

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

TAMIRIS CRISTINA GOMES MAZETTO

**LUTO MANICOMIAL E MEMÓRIAS COLONIZADAS:
LEMBRANÇAS DE TRABALHADORAS DE HOSPITAIS
PSIQUIÁTRICOS**

SOROCABA

2024

TAMIRIS CRISTINA GOMES MAZETTO

**LUTO MANICOMIAL E MEMÓRIAS COLONIZADAS:
LEMBRANÇAS DE TRABALHADORAS DE HOSPITAIS
PSIQUIÁTRICOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, ao Departamento de Ciências Humanas e Educação da Universidade Federal de São Carlos, para obtenção do título de doutor em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Roberto Vieira Garcia.

SOROCABA

2024

Mazetto, Tamiris Cristina Gomes

Luto manicomial e memórias colonizadas: lembranças de trabalhadoras de hospitais psiquiátricos / Tamiris Cristina Gomes Mazetto -- 2024.
403f.

Tese de Doutorado - Universidade Federal de São Carlos, campus Sorocaba, Sorocaba

Orientador (a): Marcos Roberto Vieira Garcia

Banca Examinadora: Rachel Gouveia Passos, Ianni Regia Scarcelli, Sonia Barros, Viviane Melo de Mendonça

Bibliografia

1. Memória coletiva e trauma social. 2. História da psiquiatria no Brasil. 3. Trabalhadoras(es) de hospitais psiquiátricos. I. Mazetto, Tamiris Cristina Gomes. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática (SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Maria Aparecida de Lourdes Mariano -
CRB/8 6979




UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Humanas e Biológicas
Programa de Pós-Graduação em Educação

Folha de Aprovação

Defesa de Tese de Doutorado da candidata Tamiris Cristina Gomes Mazetto, realizada em 21/02/2024.

Comissão Julgadora:

Documento assinado digitalmente
 **MARCOS ROBERTO VIEIRA GARCIA**
Data: 22/02/2024 18:46:19-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>


Prof. Dr. Marcos Roberto Vieira Garcia (UFSCar)


Profa. Dra. Rachel Gouveia Passos (UFRJ)

Profa. Dra. Ianni Régia Scarcelli (USP)

Profa. Dra. Sônia Barros (MS)

Profa. Dra. Viviane Melo de Mendonça (UFSCar)

Documento assinado digitalmente
 **VIVIANE MELO DE MENDONCA**
Data: 23/02/2024 20:52:14-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Documento assinado digitalmente
 **BARBARA CRISTINA MOREIRA SICARDI NAKAYAMA**
Data: 27/02/2024 17:34:33-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação.

Dedico esse trabalho em memória de todas as pessoas que foram institucionalizadas e mortas no polo manicomial da região de Sorocaba-SP.

AGRADECIMENTOS

Às mulheres recordadoras que compuseram esse estudo, por me confiarem as suas memórias sobre o polo manicomial de Sorocaba.

Às mulheres de minha família, especialmente Cristina, minha mãe, Yolanda e Nair, minhas avós (em memória, minhas saudades diárias) e tia Má.

Ao amado César, pelo cuidado, amor e delicadeza.

Às professoras Dra. Rachel Gouveia Passos e Dra. Ianni Scarcelli, presentes na banca de qualificação e de defesa, pelas valiosas contribuições que resultaram nessa tese e por serem grandes referências e inspirações.

Às professoras Dra. Sônia Barros e Dra. Viviane Mendonça, também grandes referências e inspirações, por aceitarem o convite para a composição da banca de defesa e apresentarem fundamentais contribuições à versão final da tese.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Marcos Garcia, companheiro de lutas por um mundo mais justo e bonito, meus agradecimentos pela parceria e afeto.

Às pessoas que compõem o Grupo de Pesquisa Saúde Mental e Sociedade.

A todas as pessoas que lutam por uma sociedade sem manicômios e sem manicomializações, em especial, àquelas que frequentam e constroem os serviços da rede de atenção psicossocial.

Às pessoas que se movimentaram pelo fechamento do maior polo manicomial do Brasil, especialmente àquelas organizadas no Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba (FLAMAS) – no passado, no presente e no futuro.

Às queridas Pati e Carulina, amigas e compartilhantes de aventuras, alegrias e dores na “selva de pedra”. Às pessoas queridas da Psicologia da Unesp de Assis, especialmente, às amigas do “*Amor fati*”. Às pessoas queridas da psicologia em Sorocaba, em especial, Carol, Tom e João. À Maria Teresa, Joice, Thaís, Ágatha, Maria Gabi, Jéssica, Rogério, Regina e Júlio (em memória), companheiros de lutas. Aos amigos Anderson e Rosa, parceiros nas alegrias e colo nos momentos difíceis. Ao Tales. À Mariangela, que me acompanha na arte de afetos. À Cris, Elisângela Cris e Pri, três queridas que me cuidam.

Às pessoas que compõem o Núcleo de Estudos de Gênero, Diferenças e Sexualidades, coordenado pela querida profa. Dra. Vivi (ane) Mendonça.

Às pessoas com quem tive o prazer de trabalhar no SUS, em especial, Márcia, Camila e Vanessa. Às pessoas que eu encontrei nos serviços da RAPS, especialmente Fabiana (em memória), Daniele e Daniel.

Ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de São Carlos, campus Sorocaba.

“O que vai ser contado aconteceu em algum lugar, mas poderia acontecer aqui, hoje ou amanhã” (Frantz Fanon, 2022).

RESUMO

Esta tese tem como objetivo analisar as memórias sobre os manicômios da região de Sorocaba-SP, por meio de histórias orais de mulheres que neles trabalharam. Busca investigar as condições de trabalho nos manicômios e a institucionalização das/os trabalhadoras/es, considerando as tramas que articulam colonialidade e manicomialidade, em especial, em suas intersecções com as questões de raça e gênero. A memória coletiva sobre os manicômios revelou que mais de dois terços das pessoas institucionalizadas eram negras, a maioria analfabeta, sendo oriundas, em muitos casos, de outras cidades do estado de São Paulo e até mesmo de outras regiões do Brasil. A população internada encontrava-se em uma brutal condição de cronificação; os/as denominadas/os “crônicos/as” foram submetidas/os aos “tratamentos” mais violentos e se constituíram como o grupo mais sujeito à morte manicomial, o que incluía crianças e adolescentes. As mulheres institucionalizadas que, em sua maioria, eram negras, foram submetidas, ainda, à violência dos estupros. Sobre as experiências de trabalho, foi constatada a exploração do trabalho das funcionárias mulheres, de forma particular, sob o discurso de “trabalho por amor”, como marca do histórico abuso do trabalho reprodutivo essencializado como feminino. As lembranças das entrevistadas foram consideradas como “memórias emblemáticas”, tendo em vista a publicização das memórias individuais como força importante na produção de rupturas sociais. A divisão do mundo e a fragmentação das biografias como rastros do colonialismo, com a perpetuação da segregação racista, classista e misógina repercutiram nos cortes populacionais e no “tratamento” conferido à loucura e à/ao “louca/o”, o que, possivelmente, levantou fronteiras nos próprios corpos das trabalhadoras: “corpos-fronteira” entre o “trabalho por amor” e a operação das violências institucionais. Na análise sobre a permanência de conteúdos negadores e defensivos nos processos de laboração e elaboração de memórias, inspirada nas reflexões de Grada Kilomba sobre o “luto colonial”, este estudo propôs o conceito de “luto manicomial”. Este corresponde à perpetuação de um cerco ao imaginário social, por meio da repetição da narrativa que atribuiu à internação na “psiquiatria” o selo de única ação possível para o suposto amparo de pessoas em intenso sofrimento psicossocial, de forma atemporal, em benefício da manutenção dos poderes, privilégios e prestígio dos “senhores-proprietários” do mercado da loucura. O “luto manicomial” produz o impedimento do luto próprio e coloniza memórias, sentidos e afetos, possibilitando reflexões sobre as dificuldades no avanço na reforma psiquiátrica antimanicomial no Brasil.

Palavras-chave: Hospitais psiquiátricos; Interseccionalidade; Colonialidade; Memória coletiva.

ABSTRACT

This thesis aims to analyze memories about mental hospitals in the region of Sorocaba, state of São Paulo, through oral histories of women who worked in those places. Its objective is to investigate working conditions in asylums and the institutionalization of workers, considering the plots that articulate coloniality and asylum, especially in their intersections with issues of race and gender. The collective memory about asylums revealed that more than two thirds of the institutionalized people were black, the majority were illiterate, and came, in many cases, from other cities of the São Paulo state and other Brazilian regions. The hospitalized people found their self in a brutal chronic condition; Those called as “chronic” were subjected to the most violent “treatments”, they constituted the group most subject to asylum death, which included children and adolescents. Institutionalized women, the majority of whom were black, were also subjected to the violence of rape. Regarding work experiences, the exploitation of the work of female employees was noted, particularly under the discourse of “work for love”, as a mark of the historical abuse of reproductive work essentialized as feminine. The interviewees' memories were considered “emblematic memories”, considering the publicization of individual memories as an important force in the production of social ruptures. The division of the world and the fragmentation of biographies as traces of colonialism, with the perpetuation of racist, classist and misogynistic segregation, had repercussions on population cuts and on the “treatment” given to madness and the “crazy”, which possibly, raised boundaries in the workers’ own bodies: “border-bodies” between “work for love” and the operation of institutional violence. In the analysis about the permanence of denying and defensive contents in the processes of working and elaborating memories, inspired by Grada Kilomba's reflections on “colonial mourning”, this study proposed the concept of “asylum mourning”. This corresponds to the perpetuation of a siege on the social imaginary, through the repetition of the narrative that attributed to hospitalization in “psychiatry” the seal of the only possible action for the supposed support of people in intense psychosocial suffering, in a timeless way, for the benefit of maintaining of the powers, privileges and prestige of the “lord-owners” of the madness market. “Asylum mourning” produces the impediment of one’s own mourning and colonizes memories, senses and affections, enabling reflections on the difficulties in advancing anti-asylum psychiatric reform in Brazil.

