



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Serviço Social, Relações de Exploração/Opressão de Gênero, Raça/Etnia, Geração e Sexualidade.

Sub-Eixo: Ênfase em Gênero.

A CATEGORIA GÊNERO PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: UMA ANÁLISE DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL

Juliana Agostinho da Costa¹

Resumo: O artigo se propõe a identificar se a Reforma Psiquiátrica Brasileira alterou a relação entre gênero e loucura. Primeiramente, analisou-se o surgimento do manicômio e suas consequências. Em seguida, o Movimento da Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Por fim, identificaram-se propostas de combate à desigualdade de gênero, contudo, estas encontram desafios para serem implementadas.

Palavras-chaves: gênero; mulheres; reforma psiquiátrica brasileira.

Abstract: The paper proposes to identify if the Brazilian Psychiatric Reform changed the relation between gender and madness. Firstly the asylum's birth and its consequences were analyzed. Then, the anti-asylum fight and the Brazilian Psychiatric Reform. Finally, proposals of fight against inequality between genders were identified, but these face challenges to be fulfilled.

Key-words: gender; women; brazilian psychiatric reform.

Introdução

O que é conhecido hoje como características femininas não é natural ou biológico. Nas sociedades de caça e coleta, as mulheres tinham como característica a misticidade e o poder, visto que eram capazes de gerar outra vida. Já na sociedade capitalista, as mulheres são caracterizadas pela submissão aos homens, pela restrição aos espaços privados, do cuidado, e por serem dóceis, tranquilas, etc². A construção social em torno do feminino e do masculino é chamada de gênero. Está presente na história da sociedade, mas compreende configurações diferentes para distintos momentos históricos (SAFFIOTI, 2015).

Na sociedade capitalista, para consolidar um determinado modo de ser mulher, algumas instituições tiveram papel importante – os meios de comunicação em massa, as escolas, a medicina, entre outros. No Brasil, a medicina, e mais especificamente a psiquiatria, foram responsáveis pela violência e tortura a várias mulheres e outros grupos minoritários em direitos – tais como negros, pobres, lésbicas, gays, bissexuais e transexuais e/ou travestis (LGBTs), e outros – em nome da construção de uma sociabilidade em acordo com o sistema político econômico (ARBEX, 2013). Silenciou mulheres e outros grupos na denúncia das violências que sofriam e os responsabilizou, mesmo tendo sido as vítimas,

¹ Estudante de Pós-Graduação, Residência Multiprofissional em Saúde Mental IPUB/UFRJ, E-mail: jagostinhodc@gmail.com.

² Para maior aprofundamento sobre a relação entre gênero, família, propriedade privada e Estado buscar Engels (2002).

aprisionando suas vidas dentro dos manicômios. Definiu quem era “sadio” e quem era “louco”, de acordo com interesses bem definidos, e estipulou tratamentos os mais perversos (AMARANTE, 2007; ENGEL, 2006; FACHINETTI E CUPPELO, 2011).

O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial buscou romper com essa lógica, defendendo o cuidado em liberdade, os direitos das pessoas em sofrimento psíquico, o respeito à diferença e a construção de uma sociedade livre de opressões³. O MNLA também foi um importante ator na disputa de uma Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) que estivesse em acordo com os princípios antimanicomiais – existem outros processos de reforma psiquiátrica em diferentes países que não romperam com o manicômio (PASSOS, 2017). Porém, uma vez que esta é uma sociedade que se estabelece sob relações desiguais de poder entre diferentes grupos, mulheres e homens possuem acessos desiguais a serviços, deveres e direitos.

Assim sendo, este texto, pautado numa reflexão teórica, embasado no materialismo histórico dialético, propõe-se a compreender se as mudanças estabelecidas pela RPB também transformaram a relação entre psiquiatria e gênero. Portanto, foi preciso compreender a relação histórica entre o manicômio e as mulheres, e analisar o processo de RPB e as transformações efetivadas pela mesma. Por fim, buscou-se nos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde Mental, realizadas até o presente ano, o que estes documentos oficiais – produzidos a partir de um processo que se propõe a ser democrático e participativo – discutiram, pautaram e deliberaram em relação às mulheres.

