



UMA EXPERIÊNCIA, MUITAS CONFIGURAÇÕES: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES DE GÊNERO.

Ana Paula Müller de Andrade¹

Festa de aniversário de um serviço de saúde mental, reconhecido por ter incorporado no seu projeto terapêutico os princípios da reforma psiquiátrica. Todos -usuários e usuárias, seus familiares, trabalhadores, gestores e pessoas da comunidade- que ali estavam, comemoravam juntos mais um ano de trabalho. No final da festa, Malu, usuária deste serviço há alguns anos, vestida especialmente para a mesma, pega um colchonete e se encaminha para ir dormir na rua.

Malu era uma mulher de aproximadamente 45 anos, branca, pobre, com uma história de sucessivas internações psiquiátricas, devido ao seu comportamento e humor instáveis, por vezes agressivo. Já havia morado com seu companheiro, com a sua irmã, freqüentado abrigos e casas de passagem, mas nesse momento seu lugar, mais uma vez, era a rua. Foi personagem responsável por muitas de minhas inquietações quanto a minha prática como psicóloga na assistência psiquiátrica neste serviço, bem como quanto aos desdobramentos que o processo de reforma da assistência psiquiátrica desencadeava na experiência objetiva e subjetiva das pessoas envolvidas nele, inclusive a minha. No dia desta festa o impacto desta cena, que evidenciava a complexidade, paradoxos e desafios da reforma psiquiátrica brasileira foi grande.

O campo da saúde mental e da reforma psiquiátrica brasileira vem se constituindo ao longo dos últimos trinta anos como campo de conhecimentos e práticas que caracteriza-se por um processo complexo, responsável por um conjunto de transformações teóricas e práticas que tem como objetivo transformar a assistência psiquiátrica. Tais transformações têm implicado mudanças importantes em vários sentidos, que vão desde a criação e consolidação de uma rede de serviços capazes de substituir o hospital psiquiátrico até a superação da cultura manicomial, construída historicamente.

Como consequência de mobilizações, de embates e de negociações entre setores com interesses diversos e divergentes, após vários anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei 10216/2001(BRASIL, 2004) foi aprovada. Em seu texto estabelece direitos para os portadores de transtornos mentais, regulamenta o cuidado com a clientela internada por longos anos e redireciona a assistência psiquiátrica no país, indicando a criação de uma rede de serviços comunitários que substitua o hospital psiquiátrico.

¹ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, UFSC. Email para contato: psicopaula@yahoo.com.br



Desde a aprovação da lei, os princípios da reforma psiquiátrica, em sua vertente assistencial, vem orientando a implantação dos chamados serviços substitutivos² ao hospital psiquiátrico, na perspectiva da consolidação de uma rede de serviços de saúde mental. Para Wetzel (2005, p.20), ainda que estes princípios orientem as políticas oficiais, “a sua concretização, via serviços, é heterogênea e não se pode, ainda, vislumbrar que elas tenham superado o sistema asilar”.

Movida por minha pesquisa de doutorado³, pelas atividades da pesquisa *Gênero, Subjetividade e Saúde Mental: políticas públicas, ativismo e experiências sociais*⁴, e por minhas inquietações, resolvi retomar o contato com Malu, no intuito de ouvir sua perspectiva quanto as suas experiências⁵ nos serviços de saúde mental. Neste momento, nem ela nem eu, estávamos mais no serviço em que havíamos nos conhecido. Ela estava morando há alguns anos numa pensão protegida⁶ e foi lá que nos reencontramos.

Fui então até a pensão onde ela estava morando e depois de conversar com o administrador da pensão e lhe explicar minhas intenções, pude conversar com Malu. Casualmente, ela entrou na sala em que eu conversava com o administrador e logo trocamos alguns comentários do tipo: “quanto tempo! Tu não tá lá no CAPS? Não, tô estudando. E quando tu te forma? Está tudo bem contigo?”. Logo comecei a lhe falar que estava ali porque meu trabalho agora era conversar com as pessoas que tivessem experiências de cuidado tanto no hospital como nos CAPS e outros serviços para saber o que achavam destes. Antes que eu concluísse, ela me interrompe e diz: “então, eu!”. E continua contando o que havia começado: “é isso que eu tava te dizendo, agora tá me nascendo uma outra língua aqui, eu fico enjoada e toda hora vomito. Eu já disse que tenho que ir no médico, que ele coloca um spray e melhora.” Conversamos bastante sobre esta situação e também outras coisas, e quando lhe chamaram para o almoço perguntei se poderia voltar outro dia ao que me respondeu: “se tu tiver com saúde, de carro e não tiver chovendo, sim.” Desde então, Malu

² A expressão serviços substitutivos é usada no campo da reforma psiquiátrica para designar aqueles serviços que seguem os princípios da mesma e que são constituídos com o objetivo de substituir o hospital psiquiátrico.

