

## INTERSECCIONALIDADE ENTRE GÊNERO, CLASSE E DIAGNÓSTICO: PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO CAPS

### INTERSECTIONALITY BETWEEN GENDER, CLASS AND DIAGNOSIS: CARE PRACTICES FOR MENTAL HEALTH AT CAPS

### INTERSECCIONALIDAD ENTRE GÉNERO, CLASE Y DIAGNÓSTICO: PRÁCTICAS DE ATENCIÓN PARA LA SALUD MENTAL EN CAPS

Andressa Silveira Quintana Diemer<sup>1</sup>  
<https://orcid.org/0000-0003-1264-0753>  
Murilo Cavagnoli<sup>2</sup>  
<https://orcid.org/0000-0003-0363-3017>

**Submissão: 08/02/2021 / Aceito: 06/07/2021 / Publicado: 30/07/2021.**

#### Resumo

Pautando-se na construção da loucura e dos métodos de tratamento e atenção à saúde mental, discute-se neste trabalho como o gênero está interseccionado aos marcadores sociais da diferença de classe e diagnóstico no processo de construção social da normalidade em saúde mental e, por consequência, dos tratamentos em um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II. Analisamos, neste contexto, como a intersecção entre tais marcadores sociais produz subjetividades e identidades na relação com a instituição. Utilizando-se da Análise do Discurso Dialógico do Círculo de Bakhtin, do feminismo interseccional, de análises históricas sobre processos patológicos, e registros documentais, investiga-se o assujeitamento e despotencialização política de sujeitos, que destituem a ideia de uma mulher diversa, assim como resultam na perpetuação dos modelos históricos constituídos pelo patriarcado e pela psiquiatria tradicional, que permanecem gerando opressão e discriminação de minorias, principalmente quando a psiquiatria captura os processos de tratamento restringindo-o ao biomédico, e desconsidera as dimensões sociais que envolvem a subjetividade.

**Palavras-chave:** interseccionalidade; gênero; classe; diagnóstico; saúde mental.

#### Abstract

Based on the construction of insanity, methods of treatment and attention to mental health, this paper argue how gender is intersected with the social markers of class and diagnostic in the process of social construction of normality in mental health, and by consequence, affects the treatments in a CAPS II Psychosocial Care Center. We analyze how the intersection between such social markers produces subjectivity and identities that are related to the institution. Using the Dialogic Discourse Analysis of the Bakhtin Circle, intersectional feminism, historical analyses of pathological processes and documentary records, the process of subjugation and political depotentialization of

<sup>1</sup>Psicóloga. Chapecó/SC. 2021.

<sup>2</sup> Professor Doutor em Psicologia. Titular do curso de graduação em Psicologia da Unochapecó. Chapecó/SC. 2021.



subjects is investigated, which deprive the idea of a diverse woman, as well as they result in the perpetuation of the historical models constituted by patriarchy and traditional psychiatry, which continue to generate oppression and discrimination of minorities, mainly how psychiatry captures the treatment processes restricting it to the biomedical, and disregards the social dimensions that involve subjectivity and identity.

**Keywords:** intersectionality; gender; class; diagnostic; mental health.

### Resumen

A partir de la construcción de la locura y los métodos de tratamiento y atención de la salud mental, este trabajo discute cómo el género se cruza con los marcadores sociales de la diferencia de clase y el diagnóstico en el proceso de construcción social de la normalidad mental y consecuencia de los tratamientos en un Centro de Atención Psicosocial - CAPS II. Analizamos, en este contexto, cómo la intersección entre tales marcadores sociales produce subjetividades e identidades en relación a la institucionalización. Utilizando el Análisis del Discurso Dialógico del Círculo de Bakhtin, feminismo interseccional, análisis histórico de procesos patológicos, registros documentales, investigando la subjetivación y despotencialización política de los sujetos, que priva la idea de una mujer diversa, resultan en la perpetuación de modelos históricos conformados por el patriarcado y la psiquiatría tradicional que continúan generando opresión y discriminación contra las minorías especialmente cuando la psiquiatría capta los procesos de tratamiento restringiéndolos a lo biomédico, y desconoce las dimensiones sociales que involucran la subjetividad.

**Palabras clave:** Interseccionalidad; género, clase; diagnóstico; salud mental.

### INTRODUÇÃO

A saúde mental configura-se diante de um debate histórico, que foi construindo experiências ao longo do tempo, que transformam em sentido e enunciado as realidades políticas e sociais que se tornam consensuais, tornando-se um movimento explicativo sobre uma parte do mundo. Ainda hoje, o tratamento público em saúde mental é objeto majoritariamente médico, essa incumbência fortalece o poder psiquiátrico sobre os corpos, o que poderá distanciar ainda mais as terapêuticas ofertadas às necessidades reais, e da atenção a características sociais determinantes das formas de sofrimentos comuns na experiência de usuáries<sup>3</sup> do CAPS. Os aspectos de gênero, de classe e de diagnóstico são marcadores sociais da diferença que serão o foco interseccional de análise neste trabalho, como estratégia para pensar as práticas de atenção à saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II, principal instituição de acolhimento da loucura na atualidade brasileira, considerando sua configuração nas oficinas terapêuticas, e compreendendo os processos de inclusão/exclusão (SAWAIA, 2017) no cotidiano deste serviço.

A realidade construída ao longo da história da humanidade foi produzida no encontro, nas descobertas científicas, nas maneiras de se colocar em relação, nos movimentos sociais. Experiências essas, descrevem gênero como uma construção subjetiva, que circunscreve homens em identidades

<sup>3</sup>Linguagem neutra, que representa a inclusão de identidade e que incentiva a desconstrução do gênero binário na língua portuguesa, utilizando pronomes neutros, que fujam dos normalizados femininos e masculinos. (LAU & SANCHES, 2019).



pouco resilientes e agressivas, e as mulheres em condições de maior vulnerabilidade e insegurança emocional, construções binárias que provém de um sistema patriarcal vigente, que determina desejos políticos, assujeita, causa sofrimento psicológico, e afirma a maneira de ser no social, contribuindo para a normalização das características da saúde e doença mental (ZANELLO, COSTA E SILVA, 2012). Oliveira (2017) constrói seu pensamento a partir da perspectiva decolonial, isso porque as ideologias que constituem a identidade feminina contemporânea são atravessadas pela trajetória de sua construção, em que se destitui uma mulher diversa, que possui contribuições de variadas culturas, e traz à tona o pensamento do homem europeu para defini-la. Apesar de hoje existirem muitos movimentos que buscam a fuga dessa lógica, este segue sendo o modelo político predominante na significação consensual dos aspectos de gênero (OLIVEIRA, 2017).

