ou urbano, a impossibilidade de prover financeiramente o grupo familiar, a violência vivenciada no campo ou na cidade, a perda da vitalidade física e da virilidade sexual, a identidade de gênero e a orientação sexual “fora dos padrões” heteronormativos, o uso de drogas (SANTOS, 2009; ZANELLO, BUKOWITZ, 2012; ZANELLO et al., 2015a; ZANELLO et al., 2015b; BEZERRA, 2017).

Sobre o segundo argumento, destacamos a presença do nó entre classe, raça e gênero nas políticas de saúde mental. Infelizmente, o navio negreiro não é uma metáfora que serve para entender apenas os manicômios no passado. Continua perceptível nos discursos e práticas reorganizadores da arcaica lógica manicomial, mas também no âmbito da própria Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. A seguir, vejamos alguns destes aspectos.

Depois da promulgação da Constituição Federal de 1988, diversas políticas sociais foram universalizadas e descentralizadas, chegando até contextos minúsculos. Desde o seu surgimento, estiveram ameaçadas pela agenda neoliberal em favor do capital financeiro. Atualmente, a face superior dessa agenda é um projeto ultraneoliberal, que tem na sua contraface um projeto ultraneoliberal (BORGES; MATOS, 2020). Isto implica

tanto na redução do acesso aos direitos conquistados pelas classes trabalhadoras, quanto no controle (não raro, genocida) das suas formas de pensar e agir (idem). Exemplos concretos desses ataques, especialmente de 2016 para cá, são a Emenda Constitucional nº 95, que limitou por vinte anos os gastos públicos nas áreas de educação e saúde. Lembre-se também da Reforma Trabalhista de 2017 e seus ataques fulminantes ao trabalho. E, dramaticamente, a forma como vem sendo conduzida a pandemia por COVID-19 pela autoridade máxima do Executivo.

Quanto à saúde, para Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), este foi o início de um período extremamente conturbado que só agravou o já golpeado SUS, englobando diversas medidas que interferiram também no campo da saúde mental. Entre elas, a nomeação de parlamentares conservadores para a gestão da área; alterações na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); documentos normativos e notas técnicas que reformulam o desenho, a metodologia e o financiamento da política de saúde mental brasileira. Estes últimos contemplam, entre outros aspectos, a inclusão de hospitais psiquiátricos, o investimento nas comunidades terapêuticas e a restauração de hospitais-dia e de ambulatórios psiquiátricos – todos serviços de base não territorial e não comunitária (idem). Inequivocadamente, estas medidas apontam para o retorno do modelo manicomial.

Nessa esteira, há desafios relacionados com o corporativismo médico e a reorganização da psiquiatria biológica (VASCONCELOS, 2010), que acaba ofuscando o peso de outros determinantes da saúde mental como os sociais relacionados com classe, raça/etnia, gênero, etc. Pode ainda simplificar as respostas dadas para a diversidade das pessoas em termos de tratamento/cuidado, pois, afinal, se o transtorno mental é algo predominantemente fisicalista/individual, as alternativas para ele também tendem a ser. Veja os processos de medicalização e medicamentação, sobretudo de mulheres. O primeiro é uma absorção de “problemas da vida cotidiana” pela medicina. O segundo são as amplas prescrição e ingestão de medicamentos como alternativa para aqueles problemas. Nos serviços de saúde, é frequente a relação de poder entre médico e usuários/as ter como desfecho único ou principal as terapias medicamentosas. Isto é impulsionado pela própria indústria farmacêutica, que investe em propagandas de medicamentos psicotrópicos como verdadeiras tecnologias de gênero (ZANELLO, 2014).

Claro que a possibilidade (e gravidade) do sofrimento psíquico é real, bem como é a eficácia de certos medicamentos. Contudo, questiona-se: até que ponto as pessoas,

principalmente as mulheres, não estão tendo suas experiências de vida medicalizadas? No Brasil, este fenômeno acomete cada vez mais mulheres de classes populares (DIEHL; MANIZINI; BECKER, 2010; SILVEIRA, 2000), que vivem em contextos rurais (COSTA; DIMENSTEIN; LEITE, 2015), negras (LIMA, 2017), indígenas (MALUF, 2010) e até adolescentes pobres e/ou lésbicas em cumprimento de medida socioeducativa (ARRUDA, 2017). Por outro lado, é preciso olhar mais para os homens: será que não estão tendo suas experiências de adoecimento negligenciadas? Isto porque, historicamente, a “ilusão de normalidade” (BONINO, 2000, p. 2) ou de “racionalidade” dos homens contribuiu para deixá-los fora das estatísticas e dos serviços de saúde mental.