Keywords: Psychiatric hospitals; Intersectionality; Coloniality; Collective memory.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| INTRODUÇÃO | 12 |
| PARTE I. AS VEIAS ABERTAS DAS POLÍTICAS MANICOLONIALISTAS | 30 |
| Capítulo 1. Os caminhos percorridos no exercício de pesquisar | 31 |
| 1.1. Como podemos conversar com as histórias que nos cercam?..... | 31 |
| 1.2. A História Oral e a perspectiva de uma história dialogada..... | 36 |
| 1.3. Confluências entre Decolonialidade e Interseccionalidade..... | 42 |
| Capítulo 2. O presente é o locutor do passado e o interlocutor do futuro | 54 |
| 2.1. Testemunhas oculares e a memória coletiva..... | 54 |
| 2.2. Memórias da “terra rasgada” em intersecção com as histórias dos brasis e da psiquiatria moderna/colonial..... | 64 |
| PARTE II. NOS PORÕES DA LOUCURA DE SOROCABA | 84 |
| Capítulo 1. As trabalhadoras da memória: histórias das recordadoras e os manicômios | 85 |
| 1.1. Geni | 102 |
| 1.2. Cristina..... | 122 |
| 1.3. Marta..... | 146 |
| 1.4. Helena..... | 163 |
| 1.5. Ana Francisca..... | 180 |
| 1.6. Antônia..... | 189 |
| PARTE III. OS ALTOS MUROS DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS | 218 |
| Capítulo 1. A memória social dos manicômios | 219 |
| 1.1. Racismo? No manicômio? Quem foi que disse?..... | 222 |
| 1.2. Pedagogias coloniais/manicomiais de gênero e sexualidade..... | 262 |
| Capítulo 2. A memória política | 291 |
| 2.1. Intersecções de gênero, raça e classe e os regimes de tortura, mortificações e mortes..... | 293 |
| 2.2. O manicômio não tem cura..... | 326 |
| Capítulo 3. A memória do trabalho | 340 |
| 3.1. As barreiras que se levantam no hospital psiquiátrico..... | 340 |
| 3.2. (Sobre)viver na ilha: as fronteiras entre o sujeito e o (seu) mundo..... | 351 |
| 3.3. O silêncio não nos protege: reflexões sobre luto e partilhas..... | 371 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 385 |
| REFERÊNCIAS | 394 |
| ANEXO 1 - Roteiro de Entrevista | 403 |

INTRODUÇÃO

Se para mim, a um certo momento, colocou-se a necessidade de ser efetivamente solidário com um determinado passado, fi-lo na medida em que me comprometi comigo mesmo e com meu próximo em um combate com todo o meu ser, com toda a minha força, para que nunca mais existam povos oprimidos na terra (Fanon, 2008, p. 188).

A região composta por Sorocaba, Salto de Pirapora, Piedade e Pilar do Sul, no final do século XX e início do XXI, foi reconhecida como um dos maiores polos manicomiais do Brasil (Garcia, 2012). Foi também o palco de uma aguerrida luta pelo fechamento dos manicômios, construída de forma mais organizada pelos movimentos sociais a partir do ano de 2010, com ampla repercussão nacional. O polo manicomial chegou a ser composto por dez hospitais psiquiátricos e, à época das denúncias contra as violações sistemáticas de Direitos Humanos intramuros, contava ainda com sete grandes hospícios.

A luta organizada dos movimentos antimanicomiais balançou as estruturas dos hospícios, que persistiam com um fôlego extra na região estudada, em função da articulação de um grupo poderoso constituído pelos médicos e empresários da loucura (Yasui, 2008). Os donos de hospícios, em sua maioria, eram homens e brancos, e são nomeados como “senhores proprietários” nesse estudo, em alusão ao conceito de “senhor branco simbólico” utilizado por Grada Kilomba (2019), que denuncia a repetição de cenas coloniais onde os/as brancos/as assumem uma posição de dominação em relação às pessoas negras na perpetuação do racismo.

Acreditamos que a análise de Kilomba (2019) se aplica aos “senhores proprietários” dos manicômios por estes sustentarem o modelo asilar, ao arrepio da legislação brasileira, por mais de uma década após a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, a Lei 10216/01 (Brasil, 2001). Destacamos, ainda, a contribuição dos proprietários de hospício na produção de um cerco ao imaginário social, por meio da incorporação e perpetuação da narrativa que conferiu à internação na “psiquiatria” o selo de única ação possível para o “amparo” de loucos/as, abandonados/as e desvalidos/as.

O sistema concentracionário que organiza as instituições psiquiátricas é caracterizado por uma disposição “claustrofóbica” dos corpos nos espaços de confinamento, materialmente falando, o que revela a precariedade das condições a que eram/são submetidas as pessoas privadas de liberdade. O manicômio também é

“claustrofóbico”, simbolicamente, ao ser analisado como um dos representantes da lógica histórico-estrutural que coloniza os corpos e os regimes de socialização na ordem capitalista, influenciando a produção de subjetividades e a constituição de saberes sobre a “normalidade” e a “loucura”.

A fim de retomarmos a circulação de ar nesse espaço de texto, recuperamos a memória das lutas, resistências e conquistas dos movimentos sociais antimanicomiais organizados em nosso país, dentre os quais destacamos a atuação do Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba (Flamas). O Flamas se constituiu como importante articulador político no território pesquisado, tendo realizado um levantamento de dados sobre os indicadores dos manicômios da região de Sorocaba, após divulgação da pesquisa do Censo Psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do estado de São Paulo de 2008 (Barros, Bichaff, 2008).

O aprofundamento da análise dos dados sobre os hospícios da região de Sorocaba apontou, dentre muitas violações graves, para os piores índices de mortes entre as pessoas internadas em comparação a todos os outros hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo (Flamas, 2011). E esse dado foi imprescindível para o fortalecimento da luta social para o fechamento dessas “instituições da violência” (Basaglia, 2010).

O desmonte do polo manicomial foi realizado de forma processual, após a realização de investigações pelo Ministério Público e a intervenção do Ministério da Saúde, tendo se completado apenas no ano de 2018, sob a vigência do Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) pactuado em 2012 entre Ministério Público do Estado de São Paulo, Ministério Público Federal, prefeituras municipais de Sorocaba, Salto de Pirapora e Piedade, Governo do Estado de São Paulo e Governo Federal (Tac, 2012). Finalmente, teve início o fechamento do maior polo manicomial do Brasil, por meio de um projeto de Desinstitucionalização¹, popularizado pelos/as atores/atrizes do território

¹ A desinstitucionalização representa um processo social complexo, que visa a consolidação de transformações à nível técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sócio-cultural em relação ao cuidado em saúde mental (Amarante, 1997). Esse processo é viabilizado pelo engajamento de sujeitos sociais em um esforço coletivo de transformação das relações de poder entre usuários e serviços de saúde, produzindo estruturas de atenção à saúde e relações que substituam inteiramente a internação em hospitais psiquiátricos (Rotelli, 2001).

como “desinsti” – que entendemos, na realidade, ter se aproximado mais de uma desospitalização².

Embora não tenha sido devidamente cumprido até hoje, de acordo com nossa análise, o TAC Sorocaba representou a quebra de um circuito de violências social, cultural e economicamente enraizadas na região. Lembramos que, em nome da “razão”, da higienização social e de uma ideologia de benemerência, o polo de manicômios de Sorocaba funcionou por quase cinco décadas.

De forma muito simplificada, podemos inferir que o manicômio, como lugar material, representou/representa um depósito para os/as sem lugar na sociedade, um bom negócio para os empresários da loucura dentro da lógica privatista da saúde, e o local de trabalho de diversas categorias profissionais. Enquanto ente social e simbólico, é preciso reconhecermos que o manicômio possui um alcance imenso, por ter representado/representar a organização higienista dos territórios, a manutenção de uma ordem “científica” que produziu/produz o/a “Outro/a” como “inferior” e, portanto, objeto de esquadrinhamento, controle e intervenção. No âmbito da regulação social daquilo que é nomeado como “loucura”, citamos a gestão das dissidências que ousavam/ousam desafiar a norma cisheteropatriarcal³, a invenção e a segregação das denominadas “classes perigosas”, a produção/reprodução do racismo e a aceitabilidade do extermínio como práticas manicomialis, dentre outras violências brutais.

Nesse sentido, esse maquinário não se limitou/limita apenas à composição de uma engrenagem científica, com seu saber-poder sobre a “loucura”; ou econômica, cuja produção do objeto “louco/a” possibilita a construção de um nicho lucrativo – o mercado

² Compreendemos o conceito de desospitalização como uma política de altas hospitalares, no contexto da redução gradual de leitos ou fechamento de hospitais psiquiátricos, o que adquire, no tecido social, um caráter de reforma de um modelo de atenção sem o alcance da radicalidade de um projeto de transformação social (ROTELLI, 2001).

³ Para aprofundamento no debate sobre a norma cisheteropatriarcal, recomendamos a leitura de “A Nação Heterossexual” de Ochy Curiel (2013). Na referida obra, ao construir o conceito de “heteronação”, a autora nos convoca ao questionamento do paradigma patriarcal, androcêntrico e heterocêntrico da ciência. Curiel (2013) evidencia as implicações sociais e políticas da divisão sexual do trabalho e critica a naturalização das categorias de homem, mulher, sexo, todas relacionadas com raça e classe. Em outro importante trabalho, Curiel (2020, p. 133) afirma que “[...] tanto a raça quanto o gênero, a classe, a heterossexualidade, etc. são constitutivos da episteme moderna colonial; elas não são simples eixos de diferenças, são diferenciações produzidas pelas opressões, de maneira imbricada, que produzem o sistema colonial moderno”.

da loucura; ou cultural, na medida em que a Psiquiatria Moderna se colocou como salvação de todo o corpo social de modo simbólico, “livrando-o” do/a “louco/a” e da “loucura” para a suposta garantia da saúde de toda a sociedade (Cunha, 2022; Fanon, 2008; Foucault, 1999; Goffman, 2007).

Assim, na encruzilhada das engrenagens econômica, científica e cultural, ligadas às dinâmicas de superexploração e produção de desigualdades como parte do projeto histórico-estrutural da colonialidade⁴, a Psiquiatria Moderna não cessou/cessa de produzir “Outridades” rebaixadas a uma espécie de subcidadania, o que é revelador de uma parte importante de nossa história enquanto sociedade. Entre as subcidadanias, destacamos, nesse estudo, as categorias “louco/a” e “doente mental” como “identidades fictícias”, não passíveis de vida, de cuidados e de luto (Passos, 2023; Faustino, 2022). E recordamos que a cidadania encontra um limite intransponível dentro da perspectiva manicomial de existência do “cidadão ideal”, estando a loucura definitivamente excluída do espaço social (Birman, 1992).