Vertentes teóricas distintas trouxeram os aspectos da desigualdade de classe para o diálogo com a categoria de gênero, ampliando as características interseccionais dos marcadores sociais da diferença, e construindo uma visão de embate e luta política. As particularidades da classe pertencente, segundo Henning (2015), instituem os privilégios e possibilidades a serem alcançados. O acesso das mulheres ao mercado de trabalho já possibilitou grandes avanços, aliando a luta de gênero à luta de classes, destacando como grande inimigo as premissas do capitalismo, maior produtor de opressões. Mesmo com o ganho do pertencimento ao mercado de trabalho, a mulher continua sendo vista a partir de sua identidade como objeto social, da sexualização de seus corpos, e do trabalho doméstico feito gratuitamente, que a coloca em contextos laborais que continuam a colonizar as mulheres, e por consequência sendo menos remuneradas por isso.

Mielke (2012) descreve que a partir desses processos sociais se produz a ideia de saúde mental, e as explicações sintomáticas fundamentais para sua veracidade, sendo evidenciada, através do aparecimento e ausência das manifestações sintomáticas específicas de cada enfermidade, manifestações essas que são consequências das experiências que a classe e as questões de gênero explicitam. A loucura, compreendida como desvio orgânico, foi domínio da psiquiatria por mais de dois séculos, possuindo uma instituição de tratamento que recebia homens e mulheres consideradas desvios sociais, assim como, as pessoas que de fato possuíam doenças mentais. Agia-se diante dessa demanda, isolando-as para que fossem contidas e curadas de sua insânia longe do meio social, sendo este tratamento baseado na submissão, autoridade, heteronomia, e justificado como uma medida de proteção do social, construindo subjetividades e moralidades acerca da loucura, transformando a saúde mental em um fenômeno biomédico (MIELKE, 2012).



No Brasil o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, é a principal instituição de saúde mental pública, organizada pela Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, e financiada pelo Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2002). Este é instituído de maneira substitutiva aos manicômios, propondo-se como uma nova forma de acolher a loucura, porém, o debate crítico sobre saúde mental coloca em evidência novas maneiras de pensar para desconstruir paradigmas naturalizantes, como os de gênero, de classe, e de diagnóstico, e colocam em destaque a incapacidade da psiquiatria, quando isolada, de explicar ou “curar” sujeitos com mentalidade considerada patológica, levando-nos a pensar sobre a produção da realidade, das subjetividades, do olhar psiquiátrico, das práticas de cuidado, do poder-saber médico, e da humanização dos serviços a partir da interseccionalidade.

## MÉTODO

Considerando os processos históricos da loucura, dados estatísticos e a presente alternativa de tratamento, a pesquisa apresentada se propôs a fazer um estudo documental qualitativo das atividades desenvolvidas no Centro de atenção Psicossocial – CAPS II de Chapecó-SC, analisando as práticas de atenção à saúde mental a partir da interseccionalidade entre gênero, classe e diagnóstico.

A pesquisa documental qualitativa permite a utilização de documentos já elaborados para fundamentar a análise de contextos, explorando novos enfoques, examinando fontes de dados que ainda não foram analisados de maneira específica, possibilitando novas interpretações. Documentos podem ser compreendidos como jornais, revistas, diários, obras literárias, científicas e técnicas, que reúnem dados relacionados à vida de uma determinada sociedade, e os elementos de um fenômeno específico, que são coletados e descritos pelas pessoas presentes durante o evento, por experiência ou relato (GODOY, 1995). A escolha dos documentos aparece a partir das determinações temáticas específicas que se quer apontar nas análises, dessa forma, sua seleção não acontece de forma aleatória, mas é garantida diante de uma demanda, para que se construam hipóteses e ideias diante do que se propõe.

Para tanto, utilizamos quinze registros documentais elaborados durante a realização da atividade curricular de Estágio Básico I em Psicologia Social Comunitária, na Universidade Comunitária da Região de Chapecó - Unochapecó, no segundo semestre de 2019. Os mesmos se encontram arquivados no Serviço Escola da Universidade, sendo que, o acesso aos documentos



evidenciados, assim como a produção da pesquisa, foi autorizado pelos coordenadores da instituição e aceitos em avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos<sup>4</sup> da mesma.

Os documentos em questão, possuindo o objetivo de trazer elucidação, prova ou registro de um fato ou acontecimento, necessitam de um órgão que determina como deve ser a elaboração, guarda, preservação e manutenção dos mesmos. Assim, para a construção desse modelo de registro, professores e coordenadores do curso têm como referência, além de outras fontes, a Resolução nº 06 de 29 de Março de 2019 do Conselho Federal de Psicologia, que institui regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) no exercício profissional, assim, os acadêmicos podem se aproximar da realidade da profissão. Os registros documentais possuem as informações pertinentes a um relatório:

[...] por meio de uma exposição escrita, descritiva e circunstanciada, considera os condicionantes históricos e sociais da pessoa, grupo ou instituição atendida, podendo também ter caráter informativo. Visa a comunicar a atuação profissional da(o) psicóloga(o) em diferentes processos de trabalho já desenvolvidos ou em desenvolvimento, podendo gerar orientações, recomendações, encaminhamentos e intervenções pertinentes à situação descrita no documento, não tendo como finalidade produzir diagnóstico psicológico (CFP, 2019, p11).

Nos registros documentais constam informações pertinentes à prática de estágio, como as informações gerais da instituição, data e horário da prática, os objetivos e participantes das atividades, e as notas descritivas e analíticas da mesma, garantindo argumentos consistentes à análise das relações e dos fenômenos psicológicos, empregando referenciais técnicos e teóricos pertinentes. Os procedimentos que foram adotados para a construção das análises partiram da leitura e categorização do conteúdo destes registros documentais. A análise dos registros proporcionou o contato com a rotina do serviço, protocolos de atendimento, além de perspectivas desusuárias acerca do que lhes é oferecido como tratamento, reunindo conhecimento por uma visão que oportuniza novas maneiras de pensar as instituições e a saúde mental. Além disso, foram utilizados para a discussão referencial teórico disponível sobre saúde mental coletiva, interseccionalidade, gênero, classe, e a análise do discurso.

Esta última, a análise do discurso, parte das premissas de diversas epistemologias, como a linguística, o materialismo histórico e a psicanálise, que coloca a língua como um fenômeno social. Neste trabalho, optamos por desenvolver os estudos amparados pela análise dialógica do discurso (ADD), que tem seus fundamentos nas ideias do Círculo de Bakhtin. Segundo Brandão (2004),

---

<sup>4</sup> Número do protocolo de solicitação: número CAAE 29808920.4.0000.0116



Bakhtin compreende que a expressão verbal ou escrita de um enunciado é apenas parte de um conjunto de elementos que permite significação e produção de sentidos. A língua, o dito, é só parte do enunciado, pois, além disso, existe o contexto em que se diz, estudo essencial para descrever a semântica da comunicação verbal. Da mesma forma, o processo de significar a linguagem traz consigo a intersubjetivação do sujeito, que não é passivo nesta constituição, que passa a prover um signo que alimenta o fenômeno da língua de maneira dinâmica e dialética, revelando a relação entre o linguístico e o social (BRANDÃO, 2004).