³ O objetivo central de minha pesquisa de doutorado é desenvolver uma análise crítica do movimento da reforma psiquiátrica brasileira, no contexto de Santa Catarina, sob a perspectiva dos sujeitos usuários serviços de saúde mental, levando em consideração as articulações entre os processos de desinstitucionalização e as configurações de gênero, classe, geração e etnia.

⁴ Esta pesquisa é coordenada pela Prof^a Dr^a Sônia Weidner Maluf (UFSC) e co-coordenada pela Prof^a Dr^a Carmem Susana Tornquist (UDESC), com financiamento do CNPq e da FAPESC e tem como foco fazer uma reflexão sobre as intersecções entre gênero, subjetividade e “saúde mental” nas culturas urbanas brasileiras contemporâneas.

⁵ Tomo aqui a experiência como sugerido por Scott: “Não são os indivíduos que têm experiência, mas os sujeitos é que são constituídos através da experiência. A experiência, de acordo com essa definição, torna-se, não a origem de nossa explicação, não a evidência autorizada (porque vista ou sentida) que fundamenta o conhecimento, mas sim aquilo que buscamos explicar, aquilo sobre o qual se produz conhecimento.” (1999, p.27)

⁶ As pensões protegidas foram criadas como alternativa de moradia a portadores de sofrimento psíquico.



estabelecia que meu retorno dependia apenas das minhas condições e não das dela, de voltar, o que ela mesma subverte, como veremos a seguir.

Ainda que tenha concordado em conversar comigo, e mostrar que dependia mais de minhas condições do que das suas, em um de nossos encontros disse que não se sentia disposta por ter tomado uma medicação injetável e pediu que eu voltasse outro dia. Durante todos os encontros reclamou do nascimento de sua segunda língua e, segundo minha conversa com o administrador da pensão, tal queixa não era considerada, por tratar-se de mais um de seus sintomas.

Tivemos cinco encontros, onde conversamos sobre diversos assuntos. Malu não consentiu que eu gravasse, disse que se eu quisesse eu poderia fazer anotações. Não gravei e fiz anotações somente depois de nossos encontros. Durante nossas conversas, como toda conversa, também me questionava sobre várias coisas assumindo muitas vezes a condução das mesmas confirmando o argumento de Tornquist (2003, p.71) de que “ cada vez mais os nativos são ativos.(...) Eles igualmente nos classificam em suas categorias prévias e também querem trocar – participam da dádiva que concedem.”

Nossos encontros foram interrompidos por vontade de Malu que no último encontro me disse num tom hostil, após uma conversa amigável: *“Agora tu já pode ir. E não precisa voltar que eu não tenho mais assunto contigo”*. Como não percebi nenhuma chance de negociação, respeitei e assim o fiz.

Assim, este trabalho foi construído a partir destes encontros com Malu e tem por objetivo mostrar, através da sua narrativa⁷ sobre suas experiências, algumas configurações que marcam as mesmas, dando ênfase as configurações de gênero. Entendo a narrativa como sugerido por Langdon (1999, p.247) “como o resultado do evento de sua narração num contexto cultural particular” e também, como “formas de interpretação do vivido” como entendido por Maluf (1999).

Nos encontros que tive com Malu, não esperava que ela pudesse construir uma narrativa “coesa” e linear sobre suas experiências, mas esperava construir com ela um clima propício para que pudéssemos dialogar sobre as mesmas. Para tanto, adotei como postura e aporte teórico metodológico, os pressupostos do trabalho etnográfico que, segundo Fonseca (2008), deve “manter o compromisso com o exercício do diálogo”, estabelecido horizontalmente.

⁷ A narrativa é entendida aqui, como sugerido por Langdon (1999, p.247) “como o resultado do evento de sua narração num contexto cultural particular” e também, como “formas de interpretação do vivido” como entendido por Maluf (1999).