A medicalização e a medicamentação podem acontecer em serviços da atenção básica ou especializada no âmbito da RAPS, inclusive nos CAPS, considerados carros-chefes da Reforma Psiquiátrica. Estudos verificaram a presença de alguns CAPS do tipo “capscômios” (ANDRADE, 2012) ou produtores de usuários “enCAPSulados” (WETZEL, 2005). Estar enquadrado na Reforma não conduz automaticamente a uma lógica antimanicomial. Afinal, o manicômio é mais que um espaço físico. É social, pois está “introjetado e reproduzido nas relações sociais” (PASSOS, 2018, p. 13).

Ainda sobre os CAPS, há o desafio de os próprios profissionais/gestores estarem cientes dos aspectos de classe, raça e gênero na existência-sofrimento dos/as usuários/as. Pergunta-se: quem são eles/as? São homens que possuem ou não uma trajetória no mundo do trabalho? São mulheres donas de casa que precisam deixar tudo limpo, passado, cozinhado antes de irem para o CAPS? São pessoas trans que vivenciam diversas situações discriminatórias? São pessoas com uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas? São pessoas que experienciam múltiplas expressões da questão social para além do sofrimento psíquico em si?

Destaca-se também a inclusão das Comunidades Terapêuticas (CT's) como parte da RAPS, bem como o seu financiamento público. Muitas CT's têm um programa religioso que moraliza os usos de drogas e quem os pratica. Paralelamente, trazem como principal saída a abstinência. Isto desvia dos objetivos das políticas públicas de álcool e drogas, especialmente sob a perspectiva da Redução de Danos, já que esta tem como princípio que a pessoa pare o uso quando queira e/ou quando seja possível. E também atenta para os contextos sociais dos usos de drogas, o que envolve aspectos de raça, classe, gênero.

Passos e Pereira (2017) resgatam os resultados de relatórios produzidos por entidades como o do Conselho Federal de Psicologia, que sistematizou uma série de

denúncias contra as CT's em 2011. Na ocasião, foram apuradas situações como as de pessoas contidas fisicamente, amarradas ou trancadas, punidas com agressões físicas, submetidas a trabalhos forçados e à medicalização generalizada, a falta de projetos terapêuticos singulares. As autoras comentam sobre questões de gênero presentes nos cotidianos das CT's: mulheres sem acesso aos seus objetos pessoais (como maquiagem e salto alto); proibidas de se relacionarem com outras mulheres, dentro ou fora das CT's; sem possibilidade de contato pelo telefone ou tendo suas correspondências lidas por profissionais antes mesmo de terem acesso a elas; contato limitado com os familiares; com problemas relacionados à guarda de seus filhos/as. Também não são incomuns os casos nos quais mulheres (muitas negras) com uso prejudicial de drogas têm seus bebês tomados compulsoriamente – nada de novo se lembrarmos, conforme Passos (2020), que, desde o regime escravista, o sequestro de crianças de mulheres negras era algo “normal”.

Outro desafio para a Reforma consiste num maior cuidado para com as múltiplas identidades e expressões de gênero e da orientação sexual. Corpos, desejos e comportamentos fora do binário de gênero incomodam. Pessoas trans, travestis, intersexo, com diferentes desejos/práticas afetivo-sexuais fora da heteronormatividade tiveram suas vivências patologizadas até pouco tempo nos manuais oficiais de classificação de doenças. No plano mais amplo das relações sociais, ainda são alvo de violência dos mais diversos tipos, inclusive no âmbito da saúde mental. Internações compulsórias, terapias de “cura” ou de reversão sexual, discriminação e negligência em torno de suas reais demandas são alguns.

Também vale destacar que o cuidado ofertado por ações estatais no âmbito da Reforma Psiquiátrica e desempenhado pelos/as trabalhadores/as é perpassado por questões de raça, classe e gênero. Passos (2017) informa que, antes, eram as escravas e africanas livres que desempenhavam as funções de cuidado nos hospícios brasileiros. Atualmente, na realidade do Rio de Janeiro, as trabalhadoras que oferecem o *care* em serviços substitutivos como as residências terapêuticas são, em sua maioria, negras, sem formação, pertencentes às camadas subalternizadas. As residências têm formato de casa, o que contribui para essencializar o trabalho das cuidadoras negras como invisível e subalterno, embora mercantilizado pelas políticas sociais. Elas não são detentoras de um saber “técnico”, por isso, fazem o trabalho “sujo”, lavam e passam roupa, cozinham, alimentam, dão banho (idem).