Dos primórdios do Alienismo até a consolidação da Psiquiatria Moderna como “Ciência”, as bases organicistas foram um dos elementos fundantes das propostas de tratamento-encarceramento da “loucura”, sendo a raça uma criação determinante para a construção social da categoria “doente mental” como uma humanidade rebaixada. A

⁴ O conceito de colonialidade, fruto do trabalho do intelectual peruano Aníbal Quijano em diálogo com outros/as pensadores/as do grupo Modernidade/Colonialidade, desvela a condição de dominação perpetuada no presente mesmo com o fim do colonialismo moderno – colonização das Américas, África e Ásia como constituição geopolítica e geo-histórica da modernidade ocidental europeia. Nesse sentido, não houve uma mudança significativa na divisão internacional do trabalho entre centros e periferias, tampouco foi superada a hierarquização étnico-racial das populações. “O que acontece, ao contrário, é uma transição do colonialismo moderno à colonialidade global”, como nos apontou Curiel (2020, p. 128). A autora, partindo das contribuições de Enrique Dussel, sustenta que a modernidade ocidental eurocêntrica, o capitalismo global e o colonialismo são uma trilogia inseparável (Curiel, 2020).

medicina eugenista⁵ e a teoria da degenerescência⁶, enquanto tecnologias de controle social inscritas sob as insígnias da “Ciência”, puderam contar com a Psiquiatria Moderna e com a sua instituição, o manicômio, para se fortalecerem no cenário sociopolítico de uma sociedade cada vez mais compartimentalizada. Essa lógica de apartamento de mundos, seres e modos de existir deve ocupar o lugar que lhe cabe na história da humanidade: maquinário de fabricação de segregação, de realização de experimentos “científicos” comprometidos com as teorias racistas, classistas e cisheteronormativas, lugar de deixar morrer e de produzir mortificações.

Os escritos de Franco e Franca Basaglia (2010), que qualificam o manicômio como uma criação do capitalismo, desvelam a exclusão do doente mental como uma escolha deliberada na sociedade de classes, desde as margens produzidas no contexto da divisão social do trabalho. De acordo com os autores, as instituições psiquiátricas cumprem o mandato social de contenção das pessoas consideradas indesejáveis sociais, sendo os aspectos sociais que circundam a “loucura” forjados por representações que necessitam ser nomeadas em suas diferenças e desigualdades. É fundamental, nessa perspectiva, não perdermos de vista o imbricamento das diferenças e desigualdades nas relações sociais, onde classe, gênero e raça constituem-se como elementos centrais nas/das manicomializações (Pereira, Passos, 2017).

A ideia de raça é central na constituição da racionalidade moderna. Raça é aqui entendida como noção ideológica (e não biológica) e uma criação branca dentro do pacto

⁵ O Brasil, à época da ascensão do nazismo e do fascismo na Europa, sustentou uma recomposição ideológica no mesmo sentido, com destacada atuação da intelectualidade tradicional racista e elitista que culminou na criação da Liga Brasileira de Higiene Mental (Costa, 2006). O programa da Liga de Higiene Mental, fundado na intolerância e no obscurantismo, defendia a esterilização e a segregação de indivíduos considerados “desequilibrados” ou “degenerados”, de acordo com a ideologia de que haveria uma “raça inferior” formada por indivíduos não brancos. Dentro do espectro de indivíduos que a ideologia eugenista qualificava como “rebotalho de raças inferiores”, estavam negros/as, asiáticos/as, indígenas, nordestinos e miscigenados (Moura, 2020; Costa, 2006). Assim, a medicina eugenista fez uso de um pseudossaber psicológico, a fim de justificar a inferiorização da população negra e indígena perante a população branca, o que se traduziu/traduz em práticas e diagnósticos racistas e xenofóbicos nas instituições de saúde (David, 2022).

⁶ Sobre a teoria da degenerescência, Emiliano de Camargo David refere que “[...] a aproximação da população negra à loucura passou por processos de afirmação do racismo científico, que vinculava os negros à degeneração humana, afirmando uma suposta inferioridade intelectual e afetiva” (2022, p. 83). Em sua tese de doutorado, o pesquisador destaca a criminalização dos ritos e dos costumes afrodiaspóricos, o que se constituiu como base para a manicomialização de negras(os) e para a constituição de uma cultura proibicionista, ainda persistentes no cotidiano dos territórios periféricos, pobres e negros.

moderno que conectou “progresso” e “barbárie”, cuja herança refletiu/reflete no racismo científico. No Brasil, a ficção da existência de uma “democracia racial” e o projeto de branqueamento da população por meio da miscigenação mantiveram enraizado o medo branco de ser comparado ao negro (Almeida, 2018).

De acordo com Silvio Almeida, o conceito de raça não é estático, mas dependente das relações dos grupos sociais. Nesse sentido, a raça serve para garantir o funcionamento de normas sociais vigentes, sendo o racismo racionalmente produzido e reproduzido: “é uma relação social, o que significa dizer que a raça se manifesta em atos concretos ocorridos no interior de uma estrutura social marcada por conflitos antagônicos” (Almeida, 2018, p. 40).

Os processos de racialização e inferiorização dos/as negros/as e indígenas foram/são forjados concomitantemente à racialização e universalização dos/as brancos/as – sendo todos/as, portanto, racializados/as, de acordo com os estudos críticos sobre os efeitos do processo de colonização. Portanto, as invenções da ideia de raça, racismo e supremacia branca são elementos histórico-estruturais das/nas relações sociopolíticas, dos/nos processos de subjetivação e das/nas instituições no mundo ocidental e/ou ocidentalizado. E esses elementos necessitam ser analisados como conectores das violências sistêmicas do passado com as barbáries do presente (Bento, 2014).

“Nas sociedades de classes multirraciais e racistas como o Brasil, a raça exerce funções simbólicas”, perpetuando, mesmo após a desagregação da sociedade escravocrata, uma definição inferiorizante do/a negro/a (Souza, 2021, p. 48). Isso faz do racismo o mantenedor da hegemonia branca nas relações interraciais, o que reflete no posicionamento fixado e desigual dos indivíduos na estrutura de classes. Em relação ao significativo negro/a (colonizado/a) e a fabricação social da loucura, Fanon (2022, p. 251) afirma que a “verdade é que a colonização, em sua essência, já se apresentava como uma grande fornecedora dos hospitais psiquiátricos”.

Dentro desse debate, lembramos que, em relação à constituição étnico-racial da população internada nos hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo, o Censo Psicossocial realizado em 2008, período em que o polo manicomial de Sorocaba ainda estava em pleno funcionamento, demonstrou a prevalência de pessoas brancas. Porém, comparativamente ao censo demográfico realizado no ano 2000, a proporção de pessoas

negras institucionalizadas em relação ao contingente populacional de negros/as era maior dentro dos hospícios, estando as causas das internações de negros/as associadas à ausência de renda e de moradia (Barros *et. al*, 2014).

Heleieth Saffioti (2013) afirma que, no capitalismo, as características de sexo e raça se tornam mecanismos que funcionam em desvantagem no processo competitivo e atuam de forma conveniente para a conservação da estrutura de classes. As contradições de gênero e raça, portanto, aparecem tramadas e indissociáveis na constituição da sociedade de classes, o que se aproxima da análise de Sueli Carneiro (2003), que destaca a máxima de que a raça informa a classe na sociedade capitalista.

Ao analisar a intersecção de raça e classe nos escritos de Frantz Fanon, Emiliano David (2022) aponta que o pensador martinicano, em sua análise sobre a alienação de negros/as na sociedade de classes, considera, para além dos aspectos psíquicos, que a tomada de consciência das realidades econômicas e sociais são fatores decisivos para a verdadeira desalienação do negro. Junto com David (2022), recuperamos a passagem de Fanon que elucida essa intersecção de raça e classe: “só há complexo de inferioridade após um duplo processo: inicialmente econômico; em seguida pela interiorização, ou melhor, pela epidermização dessa inferioridade” (Fanon, 2008, p. 28).

Na construção dos diálogos que buscamos sustentar nessa tese, seguimos os fios-guia da história oral, da interseccionalidade e dos estudos decoloniais para analisarmos a função social dos manicômios na regulação das diferenças-desigualdades pela mesma sociedade capitalista-colonial que historicamente as produziu.

Em nosso percurso de composição de saberes, métodos e metodologias, destacamos o protagonismo de Lélia Gonzalez na construção de um feminismo afro-latino-americano, proposto por ela desde a sua compreensão profunda sobre a América, em seu caráter multirracial e pluricultural (Rios, Lima, 2020). Lélia Gonzalez nos ensinou que os “efeitos dos estereótipos racistas e sexistas da patriarcal ‘democracia racial’ brasileira”, no polo oposto ao da dominação, fazem “dos negros e das mulheres cidadãos de segunda classe” (Gonzalez, 2020, p. 109).

Imbricado à questão racial, o gênero se constitui como perspectiva fundamental de análise para considerarmos a historicidade da condição das mulheres internadas nos

manicômios, desvelando a violência estrutural que relaciona a “loucura feminina” ao “ser mulher” (Cunha, 2022; Engel, 2004; Ongaro Basaglia, 1986). Os diagnósticos atribuídos às mulheres, no contexto do maquinário manicomial, foram/são predominantemente biomédicos, reproduzindo visões estereotipadas sobre o sofrimento, forjados sob a repressão das sexualidades e as punições às dissidências aos papéis sociais de gênero e sexualidade impostos.

As repercussões dos diagnósticos psiquiátricos, especialmente para as mulheres negras, refletiram/refletem na atribuição de transtornos mentais mais severos e inferiorizantes, na moralização e medicalização das sexualidades, no maior tempo de internação e em castigos aviltantes, sendo o grupo que ocupa uma posição radical de aniquilamento (Cunha, 2022; Pereira e Passos, 2019). Nas palavras de Gonzalez (2020, p. 109): “não é difícil visualizar a terrível carga de discriminação a que está sujeita a mulher negra”.

Como efeitos das cargas de inferiorização e discriminação que acometem as mulheres, entendemos que as experiências de sofrimento psicossocial das mulheres cisgênero podem se estender, se complexificar e se agravar nos contextos das identidades de gênero e sexualidades dissidentes, especialmente na intersecção com as relações sociais de raça/etnia. As identificações de gênero e/ou a orientações sexuais que escapam ao que /é construído socialmente como norma – cisgeneridade e heterossexualidade –, são brutalizadas no sistema capitalista, resultando em graves violações, opressões e extermínios impetrados contra mulheres transgênero e pessoas travestis (Benevides, 2020).

Diante da indissociabilidade das relações de gênero, raça e classe na ordem colonial-capitalista, pensamos de forma crítica a constituição dos manicômios e das manicomializações como parte dos sistemas de opressões que deram/dão contorno a esse modelo de sociedade, onde a “colonialidade da razão” se revela como desdobramento da experiência de dominação colonial (David, 2022).

Partindo da baliza epistêmico-política que articula colonialidade e manicomialidade, estabelecemos como objetivo, na feita dessa tese, a problematização das recordações e dos esquecimentos relacionados aos manicômios da região de Sorocaba-SP a partir das histórias orais de mulheres que neles trabalharam.

Nosso envolvimento com as questões que relacionam colonialidade e manicomialidade se deu, especialmente, a partir do encontro com Grada Kilomba. Kilomba (2019) refere que as memórias traumáticas da colonização e do racismo produziram uma ferida colonial impedida de ser devidamente elaborada no presente, o que buscamos associar às memórias sociais traumáticas dos manicômios.