O manicômio como local de tratamento do louco: violência e isolamento dos corpos desviantes

A relação da medicina com o corpo feminino, principalmente do século XV ao XVIII, centra-se na sua capacidade reprodutiva, a qual os aspectos morais das mulheres seriam consonantes. Assim sendo, seriam as mulheres maternais, dóceis, cuidadosas, pacientes, entre outras características. Uma vez que a fecundação tem participação masculina, elas também seriam dependentes e submetidas aos homens. Segundo a ciência médica à época, tais órgãos também eram responsáveis pela loucura das mulheres e as doenças relacionadas à insanidade (PRIORE, 2006).

Philippe Pinel, baseado nos ideais da Revolução Francesa e influenciado pela mesma na criação de uma outra sociabilidade que correspondesse a esta construção de uma outra sociedade, defende um lugar de tratamento para os ditos loucos – ou aqueles que fogem a esse padrão socialmente construído. Este lugar foram os manicômios – onde

³Carta de Bauru (1987)

os loucos deveriam ser isolados, uma vez que para Pinel eles eram alienados de si e, portanto, perigosos (AMARANTE, 2007).

No Brasil, o Hospício Pedro II surge no século XIX como o primeiro local específico para o controle daqueles corpos desviantes que não correspondiam à construção de uma nova sociedade após a Proclamação da República. Desta forma, as mulheres que se contrapunham às distintas violências de gênero sofridas diariamente e que, desta maneira, contestavam também o patriarcado⁴ – sistema de opressão de gênero sob o qual o capitalismo se ergue – necessitavam ser controladas. Isto era um problema moral visto, que era um risco à disseminação da ideologia patriarcal capitalista da supremacia branca dentro das famílias, uma vez que as mulheres eram as principais responsáveis pelo cuidado dos filhos e, portanto, tinham papel importante na educação dos mesmos, não devendo apresentar riscos ao sistema político-econômico vigente de ser questionado (ENGEL, 2006).

Ao final do século XIX e início do século XX a capacidade de reprodução da mulher, e tudo que ela envolvia – os órgãos, a menstruação, a fecundação, o parto, o pós parto – era associado à loucura e utilizado como justificativa ao encarceramento nas instituições asilares e da utilização de métodos análogos à tortura – como cortar o clitóris, introduzir gelo na vagina, entre outros não menos violentos. Também a classe e a raça definia quem entrava nos hospitais psiquiátricos⁵ (ENGEL, 2006).

Os hospícios eram locais de isolamento, de violência, de tortura e de morte. Arbex (2013) noticia a morte de 60 mil pessoas ao longo dos anos em que o Hospital Colônia de Barbacena esteve aberto. Estas pessoas eram os corpos desviantes à moralidade instituída – prostitutas, LGBT's, pobres, mulheres que não queriam casar, entre tantas outras. O manicômio foi o espaço em que o sujeito seria recuperado, curado. Ao entrar, no entanto, eles eram destituídos de si. Deveriam usar uniformes, comer a mesma comida, possuir os mesmos hábitos. Se não cumprissem alguma norma, eram punidos de diferentes formas. Em caso de morte, os corpos eram vendidos às universidades de medicina para estudo. (ARBEX, 2013).

O Movimento da Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica Brasileira: mudança de conceitos, práticas e princípios.

Essa foi a realidade dos hospitais psiquiátricos no Brasil até a década de 1970, quando influenciados pela Psiquiatria Democrática Italiana⁶ e pelo período de

⁴ Para maior compreensão acerca do conceito de patriarcado buscar Saffioti (2015).

⁵ Para maior aprofundamento sobre a relação entre a eugenia, a loucura e as mulheres buscar Couto (1994).