A objetivação do conteúdo enunciado é determinado pelo social no momento que este sujeito é guiado socialmente a tentar adaptar sua fala a interlocutores já existentes. Dessa forma, busca-se analisar não somente a fala, mas seu contexto de enunciação, a produção de sentidos em um horizonte espacial comum e em um contexto cultural, manifesto através do dito, na sua dialogia com uma multiplicidade de vozes presentes em ato e enquanto formações históricas discursivas (BRANDÃO, 2004). Portanto, a palavra se torna um lutador tentando conquistar espaço, sendo de natureza dialógica, busca ser ouvida por outras vozes a partir da própria realidade histórica-social.

Esta abordagem permite um estudo analítico não somente da língua, saindo da dicotomia do formal e do subjetivo, trazendo elementos do linguístico e do extralinguístico, sendo o discurso, portanto, a ponte entre o ideológico e os fenômenos linguísticos. Isto significa, segundo Ruiz (2017), que a língua não é neutra, ela está impregnada de sentido, fazendo parte das atividades humanas, dessa forma, o discurso se torna dialógico, pois é a partir da palavra do outro que o seu próprio se organiza, pela historicidade, pelos sentidos já construídos, ou seja, dialógico porque ele nasce das relações sociais que se estabelecem. Assim, as formações axiológicas expressas nos enunciados permitem a análise de sentidos hegemônicos e tensionamentos na relação dialógica protagonizada por sujeitos concretos. Além de que, contempla os aspectos ideológicos e semióticos na construção da subjetividade (RUIZ, 2017).

Bakhtin (2006) apud Ruiz (2017) conceitua a ideologia como a “construção social de todas as esferas da atividade humana” (p.41), pois os mais variados aspectos da vida são fenômenos ideológicos, que existem ao lado dos signos, ou seja, da semiótica, e essa dialogia entre linguagem e ideologia é correlacional, sem uma a outra não existe, assim, cada grupo de sujeitos terá sua própria ideologia carregada de signos, que representará uma parte de uma realidade.

Diante disso, uma análise dialógica do discurso deve caminhar pelas possibilidades, ancorados no extralinguístico, na produção de sentido que se pode traduzir, no que está além daquilo que foi dito, na complexidade. Bakhtin (1929) apud Ruiz (2017) traz o discurso enquanto polifônico

como outra percepção importante na análise do discurso dialógico, pois, se para traduzir um discurso é necessário conhecimento do contexto de fala e das peculiaridades da experiência do sujeito, torna-se fundamental que a polifonia se destaque, evidenciando o jogo entre uma posição discursiva singular e outras diversas vozes que foram constituindo-a ao longo da história, preservando em um enunciado a voz de muitos outros.

A partir desses pressupostos, o estudo foi voltado à análise e compreensão das práticas de atenção em saúde mental desenvolvidas, considerando sua configuração, manejo, acolhimento, diferenciação e adaptação, a partir das questões interseccionais de gênero, classe e diagnóstico, assim como o entendimento a partir dessa mesma perspectiva, dos processos de inclusão/exclusão no cotidiano do serviço, e a significação dos usuários acerca do que lhes é oferecido como tratamento e diagnóstico. Destacamos que a binaridade de gênero utilizada na pesquisa, homem/mulher, foi mantida em função das posições discursivas dos participantes, que a reiteram, e também, que os nomes das pessoas serão censurados para preservar suas identidades.

### **INTERSECCIONALIDADE: GÊNERO, CLASSE E DIAGNÓSTICO**

A história da interseccionalidade inicia com as mulheres pretas da década de 1970/80 no Brasil, elas unem o seu ativismo com os movimentos sociais das mulheres, inaugurando os movimentos das mulheres negras, buscando cidadania e a diminuição das desigualdades. Esse movimento parte da verificação e contestação da opressão que as mulheres pretas sofriam, pois supostamente haveria igualdade, e não era isso que vivenciavam, elas ocupavam espaços desfavorecidos (RODRIGUES, 2013). Publicações sobre o movimento na época demonstram que as questões de classe e gênero existiam enquanto categorias de análise e luta política, mas as de raça não eram enfoque da luta, então, as mulheres pretas utilizaram essa inviabilização para demonstrar as diferenças de concepções e práticas políticas às quais elas tinham acesso, produzindo reflexões antirracistas, antiescravagistas dos processos históricos, e possibilidades diante do patriarcado, diferenciando o feminismo preto do feminismo branco, assim, a interseccionalidade se torna uma forma de olhar para o sujeito em sua diversidade, tanto de possibilidades, quanto de opressões (RODRIGUES, 2013).

Essas reivindicações e movimentações proporcionaram a articulação das categorias de gênero, classe e raça, fundando o feminismo interseccional. A partir disso, o conceito de interseccionalidade vem se destacando, como a captura de dois ou mais elementos estruturais da

sociedade que geram consequências de opressão, agravando as desigualdades, adentrando os aspectos políticos e sociais que os envolvem, ampliando debates, distanciando os pensamentos reducionistas, e proporcionando o entendimento de que a categoria de gênero é muito ampla, que não há uma ideia hegemônica de ser mulher, mas pelo contrário, a diversidade é o que está presente em cada elemento dos diversos feminismos (ALVES, 2018).

Os marcadores sociais da diferença são os componentes da interseccionalidade, os quais permitem pensar as determinações identitárias, os sistemas de opressão, discriminação ou dominação. Nogueira (2017) compactua que a identidade é interseccional, se constitui através de diversos aspectos transversalizados, arsenal para a personalidade, e uma categoria para pensar sistemas intimamente relacionados à saúde mental, e fundamentalmente importantes para o processo histórico de produção de desigualdades e hierarquias. Butler (2017) contribui com esse pensamento, diz que o gênero merece uma representação para que seja visível politicamente, mas, da mesma forma, cria-se uma distorção da imagem do ser mulher como representativo do movimento feminista, transformando-se em pauta, a fim de desconstruir o conceito estável do que é ser mulher.

Esse debate transita pela construção da identidade, onde a autora traz a reflexão da necessidade de se falar sobre este tema, antes mesmo das identidades de gênero, pois os sujeitos só se tornam compreensíveis quando performam um gênero adequado aos padrões exigidos. Então, é observável que o próprio gênero produz identidades e constrói a coerência deste que se auto identifica, ou seja, a identidade não será uma experiência ontológica isolada, pois a subjetividade singular está configurada sob a égide de um sistema normativo de gênero, que deve ser compulsoriamente performado e mantido. Quem não se enquadra nesse modo de ser será excluído e destituído de uma existência legítima (BUTLER, 2017). Dessa forma, estende-se a performance de gênero a todos os aspectos da vida, desde processos estéticos, relacionamentos, sexualidade, formas de sentir, características, consequências emocionais e psicológicas.