A construção da memória coletiva sobre o trauma manicomial na região pesquisada representa a nossa tentativa de contribuição ao campo de pesquisas críticas sobre os hospitais psiquiátricos brasileiros. Neste intento, apostamos na potência revolucionária da escuta sensível das memórias como forma de resistência aos silenciamentos e apagamentos históricos produzidos na/pela racionalidade manicomial-colonial.

Como o conhecimento se constitui nos domínios da linguagem, da memória e do espaço (Mignolo, 2010), buscamos interrogar, na análise dos relatos orais, como as experiências de trabalho no manicômio, traduzidas nas laborações e elaborações das entrevistadas, têm o potencial de revelar conflitos e contradições incontornáveis à compreensão mais aprofundada da lógica manicomial – lembrando que essa lógica é estrutural e se perpetua no presente, sob velhas e novas roupagens, inclusive, (re)povoando nosso imaginário e memória coletiva.

O campo de nossa pesquisa revelou recordações de cenas brutais de violência, cronificação, exclusão e aniquilamento em que se encontrava a população internada. Os/as denominadas/os “crônicos/as” foram submetidas/os aos “tratamentos” mais cruéis e se constituíram como o grupo mais sujeito à morte manicomial, incluindo crianças e adolescentes. E essa realidade presente nos relatos sobre o passado produziu em nós diversas inquietações, dentre as quais o questionamento: como os/as trabalhadores/as das instituições psiquiátricas vivenciaram tal cotidiano?

Embora importantes análises sobre a institucionalização de trabalhadores/as já tenham sido elaboradas por pensadores como Frantz Fanon (2008, 2020), Franco Basaglia e Franca Ongaro Basaglia (2010), Erving Goffman (2007) e Michel Foucault (1999), observamos que, em relação às realidades manicomiais brasileiras, tal problematização é pouco encontrada na literatura. Assim, a institucionalização dos/as trabalhadores/as dos manicômios, analisada a partir de suas memórias e possibilidades e/ou impossibilidades

de elaboração crítica da realidade manicomial, emergiu como importante reflexão para esse estudo.

No intento de desvelarmos as marcas manicomiais traumáticas presentes nos territórios-corpos pesquisados, recuperamos as memórias de doze mulheres e dois homens que trabalharam nos manicômios da região de Sorocaba, cujos esforços para se lembrar (ou se esquecer) dos processos vividos nos instrumentalizaram na construção da pesquisa. Fizemos uma escolha metodológica e política de utilizarmos as memórias das mulheres para a tessitura do texto, como uma tentativa de reparação à exclusão de mulheres das narrativas históricas (Rago, 2013). Ouvimos mulheres de diferentes grupos étnico-raciais e de diferentes classes sociais. De mãos dadas com María Lugones (2020, p. 78), que critica “o controle patriarcal e racializado da produção – inclusive de conhecimento – e da autoridade coletiva”, buscamos desconstruir essas lógicas dominantes.

Nos encontros com as entrevistadas, nomeadas como “recordadoras” nesse estudo, identificamos, nas intersecções das relações, os dilemas por elas vivenciados na construção da memória social do polo manicomial (Bosi, 2023). Sobre as experiências de trabalho, nos deparamos com narrativas reveladoras da exploração do trabalho das funcionárias mulheres, de forma particular, sob o discurso de que estas realizariam um “trabalho por amor” nas instituições.

Como processo e produto do histórico abuso do trabalho reprodutivo essencializado como feminino, a difundida ideia da realização de um “trabalho por amor”, no contexto dos hospícios, também se revelou como um paradoxo incontornável: como o manicômio, palco de diversas violações de direitos, apagamentos e extermínios, portanto, de um “cuidado” impossível, foi retratado e significado como o local de exercício de um possível ofício amoroso? Diante dessa situação dilemática (Pichon-Rivière, 2009), entre o “cuidado” e a operacionalização das violências institucionais, construímos a ideia de que as recordadoras habitaram um “corpo-fronteira”.

A perpetuação das segregações racista, classista e misógina, com repercussões profundas nos cortes populacionais e no “tratamento” conferido à loucura e à/ao “louca/o”, possivelmente, levantaram fronteiras nos próprios corpos das trabalhadoras de manicômios e nos seus processos de lembrar-e-esquecer: “corpos-fronteira” entre o

“trabalho por amor” e a operação de violências institucionais. Considerando os impactos das memórias do passado na vida das mulheres entrevistadas no presente, seguimos na/pela escuta das narrativas de seus “corpos-fronteira”, que se reconheceram e se estranharam na construção das histórias vivenciadas entre o “cuidado” (im)possível, a tentativa de amenizar as experiências de sofrimento das pessoas internadas e a reprodução das violências manicomialis.

Pensamos a divisão do mundo, a fragmentação das biografias, a constituição de memórias colonizadas pela matriz colonial do poder e os apagamentos históricos como rastros do colonialismo (Mignolo, 2010). Nossa análise sobre a permanência de conteúdos negadores e defensivos nos processos de laboração e elaboração de memórias que fundam essa pesquisa, foi inspirada pelas reflexões de Grada Kilomba (2019) sobre o luto colonial, seguindo, ainda, caminhos abertos por importantes interlocutores/as do campo antimanicomial ou “antimanicolonial” (David, 2022; Passos, 2023).

Ao considerarmos as contribuições de Kilomba (2019), recuperamos a sua reflexão sobre a marginalização de determinados corpos e identidades como uma das dimensões intrínsecas ao colonialismo. A política do colonialismo, de acordo com a autora, é a política do medo que se produz e atualiza pela/na criação de um/a “Outro/a” como desviante e ameaçador/a. O fetiche da invenção do/a “Outro/a” como uma ameaça constante é revelador da invasão do “luto colonial”, como efeito do “medo branco” em relação ao sujeito negro que, na realidade, oculta o medo de si. O sujeito branco, segundo Fanon (2008), cria o negro (e o colonizado) a partir de uma defesa paranoide, projetando no sujeito negro os significantes do mal, da feiura, da promiscuidade, do sombrio, do exótico e do primitivo; ao mesmo tempo, se autodeclara como bom, belo, racional, universal e civilizado.

O sujeito branco localiza o/a “Outro/a” e a si mesmo, a partir de sua posição de poder e, nesse sentido, pode atribuir a esse/a “Outro/a” aquilo que não necessita atribuir a si mesmo: a racialização. Ao ser interpelado em seus privilégios, o sujeito branco reencena um ritual de ocupação colonial, rejeitando a ideia de perdê-los, o que se reflete na reprodução do racismo cotidiano, em suas diversas formas de expressão. Esse fenômeno, caracterizado pela incredulidade e indignação do sujeito branco diante da possibilidade de que as/os “Outras/os” raciais possam se tornar iguais a ele, é nomeado por Kilomba (2019) como “luto colonial”.

A partir da ideia do “luto colonial”, pensamos as repercussões dessa invasão colonial no campo da Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, e construímos a hipótese da existência de um “luto manicomial”. A tese do “luto manicomial” deve ser analisada levando-se em consideração os processos de colonização/manicomialização dos modos de existir, das memórias, dos sentidos e dos afetos, como uma invasão manicomial persistente que resulta em dificuldades para o avanço da reforma psiquiátrica antimanicomial no Brasil.

O luto manicomial corresponde à manutenção de um cerco ao imaginário social, por meio da repetição de narrativas e ações estrutural e historicamente construídas e naturalizadas como normativas. No luto manicomial, em uma reencenação constante de um passado que não passa, a internação psiquiátrica se perpetua como centralidade das ações possíveis de (des)“cuidado” das pessoas em intenso sofrimento psicossocial. É como se a nossa capacidade de imaginar uma sociedade sem manicômios e sem manicomializações fosse sequestrada, restando uma fantasia colonial-manicomial de que a existência do hospício e das demais instituições de privação de liberdade que violam direitos humanos seria aceitável como uma espécie de “mal necessário”.

Nesse sentido, é possível considerarmos a existência de um “medo do louco e da loucura” como desdobramentos do “medo branco”: esse medo de si fundado na negação da identificação com o/a “Outro/a”, produzido/a como “não ser”, onde o/a “Outro/a” racializado/a (colonizado/a) se desdobra para contornar a identidade do/a “louco/a” (Kilomba, 2019; Fanon, 2008). Como afirma Rachel Passos (2018), antes da constituição da psiquiatria moderna, havia o navio negreiro. O fetiche colonial-manicomial ou o “medo do louco” produziu/produz as pactuações colonizadoras que forjam os contornos do “cidadão ideal” – branco, masculino, cisheterossexual, sem deficiência, proprietário – em oposição à constituição das subcidadanias ou “cidadanias tresloucadas” (Passos, 2023; Birman, 1992).

A perpetuação da colonialidade da razão na constituição das intervenções e das instituições manicomiais, de forma atemporal, se desenvolveu/desenvolve, ainda, em benefício da manutenção dos poderes, privilégios e prestígio dos “senhores-proprietários” do mercado da loucura na sociedade capitalista. E os contornos da ideia de cidadania hegemônica, que é colonial, nas fronteiras entre o reconhecimento da humanidade de alguns sujeitos em detrimento da desumanização de muitos, necessitaram historicamente

da criação de instituições especializadas e da institucionalização do trabalho de operadores/as dos sistemas de exclusões e regulações sociais.

Em relação à constituição das “instituições especializadas”, recordamos os principais hospitais psiquiátricos que formaram o polo manicomial de Sorocaba, objeto desse estudo, que seguem elencados:

- **Hospital Psiquiátrico Vera Cruz** (1969 – 2018), com 512 leitos SUS, era voltado exclusivamente ao público considerado masculino e localizava-se na zona rural do município de Sorocaba, às margens da Rodovia Raposo Tavares;
- **Hospital Psiquiátrico Prof. André Teixeira Lima** (1962 – 2015), com 254 leitos SUS, “atendia” os públicos masculino e feminino e ficava dentro da cidade de Sorocaba, próximo à região central, em uma área povoada e movimentada do bairro Vila Haro;
- **Hospital Psiquiátrico Mental Medicina e Saúde** (1972 – 2014), com 363 leitos SUS, “abrigava” o público feminino e estava situado na Vila São Domingos, bairro da zona leste de Sorocaba, mais precisamente na Avenida São Paulo;
- **Hospital Psiquiátrico Jardim das Acácias**, o antigo Manicômio Dr. Luiz Vergueiro (1918 – 2014), com 240 leitos SUS, “atendia” os públicos masculino e feminino, ocupando significativo espaço na Avenida General Carneiro, uma localidade de grande fluxo de pessoas no município de Sorocaba;
- **Clínica Psiquiátrica Salto de Pirapora** (1976 – 2018) com 455 leitos SUS, “atendia” exclusivamente o público feminino, localizada no município de Salto de Pirapora, às margens da rodovia João Leme dos Santos;
- Hospital Psiquiátrico Santa Cruz (1977 – 2018), com 503 leitos SUS, era voltado ao público masculino, vizinho de muro da Clínica Psiquiátrica Salto de Pirapora;
- Hospital Psiquiátrico Vale das Hortências (1975 – 2016), com 465 leitos SUS, localizado no município de Piedade;
- **Hospital Psiquiátrico Pilar do Sul** (1978 – 1996), com 340 leitos SUS, no município de Pilar do Sul.