⁶ O fim da Segunda Guerra Mundial impulsionou diferentes movimentos de reformas psiquiátricas em diversos países. As experiências nazistas e fascistas aguçaram a defesa dos direitos humanos e cidadania e não era mais possível aceitar a violação de direitos humanos vividas dentro dos hospícios. Amarante (1995) destaca seis experiências como as principais, dentre elas a Psiquiatria Democrática Italiana (PDI), a qual ele não considera

redemocratização do país surgiu o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em 1978. Denunciavam a privatização da saúde, a cronificação como consequência da internação no manicômio, defendiam os direitos civis e políticos da população e o fim da ditadura (AMARANTE, 1995).

O MTSM surge, portanto, questionando principalmente o campo técnico-assistencial. Contudo, nos anos que se seguiram, o MTSM se debruçou a intervir em outros âmbitos, como o cultural, o político, o teórico e o social. A I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) em 1985 marca essa mudança no movimento que, a partir deste momento, convoca a sociedade a repensar a sua relação com a loucura e não somente se atém a transformação das práticas clínicas (AMARANTE, 1995). O II Encontro de Bauru, em 1987, dá a “direção ético-política” (PASSOS, 2017) do que vinha se construindo enquanto Movimento da Luta Antimanicomial, pensando a transformação da sociedade a partir da organização de diferentes atores, ultrapassando a organização somente dos trabalhadores da saúde mental. O II Encontro de Bauru instituiu, enquanto lema da luta, a frase “Por uma sociedade sem manicômios” e afirmou a necessidade do caminhar e construir junto aos movimentos sociais. Segundo Passos (2017), “é esse lema que vem sustentando até os dias atuais o Movimento da Luta Antimanicomial.”.

Ainda na década de 1980 surgem serviços de base territorial, equipe multiprofissional e interdisciplinar de cuidado intensivo ou semi-intensivo a pessoas em sofrimento psíquico (os Centros de Atenção Psicossocial) e também o Projeto de Lei (PL) 3.656/89 dispõe sobre os direitos dos usuários e motiva nacionalmente o debate sobre o tema. No entanto, é somente na primeira década dos anos 2000 que as principais legislações foram conquistadas, como as que estabelecem os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) (Portaria 106/00) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (Portaria 336/02). O referido PL se transforma na Lei 10.216/01 e perde algumas propostas importantes à luta antimanicomial, como a progressiva extinção dos manicômios.

A promulgação destas leis, que criaram uma rede de serviços assistenciais substitutivos pautados pela atenção psicossocial, foi a consequência de um processo de lutas e debates pelo Movimento da Luta Antimanicomial que enxergou o sujeito como central na promoção de saúde. Não mais se objetivava a remissão dos sintomas, e sim a promoção de saúde, cidadania, autonomia e a atenção psicossocial ao sujeito no território – em

uma reforma psiquiátrica pois esta perspectiva rompe com o manicômio, não o reforma. Entende-se que o manicômio anula a cidadania e a autonomia dos sujeitos e está na sua estrutura, mas também em sua concepção – de disciplinar e patologizar as expressões humanas. Para maior compreensão sobre o assunto buscar Amarante (1995) e Gomes (2014)

oposição às instituições asilares e à psiquiatria tradicional (AMARANTE, 1995; AMARANTE, 2007).

O território é entendido como os locais onde a vida do sujeito acontece. É onde o sujeito estabelece suas relações – de afeto, de trabalho, de compra. Essas relações podem produzir saúde ou sofrimento, por isso é importante cuidar do sujeito no território, em meio às relações que constrói, e intervir sobre elas. A luta antimanicomial não é somente transformar as práticas em saúde, mas também a forma da sociedade se relacionar com a loucura e dos sujeitos se relacionarem uns com os outros (TENÓRIO, 2002)

Um das estratégias de construir uma sociedade em harmonia à loucura e a toda forma de diferença – de gênero, raça, orientação sexual, etc. – foi a desinstitucionalização. Consiste na criação de serviços substitutivos ao manicômio, no combate a toda forma de opressão que transforma as diferenças em desigualdade e no desmonte de todo tipo de instituição, uma vez que a lógica manicomial – disciplinar, violenta e excludente – a permeia em sua concepção e estrutura (SARACENO, 2011; ROTELLI et. al., 2001).