Minha intenção também foi relativizar a noção de que o discurso das pessoas tidas como “psicóticas” é desorganizado e sem intencionalidade e justamente por entender que tais discursos são dotados de “coerência” e são dotados de intenção me dediquei a escutá-la.

Uma experiência: muitas configurações.

Malu tem uma trajetória pessoal significativamente marcada pelas experiências de cuidado tanto no hospital psiquiátrico como nos serviços substitutivos a este, uma vez que experimentou o cuidado em saúde mental, tanto no modelo asilar quanto no modelo psicossocial. Passou por inúmeras internações psiquiátricas mesmo após seu ingresso no serviço de saúde mental acima apresentado, por conta de seu comportamento instável e pela falta de suporte para seus momentos de crise. Naquela época o município não contava com serviços capazes de cuidá-la nestes momentos, como os CAPS III, leitos psiquiátricos em hospital geral e tampouco emergência psiquiátrica.

Se, à época da festa, não havia um serviço que pudesse abrigá-la naquela noite ou em seus momentos de crise, sua permanência nestes serviços, quando possível, era curta devido aos enfrentamentos e questionamentos que fazia quanto às regras que lhe eram impostas. Considerando sua história, é possível perceber que seus agenciamentos gravitavam em torno da resistência aos saberes, poderes e fazeres instituídos e instituíam, inevitavelmente, o instituinte, o *por fazer-se*, em todas as suas relações com o mundo.

Tais relações combinavam com o proposto por Foucault de que nas relações complexas de poder estão implicadas estratégias de luta e resistência, que nos permitem pensar nas possibilidades de constituição de modos de subjetivação capazes de escaparem dos saberes e poderes constituídos. Como alegou Deleuze (1992), como que dando prosseguimento aos estudos de Foucault, “os processos de subjetivação, isto é, as diversas maneiras pelas quais os indivíduos e as coletividades se constituem como sujeitos, só valem na medida em que, quando acontecem, escapam tanto aos saberes constituídos como aos poderes dominantes.”

A geração de Malu conheceu a assistência psiquiátrica primeiramente pela porta do hospital psiquiátrico e após a consolidação da reforma psiquiátrica no país, pela porta dos serviços substitutivos que, apesar de apostarem na substituição do hospital, em alguns casos, tem convivido com o mesmo, numa espécie de complementaridade. Suas percepções quanto a estes serviços emergiram em nossas conversas e foram expressas de algumas maneiras, como segue.



Num determinado momento de nossa conversa, pergunto sobre o hospital psiquiátrico, se tem ido lá, e me conta: *“uma mulher que trabalha aqui, ela não gosta de mim, eu estava deitada, dormindo, não tinha feito nada e ela me levou para o hospital.”* Em outro momento diz que não gosta do hospital psiquiátrico porque *“eles colocam umas coisas aqui no pulso e depois dão injeção na gente. Um dia me colocaram na cama e colocaram as coisas nos meus pulsos e depois me deram uma injeção. Fica tudo machucado aqui. [nos pulsos]. Eles dão remédio pra cabeça. Eu vou lá quando não tô bem da cabeça. Quando fico louquinha”*.

Em outro momento, pergunto sobre o CAPS e diz que frequenta semanalmente um, mas que não gosta muito pois *“lá no CAPS tem que ficar fazendo desenhinho, não pode ficar parada”*. E lembrando do serviço no qual nos conhecemos diz: *“ eu gostava de lá. Lá eu e o Vitinho [seu companheiro na época] ficava vendo TV, tomando um matezinho.”*

Modelos assistenciais paradigmáticos que convivem, dialogam e ainda que sejam conceitualmente opostos, pragmaticamente revelam pontos de encontro e contradição e se visibilizam nas experiências de Malu. Em uma de minhas visitas a pensão onde Malu estava morando, tive que esperar por quase quinze minutos que alguém abrisse a porta, e observei que as portas dos quartos também estavam chaveadas. Ao comentar com o administrador, me disse que era assim, pois caso fosse diferente algumas pessoas ali não sairiam da cama.