Para que um pensamento interseccional possa ser produzido, é necessário situar os aspectos individuais que os colocam em relação. Ainda que as teorias de gênero tenham ganhado visibilidade no fim do século passado, o feminismo interseccional surge com a imagem integrativa do social, partindo para a análise de outras complexas nuances que embasam as opressões cotidianas nos mais variados espaços e corpos (FERGUSON, 2017). Scott (1990) apud Kantorski (2019) contribui com a perspectiva, explorando a categoria de gênero como uma concepção cultural e de sentidos atribuídos às relações, dessa forma, o gênero seria um primeiro modo de significar as relações de poder.

As implicações dos aspectos de gênero, antes de tudo, são maneiras de ser históricas, que foram constituídas ao longo do desenvolvimento humano, científico, social e moral, e hoje são perpetuados no cotidiano, nas práticas, discursos, maneiras de se expressar e em atividades normalizadas. Não seria diferente em instituições de saúde mental, enfermeiras e médicas concebem que a definição do conceito de gênero está relacionada à diferenciação entre homens e mulheres, mas não como aceitação das diferenças, partem do olhar biológico, reconhecendo-as a partir do sexo, e ainda caracterizando-as pelos comportamentos e sentimentos destinados às identidades masculinas e femininas (COSTA JUNIOR, 2010).

Como exemplo, citamos a percepção de equipes de saúde mental em relação aos papéis sociais ocupados por homens e mulheres. Assumem que as mulheres são chorosas, vulneráveis e inseguras, e homens, agressivos, reprimidos e pouco resilientes. Isto interfere na predominância do tipo de patologia mental que será identificada, e se torna uma justificativa para o modelo biomédico determinar a normalidade em ser homem e mulher. Além disso, fatores econômicos também contribuem para determinar essas características, sendo os mais pobres os mais marginalizados (ZANELLO, COSTA E SILVA, 2012).

## INTERSECCIONALIDADE E SAÚDE MENTAL NO COTIDIANO DE UM CAPS

A instituição de saúde mental é formada por pessoas, que determinam seus aspectos centrais, e agem diante daquilo que acreditam. Ou seja, as instituições produzem e reproduzem a sociedade, da mesma forma que sustenta modos de subjetivação, sentidos e práticas no entrecruzamento das percepções relacionadas à saúde mental e gênero (GUATTARI, 1990).

O CAPS investigado possui uma equipe multiprofissional engajada nos atendimentos e atividades, sendo enfermeiras, auxiliares de enfermagem, profissionais médicos, psicólogas, arteterapeutas e profissionais terceirizados, responsáveis pela cozinha e limpeza. Os pacientes que frequentam o serviço são homens e mulheres, com idades variadas, diagnósticos diversos, condições socioeconômicas precárias, possuem residência em bairros marginalizados, em sua maioria, e fazem tratamento intensivo, que, segundo a portaria nº 336/2002 do Ministério da Saúde, caracteriza atendimento diário no serviço, por conta de sua demanda atual. Participam obrigatoriamente das oficinas de arteterapia ofertadas diariamente, que são a centralidade do tratamento intensivo. Nessas oficinas são realizados artesanatos, como tricô, crochê e criação de enfeites. Estas atividades são



realizadas, majoritariamente, pelas mulheres, e os homens permanecem jogando baralho, dominó ou pintando desenhos.

Portanto, torna-se evidente que as oficinas presentes no contexto do CAPS investigado sustenta uma divisão a partir dos sentidos atribuídos ao gênero, como exposto no relato a seguir: “*As mulheres sentam-se separadas dos homens, elas ocupam lugares em volta de uma mesa onde já estava disposto algumas agulhas e novelos de lã, os quais utilizavam para confeccionar cachecóis de tricô. Os outros dois homens sentam-se cada um em uma das outras duas mesas, um deles continua a fabricar um tapete feito de lã que já estava sendo confeccionado, e o outro começa a pintar um desenho que estava sobre a mesa*”

Esta disposição acontece durante as atividades das oficinas de arteterapia, que são coordenadas por duas profissionais do serviço que são referência de afeto e cuidado para os usuáries, porém, não possuem formação na área da saúde. Segundo a portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde, as oficinas devem ser preferencialmente terapêuticas e, independente da finalidade da oficina, ela deve, ao menos, ampliar “[...] as possibilidades de comunicação e a rede de relacionamento social dos participantes, transportando-lhes para fora do contexto institucional e, assim, contribuindo à virtualização de novas perspectivas” (REIS e ZANELLA, 2015, p.26). Para que isso possa ocorrer, profissionais devem estar preparados para escutar e acolher, além de criar vínculos afetivos com os usuáries. Por fim, a clínica ampliada deve criar práticas que não infantilizem, não provoquem medo e assujeitamento, mas que produzam potência, autonomia e diálogo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Ainda hoje, os processos ético-políticos que erigem as formações identitárias, e os sentidos compartilhados constitutivos dos sujeitos patológicos são esquecidos, o que destitui a pessoa em sofrimento mental de sua capacidade para re-existir e ser ouvida. Sua existência se limita a um lugar imposto e pensado a priori, que não abre espaço para ser outro, os afetos são limitados e em consequência a potência de ser desaparece quase que totalmente. As implicações dos sujeitos em afecções causam pesar à vida, é o retrato de um momento histórico de dominação, inferioridade e irrelevância. Revela a nuance ética da desigualdade social, que nega a possibilidade de acesso ao material, à expressividade, ao desejo e afeto, da mesma maneira atodes. O intuito de um ser ético-político é a conquista da cidadania, “[...] da emancipação de si e do outro, e não apenas de bens materiais circunscritos. A felicidade ético-política é sentida quando se ultrapassa a prática do individualismo e do corporativismo para abrir-se à humanidade” (SAWAIA, 2017, p.105).

Porém, os sentidos hegemônicos de gênero determinam a percepção da equipe neste contexto, transformando-o em um dispositivo disciplinar das identidades de gênero, como se evidencia neste registro documental: *“Todos se sentam em volta das mesas, as três mulheres que estavam indo pela primeira vez naquele dia, sentam-se à mesa junto com os homens, e as outras que já frequentam há mais tempo, se sentam na outra, como se tivessem lugares marcados para estar. Volto a pensar sobre as características da segregação por gênero nos movimentos de ocupar o espaço, e nas atividades que desempenham, não demora muito para que a coordenadora da oficina ofereça a ‘atividade das mulheres’ a elas.”*. O acontecimento relatado demonstra como em princípio as mulheres que chegam no serviço não endossam essas características, mas que aos poucos são polidas pela instituição, fazendo-as sentarem-se com as mulheres e “agir como mulheres”.