A importância do combate a toda forma de opressão se dá pelo entendimento que é a partir de uma visão interseccional⁷ do sujeito que torna possível enxergá-lo em todos os seus limites e possibilidades, para que tenha acesso ao que prevê a Reforma Psiquiátrica Brasileira – autonomia, cidadania, direitos, saúde, etc. Pensar tais pressupostos para um ser sem identidade, “o usuário”, reduz o sujeito a um padrão neutro. Contudo, a neutralidade no capitalismo não existe – o capitalismo e os sistemas de opressão sobre os quais ele se estrutura, o patriarcado e o racismo⁸, coloca diferentes sujeitos em posições de poder desiguais nesta sociedade, tornando também desigual o acesso a direitos, serviços e recursos⁹. Um cuidado integral e emancipador que não reduza ou invisibilize o sujeito e seu sofrimento deve enxergá-lo em sua totalidade de forma interseccional. Assim sendo, as equipes multiprofissionais nos serviços da rede de atenção psicossocial, em oposição ao saber exclusivo pela medicina, busca dar respostas e cuidados diversos ao sujeito em sofrimento, em sua totalidade prezando a integralidade¹⁰. A rede intersetorial funciona sob a mesma lógica do cuidado integral.

Tais apontamentos somente são possíveis uma vez que a Reforma Psiquiátrica Brasileira e o Movimento da Luta Antimanicomial deslocaram o lugar do louco na sociedade – de dentro de instituições asilares, que o destituíam de si para o território em meio as relações sociais que estabelece. Assim sendo, é possível enxergar aqueles sujeitos de forma interseccional e integral, e reconhecer que há uma necessidade de combatermos as

⁷O conceito de interseccionalidade ajuda a entender o sujeito em sua totalidade, pois fala de um sujeito que é atravessado por diferentes opressões e privilégios e que estes de diferentes formas o compõe. (CRENSHAW, 2002)

⁸ Para maior aprofundamento sobre o racismo buscar Werneck (2016)

⁹ IPEA (2016)

¹⁰ Lei 8080/90

opressões, que são estruturantes no modo de produção capitalista e que influencia as políticas públicas e os sujeitos que a compõem.

Uma dessas opressões é a de gênero. Segundo Saffioti (2015), gênero é o conceito que exprime o que é construído socialmente em relação ao feminino e ao masculino. O patriarcado é o regime hierárquico de poder que explora e submete o feminino ao masculino. Está presente na sociedade civil e nos mecanismos do Estado pela ideologia ou pela violência (SAFFIOTI, 2015). Assim sendo, é incabível patologizar as mulheres que sofrem com a opressão e patologizar as respostas que dão às violências, visto que o patriarcado está presente em todos os âmbitos das vidas das mulheres e produz sofrimento.

Da mesma forma, os homens não podem ser eximados de suas atitudes, nem tê-las entendidas como sintoma – uma vez que o patriarcado faz parte da estrutura desta sociedade, as ações de opressão de gênero não são pontuais e descoladas, mas legitimadas pela sociedade civil e pelo Estado. Ao longo da história da sociedade brasileira, muitos homens foram absolvidos de suas responsabilidades, em situações de opressão de gênero. Da mesma forma, muitas mulheres foram culpabilizadas pela violência sofrida e trancadas nos manicômios – suas vozes eram deslegitimadas como “insanidades” e o local dos insanos era longe da sociedade (PRIORE, 2006; ENGELS, 2006; ARBEX, 2013).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) transformou as práticas na atenção psicossocial e o entendimento sobre os sujeitos em sofrimento psíquico. No entanto, uma vez que entendemos que os sujeitos não são iguais e que essa afirmativa é que garante a equidade, o presente artigo buscou entender de que forma a categoria gênero, enquanto determinante social de saúde e cidadania, foi incorporada a RPB. Para isto, analisou os relatórios finais das quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM), realizadas até o presente ano (1987, 1993, 2001 e 2010).