Por fim, sabe-se que, no cenário da pandemia por COVID-19, as desigualdades sociais já existentes se acirram e afetam de forma distinta diversos segmentos da população. Convém investigar mais profundamente como esta sociabilidade atravessada pela maior crise sanitária dos últimos tempos resvala nas políticas de saúde mental, nas condições de trabalho e de saúde dos profissionais que atuam na linha de frente, nas pessoas com transtornos mentais (inclusive relacionados com o uso de substâncias e nas políticas de redução de danos) e nas experiências de segmentos das classes trabalhadoras em geral.

Este foi um panorama amplo a respeito de como classe, raça/etnia e gênero se fazem presentes no campo da saúde mental no Brasil. Muitos desafios se passam no interior da própria Reforma Psiquiátrica, ainda mais quando conduzida num contexto ultraneoliberal e ultraneoliberal, que não raro reproduz uma “manicomialização das políticas públicas” (PASSOS, 2020, p. 126). Todos estes entraves não deixam de ter relação com determinações estruturais, típicas da nossa formação social e econômica, que impactam as políticas sociais e as classes trabalhadoras (GOMES, 2018).

Os serviços de base reformista inseridos no âmbito do SUS são para todos/todas. Mas, apesar da universalidade do sistema, a maioria dos/as usuários/as destes serviços pertencem aos segmentos sociais mais privados de direitos. E, como lembra Passos (2020), o Estado que argumenta proteger indivíduos vulneráveis é o mesmo que promove violações que reforçam a punição e o extermínio de corpos e comportamentos, em especial os negros.

4 Considerações finais

São inegáveis os avanços empreendidos pela Reforma Psiquiátrica brasileira ao longo dos seus pouco mais de quarenta anos. Seus princípios ético-políticos estão bem definidos e repudiam a histórica violação dos direitos humanos reproduzida pela lógica manicomial. Mas a disputa ainda é longa. A Reforma esbarra em limites estruturais e conjunturais. Está inscrita numa sociabilidade capitalista, patriarcal e racista que tem avançado nos últimos anos. No calor do momento, a pandemia por COVID-19 escancara e acirra as históricas desigualdades sociais que rebatem também no campo da saúde mental. É preciso avançar a compreensão e a execução da Reforma a partir das particularidades da formação social brasileira.

Usuários/as dos serviços públicos de saúde mental não são apenas pessoas em sofrimento psíquico e/ou com o diagnóstico psiquiátrico. Possuem diversas cores de pele,

culturas, expressam variadas identidades de gênero e orientações sexuais, pertencem a diversas gerações, às classes trabalhadoras, professam ou não algum credo, etc. Tampouco o sofrimento psíquico é algo que existe independente das estruturas sociais. A forma como é vivenciado pelas pessoas, pensado pelas políticas públicas e tratado/cuidado nos serviços é atravessada pelos sistemas de dominação-exploração patriarcal, racista e capitalista. Isto também se aplica ao acúmulo teórico sobre a Reforma e a Luta Antimanicomial. Segundo Gomes (2018), a lacuna existente nesta produção teórica quanto à formação sócio histórica brasileira não invalida os grandes avanços tecidos. É necessário, entretanto, investir mais na análise dos elementos estruturantes de classe, raça/etnia, gênero.

Finalmente, como sugere Passos (2017, 2018, 2020), convém recuperar e ampliar a radicalidade do lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Isto extrapola abolir o aparato manicomial. É mais que a liberdade alcançada fora do manicômio. Ser livre é alcançar uma sociabilidade radicalmente oposta à qual vivemos hoje.

Referências

AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

ANDRADE, Ana Paula. *Sujeitos e(m) movimento: uma análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira na perspectiva dos experientes*. Tese de Doutorado. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012, 308p.

ARRUDA, Jalusa. Medicalização e controle dos corpos femininos na execução da medida socioeducativa de internação. In: PEREIRA, Melissa; PASSOS, Rachel (Orgs.). *Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira.*, p. 169-182. Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

BASAGLIA, Franca. *Mujer, locura y sociedad*. Puebla: Universidad Autónoma de Puebla, Colección La mitad del mundo, 1987.

BASAGLIA, Franco. *La institución negada*. Informe de um hospital psiquiátrico. Barcelona: Barral Editores, 1972.

BASTIDE, Roger. *Sociologia das doenças mentais*. Lisboa: Publicações Europa América, 1965.