Destacamos, na lista dos manicômios, as seis instituições em que as mulheres que entrevistamos efetivamente trabalharam, ainda que, em suas recordações, elas também tenham citado os outros hospícios listados. Informamos, ainda, que, “Com exceção do Jardim das Acácias, que é [era] gerido por entidade beneficente sem fins lucrativos, os

demais são [eram] empresas privadas. Com relação à esfera de gestão do SUS, os quatro situados na cidade de Sorocaba são [eram] de gestão municipal e os demais de gestão estadual” (Garcia, 2012, p. 109), o que totalizava 2792 leitos SUS na região pesquisada.

Por meio da proposta metodológica-relacional da História Oral (Portelli, 2010; Patai, 2010), colhemos, nos relatos das entrevistadas, questões que tocaram em algumas temáticas: com relação às pessoas privadas de liberdade nos manicômios, abordamos assuntos relacionados à desumanização, constituição étnico-racial, questões de gênero e sexualidade, traumas, castigos, medicalização, infantilização, controle das experiências e do tempo, mortes e resistências das pessoas internadas; em relação às recordadoras, investigamos diferenças intragênero, institucionalização, divisão sexual e racial do trabalho, efeitos subjetivos das experiências vividas, memórias, luto desencadeado pelo fechamento dos hospícios e ações desalienantes.

O grupo formado pelas doze recordadoras não representou uma tentativa de forçar uma coesão, que de fato não existe, pois, as categorias “mulheres” e “trabalhadoras de manicômios” não dão conta de produzir análises críticas e complexas sobre as relações sociais de gênero, em suas intersecções com outros marcadores de diferenças-desigualdades, que se imbricam nas tramas de opressões e privilégios (Vergès, 2020; hooks, 2023).

Como as mulheres entrevistadas construíram o seu “cabedal de memórias” (Bosi, 2023) a partir de uma referência comum, o trabalho no hospital psiquiátrico – ainda que as participantes tenham apontado, em suas falas, sobre as suas conexões com outros grupos de pertencimento, como o familiar, o profissional, as relações sociais nas igrejas e nos grupos de amigos/as (Halbwachs, 1990) –, algumas “imagens do passado” foram por elas conformadas de um modo bastante próximo (Benjamin, 2020). Destacamos, ainda, que o fato de as recordadoras evocarem experiências de outras mulheres em contextos próximos aos delas, colocando-se como as “porta-vozes” de uma memória coletiva, é indicativo da constituição de uma grupalidade (Pichón-Riviere, 2009; Halbwachs, 1990).

Nos encontros com algumas das recordadoras, observamos o cruzamento de suas falas com as suas próprias biografias, com as histórias de pessoas de seus territórios existenciais (o que incluiu algumas poucas pessoas internadas), com o contexto

situacional das instituições psiquiátricas e da sociedade, de modo geral, à época do trabalho no hospício. Além dessas lembranças, as entrevistadas também analisaram algumas repercussões do fechamento dos manicômios em suas vidas, bem como os impactos desse acontecimento na organização social do trabalho nos territórios.

As recordadoras construíram hipóteses sobre o destino dos “pacientes”, sobre os impactos da ausência dos hospitais psiquiátricos na rede de “proteção social” e criticaram a atual realidade dos “tratamentos” em saúde mental ofertados pelos Centros de Atenção Psicossocial e pelos Serviços Residenciais Terapêuticos no território pesquisado. Passado e presente, nesse sentido, seguiram interconectados nas narrativas das entrevistadas.

Consideramos importante a reflexão de que o fim dos manicômios significou também o fim das equipes que atuaram nessas instituições, o que foi narrado por algumas das entrevistadas como um choque de mundos (Scarcelli, 2011). No campo, nos deparamos com questões relacionadas a uma espécie de luto impedido (Kilomba, 2019), o que nos conectou com marcas sensíveis das vivências das recordadoras que, aparentemente, não haviam sido elaboradas.

As marcas de um “passado-presente” nos relatos das recordadoras foram representadas de variadas formas: por silêncios, apenas parcialmente rompidos; pela defesa do hospício como uma espécie de preservação da própria história; por recordações que privilegiaram o que denominaram “parte boa” das experiências; por uma loquacidade em relação aos fatos coexistindo com o apagamento dos afetos; pela qualificação de performances institucionais como “trabalho por amor”; pelo sequestro da imaginação sobre a possibilidade de “cuidar” em liberdade; por desvios das narrativas dos assuntos que envolviam maior violência, dentre outras expressões que emergiram nas histórias por elas narradas.

As memórias das recordadoras (e esquecedoras) se constituem como a base de nossa escrita. São as memórias encarnadas, sentidas na própria carne pelas mulheres que encontramos (Mendonça, 2020), que buscamos analisar. Ouvimos os seus relatos individuais em seu potencial de se constituírem como “memórias emblemáticas” (Stern *apud* González, Sandoval, 2012; Rago, 2013): memórias individuais que, ao se encontrarem e serem publicizadas, podem adquirir força para a produção de rupturas

sociais, mantendo vívidos os processos que não podem ser esquecidos, e que necessitam ser coletivamente elaborados e politicamente transformados.

Localizamos essa pesquisa no campo de uma produção coletiva e militante, o que justificou, tanto em acordo ao posicionamento político aqui adotado como às regras de gramática da língua portuguesa, o uso dos pronomes pessoais na terceira pessoa do plural – “nós”. Reconhecemos, no entanto, que a autoria carrega também as marcas de quem pesquisa, representando a captura e a condensação de uma cena histórica de forma singular pelo sujeito autor (Segato, 2021), o que nos colocou a necessidade de sustentação do recorte da experiência da pesquisadora principal em algumas situações. Nessas situações específicas, usamos os pronomes na terceira pessoa do singular – “ela” / “dela” –, a fim de demarcar a posição da pesquisadora.

Acreditamos que todas as interlocuções foram imprescindíveis para chegarmos à organização das ideias nessa tese e citamos alguns lugares onde essas trocas se deram de forma mais organizada: o Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba (Flamas); o Grupo de Pesquisa Saúde Mental e Sociedade, coordenado pelo professor e orientador Marcos Garcia; e o Núcleo de Estudos de Gêneros, Diferenças e Sexualidades, coordenado pelas professoras Viviane Mendonça e Kelen Leite, onde as conexões com companheiras/os de militâncias, colegas pesquisadoras/es e amigas/os foram muito importantes.

O presente estudo compõe o projeto *Problematizando a desinstitucionalização: uma análise das trajetórias de egressos de manicômios da região de Sorocaba*, que reúne pesquisas sobre a saúde mental no território e as suas interseccionalidades, orientadas pelo professor Marcos Garcia. Como parte desse projeto ampliado, a nossa pesquisa obedeceu aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar (CAEE 66084917.0.0000.5504).

Nas páginas seguintes, estruturamos o trabalho em três partes. A parte 1 foi dividida em dois capítulos. No primeiro capítulo, apresentamos o caminho percorrido, em termos metodológicos, bem como sinalizamos o processo de chegada ao nosso problema de pesquisa (ou problemas de pesquisa); na sequência, destacamos a importância do trabalho da memória e apontamos os métodos da história oral, da interseccionalidade e da virada decolonial do pensamento como fundamentais na produção das reflexões sobre

as histórias que nos cercam. No capítulo 2 da seção 1, trouxemos importantes intercessores que nos conduziram pelos caminhos da construção das laborações e elaborações da história, como Antônio Bispo dos Santos, Adriana Varejão, Conceição Evaristo e Lélia Gonzalez; e apresentamos algumas análises sobre os cruzamentos da formação social dos brasis com as memórias da colonização do território pesquisado e os caminhos de construção da psiquiatria moderna/colonial; apontamos que o primeiro asilo de alienados de Sorocaba (uma colônia agrícola) funcionou como balão de ensaio do hospício Juquery, em seu projeto de se constituir como “asilo modelar”; e recordamos a implantação do primeiro hospício de Sorocaba, o Instituto de Higiene Mental Dr. Luís Vergueiro, que foi fundado vinte anos após o fechamento do primeiro asilo de alienados. A parte 2 foi estruturada em um capítulo, onde apresentamos brevemente as doze recordadoras que participaram desse estudo. Construímos, ainda, seis subcapítulos designados pelos nomes fictícios de seis entrevistadas, que foram selecionadas para a transcrição integral de seus relatos em função da complexidade e da riqueza das recordações e palavras por elas compartilhadas. Na parte 3, construímos o processo de análise das entrevistas e, para tal exercício, apresentamos recortes das falas das seis entrevistadas que tiveram as suas falas reproduzidas integralmente na parte 2, acrescidas de trechos das narrativas das outras seis participantes que também contribuíram com a pesquisa. Dividimos essa seção em três capítulos, sendo que o primeiro abordou as divisões sociais e raciais dos corpos das equipes e das pessoas internadas; e as pedagogias manicomiais de gênero e sexualidade impostas às pessoas institucionalizadas. O capítulo 2 da seção 3 foi composto por recordações e reflexões sobre a memória política, onde destacamos a institucionalização da tortura e do extermínio no bojo da ditadura civil militar como cenário ideal para a proliferação de hospitais psiquiátricos; colocamos em relevo o fato de o polo manicomial da região de Sorocaba ter sido formado nesse período do regime de exceção; e discorremos sobre o início da constituição do Movimento da Luta Antimanicomial, sobre o processo de normatização da Reforma Psiquiátrica Brasileira e sobre as disputas históricas no campo da Saúde Mental. Com o processo de mudança no paradigma do tratamento em saúde mental, destacamos a invasão da psiquiatria tradicional manicomial na disputa pelo controle e gestão dos serviços substitutivos, o que pode ser percebido pelo fenômeno ocorrido em Sorocaba, onde os primeiros Centros de Atenção Psicossocial e os primeiros Serviços Residenciais Terapêuticos foram abertos pelos proprietários do polo manicomial. Por fim, no capítulo 3, aprofundamos as reflexões sobre a memória do trabalho nos manicômios e sobre os

efeitos deste nos “corpos-fronteira” das mulheres trabalhadoras; discorreremos sobre o “luto manicomial” como uma hipótese de continuidade do “luto colonial” apresentado por Grada Kilomba (2019), onde refletimos sobre como as memórias das recordadoras parecem estar aprisionadas a um processo de luto que não é próprio, mantido pela aliança com o mito de fundação dos manicômios como instituições caridosas e necessárias aos/às considerados “desajustados/as”; e, dentro das representações sobre um luto impedido e sobre a colonização das memórias pelo “luto manicomial”, destacamos os dilemas da realização de um luto que parece impossível, bem como discorreremos sobre os impactos deste no avanço da reforma psiquiátrica brasileira, em sua perspectiva antimanicomial, anticolonial, antirracista e anticapitalista.