As Conferências Nacionais de Saúde Mental e o debate sobre gênero para a RPB

Os relatórios finais da I e da II CNSM (1987 e 1993, respectivamente) não contêm qualquer relato sobre gênero, negros ou LGBT's. Citam os movimentos sociais e os movimentos comunitários, de forma ampla e genérica, para estarem juntos à construção da Reforma RPB. A III CNSM (2001) conta já na programação com espaços de discussão sobre gênero, saúde mental e pluralidade étnica, discriminação e saúde mental. Em seu relatório final, como medida de apoio e atenção a grupos específicos, dispõe sobre “[...] a inclusão de recorte de gênero, raça e etnia na elaboração, implantação e execução de diretrizes e ações nas campanhas promovidas pelos governos federal, estaduais e municipais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, pág. 31 e pág. 124). Ainda dispõe sobre a necessidade de profissionais de diferentes categorias a estarem presentes nos serviços de saúde para tentar atender, de forma integral, aos grupos minoritários em direitos e estimula “estudos e

pesquisas que investiguem o impacto do racismo na saúde mental da população negra e da população indígena.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, pág. 125).

A quarta e última CNSM ocorreu após nove anos (2010) e é a mais avançada no que tange às formas de enfrentamento às opressões. O relatório final dispõe sobre a garantia de acesso universal em saúde mental aos diferentes grupos minoritários em direitos e deliberou a necessidade de criar, implementar e fiscalizar as políticas de combate às desigualdades e superação de preconceitos. Para tal, define que as estratégias devem ser criadas junto aos usuários dos serviços de saúde mental a partir de debates sobre o machismo, racismo e a LGBTfobia e, junto a outras políticas, que atendam aos grupos específicos, como os programas de saúde quilombola, da mulher, do LGBT, etc. O documento ainda expressa a importância de acolher estes grupos nos serviços de saúde como parte da luta antimanicomial, pois entende que os manicômios também são simbólicos e, portanto, são as práticas excludentes e as relações desiguais de poder presentes na sociedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Outras estratégias presentes no documento são a educação permanente em direitos humanos à rede intersetorial de saúde mental e o fomento à pesquisa e a fóruns intersetoriais que tenham como tema o combate às opressões, as consequências do racismo para a subjetividade da população negra e a saúde mental da população LGBT e os impactos das violências. Também deliberou sobre comunicação, informação e relação com a mídia e a necessidade de campanhas de comunicação a combater todo tipo de violência, especialmente às mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O relatório final da IV CNSM faz a defesa da Lei 10.216/01 e a relaciona ao combate às opressões no que tange à saúde mental, incluindo as desigualdades étnicoraciais, das religiões afro-brasileiras, de orientação sexual, de gênero e muitas outras. Estabelece que os serviços do Sistema Único de Saúde devem prestar atendimento humanizado, não desrespeitoso, e assegura o nome social para travestis e transexuais em todos os seus estabelecimentos. Institui que as trabalhadoras do sexo, mulheres e crianças vítimas de violência devem ser acolhidas nos serviços da rede de atenção à saúde. Sobre a saúde mental das mulheres, ainda dispõe sobre a necessidade de:

Implantar estratégias de atenção, sob enfoque de gênero, à saúde mental das mulheres para: 1) melhorar a informação sobre as mulheres com sofrimento psíquico no SUS; 2) qualificar a atenção à saúde mental das mulheres; 3) incluir o enfoque de gênero e de raça na atenção às mulheres com sofrimento psíquico; 4) promover a integração com setores da sociedade civil, fomentando a participação nas definições da política de atenção às mulheres com sofrimento psíquico; 5) defender que a descriminalização do aborto seja uma realidade no país e que os serviços de saúde viabilizem esse procedimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

Apesar do apelo à interseccionalidade, esta não se fez presente durante todas as discussões expressas no relatório final da IV CNSM. As relações desiguais de gênero não foram citadas nos temas que não relacionados estritamente à promoção de saúde, como desinstitucionalização, trabalho e geração de renda, e outros. Ainda assim, a IV CNSM é a que mais avança na discussão da relação entre as desigualdades de gênero e o sofrimento psíquico e propõe formas de combatê-las. O relatório final propõe políticas públicas, educação permanente, capacitação, recursos, fóruns de discussão, campanhas de comunicação, além de práticas a serem realizadas no cotidiano do trabalho profissional – como oficinas, debates em reunião de equipe, matriciamento, e outros (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2010).