Mas as chaves que trancam as portas da instituição, não estão presentes quando se trata da singularidade das pessoas que a frequentam. Em outro de nossos encontros, Malu me presenteia com um chaveiro que havia ganhado em função das festas natalinas, pergunto se não quer colocar ali suas chaves e diz que não, que não tem chaves nos armários e que por isso ele não tem serventia nenhuma para ela. *“Não tenho chaves, aqui não tem armário com chaves”*.

Paradoxos, entraves, que situam a importância de ressaltar que o redirecionamento da assistência psiquiátrica não significa direcionar a loucura para outros espaços que estejam marcados pela lógica manicomial, mas redirecionar e redimensionar os saberes/fazeres e poderes que compõem este campo. Em seu texto sobre o manicômio mental⁸, Pelbart (1990) também atenta para estas questões, questionando se o próprio lema “Por uma sociedade sem manicômio” não teria um caráter asséptico, em que os loucos livres do manicômio passariam a ser acolhidos, desde que abolidas suas diferenças.

Apesar de reconhecer que havia se habituado naquele ambiente e que já morava ali há alguns anos, Malu fez algumas reclamações quanto ao lugar dizendo que ali haviam muitas regras,

⁸ Pelbart (1990) discute o manicômio mental como o aprisionamento da desrazão pelo pensamento calcado na racionalidade vigente.



como hora para almoçar, para tomar banho, todos os dias, e disse também que sua idéia era ir morar com a sua irmã.

Desta forma, parecem ser inúmeras as circunstâncias que indicam para o assujeitamento de Malu ao poder psiquiátrico e a sua institucionalização, no entanto é possível perceber não apenas em sua narrativa como também em seu comportamento que a resistência faz parte de seu processo de constituição de si. Além disso, apontam para algumas possibilidades que aproximam-se do caráter provisório, sempre incerto da formação do sujeito, como sugeriu Butler (1997), negando a este qualquer possibilidade de substancialização e ontologização.

Neste sentido, ainda que os dispositivos⁹ de poder pareçam apontar para uma captura total do sujeito pelo assujeitamento, é justamente nestes e por meio destes dispositivos que a resistência parece estar presente.

A narrativa de Malu faz pensar em como considerar as possibilidades de resistência dos sujeitos ante as práticas homogeneizadoras, e também em como pensar o sujeito potência que surge de processos de mortificação, tais como as práticas manicomiais. Como sugeriu Butler (1997), é somente estando assujeitado, nunca de forma exaustiva, que se constituem as condições a partir das quais o sujeito pode existir e resistir. Se ele é sujeito pelo poder biomédico, no caso dos sujeitos ditos sem razão é aí que se colocam as possibilidades de que haja resistência e potência. Isso é perceptível em algumas experiências de desinstitucionalização em que se visibilizam as possibilidades de constituição de modos de subjetivação capazes de escaparem dos saberes e poderes constituídos¹⁰, como é possível perceber na narrativa de Malu.

Estas são algumas configurações que conformam a experiência de Malu e evidenciam a complexidade do processo de reforma psiquiátrica.

Algumas considerações de gênero:

Um primeiro aspecto a ser destacado é o fato de que o gênero tem marcado, de forma significativa, o campo da saúde mental em toda sua história, mesmo que se encontre pouca literatura específica neste sentido. Um dos estudos realizados sobre esta questão na realidade brasileira é, por exemplo, apresentado por Cunha (1986) que discutindo o processo histórico do Hospício do Juquery, mostra como o gênero é um marcador importante dentro da organização do mesmo, conjugando-se com o da raça e de classe.

⁹ Dispositivos entendidos como compostos “por linhas de visibilidade, linhas de enunciação, linhas de força, linhas de subjetivação, linhas de brecha, de fissura, de fractura, que se entrecruzam e se misturam, acabando umas por dar nas outras, ou suscitar outras, por meio de variações ou mesmo mutações de agenciamento.” (Deleuze 1996, p.89)

¹⁰ Ver Pelbart (1993) sobre uma maneira, dentre outras, de “ouvir” a loucura.



Também pudemos perceber nos dados da pesquisa Gênero, subjetividade e saúde mental, que tanto a chamada saúde mental quanto o gênero vem se constituindo em regimes de subjetivação que se desdobram não apenas nas políticas públicas como também nos modos de cuidar e buscar cuidados nos serviços de saúde mental. Ser mulher e/ou sofrer afetivamente acabam definindo uma série de concepções bem como modos de sentir e pensar tanto pelas próprias mulheres como pelos profissionais de saúde quanto pelas pessoas que com elas convivem.