Cabral e Diaz (1998) conceituam esses aspectos a partir do nascimento e inserção social, no qual se escolhe o que veste, com que se brinca, o que se assiste e o que irá desejar, sentir e pensar durante a vida, a partir do sexo de nascimento, o que mais tarde vai ser determinante no delineamento de perfis subjetivos associados a cada identidade de gênero e, conseqüentemente, ter interferência direta na capacidade psicológica de lidar com situações emocionais, as quais aparecem, a partir da perspectiva biomédica, enquanto sintomas distintos típicos em homens e mulheres.

Ao mesmo tempo que as características de gênero vão sendo incorporadas à subjetividade, outro aspecto interseccional importantíssimo se constrói em concomitância. A relação com a classe pertencente reflete a própria experiência perante a identidade, que determina relações de dominação e de exploração vivenciada pelo proletariado e a burguesia, as quais são atravessadas por outras complexas desigualdades, como de renda, que situa os privilégios possíveis de serem alcançados, contexto que a maioria da população civil ocupa. As frações de classe social são identificadas a partir das funções que cada uma desempenha, o quanto de renda o sujeito retém, e de que maneira contribui para a economia, assim como a experiência política dos sujeitos (HENNING, 2015).

Essas características são muito importantes para observar outra forma de exclusão, preconceito e opressão, pois os usuários do serviço de saúde mental em questão, segundo relato dos mesmos, possuem renda mínima, e ao mesmo tempo usufruem do tratamento intensivo determinado pelos psiquiatras. Não possuem emprego pela incapacidade momentânea de desempenhar essas atividades, além de serem vistos como incuráveis, afastando suas chances de alta e/ou contratação, como pode ser observado no diálogo a seguir, entre uma estagiária e um profissional do CAPS:

*—Algumas pessoas aqui acho que não tem mais jeito, tipo esse aí. (diz o profissional apontando com a cabeça para o usuário que passava).*

— *Todo mundo tem jeito. (estagiária).*

*Mas alguns vivem surtando... (profissional).*

— *Mas então tem que descobrir porque eles vivem surtando. (estagiária).*

— *Acho que é a família. (profissional).*

— *Então tem que chamar a família pra participar do tratamento. (estagiária).*

A renda limita suas possibilidades de tratamento no serviço público, renda ínfima que é proporcionada pelo Estado ou pela ajuda de familiares, que muitas vezes não é suficiente para sua subsistência. Portanto, este sujeito não contribui para a economia, está à margem da sociedade, e perde autonomia em seus movimentos desejantes:

— *Que linda sua blusa! Se quiserem comprar roupa eu tenho pra vender. (usuária 01)*

— *Que roupa você vende? (usuária 02)*

— *As minhas, pra comprar cigarro. (usuária 01)*

Contextos como estes retratam uma grande vulnerabilidade social, presente na história, que foi adquirindo formatos e definições conforme o avanço dos anos, as quais continuam constituindo estruturas excludentes, que implicam na constituição do psiquismo. A constatação é que, cotidianamente, os serviços de saúde mental apresentam pacientes adultos, homens e mulheres, majoritariamente de cor preta e parda, de baixa renda, baixa escolaridade, com estado de saúde regular ou ruim. Um retrato da pobreza, da marginalidade, fenômenos que são potência na produção de sofrimento psíquico, pois as implicações psicossociais destas condições é a experiência da violência, humilhação, submissão, culpabilização, desesperança em relação ao futuro, desamparo, baixa autoestima, insegurança, aumento de problemas de saúde, entre outros (NEPOMUCENO, 2013).

Na contemporaneidade, a ciência nos garante elementos para novas estratégias de estudos e modificações dessas nuances, focando na erradicação dessas desigualdades, trabalhando a manutenção da mão de obra de forma humanitária, e ampliando interesses capitalistas a outras estratégias, diante à garantia de direitos e não somente à exploração vigente, diminuindo características que agravam a pobreza, e em consequência a saúde física e mental (NEPOMUCENO, 2013).

Segundo Prado Filho e Lemos (2012), pensar a Reforma Psiquiátrica é diferente de pensar a Luta Antimanicomial, pois, enquanto uma olha para a mudança de práticas dos manicômios, a outra aponta para a sua extinção como prática e instituição. A loucura é capturada pelo saber médico como lugar de estudo e intervenção, o que possibilita a institucionalização para tratamento da doença,



sujeitando os corpos à dominação, inaugurando relações de poder, e classificando a normalidade que regula o social, partindo das experiências intrínsecas a essa atividade, e pelo lugar de desrazão que ocupa o patológico (PRADO FILHO & LEMOS, 2012).

A discussão crítica acerca do diagnóstico, pela perspectiva que aqui abordamos, nas diversas áreas da saúde mental, ainda é recente. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) determina que a nosologia deve ser definida em relação às normas e valores culturais, familiares e sociais implicados na experiência e, como o sujeito simboliza a vida a partir de comportamentos, essa cultura é reafirmada e reconstruída pelas instituições, sendo imprescindível considerar esses aspectos para ter um olhar complexo sobre o sujeito. Porém, o mesmo manual caracteriza a avaliação diagnóstica e a patologia perante a existência de sintomas e comportamentos que afastam o sujeito do consenso que caracteriza a normalidade, refletindo em uma incapacidade desta leitura para se adaptar aos aspectos culturais e/ou institucionais em seu movimento e singularidade (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). O Manual destaca, em seus textos introdutórios, que as maneiras de diferenciar a normalidade e a patologia variam conforme as culturas, portanto, o patológico dependerá desse conjunto de determinantes sempre relativos, mas, paradoxalmente, quando apresenta descrições de patologias, não leva em consideração a dinâmica cultural na exposição de sintomas e quadros clínicos, que, estes sim, determinarão o diagnóstico feito por profissionais.

Para o DSM-5 (2014), é fundamental aprofundar as pesquisas em torno dos aspectos objetivos e subjetivos relacionais, a fim de não se limitar em quantificar sintomas, e sim, em compreender a implicação dos mesmos de maneira complexa, pois atualmente considera-se o tempo específico que o sintoma permanece, combinado à porção de sintomas que se mostram. Garante que uma abordagem dimensional a partir do relato subjetivo dará elementos para a avaliação clínica precisa (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Portanto, considerando que afirma a falta de elementos compreensivos sobre processos subjetivos, os processos clínicos individualizantes e medicamentosos dominam o tratamento de sujeitos que são reduzidos ao biológico. Um viés de normalização, assim, ganha consistência na micropolítica do trabalho vivo realizado junto ao usuário da saúde mental coletiva.