Contudo, por exemplo, não distingue as oportunidades de trabalho para homens e mulheres, não questiona os diagnósticos e nem a atenção psicossocial que é ofertada em resposta, não problematiza a construção social do lugar das mulheres e dos homens nos serviços de casa e as consequências para os Serviços Residenciais Terapêuticos. Assim sendo, as CNSM avançaram ao longo do tempo na compreensão das relações desiguais presentes na sociedade e de que forma são determinantes sociais de saúde, contudo é preciso pensá-las também de forma interseccional à autonomia e cidadania dos usuários dos serviços em saúde mental e em suas relações no território.

Entretanto, desde o ano da última CNSM, em 2010, até o presente ano, vivemos uma antirreforma psiquiátrica (GUIMARÃES e ROSA, 2019). Nenhuma outra Conferência Nacional foi realizada, centenas de canais de participação social foram extintos neste ano (BRASIL, 2019), e vivemos o desmonte planejado do SUS e da Reforma Psiquiátrica, tendo como consequências para os trabalhadores, usuários e comunidade, o atraso de salários, a falta de recursos e investimentos nos serviços – prejudicando o trabalho ofertado na perspectiva territorial e intersetorial – e a retomada do manicômio – e da lógica manicomial – como centro da Política Nacional de Saúde Mental. A Portaria 3.588/2017 prevê o aumento do investimento nos leitos de internação em hospitais psiquiátricos, enquanto o investimento em Centros de Atenção Psicossocial é o mesmo desde 2011 (GUIMARÃES e ROSA, 2019). Ainda, incentiva a ampliação das alas psiquiátricas em hospitais gerais (GUIMARÃES e ROSA, 2019). Há uma remanicomialização da Política Nacional de Saúde Mental (GUIMARÃES e ROSA, 2019) que foi responsável pela morte, cronificação e violação dos direitos humanos de milhares de pessoas durante a história da sociedade brasileira (ARBEX, 2013).

Considerações Finais

A medicina e a psiquiatria historicamente se debruçaram sobre o corpo feminino para controlá-lo. Não se eximiram de utilizar a violência, a tortura, o isolamento e o cárcere para atingir seus objetivos em nome da construção de um padrão social desejado para uma determinada sociedade. A luta antimanicomial no Brasil procura romper com essas práticas, transformar as concepções de sofrimento psíquico, sujeito e saúde e instituir novas práticas e ideias substitutivas ao manicômio simbólico e material. Buscou-se observar se tais transformações também se aplicaram às mulheres, ou seja, se houve também uma ruptura com a lógica manicomial que estigmatiza, culpabiliza, deslegitima e condena as mulheres pelas violências das quais são vítimas. Também foi pertinente analisar de que forma a categoria gênero aparece para a RPB – se continuou a individualizar opressões que são sistêmicas.

A última CNSM (2010) dá ênfase ao debate sobre gênero interseccional a outras formas de opressão. Propõe mudanças nas práticas dos profissionais – através de educação permanente e cursos de capacitação – e nos serviços de atenção à saúde – por meio das reuniões de equipe, matriciamento e oficinas – na perspectiva do combate às opressões. Ainda, propõe a elaboração de campanhas pelos meios de comunicação, formulação de políticas públicas, realizações de fóruns, debates e congressos sobre o tema visando minimizar as desigualdades e a violência. Contudo, em determinados eixos, como trabalho, álcool e outras drogas, desinstitucionalização, e outros, não há no relatório final qualquer discussão sobre como as relações desiguais de gênero perpassam estes eixos e suas consequências para as mulheres. Por exemplo, os salários desiguais entre gêneros e raças, as mulheres usuárias de drogas e as violências que sofrem, a dificuldade de acesso à cidade, entre outros¹¹.