O gênero é entendido aqui, tal como exposto por Scott (1990, p.14) como um “elemento constitutivo das relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder.” Para a autora, os significados de gênero e poder se constroem mutuamente e se dão sobre uma relação pretensamente natural entre o masculino e o feminino, em que o masculino predomina, na cultura ocidental. No campo da saúde mental estas relações estão presentes de forma significativa, no modelo asilar, desde o surgimento dos hospitais psiquiátricos e parecem perdurar no modelo psicossocial, tanto nas práticas assistenciais como nas políticas públicas¹¹.

Desta forma, a interface gênero e saúde mental se evidencia na presença feminina no campo da assistência em saúde mental, como usuárias, familiares, trabalhadoras e gestoras dos serviços de saúde; na hipermedicalização da experiência feminina e sua articulação às assimetrias de gênero e, por fim, no modo de consideração da categoria gênero, tanto nas políticas públicas como nas formas de assistência e militância política.

No que se refere à Política Nacional de Saúde Mental, cumpre salientar que a ausência do gênero, apontada por Maluf (2006), enquanto categoria importante neste processo não condiz com a presença significativa das mulheres nos espaços em que tal política é gestada e executada. Isto pode estar relacionado aos poucos esforços que tem se empenhado na compreensão desta interface, mas também ao fato de que ainda que exista uma proposta de superação do modelo manicomial, de alguma maneira, ainda se incorra na repetição de algumas características deste. Neste sentido, se apontaria para a superação das *assimetrias da razão* - a dicotomia loucos / sãos - e se manteriam estas com relação ao gênero.

O gênero tem marcado, assim, as concepções e teorias acerca do sofrimento psíquico, bem como as políticas públicas, a militância e a prática assistencial, tal como apontou Silveira (2000), em seu estudo sobre as mulheres no Campeche. Para a autora, o “gênero tem motivado o

¹¹ Conforme MALUF (2006)



atendimento diferenciado na assistência médica, seja pela especificidade de características médico - fisiológicas, seja pelos preconceitos e estereótipos médicos a ele ligados.” (2000, p.84)

É possível entender o gênero enquanto um regime de subjetivação tem exercido implicitamente uma grande influência nas formas de pensar e intervir no campo da saúde mental e que o pouco reconhecimento de sua complexidade pesa sobre as mulheres que buscam, nos serviços de saúde mental, alívio para seus sofrimentos.

Como temos discutido, as experiências femininas se localizam nesta configuração de gênero e, no caso de Malu, se evidencia na surdez quanto as suas queixas. Trata-se de uma mulher, uma senhora, pobre e “louca”, sobre a qual incide esta e outras violências. Pelbart (2009) comenta que sendo o louco concebido como aquele que não sabe, não pode e não é sujeito, está situado como alvo da violência nas instâncias do saber, poder e subjetividade.

Assim, acredito que considerar o gênero enquanto um modo de constituição de subjetividade e de sujeitos é um desafio para o processo da reforma psiquiátrica brasileira.

Algumas considerações finais:

Considerando as inúmeras questões que permeiam o campo da saúde mental, ressalto a que se refere ao paradoxo implicado na questão da interpretação das experiências vividas pelas pessoas que utilizam os serviços de saúde mental. Por este motivo, o objetivo aqui não é mostrar, pela narrativa de Malu sobre suas experiências, que exista alguma verdade sobre os serviços de saúde mental, sequer questionar a importância da criação e consolidação de uma rede de serviços substitutivos que dêem conta do cuidado integral em saúde mental e em liberdade. A idéia é, de alguma maneira, dar visibilidade as possíveis interpretações sobre o processo da reforma psiquiátrica brasileira e apontar alguns aspectos importantes deste.

Uma vez que o louco ainda é visto como esse personagem social que simbolicamente corporifica a loucura, sua experiência com a mesma nem sempre lhe autoriza a narrá-la ou também de falar de si na mesma. Neste sentido, as narrativas foram utilizadas por que além de serem ordenadoras da experiência e lhe concederem um sentido, fazem parte do processo de situar o sujeito no mundo, nesse duplo de construir e ser construído por determinadas experiências.