PARTE I

VEIAS ABERTAS DAS POLÍTICAS MANICOLONIALISTAS

Capítulo 1. Os caminhos percorridos no exercício do pesquisar

1.1. Como podemos conversar com as histórias que nos cercam?

(...) varrer séculos de sujeição, se libertar das ideologias de pacificação e assimilação e ressuscitar uma imaginação largamente reprimida pelas condições de vida (...). O poder nos ensinou a reagir à violência cotidiana do capitalismo racial com calma e racionalidade e aceitar com resiliência o abuso de autoridade e o arbitrário (Vergès, 2023, p. 58)

Com as linhas da história oral e das memórias encarnadas, buscamos costurar as nossas conversas com doze mulheres sobre uma “herança” que pesa coletivamente: a história dos manicômios que nos cerca a todas/os, enquanto sociedade. Essas histórias narradas podem, elas mesmas, se constituírem como pedaços soltos ou memórias espalhadas que, quando conectadas, dão forma a um espaço histórico necessário aos exercícios de laboração e elaboração de memórias (Vergès, 2023).

Seguindo a pista de que ainda temos muito a aprender em relação à história dos manicômios e aos processos de institucionalização, sentimos a necessidade de fazer contato com formas que ainda nos parecem imutáveis e enraizadas no social pela perpetuação da tradição colonial-manicomial. Esse contato, ao mesmo tempo que representou um aprendizado, nos lançou ao exercício coletivo de desaprender sobre o manicômio, de interrogá-lo junto às entrevistadas, que, por sua vez, nos ensinaram sobre as suas funções e funcionamentos.

Voltamos um pouco no tempo e recordamos um episódio vivido pela pesquisadora no de 2018, um ano antes do desejo de feitura desse projeto acadêmico se manifestar. A cena era uma reunião do Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba (Flamas), onde uma pessoa participante compartilhou, de forma crítica, a hipótese/informação de que as/os “trabalhadoras/es de manicômio” do passado seriam as/os mesmas/os trabalhadoras/es da rede de saúde mental no presente, especialmente ocupantes dos cargos de “cuidadoras/es” nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

A sentença “trabalhador/a de manicômio” repercutiu na pesquisadora, que ficou povoada por questionamentos acerca da presença das “trabalhadoras/es de manicômio” na rede substitutiva: o que essas pessoas teriam a dizer sobre as diferenças entre os hospícios e os serviços em liberdade? Teriam elas passado por algum tipo de

formação/preparação após a saída do hospício? Elas “deveriam” estar nos Caps e SRT? Se ali não estivessem, para onde teriam ido após o fechamento dos hospícios?

O campo da pesquisa foi desenhando outros caminhos de análise e novos questionamentos, sem necessariamente encontrar respostas para as questões previamente imaginadas. Ao nos depararmos com o pensamento de Franco Basaglia (2010), que analisou que “(...) o nascimento de novos serviços descentralizados não representou automaticamente o fim do mandato para a separação e a exorcização das contradições” (p. 253), isso também nos habitou. Lembramos que as contradições no campo das políticas públicas de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas são históricas e, nos contextos brasileiros, sofreram duros golpes que resultaram em graves retrocessos⁷.

Somente a título de ilustração, entre os anos de 2019 e 2022, as políticas públicas foram devastadas pela institucionalização da tortura e pelo desmonte da seguridade social como políticas de governo, durante os anos de Jair Bolsonaro na presidência da República. Isso não se deu sem as resistências de pessoas, grupos, movimentos sociais organizados e instituições que se opuseram à barbárie.

No campo da Saúde Mental, emprestamos as palavras de Antonio Bispo dos Santos (2023) para qualificar o retorno das políticas manicomialistas, embora ele as tenha empregado para analisar outra política pública em nosso país, a da habitação, como mais uma manifestação colonialista: “Foi um ataque brutal, violento, perverso, racista, institucionalmente colonialista” (p. 60). Essas palavras nos pareceram certeiras para a análise da reencenação do passado manicomial que, ainda em vias de ser elaborado e transformado, foi cortado por novas-velhas violências (Kilomba, 2019), nessa espécie de

⁷ Em 2019, foi publicada uma Nota Técnica da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2019), que afirmava não existirem serviços substitutivos (alegando serem todos importantes) e previa a internação de crianças e adolescentes (contrariando o ECA), dentre outros retrocessos, tendo recebido críticas de pesquisadores e entidades do campo antimanicomial, o que culminou no recuo do governo federal e na retirada da nota do site do Ministério da Saúde. Em 2019, o governo sancionou a Lei nº 13.840, alterando a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas que, dentre outros impactos, decretava a proibição da redução de danos como política pública, defendia a abstinência e estimulava a internação em comunidades terapêuticas, inclusive, autorizando a internação compulsória. Em 2022, o governo publicou um decreto que extinguiu a Coordenação de Saúde Mental, dentre outros graves retrocessos que representavam o desmonte da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil e a remanicomialização das políticas públicas (Santos, Moraes, 2022).

luto impedido e passado que não passa, caracterizando o que chamamos de luto manicomial nessa pesquisa.

O presente, como substrato para a construção das memórias sobre os manicômios e manicomializações (Halbwachs, 1990), nos interpelou, ainda, com uma imensidão de questões relacionadas à Pandemia de *Covid 19*⁸, sendo que essa Catástrofe atravessou a construção das recordações pelas entrevistadas e todo o processo do doutoramento da pesquisadora.

Fomos empurrados/as para grandes vivências de luto, de forma individual e coletiva. Nos “brasis” (Lima, 2019), a população, sobretudo a parcela formada por indivíduos histórica e estruturalmente atingidos pelas desigualdades sociais, raciais e de gênero, vivia uma experiência de maiores riscos sanitários e sociais, especialmente atingida pela péssima gestão do ex-presidente já citado⁹.

Éramos um país desamparado, marcado pelo luto, pelo impedimento do luto, por negacionismos, por desinformações e por movimentos antivacinação promovidos pelo então presidente. É fundamental considerarmos esse fenômeno do vivido, o impedimento do luto no cenário de mortes provocadas pela *Covid 19*, onde a frase proferida por Jair Bolsonaro “*Não sou covreiro, tá*” – ao ser questionado sobre o número recorde de mortes no dia 20 de abril de 2020 – descortina mais uma de suas faces, mais uma barreira ao luto coletivo. Infelizmente, o recorde de 300 mil mortes que enredou a cena da absurda resposta presidencial citada, foi dramaticamente ultrapassado.

O ano de 2021 foi o mais letal da pandemia, tendo o mês de abril registrado a pior média de mortes: 3.125 por dia. Lembramos, ainda, que o governo de Jair Bolsonaro tentou omitir os dados sobre as mortes e infecções por Coronavírus, atrasando os boletins

⁸ A Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou, em março de 2020, que vivemos uma pandemia do novo coronavírus (vírus Sars-Cov-2), caracterizada por níveis alarmantes de contaminação em todos os continentes.

⁹ O Centro de Pesquisas e Estudos de Direito Sanitário da Faculdade de Saúde Pública da USP e a Conectas Direitos Humanos, a partir de trabalho dedicado a coletar as normas federais e estaduais relativas à Covid 19, produziram um boletim chamado Direitos na Pandemia: Mapeamento e Análise das Normas Jurídicas de Resposta à Covid-19 no Brasil. O Boletim divulgou em 21/01/2021: “Nossa pesquisa revelou a existência de uma estratégia institucional de propagação do vírus, promovida pelo Governo brasileiro sob a liderança da Presidência da República”. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2021-01-21/pesquisa-revela-que-bolsonaro-executou-uma-estrategia-institucional-de-propagacao-do-virus.html>. Acesso em 24/01/2024.

informativos sobre a doença, dentre outros graves (mal)feitos. Assim, desde a defesa da Ditadura Militar até a crise da falta de cilindros de oxigênio nos hospitais brasileiros, que culminou no colapso da saúde em Manaus-AM – os hospitais de Manaus viraram câmaras de asfixia (G1, 2020; Folha de São Paulo, 2021; G1, 2022; Fiocruz, 2021) – ficamos sem ar e sem chão. É importante demarcarmos que essas e outras crises humanitárias representaram a normalização da tortura em toda a trajetória do mandato de Jair Bolsonaro na presidência da República.

Naquele contexto da *Covid 19* e em tantos outros que fazem parte de nossas catástrofes, questionamos: quantas histórias difíceis de serem narradas e também de serem escutadas, quantas memórias negadas e quantos processos de lutos inconclusos (con)formam os nossos brasis? Que sociedade é essa?

Esses questionamentos importam a esse estudo, bem como os entrelaçamentos entre passado-presente-futuro, tão necessários à recuperação das memórias, à apropriação e elaboração das histórias vividas e à mirada para novos futuros, com a invenção de novas e diferentes fundações sociais. Sendo assim, o presente traumático, substrato para a construção das memórias de um passado também traumático, convergiram.

Nesses pontos de encontro, marcadores como a tortura, o racismo, as violências de gênero, os encarceramentos forçados, a desumanização e as mortes repercutiram em nosso exercício de pesquisar, o que demandou longas pausas na realização do campo da pesquisa. Além do trabalho da pesquisadora fora da academia e da carga de disciplinas exigidas no contexto do doutorado direto, foi necessário a ela descansar a escuta. Nas palavras de Brum (2013), “A dor só vira palavra escrita depois de respirar dentro de cada um como pesadelo” (p. 16). E a escuta aconteceu, respirou como pesadelo e ganhou forma de escrita, no tempo possível.

Em um evento organizado pelo Flamas, que marcou a década de assinatura do TAC Sorocaba (2012 – 2022)¹⁰, a pesquisadora teve a oportunidade de perguntar à Daniela Arbex, que realizou uma palestra sobre o seu livro “Holocausto Brasileiro”, como ela lidava com as questões inerentes ao ofício de escutaDORa de grandes catástrofes

¹⁰ Evento TAC Sorocaba e os desafios da saúde mental: 10 anos de uma luta permanente. Ocorreu em 24/11/2022. Organizado pelo Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba, em parceria com o Sindicato dos Metalúrgicos de Sorocaba.

sociais. Na ocasião, a jornalista referiu ter sido, inicialmente, um processo sofrido para ela, mas que, depois, foi ressignificado. Daniela explicou que a escuta e a transmissão das memórias a ela confiadas era um privilégio, sendo a luta pelo direito à memória e a escuta qualificada lugares de acolhimento.