BEZERRA, Edilaine. *Saúde mental masculina: prevalência e vulnerabilidades aos transtornos mentais comuns no contexto rural e urbano*. Tese de Doutorado. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2017, 325p.

BONINO, Luís. Varones, género y salud mental – desconstruyendo la “normalidade” masculina. In: SEGARRA, Marta; CARABÍ, Ángels (Eds.). *Nuevas masculinidades.*, p. 41-64. Barcelona: Icaria, 2000.

BORGES, Beth; MATOS, Maurílio. As duas faces da mesma moeda: ultraneoliberalismo e ultraneoliberalismo no Brasil da atualidade. In: BRAVO, Maria Inês *et al.* (Orgs.). *Políticas sociais e ultraneoliberalismo.*, p. 71-88. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

BUSFIELD, Joan. *Men, Women, and Madness: Understanding Gender and Mental Disorder.* New York: New York University Press, 1996.

CAMPOS, Ionara; ZANELLO, Valeska. Sofrimento psíquico, gênero e violência: narrativas de mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial II (Caps II). In: STEVENS, Cristina *et al.* (Orgs.). *Mulheres e violências: interseccionalidades.*, p. 505-522. Brasília: Technopolitik, 2017.

CHESLER, Phyllis. *Women and Madness.* New York: Palgrave Macmillan, 1972.

COSTA, Maria da Graça; DIMENSTEIN, Magda; LEITE, Jáder. Estratégias de cuidado e suporte em saúde mental entre mulheres assentadas. *Revista Colombiana de Psicologia*, 24 (1): 13-29. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Enero-Junio. 2015.

CRUZ, Nelson; GONÇALVES, Renata; DELGADO, Pedro. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18 (3): 1-20. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ, Jul. 2020.

CUNHA, Maria Clementina. Loucura, gênero feminino: as mulheres do Juquery na São Paulo do início do século XX. *Revista Brasileira de História*, 9 (18): 121-144. São Paulo: Associação Nacional de História, Ago.-Set. 1989.

DIEHL, Eliana; MANZINI, Fernanda; BECKER, Marina. ‘A minha melhor amiga se chama fluoxetina’: consumo e percepções de antidepressivos entre usuários de um centro de atenção básica à saúde. In: MALUF, Sônia; TORNQUIST, Carmem (Orgs.). *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas.* p. 331-365. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

ENGEL, Magali. Sexualidades interdidas: loucura e gênero masculino. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 15 (supl):173-190, Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, Jun. 2008.

FANON, Frantz. *Medicina e colonialismo*. Editora Terra Sem Amos: Brasil, 2020.

FERNANDES, Florestan. *A revolução burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica*. São Paulo: Globo, 2005.

GARCIA, Carla Cristina. *Ovelhas na névoa: um estudo sobre as mulheres e a loucura*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1995.

GOMES, Tathiana. Reforma Psiquiátrica e formação socio-histórica brasileira: elementos para o debate. *Argum.*, Vitória, 10 (3): 24-34, Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, Set.-Dez. 2018.

GONZÁLEZ, Lélia. *Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos*. RIOS, Flávia; RIOS, Márcia (Orgs.) – 1ª ed. – Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

GROSGUÉL, Ramón. A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século XVI. *Sociedade e Estado*. 31 (1): 25-49, Brasília: Universidade de Brasília, Jan.-Abr. 2016

LIMA, Fátima. Vidas pretas, processos de subjetivação e sofrimento psíquico: sobre viveres, feminismo, interseccionalidades e mulheres negras. In: PEREIRA, Melissa; PASSOS, Rachel (Orgs.). *Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira.*, p. 70-88. Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

MALDONADO-TORRES, Nelson. Analítica da colonialidade e da decolonialidade: algumas dimensões básicas. In: BERNARDINO-COSTA, Joaze; MALDONADO-TORRES, Nelson; GROSGUÉL, Ramón. (Orgs.). *Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico.*, p. 27-53. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2019.

MALUF, Sônia. Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. In: MALUF, Sônia; TORNQUIST, Carmen (Orgs.). *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas.*, p. 21-68. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

MARTINS, Beatriz; COELHO, Daniela; PEREIRA, Melissa; PASSOS, Rachel. (Ainda) Por uma sociedade sem manicômios: experiências do Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial do Rio de Janeiro. *O Social em Questão - Ano XX - nº 37*: 221-238. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Jan.-Abr. 2017.