Na tentativa de relativizar um pouco a chamada “desorganização” do pensamento/discurso, ainda que a linguagem possa refletir o pensamento, percebe-se que o *discurso desorganizado ou a fala psicótica* não são destituídos de coerência e apresentam, no geral, uma intenção, comunicam algo.



No cenário produzido pela reforma psiquiátrica brasileira tais pessoas passam a protagonizar fazeres e dizeres, agora instituídos e legimitados pelo mesmo. O trânsito de Malu nestes serviços, mais que evidenciar os paradoxos presentes nos mesmos, indica a fluidez e a capacidade dos sujeitos de resistir aos saberes hegemônicos e instituídos e a exigência de negociação e ampliação do entendimento daquilo que tem sido considerado como sofrimento psíquico e suas terapêuticas.

Mas como resistir, escapar, criar linhas de fuga, possibilidade de subverter práticas históricas e socialmente constituídas e hegemônicas, como no caso da psiquiatrização da experiência subjetiva e da mortificação dos sujeitos entendidos como destituídos de razão? Como sugeriu Pelbart (2003) “Como pensar as subjetividades em revolta?”

Acredito que algumas possibilidades podem estar situadas no âmbito da superação do manicômio mental e da cultura manicomial tão presente nas instituições de saúde mental e na sociedade em geral bem como no entendimento de que os sujeitos são capazes de escapar aos saberes/poderes e fazeres instituídos. Em um de nossos encontros, eu e Malu estávamos conversando quando uma mulher, moradora da pensão, aparentando aproximadamente cinquenta anos, gorda, com dificuldade para caminhar bem como tremores nas mãos (características bastante comuns entre as pessoas institucionalizadas), se aproximou de nós, sentando-se num banco próximo. Com a proximidade dela, Malu ficou um tempo sem falar nada e após uns instantes de silêncio vira para mim e diz: “antes de ficar assim, quero sair daqui”, reconhecendo os efeitos da institucionalização.

Por fim, apontar algumas configurações de gênero, geração, dentre tantas outras que poderiam ter sido analisadas, teve por objetivo mostrar como as experiências são atravessadas por estas e se constituem através delas. Por isso, uma experiência, muitas configurações.

Referências Bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. *Legislação em saúde mental – 1990/2004*, 5ª Edição Ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BUTLER, Judith. *The Psychic Life of Power: Theories in Subjection*. Standford: Standford Univ. Press, 1997.

CUNHA, Maria Clementina P. *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*. 2ªed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DELEUZE, Gilles. *O mistério de Ariana*. Lisboa: Vega, 1996.

DELEUZE, Gilles. *Conversações: 1972-1990*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

FONSECA, Claudia. *Mesa Redonda: desafios da etnografia hoje*. UFSC, 2008.



- LANGDON, E.J. A fixação da narrativa: Do mito para a poética de literatura oral. *Revista Horizontes Antropológicos*. Porto Alegre, ano 5, n.12, p 13-36, 1999.
- MALUF, Sônia Weidner. Antropologia, narrativas e a busca de sentido. *Revista Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 5, n12, p69-82, 1999.
- MALUF, Sônia Weidner. *Gênero, subjetividades e saúde mental. Práticas e representações sobre "saúde mental" através de uma abordagem de gênero*. Projeto de Pesquisa. UFSC, 2006.
- PELBART, Peter Pal. *Vida Capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo: Editora Iluminuras, 2003.
- PELBART, Peter Pál. Manicômio mental — a outra face da clausura. In: Lancetti, Antonio (org.). *SaúdeLoucura 2*. São Paulo: Hucitec, p. 130-138, 1990.
- SCOTT, Joan. Experiência. In: SILVA, Alcione; LAGO, Mara C. de S. e RAMOS, Tânia R.O. *Falas de Gênero: teorias, análises, leituras*. Florianópolis: Editora Mulheres, 1999.
- SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Revista Educação e Realidade*. Porto Alegre, 16 (2): 5-22. jul/dez. 1990.
- SILVEIRA, Maria Lucia da. *O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- TORNQUIST, Carmem Susana. *Salvar o dito, Honrar a dádiva- dilemas éticos do encontro e da escuta etnográfica*. Impulso, Piracicaba, 14(35): 63-74, 2003.
- WETZEL, Christine. *Avaliação de serviço de saúde mental: a construção de um processo participativo*. Ribeirão Preto, 2005. Tese de Doutorado.