A RPB, portanto, contribui bastante para romper com o controle sobre os corpos e a vida das mulheres, ato realizado pela medicina durante os últimos séculos. Contudo, esta política pública que sempre esteve em disputa, desde 2010 passa por um processo de remanicomialização, que coloca em ameaça as conquistas da luta antimanicomial e a vida das pessoas em sofrimento psíquico e daqueles que fogem ao padrão normativo da sociedade capitalista branca e patriarcal. O manicômio representa o isolamento, o cárcere, a violação de direitos, as práticas de violência, a intolerância à diferença e a desumanização do outro. Esta conjuntura convoca à sociedade civil a lutar em defesa dos direitos humanos, do cuidado em liberdade e do respeito à diferença.

A IV CNSM apresentou alguns caminhos possíveis de serem desenvolvidos nos serviços substitutivos – grupos auto-organizados, grupo de mulheres, cineclubes temáticos,

¹¹Ipea (2016)

celebração de dias importantes para a luta do povo brasileiro, e tantos outros. Estas atividades refletem nas supervisões de equipe, na apreensão das histórias dos sujeitos em sofrimento psíquico, no cuidado ofertado, refletindo também no cotidiano dos CAPS e de outros serviços da rede de atenção à saúde intersetorial. Estas intervenções em nível local têm a potência de romper com algumas práticas e lógicas manicomiais, mas não se deve pôr de lado a luta por políticas públicas que garantam o cuidado em liberdade, o respeito aos direitos humanos, os serviços substitutivos ao manicômio, sem deixar de mirar a construção de uma nova ordem societária livre de toda forma de exploração e opressão.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro: Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil**. 8. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013. 255 p.

BRASIL. Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Ministério da Saúde, Brasília, 1987.

_____. Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Ministério da Saúde Brasília, 1992.

_____. Relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Ministério da Saúde. Brasília, 2001.

_____. Relatório final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial. Ministério da Saúde, Brasília, 2010.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei nº 8.080. Lei Orgânica da Saúde de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 106 de 11 de fevereiro de 2000. Diário Oficial da União.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 336 de de2002. Diário Oficial da União.

CARTA DE BAURU. Encontro Nacional “20 anos de luta por uma sociedade sem manicômios”. Bauru, 2007. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf> . Acessado em 23/05/2019.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p.171-188, 2002.

COUTO, Rita Cristina. Eugenia, Loucura e Condição Feminina. **Cad. Pesq.**, São Paulo, n.90, p.52-61, ago., 1994)

ENGEL, M. Psiquiatria e feminilidade. In: PRIORE, Mary del. **História das Mulheres no Brasil**. 8ª ed, São Paulo: Contexto, 2006.

ENGELS, Friedrich. **A origem da Família, da propriedade privada e do Estado**. São Paulo: Editora Centauro,2002.

FACCHINETTI, Cristiana; CUPELLO, Priscila. O processo diagnóstico das psicopatas do Hospital Nacional de Alienados:: entre a fisiologia e os maus costumes (1903-1930). **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.697-718, jun. 2011.

GUIMARÃES, Thaís de Andrade Alves; ROSA, Lucia Cristina dos Santos. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019:: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, v. 44, p.111-138, maio a ago/2019

IPEA. Retrato das Desigualdades de Gênero e de Raça. Brasília. 2016

PASSOS, R. G. Luta antimanicomial no cenário contemporâneo: desafios atuais frente a reação conservadora. **SOCIEDADE EM DEBATE (UCPEL)**, v. 23, p. 55-75, 2017.

PRIORE, Mary del. Magia e medicina na Colônia: o corpo feminino. In: PRIORE, Mary del. **História das Mulheres no Brasil**. 8ª ed, São Paulo: Contexto, 2006.

ROTELLI, F; DE LEONARDIS, O; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo, Ed. Hucitec, 2001.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero Patriarcado Violência**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular: Fundação Perseu Abramo, 2015. 160 p.

TENÓRIO, F. A Reforma Psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

SARACENO, B. A cidadania como forma de tolerância. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 2, p. 93-101, 2011.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p.535-549, 2016.