ORTEGAL, Leonardo. Relações raciais no Brasil: colonialidade, dependência e diáspora. *Serviço Social & Sociedade*, s/v (133): 413-431, São Paulo: Cortez Editora, Set.-Dez. 2018.

PASSOS, Rachel Gouveia. Caminhos da consciência de si no movimento da reforma psiquiátrica brasileira: notas iniciais à luz de Marx e Lukács. *Trab. Educ. Saúde*, 13 (supl. 1): 11 – 22, Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ, 2015.

_____. “De escravas a cuidadoras”: invisibilidade e subalternidade das mulheres negras na política de saúde mental brasileira. *O Social em Questão*, Ano XX (38): 77-94. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Mai.-Ago. 2017.

_____. “Holocausto ou navio negreiro?": inquietações para a reforma psiquiátrica brasileira. *Argum*, 10 (3): 10-22, Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, Set.-Dez. 2018.

_____. Mulheres negras, sofrimento e cuidado colonial. *Em Pauta*, 45 (18): 116 – 129, Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1º semestre, 2020.

PASSOS, Rachel; PEREIRA, Melissa. Desafios contemporâneos na luta antimanicomial: comunidades terapêuticas, gênero e sexualidade. In: PEREIRA, Melissa; PASSOS, Rachel (Orgs.). *Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira*.p. 110-126. Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

RABELO, Miriam Cristina; SOUSA, Iara Maria. Vida vivida, vida contada: uma reflexão sobre a experiência do nervoso na trajetória de mulheres de classe trabalhadora em Salvador. In: *XXIV Encontro Anual da ANPOCS, GT-11, Pessoa, Corpo e Doença, Sessão 1*,. p. 1-21. São Paulo: Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Ciências Sociais, 2000.

ROSA, Lúcia. *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez, 2003.

SAFFIOTI, Heleieth. *O poder do macho*. São Paulo: Moderna, 1987.

_____. *Gênero, patriarcado, violência*. São Paulo: Perseu Abramo, 2004.

SANTOS, Ana Maria. *Gênero e Saúde Mental: a vivência de identidades femininas e masculinas e o sofrimento psíquico na sociedade brasileira contemporânea*. Algumas reflexões a partir de relatos dos pacientes diagnosticados como portadores de transtornos mentais severos do CAPS - Araraquara SP. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2008, 180p.

SILVA, Thaiga; GARCIA, Márcio. Mulheres e loucura: a (des)institucionalização e as (re)invenções do feminino na saúde mental. *Psicologia em pesquisa*. 13 (1): 42-52, Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora/Programa de Pós-graduação em Psicologia, Jan.-Abr.2019.

SILVEIRA, Maria Lúcia da. *O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

TARELOW, Gustavo. *Antônio Carlos Pacheco e Silva: psiquiatria e política em uma trajetória singular (1898-1988)*. Tese de Doutorado. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2019, 383p.

TOLEDO, Eliza. *A circulação e aplicação da psicocirurgia no hospital psiquiátrico do Juquery, São Paulo: uma questão de gênero (1936 – 1956)*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, 2019, 301p.

VASCONCELOS, Eduardo. Desafios políticos da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. In: VASCONCELOS, Eduardo (Org.). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*, p. 17-74. São Paulo: Hucitec, 2010.

WETZEL, Christine. *Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo*. Tese de Doutorado. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2005, 291p.

YUASA, Cristina. *A depressão feminina no discurso de mulheres*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2012, 188p.

ZANELLO, Valeska. A saúde mental sob o viés do gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. In: ZANELLO Valeska; ANDRADE, Ana Paula Muller (Orgs.). *Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade*, p. 51-58. Curitiba: Appris, 2014.

ZANELLO, Valeska; BUKOWITZ, Bruna. Loucura e cultura: uma escuta das relações de gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados. *Revista Labrys – estudos feministas*, 20 (21), s/p. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina/Instituto de Estudos de Gênero, Jun.-Jul. 2012.

ZANELLO, Valeska; FIUZA, Gabriela; COSTA, Humberto. Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. *Fractal, Revista Psicologia*, 27 (3): 238-246. Niterói: Universidade Federal Fluminense, Set.-Dez. 2015a.

ZANELLO, Valeska; SILVA, Livia; HENDERSON, Guilherme. Saúde mental, gênero e velhice na instituição geriátrica. *Revista Psicologia: teoria e pesquisa*, 31 (4): 543-550. Brasília: Universidade de Brasília, Out.-Dez. 2015b.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

TM Alves – metodologia, coleta e análise de dados, concepção e escrita do manuscrito.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

Não há conflito de interesse com o presente artigo.

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.