Segundo relatou Daniela Arbex, a sua experiência de escutar os/as trabalhadores/as do manicômio de Barbacena-MG foi difícil, pois as pessoas se mostraram ambíguas em seus relatos, encobrendo partes significativas da história. Nos relatos, os/as trabalhadoras/es disseram, por exemplo, que não sabiam o que acontecia no manicômio e/ou que não estavam presentes nas cenas de violência. Recordamos as palavras da jornalista – “é difícil trabalhador falar” – e as tomamos emprestadas, pois, em nossa experiência, os relatos que circundaram a história do polo manicomial sem necessariamente adentrá-la também se fizeram presentes, constituindo-se como dificuldades à construção desse estudo.

Em algumas situações do campo, para além do “eu não sei”, “eu não estava lá”, “não era no meu setor”, também fomos convocadas a testemunhar os esforços das recordadoras para a construção de “boas memórias” sobre os hospícios. Uma das entrevistadas chegou a atribuir um grau de importância ao estudo justamente porque, de acordo como a sua interpretação, este representava a escuta do “outro lado” da história, em especial, o lado daquelas que compuseram o quadro da enfermagem e que fizeram tudo o que podiam pelos/as “pacientes”. Isso é bastante compreensível em termos de defesas psíquicas individuais e coletivas. De acordo com essa expectativa que nos foi endereçada, alguém escutar a sua voz seria, para essa recordadora, uma oportunidade de se defender de rótulos como “negligente” ou “conivente” com os maus tratos. Rótulos estes que marcaram negativamente as trabalhadoras, especialmente as enfermeiras, à época do fechamento dos hospícios.

Várias mulheres criticaram o fechamento dos manicômios, mesmo diante de registros e menções às violações de Direitos Humanos que marcaram a história do polo manicomial; menções essas que apareceram, inclusive, em suas narrativas. Era como se elas tentassem se defender de uma realidade desconfortável e difícil de narrar, agarrando-se às lembranças sobre os seus bons feitos, no tocante ao trabalho de reprodução social em nível profissional, e também em uma perspectiva que remetia à caridade com relação aos desamparados sociais.

Nesse sentido, o campo se revelou a nós como um espaço de tensão, marcado por discursos e sentimentos ambíguos, mas também de acolhimento, respeito e escuta sensível, porque algumas dessas mulheres demonstraram um desejo genuíno em compartilhar as suas memórias.

1.2. A História Oral e a perspectiva de uma história dialogada

Então as histórias não são inventadas? Mesmo as reais, quando são contadas. Desafio alguém a relatar fielmente o que aconteceu. Entre o acontecimento e a narração do fato, alguma coisa se perde e por isso se acrescenta. O real vivido fica comprometido. E, quando se escreve, o comprometimento (ou o não comprometimento) entre o escrito e o vivido aprofunda mais o fosso. (Evaristo, 2016, n.p.).

As palavras de Conceição Evaristo sobre a sua “escrevivência”¹¹ nos fizeram lembrar da “despreocupação” de Ecléa Bosi com a veracidade dos narradores de “Memória e Sociedade”, afinal, todas as histórias são inventadas e contadas por alguém: “com certeza seus erros e lapsos são menos graves em suas consequências que as omissões da história oficial” (Bosi, 2023, p. 40).

Nesse sentido, os/as recordadores/as e narradores/as de histórias, como testemunhas e intérpretes das lembranças, nos fornecem suposições valiosas sobre os pontos de vista que constituem a história. De acordo com Bosi (2023), lembrar não significa reviver o passado, mas, sim, refazê-lo, repensá-lo e reconstruí-lo, com imagens, questões e ideias do presente que dão sentido às experiências do passado.

Caso faltemos com a escuta, podemos nos perder dos grupos recordadores-narradores, o que resultaria na dispersão das lembranças no presente, com prejuízos à construção da memória coletiva (Bosi, 2023). Por isso, adotamos, nos limites desse

¹¹ “Criado por Conceição Evaristo, o termo ‘escrevivência’ traz a junção das palavras ‘escrever e vivência’, mas a força de sua ideia não está somente nessa aglutinação; ela está na genealogia da ideia, como e onde ela nasce e a que experiências étnica e de gênero ela está ligada, explicou a escritora e educadora. ‘A escrevivência não é a escrita de si, porque esta se esgota no próprio sujeito. Ela carrega a vivência da coletividade’”. Disponível em: <http://www.iea.usp.br/noticias/a-escrevivencia-carrega-a-escrita-da-coletividade-afirma-conceicao-evaristo>. Acesso em 24/01/2024.

estudo, uma construção de percurso dialogada com as participantes, por meio do método da História Oral, a fim de colhemos testemunhos e interpretações sobre os manicômios.

Consideramos os relatos orais como interessantes e complexos, porque possuem uma relação direta com as histórias pessoais de quem recorda e narra, alcançando, assim, uma memória pessoal e uma memória coletiva, por tocarem em determinados temas e acontecimentos sociais que são pactuados socialmente de forma consciente e/ou inconsciente (Halbwachs, 1990; Kaës, 2014; Souza, 2021).

As “histórias orais não são transparências” (Patai, 2010, p. 64), elas são preenchidas por formas e olhares, são densas e revelam diferentes versões da história, estando, normalmente, mais próximas das comunidades e subjetividades dos “grupos fragilizados” do que das classes dominantes (Portelli, 2010; Bosi, 2023). Cabe ressaltarmos que os relatos das histórias não representam um fim em si mesmos, de modo que tentamos refletir, nessa análise, sobre as diferenças que desenharam o espaço, ora marcado pela proximidade, ora mais elástico, entre quem entrevistou e quem narrou a história.

O espaço da entre/vista, como nos ensinou Alessandro Portelli (2010, 2017), representa uma “bipolaridade dialógica”, onde dois sujeitos ficam face a face, mediados por um gravador (no caso desse estudo, foi o celular). “Em torno desse objeto os dois se olham. A ideia de que existe um ‘observado’ e um ‘observador’ é uma ilusão positivista”, pois ambos se olham e modelam os próprios discursos a partir das percepções oriundas desse encontro. “A ‘entre/vista’, afinal, é uma troca de olhares. E bem mais do que outras formas de arte verbal, a história oral é um gênero multivocal, resultado do trabalho comum de uma pluralidade de autores em diálogo” (Portelli, 2010, p. 22).

Ecléa Bosi (2023) contribuiu com as reflexões sobre as entrevistas, apontando para a alternância de papéis em seus contextos: “Sujeito enquanto indagávamos, procurávamos saber. Objeto quando ouvíamos, sendo como que um instrumento de receber e transmitir a memória de alguém, um meio de que esse alguém se valia para transmitir suas lembranças” (p. 41-42).

Nesse estudo, nos identificamos com a análise de Bosi (2023) sobre a alternância dos papéis de sujeito e de objeto na pesquisa, sendo que isso nos afetou de diferentes

formas ao longo do percurso, considerando, de modo especial, a experiência da pesquisadora. Antes de seguirmos com essa reflexão, é fundamental considerarmos que, como coletamos histórias orais de mulheres, as diferenças intragênero e as repercussões dessas diferenças e/ou desigualdades não se constituíram apenas como um dos fios metodológicos, mas como uma questão central na materialidade dos encontros entre pesquisadora e entrevistadas. Essas questões serão melhor exploradas adiante, por mera organização do texto, porém, sinalizamos, desde já, a impossibilidade de construção de um método dialógico quando silenciadas as diferenças e assimetrias geradas nos entrelaçamentos de gênero, raça/etnia, classe social, território e geração.

As diferenças intragênero na pesquisa em história oral foram analisadas criticamente por Daphne Patai (2010), uma mulher estadunidense e branca, que coletou e editou histórias de vida de mulheres brasileiras de “inúmeros tons de pele, tipos físicos e situações financeiras” (p. 34). A autora analisou o gênero como algo que a aproximava de suas interlocutoras, ao mesmo tempo em que as diferenças intragênero as separava delas, o que consideramos importante na conjuntura desse estudo.

Pensamos, junto com Patai (2010), sobre as repercussões dessas assimetrias desde a coleta até a interpretação das palavras narradas, considerando, ainda, os diferentes propósitos de quem pesquisou e de quem concedeu a entrevista. Essas questões, que não são apenas de ordem simbólica, produziram a materialidade dos encontros e, conseqüentemente, os contornos do estudo em questão. A escritora citada, que nos alertou para as questões éticas e políticas relacionadas à realização das entrevistas em história oral, analisou que, “De acordo com a forma como conduzimos nossas atividades (...) também reafirmamos a ordem preexistente do mundo ou ajudamos a criar novos mundos. Sempre existe o perigo de recriarmos o mundo que estamos tentando refazer” (Patai, 2010, p. 28). E isso muito nos preocupou ao longo de todo o nosso percurso.

O interesse em ouvir as mulheres que trabalharam nos manicômios nos colocou, no processo da coleta de narrativas relacionadas às “feridas da memória coletiva”, em contato com a “memória ferida” das narradoras (Rovai, 2017). Desse contato, emergiram situações dilemáticas desde a realização das entrevistas até a escrita do texto (Pichón-Riviere, 2009). Desde o centro desses dilemas relacionados à memória ferida de algumas recordadoras, acreditamos que o fim “irreparável” do substrato de suas memórias,

representado pelo fechamento do polo manicomial de Sorocaba, foi um ponto sensível para a construção de suas interpretações do real.

Algumas das mulheres entrevistadas questionaram a legitimidade da destruição do manicômio, como se tentassem “limpar” uma mancha em suas próprias histórias. Assim, o nível de exposição sobre o caráter militante da pesquisa, que afirmamos como ponto de partida e de chegada dessa jornada, variou. A nossa percepção (ou a desatenção) em relação à extensão dos “ferimentos” e resistências das narradoras foi o elemento que influenciou o discurso ofertado a elas sobre esse estudo. Observamos que as mulheres se apresentaram, em alguns casos, mais abertas ao diálogo sobre o fim do manicômio e, em outros, permaneceram cercadas por “verdades” e “mitos” que remetiam à existência de um “bom manicômio”, o que será posteriormente analisado.

De acordo com Patai (2010), a diferença entre pesquisadora e entrevistadas, no tocante ao nível de exposição esperado de cada uma, representa mais uma das assimetrias, porque, de acordo com a autora, normalmente, quem escuta espera um nível de exposição maior de suas interlocutoras do que aquele que lhes oferece, sendo inegável que essa contradição esteve presente nessa pesquisa.