Essas determinações são práticas comuns na instituição pesquisada, que utiliza de métodos punitivos e regulatórios como maneira mais eficaz de dominação como descrito nos trechos a seguir: *“Na sala principal [da oficina de arteterapia] existe algumas folhas A4 coladas na parede com as normas do espaço, nelas consta que não podem chegar atrasados com a consequência de não*



*poderem participar das atividades; que não podem faltar mais de 3 vezes sem justificativa se não serão desligados; e que devem guardar os materiais após o uso. [...]Mais tarde naquele dia, uma das usuárias expõe o controle pelo qual são assujeitados dizendo que ‘é tudo cheio de regras’ (sic).” O desgosto em comparecer às oficinas e a dependência do tratamento também é exposto: “Não tem como parar de vim agora, porque daí perco o psiquiatra e aí perco os remédios, e a gente é dependente dos remédios.”*

A centralidade da farmacologia no contexto que investigamos não é questionada, pois está implicada na obtenção da normalidade, da homeostase, partindo do pressuposto de que são corpos que estão em contínuo adoecimento ou impossibilitados de adaptação, e, portanto, devem ser constantemente medicados, para que consigam estar presentes na lógica capitalista de aceleração dos processos (FERREIRA, 2017). A medicação se torna a maneira de reduzir o risco de se aproximar do considerado patológico, de conseguir a normalidade, e ainda, a sua centralidade torna-se consenso entre a equipe e os pacientes, uma maneira de manejar a disciplina na relação entre estes, transformando o medicamento em uma forma de contenção transversalizada a uma ideia de produção de saúde mental, dos corpos e da subjetividade, ou seja, uma relação hierárquica, pautada no biopoder.

Em outros trechos é possível reconhecer a dinâmica de percepção do diagnóstico, e uma redução do tratamento à farmacologia e à clínica psiquiátrica, sendo o diagnóstico e a dependência da medicação integradas à maneira pelo qual cada usuário do CAPS se reconhece na sociedade. A disciplina se torna um aspecto do tratamento e da cura, tanto para profissionais, quanto para usuários: “A médica chega na cozinha [...]me diz que devo ter cuidado e impor limites, pois muitos deles tentam manipular os funcionários para fugir ou pra conseguir o que querem. [...]Ela relata que nunca tratará mal um paciente, nunca erguerá a voz, e comenta que o adequado é falar baixo e o mais calma possível, que dará cuidado e acolhimento, mas que os limites precisam ser estabelecidos. [...]Diz que ‘a luta antimanicomial foi a pior coisa que fizeram, pois impediram que os leitos psiquiátricos fossem prioridade’ (sic), mas que não pensa como a lógica manicomial, mas na necessidade de leitos.” Destaca-se a concepção de loucura que fica evidente, pautada na calma para não haver violência, visto como cuidado e acolhimento, sendo que a atitude é em detrimento de benefício próprio na relação, a visão institucional que possuem, como se estivessem presos e quisessem fugir, e para isso manipulariam profissionais, assim como a destituição da capacidade ética e moral que os pacientes têm diante do social e da vida coletiva, de perceber os “limites” de convivência, por isso ela que deveria impor e, por fim, há constatação de que o tratamento ideal é a

internação, sintetizando a Luta Antimanicomial a um acontecimento que apenas reduziu leitos. *“Uma das mulheres conta que já se passaram 15 anos que ela participa das atividades do CAPS.”* Relato mais do que suficiente para evidenciar a institucionalização, a não eficácia do tratamento psiquiátrico relacionado à “cura”, gerando uma dependência química de medicamentos, e a despotencialização de uma vida política.

A subjetivação hegemônica institui coordenadas semióticas e relacionais que determinam comportamentos e sentidos, gerando consentimento e assujeitamento à docilização dos corpos. Esse poder é constituído pelos saberes, discursos, instituições e práticas que preparam os sujeitos para estarem em relação (PRADO FILHO & LEMOS, 2012): *“Nos 20 minutos restantes do intervalo, elas [usuárias mulheres] comentam sobre seus diagnósticos, uma conta sobre a bipolaridade, assim como outras duas. A primeira chega a comentar sobre uma notícia que viu, que uma mulher com o mesmo diagnóstico que ela havia casado com ela mesma, e algum tempo depois cometeu suicídio.”*; *“Outra chega 10 minutos depois, havia ido à consulta com a psiquiatra, ganhou medicamentos novos, pedi porque, ela me conta que não tem dormido bem há algum tempo, questiono se ela acredita que vai ajudar, ela diz que vai esperar pra ver.”* O tratamento baseado exclusivamente em medicamentos desconsidera o sentido do sintoma que aparece, a psiquiatria não investiga quais os potenciais eventos que poderiam gerá-lo, mas atém-se à demanda sintomática, altera medicamentos, ou adiciona-os para que deixe de sentir. *“Uma paciente também fala sobre outros problemas de saúde que ela tem nas articulações, e que por isso não pode engordar. Ela pergunta à outra se o Lithium engorda, pois é o medicamento que está tomando, a outra diz que sim, e então digo a ela que precisa falar isso para o psiquiatra que a atende, pois, não pode agravar seus sintomas por causa da medicação, e a paciente ainda diz, que no tratamento que fazia no Paraná, o psiquiatra receitava outros remédios justamente por causa desse aspecto. O tratamento, segundo a Política Nacional de Humanização (2003), prevê a corresponsabilização, a participação do sujeito na construção do seu processo de tratamento, almejando a promoção de saúde e autonomia.”*

Garantir os direitos humanos, a autonomia e a liberdade, promover o combate de preconceitos, a atenção humanizada, a inclusão social, a integralidade do cuidado, e a garantia de acesso de qualidade ao serviço, são algumas das premissas do funcionamento da instituição (BRASIL, 2002), porém, a realidade observada demonstra que a prática não é efetivada dessa forma. O CAPS, na maioria das vezes, não potencializa seus usuários, mas os enclausura, tornando-os passivos ao que lhes é oferecido, e não reflexivos quanto à sua condição e suas possibilidades. A normalização do gênero idealizado, considerado como natural, é uma das características



direcionadoras do que é transgressão, pois é estabelecida a maneira de ser mulher e homem, sem que os profissionais se questionem sobre suas implicações, para então determinar o patológico. Por diversas vezes o CAPS II oportunizou atividades diferentes daquelas que realizavam diariamente, porém, era chamada de “dia da beleza”, as quais contemplavam uma parte do grupo, porque as atividades eram “coisas de mulheres”, como pintar a unha, fazer maquiagem e “arrumar” o cabelo, transformando o espaço das oficinas terapêuticas em um espaço de exclusão/inclusão perversa a partir do gênero.

Essa normalização do gênero provém do patriarcado, que destaca a heteronormatividade como o normal, isso pressupõe uma ordem para ser mantida, e aqueles que fogem disso serão cobrados por aqueles que a seguem (MISKOLCI, 2007). Esses modos naturalizantes de maneiras de ser atuam como formas de controle, pois, esta embasa uma epistemologia social histórica, envolve muitas nuances da sociedade, e mantém o equilíbrio (MISKOLCI, 2009). Durante as práticas de tratamento à saúde mental, essas ideologias são continuadas e reafirmadas perante a própria existência dos profissionais, que performam o esperado, e reafirmam os aspectos constituintes diante dos usuários considerados patológicos, pois o objetivo é que não desviem do que é considerado ser normal, caso contrário, a cura se distancia ainda mais.

Os aspectos normalizadores são tão presentes na instituição, que a própria coordenadora, enfermeira formada e psicóloga em formação, previamente age a partir da prática psiquiátrica, buscando sintomas que se enquadrem em um diagnóstico, colocando a própria profissão e conhecimento à margem do saber médico, que não reflete em outros questionamentos. O plano terapêutico, determinado pelo médico psiquiatra, é fornecido sem diálogo com o paciente ou a família, atitude que deveria ser habitual segundo a lei 10.216 de 6 de abril de 2001, que embasa o modelo assistencial em saúde mental. Esses elementos compõem as possibilidades da avaliação frágil, e colocam em evidência o diagnóstico errôneo e um processo de tratamento inadequado, que determina ao outro o lugar de submissão e dependência, transformando a saúde mental em um fenômeno biomédico, que eleva às determinações patológicas a outras nuances da vida do sujeito, não contempla os processos subjetivos, e coloca a interseccionalidade à margem das suas constituições, incitando a banalização das perspectivas amplas e complexas (MIELKE, 2012).

A subjetividade presente na repressão e modulação de gênero não é uma simples captura de identidades que são reprimidas, ela se configura na própria construção subjetiva ao longo da vida, sendo os mesmos discursos que formam os sujeitos, os que irão oprimi-lo. Portanto, a regra não se torna jurídica, mas é idealizada através dos tempos, e normalizada pela sociedade que continua



acreditando na sua perpetuação, da mesma forma que essa mesma sociedade transforma os desvios em anormalidade, e, além disso, o gênero se transforma em uma cadeia de repressão subjetiva diferente, pois, além de ser uma ideia social de como ser homem ou mulher, dicotômica, dita a sexualidade, os aspectos emocionais e todas as nuances do ser social, capturando sua total existência a partir das expectativas sociais de quem devem ser (ARÁN,2007).

Essa maneira repressora de conduzir as atividades no CAPS reverbera na maneira como os usuários enxergam a si mesmos e os profissionais, que se acentua de maneira hierárquica. Eles demonstram possuir medo de contar sobre determinados aspectos emocionais e da própria vida, assim como percebem a psiquiatria como o essencial e desgostam de outras práticas, como as das psicólogas, pois os mesmos não conseguem conceber significado ao tratamento, no comparecimento aos grupos terapêuticos, e nas consultas com essas profissionais. Os pacientes descreveram em muitos momentos situações de violência psicológica da equipe, da mesma maneira, houve momentos de indução de culpa pela condição em que estavam, e a inferiorização e exposição dos aspectos individuais de sofrimento que vivem, como incitar que as mulheres deveriam estar “mais arrumadas”. Dessa forma, identificamos que a equipe e a lógica do espaço produzem mais sofrimento, enclausurando e desmerecendo a experiência dos que se encontram nas oficinas, reduzindo as possibilidades de construir vínculo, de se sentirem acolhidos e entenderem o próprio processo de tratamento, assim como as nuances interseccionais que levam a experienciar as situações subjetivas de determinadas maneiras.

Ofertar oficinas de arteterapia sem um objetivo de ampliação da autonomia, das relações interpessoais e das potencialidades dos seus participantes, não gera afecções e não propicia um espaço de mudança para os usuários. Fazer clínica, segundo Lancetti (2006), significa “pôr as pessoas em pé”. Isso quer dizer que é preciso colocá-las em contato com a cidade, com a sociedade, com as outras pessoas. É preciso produzir o desejo de estar fora do manicômio. No cenário que investigamos, contudo, as atividades são impostas, sem questionar o desejo ou participação dos usuários na construção das atividades, evidenciando a dominação e passividade dos sujeitos. Assim, as relações de poder impedem uma significação dialógica e/ou reflexão dos processos vividos, e afirmam a segregação a partir das identidades de gênero-classe-diagnóstico, resultando em modos de normalização distintos aplicados sobre homens e mulheres. Dessa forma, as atividades terapêuticas não fomentam o processo de contato com o sofrimento para elaboração do mesmo, mas o tratamento centralizado no medicamento coloca as pessoas usuárias do CAPS II em um lugar de

dependência e sofrimento constante, sendo responsabilizados individualmente pela patologia e pela "cura" (LANCETTI, 2006).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A psiquiatria tradicional, ao eleger como objeto de estudo e intervenção a doença mental, e considerá-la apartada da existência global do sujeito e do corpo social, ocupa-se de um corpo sem história, como se justamente a falta de respostas às mesmas não fosse a causa principal das doenças (COUTO & ALBERTI, 2008). Franco Basaglia faz severas críticas ao modelo em questão e defende a inversão de tal lógica. O referido autor e militante da reforma psiquiátrica destaca a necessidade de colocar a doença “entre parênteses”, para que possamos nos deparar com o sujeito (TEIXEIRA, 2009). Isto não implica que a desconsideremos, apenas destaca-se em primeiro plano o sujeito e sua história, para que assim possamos olhar para a realidade considerando problemáticas singulares e possibilidades de emancipação frente às mais distintas formas de clausura e exclusão.

A atualização da loucura para novos modelos de conhecimento traz consigo a oportunidade de redefinir a experiência com o outro, de perceber e conviver com a loucura e, a partir disso, observar o fenômeno, que se mostra nas suas dimensões existenciais, e descobrir a sua própria verdade, a qual ainda permanece à sombra do processo histórico e de saberes, que enclausuram as significações da loucura em torno de sua valoração como desvio social (MIELKE, 2012). O CAPS tem o potencial de criar novas experiências simbólicas com a loucura e os marcadores sociais da diferença, justamente pelo entendimento que a sociedade teve por muito tempo, de acreditar nos espaços que excluía e oprimia as pessoas em condição de sofrimento mental. Por isso, o serviço público pode e deve fazer a mediação do contato da comunidade com o espaço e as pessoas que por lá passam, encerrando modelos deterministas de gênero, classe e diagnóstico, adentrando a este conhecimento, e trazendo para a prática o cuidado de se observar aspectos dinâmicos (MIELKE, 2012).

O impasse dessa lógica de trabalho é que os profissionais dos serviços têm grandes dificuldades de se desidentificar com o sentido reducionista do diagnóstico, e se torna mais fácil manter seu estado de conforto, reconhecendo o ser patológico como perigoso, fazendo o território se adequar às regras e normas do serviço, em vez de ampliar a análise. A lógica manicomial perpassa pela rotina de maneira velada, e o serviço toma corpo como apaziguador de angústias e de acolhimento, que, a longo prazo, delimita a lógica de aprisionamento dentro do próprio espaço.



Pensar o sofrimento ético-político é perceber a implicação dos sujeitos no social, suas diferenças, suas desigualdades, suas potencialidades, entender a exclusão e a inclusão, a integridade do social, assim como, a injustiça e a exploração (SAWAIA. 2017). O cuidado em saúde mental deve ir além das mazelas sociais e ser pensado como interseccional, pois é concreto que as formas de olhar o sujeito e pensá-lo como incapaz, ou não de ser quem é, parte dos marcadores sociais que integram a formação identitária dos sujeitos, internalizada pelos profissionais da saúde ao perceber o outro. A percepção deve ir além do tratamento, deve estar no olhar para a própria experiência e para a experiência do outro, no compreender, se deixar afetar, no encontro, no olhar para as particularidades e culturalidades que o formam, para que se emancipe a vontade de estar no mundo, de ter desejo e propósito, de ser, existir.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Jessica Santana de Assis. **A interseccionalidade como aparato teórico e metodológico para a história das mulheres.** Dia-Logos: Revista dos alunos de Pós-graduação em História, v. 12, n. 2, 2018.

ARÁN, Márcia; PEIXOTO JÚNIOR, Carlos Augusto. **Subversões do desejo:** sobre gênero e subjetividade em Judith Butler, 2007.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **DSM-5:** Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora, 2014.

BRANDÃO, Helena HathsueNagamine. **Introdução à análise do discurso.** Campinas - SP, Editora da Unicamp. 2ª Ed, 2004.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. Brasília, DF. 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O HumanizaSUSna atenção básica.** Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria ministerial nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002.** Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília. 2002.



\_\_\_\_\_. **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria ministerial nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília. 2002.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

CABRAL, Francisco; DÍAZ, Margarita. **Relações de gênero.** Secretaria municipal de educação de belo horizonte; fundação odebrecht. Cadernos afetividade e sexualidade na educação: um novo olhar. Belo Horizonte: Gráfica e Editora Rona Ltda, p. 142-150, 1998.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução Nº 6, de 29 de Março de 2019.** Institui regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) no exercício profissional e revoga a Resolução CFP nº15/1996, a Resolução CFP nº07/2003 e a Resolução CFP nº04/2019. 2019.

COSTA JUNIOR, Florêncio Mariano. **Concepções de Médicos/as e Enfermeiros/as sobre questões de gênero na Saúde.** Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual Paulista. Bauru. 2010.

COUTO, Richard. ALBERTI, Sonia. **Breve história da Reforma Psiquiátrica para uma melhor compreensão da questão atual.** Saúde em debate. 2008.

FERGUSON, Susan. Feminismos interseccional e da reprodução social: rumo a uma ontologia integrativa. **Cadernos Cemarx**, n. 10, 2017.

FERREIRA, Jonatas. **Saúde mental, subjetividade e o dispositivo psicofarmacológico contemporâneo.** Revista latinoamericana de estudios sobre cuerpos, emociones y sociedad, n. 25, p. 12-23, 2017.

GUATTARI, Félix. **As três ecologias.** tradução Maria Cristina F. Bittencourt. — Campinas, SP: Papyrus, 1990.

GODOY, Arilda Schmidt. **Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais.** Revista de Administração de empresas, p. 20-29, 1995.

HENNING, Carlos Eduardo. **Interseccionalidade e pensamento feminista: As contribuições históricas e os debates contemporâneos acerca do entrelaçamento de marcadores sociais da diferença.** Mediações, Londrina/PR. 2015.

KANTORSKI, Luciane Prado et al. **Gênero como marcador das relações de cuidado informal em saúde mental.** Cad. Sau. Colet., Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 60-66, 2019.

LANCETTI, Antonio. **Clínica peripatética.** São Paulo: Hucitec, v. 3, 2006.

LAU, Heliton Diego. SANCHES, Gabriel Jean. **A linguagem não-binária na língua portuguesa: possibilidades e reflexões making herstory.** Revista X, p. 87-106, 2019.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22295/grifos.v31i55.6062> | Edição Vol. 31, Núm. 55, 2022.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

MIELKE, Fernanda Barreto et al. **Avaliação qualitativa da relação de atores sociais com a loucura em um serviço substitutivo de saúde mental.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 65, n. 3, p. 501-507, 2012.

MISKOLCI, Richard. **A Teoria Queer e a Questão das Diferenças:** por uma analítica da normalização. In: Congresso de leitura do Brasil. 2007. p. 1-19.

MISKOLCI, Richard. **A Teoria Queer e a Sociologia:** o desafio de uma analítica da normalização. Sociologias, n. 21, p. 150-182, 2009.

NEPOMUCENO, Bárbara Barbosa. **Pobreza e Saúde Mental: Uma análise psicossocial a partir da perspectiva dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).** Universidade Federal do Ceará. Departamento de Psicologia: Programa de Pós Graduação em Psicologia. 2013

NOGUEIRA, Conceição. **Interseccionalidade e psicologia feminista.** Salvador, Bahia. Editora Devires. 2017.

OLIVEIRA, João Manuel de. **Desobediências de Gênero.** Salvador, BA: Editora Devires, 2017.

PRADO FILHO, Kleber; LEMOS, Flavia Cristina Silveira. **Uma breve cartografia da luta antimanicomial no Brasil.** Revista Semestral do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFSCar, v. 2, n. 1, p. 45, 2012.

REIS, Alice Casanova dos; ZANELLA, Andréa Vieira. **Psicologia Social no campo das políticas públicas:** oficinas estéticas e reinvenção de caminhos. Revista de Ciências Humanas, v. 49, n. 1, p. 17, 2015.

RODRIGUES, Cristiano. **Atualidades do Conceito de Interseccionalidade para a pesquisa e prática feminista do Brasil.** Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013.

RUIZ, Tânia Barroso. **Diretrizes metodológicas na Análise do Dialógica do Discurso:** o olhar do pesquisador iniciante. Revista Diálogos, v. 5, n. 1, p. 39-59, 2017.

SAWAIA, Bader. **As artimanhas da exclusão:** análise psicossocial e ética da desigualdade social. Editora Vozes Limitada, 2017.

TEIXEIRA, Raquel Malheiros. **As contribuições de Franco Basaglia para o campo da saúde mental e da Reforma Psiquiátrica Brasileira.** Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Curso de Psicologia. Salvador, 2009.

ZANELLO, Valeska. COSTA E SILVA, René Marc. **Saúde Mental, Gênero e Violência Estrutural.** Revista Bioética. Conselho Federal de Medicina. Brasília Brasil. 2012. v 20, n. 2. p. 267-279.