Encontramos suporte nas análises de Patai (2010) também para as nossas angústias relacionadas à constituição daquilo que Portelli (2010) nomeou como “vínculo temporário” na história oral. Para Patai, “a aparência de amizade e intimidade que a situação da entrevista pessoal provoca e, mesmo que temporariamente, realiza” traz importantes incômodos, gerando um sentimento desconfortável de “usar” as entrevistadas para a construção de seu estudo (Patai, 2010, p. 69), o que também nos marcou nesse percurso. Nos sentimos acolhidos pela autora, por termos experimentado essa sensação de desconforto relacionada ao “uso” das entrevistadas, pois coletamos as suas histórias e, posteriormente, demos o nosso próprio tom ao texto feito a partir desses relatos.

Junto com Patai (2010), considerando as implicações éticas dessa modalidade de pesquisa, afirmamos que, no final da pesquisa de campo, a distância entre pesquisadora e entrevistadas, como algo esperado e que faz parte do processo, contribuiu para a fundamental demarcação da diferença entre a autoria do texto e a autoria e autonomia dos relatos. O texto, mesmo povoado pelos encontros e pela escuta atenta às histórias confiadas, possui uma forma “monológica e estável de escrita”, que separa aquilo que foi

dito daquilo que foi escrito, portanto separa as palavras de quem as pronunciou (Portelli, 2010).

Adentrando o campo da pesquisa, alguns impasses quanto à operacionalização das entrevistas necessitam ser aqui sinalizados. Um desses pontos difíceis foi a realização das entrevistas em ambiente virtual com três das doze recordadoras-narradoras. Essa adaptação do campo às condições de comunicação mais seguras no cenário pandêmico, nos trouxe, na realidade, uma grande insegurança quanto à construção do vínculo, que se revela algo caro ao método da história oral, diante da impossibilidade do encontro presencial.

Essa preocupação nos levou a atrasar o campo por um tempo, porém, diante da persistência da crise pandêmica, decidimos realizar alguns encontros de modo *on-line* e fomos afetados por alguns atravessamentos dessas entre/vistas entre as telas. Para além da materialidade de um objeto de gravação (gravador ou celular) que fica posicionado entre quem pesquisa e quem narra as histórias, uma cena comum na coleta dos relatos orais (Portelli, 2010), tivemos que lidar com a distância, estando cada uma na sua casa e com os próprios equipamentos eletrônicos e recursos tecnológicos para a viabilização das videoconferências.

As entre/vistas em ambiente virtual, no enquadramento de imagens planas e recortadas, estando a própria imagem de cada pessoa também presente na tela, de forma que era inescapável ver a si mesma, nas janelas das telas em conexão, nos pareceu repercutir no trabalho da memória. Talvez, esse fenômeno tenha contribuído para o engessamento das entrevistas, suscitando defesas psíquicas organizadas nesse contexto de ficar se vendo enquanto fala. Embora não tenhamos fôlego teórico para análise dos impactos produzidos por essa formatação de encontro, como as permissões ou impedimentos ao livre fluxo do discurso, por exemplo, precisamos registrar que houve, no mínimo, um estranhamento no contexto dessas experiências, na medida em que o contato pareceu ser menos espontâneo. O campo realizado virtualmente foi, assim, marcado por dificuldades de conexão, material e metafóricamente falando, traduzidas nos dizeres “você me ouviu?”, “a imagem está boa?”, “você me vê?”.

Com relação às entrevistas realizadas presencialmente, a pesquisadora, no contato inicial com as recordadoras, se ofereceu para ir ao encontro delas, seja em suas casas, seja

em qualquer local por elas indicado, sendo que duas mulheres preferiram ir até a entrevistadora. Diante do impasse na escolha de um local para o encontro, sem refletir muito sobre a influência deste na construção das memórias, a pesquisadora sugeriu o seu local de trabalho, que é uma sala destinada a atendimentos psicológicos, localizada no centro da cidade de Sorocaba.

A facilidade de acesso, por se tratar de um local no centro da cidade, se transformou, posteriormente, em mais uma dificuldade ou assimetria de poder. A configuração da sala pareceu ter refletido, no caso de uma das entrevistadas que chegou acompanhada pelo esposo, em uma postura mais formal, muito diferente da afetividade com que recebeu a pesquisadora no segundo encontro, que ocorreu em sua casa. Aliás, o esposo dessa recordadora, que acabou participando dos dois encontros – pelos motivos de que a pesquisadora não ficou confortável em dispensá-lo e porque ele concordou em participar, ainda que seu relato “não constasse” na pesquisa –, adotou uma postura ainda mais formal no contexto da entrevista no consultório, se referindo, inclusive, à pesquisadora como “doutora”, “psicóloga” e “estudiosa da universidade”, o que também se modificou quando a pesquisadora esteve na residência do casal.

A segunda experiência de entrevista no consultório ocorreu com uma psicóloga, sendo que esta sustentou um discurso marcado por linguagem mais próxima às teorias e jargões da Psicologia, mais especificamente, da psicopatologia. Ainda que a pesquisadora tenha se esforçado para tornar aquele espaço mais aberto ao encontro, a “psicóloga” recebendo alguém em sua sala de atendimento pareceu ter delineado um cenário para a construção das memórias.

Essas reflexões, no entanto, não se deram em ato, no momento dos encontros com as pessoas, mas, sim, em momentos posteriores e, até, durante a transcrição das entrevistas. Todas as transcrições de entrevistas foram realizadas pela pesquisadora e, nas costuras entre as palavras ditas e o texto aqui apresentado, ela imaginou ouvir as vozes e ver os sinais e gestos das pessoas entrevistadas. Indubitavelmente, o campo realizado de forma presencial se mostrou mais rico para nutrir essa imaginação, no sentido dos estímulos que afetaram o corpo da pesquisadora. Na presença, a construção de um espaço de compartilhamento das recordações, no lugar onde outras marcas da vida se fizeram sentir – nas casas das entrevistadas –, os corpos comunicaram algo a mais à escutadora.

Afetar-se, nessa pesquisa, foi algo inescapável, assim como acontece na vida. A pesquisadora se recorda de momentos onde se afundou na cadeira em que estava sentada, em função de seu papel de ouvinte dos relatos de tortura; lembra que, por vezes, desejou muito ir embora, seja em função dos excessos de palavras (que pouco dizem) ou das palavras em falta na construção dos discursos; e também de momentos em que quis ficar por mais tempo, seduzida pela oralidade de algumas entrevistadas. Ainda que a “psicóloga” que fala através da pesquisadora esteja acostumada a sustentar os silêncios em seu ofício de escuta, talvez, a “militante”, não, de modo que os silêncios e lacunas produziram inquietações. Acionamos novamente Patai (2010), que nos acolhe ao dizer que não existe modo perfeito de fazer pesquisa, especialmente, nesse contexto da história oral, deliberadamente aberto ao subjetivo, às projeções do “eu” e às visões de mundo de quem narra e de quem ouve as histórias.

Essas e outras experiências, que podem voltar na costura dessas linhas escritas, nos colocaram diante de um método de pesquisa relacional, onde o texto foi coletado “em condições altamente variáveis (...) em circunstâncias particulares, com enorme variação também na parcela de interferência por parte do pesquisador e da natureza da interação” (Patai, 2010, p. 95). Como disse Bosi (2023, p. 41): “A memória é um cabedal infinito do qual só registramos um fragmento. (...) Continuando a escutar ouviríamos outro tanto e ainda mais. Lembrança puxa lembrança e seria preciso um escutador infinito”.

Aqui, cabe afirmarmos a obviedade de que o nosso estudo representou apenas um pequeno fragmento daquilo que nomeamos como “memórias dos manicômios”. Assim, reconhecendo os limites e limitações, consideramos que as histórias com as quais nos conectamos trouxeram muitas revelações de verdades que importavam às entrevistadas e que, inclusive, refletiram em suas escolhas de responderem ou não aos questionamentos que lhes foram dirigidos (Patai, 2010). Acreditamos que o modo como as recordadoras construíram as suas narrativas foi fruto do encontro intersubjetivo nas entrevistas, bem como dos próprios processos de elaboração das vivências por elas sentidas na carne (Mendonça, 2020).

1.3. Confluências entre Decolonialidade e Interseccionalidade

A modernidade organiza o mundo ontologicamente em categorias atômicas, homogêneas e separáveis. A crítica das mulheres de cor e do Terceiro Mundo ao feminismo universalista coloca como central o fato de que a interseção de raça, classe, sexualidade e gênero extrapola as categorias da modernidade (Lugones, 2019, p. 357).

O conceito de “confluência” (Bispo, 2023) que consta no título dessa seção enuncia a nossa tentativa de produção de um encontro da interseccionalidade e da decolonialidade para a sustentação teórica dessa pesquisa, incorrendo no risco de adentrarmos em um debate complexo sem desenvolvê-lo de forma profunda. Não é nossa intenção esvaziar o debate, tampouco focar esforços na recuperação das diversas disputas e posicionamentos que conformam os campos das lutas sociais, dos feminismos, das epistemologias críticas e, até, do academicismo (Akotirene, 2019).

A confluência é uma ideia apresentada por Antonio Bispo dos Santos (2023), o Nego Bispo, sendo significada pelo mestre quilombola como um movimento de compartilhamento, de reconhecimento e respeito, onde há encontro e fortalecimento mútuos. Confluência pode ser compreendida como uma força aumentativa da potência, que rende e amplia as possibilidades no mundo do Ser. Como exemplo para essa ideia, o mestre explica que, quando um rio conflui com outro, ele passa a ser ele mesmo e, concomitantemente, a ser outros. Ouçamos o próprio Nego Bispo:

[...] fui questionado por um pesquisador de Cabo Verde: “Como podemos contracolonizar falando a língua do inimigo?”. E respondi: “Vamos pegar as palavras do inimigo que estão potentes e vamos enfraquecê-las. E vamos pegar as nossas palavras que estão enfraquecidas e vamos potencializá-las. [...]”.

Para enfraquecer o desenvolvimento sustentável, nós trouxemos a biointeração; para a coincidência, trouxemos a confluência; para o saber sintético, o saber orgânico; para o transporte, a transfluência; para o dinheiro (ou a troca), o compartilhamento; para a colonização, a contracolonização... e assim por diante. Ele entendeu esse jogo de palavras: “Você tem toda a razão! Vamos botar mais palavras dentro da língua portuguesa. E vamos botar palavras que os próprios eurocolonizadores não têm coragem de falar!” (2023, p. 3-4).

Recuperamos as palavras de Nego Bispo, habitando os circuitos de produção de saberes e reprodução de conceitos acadêmicos – uma linguagem traduzida pelo mestre como ação relacionada às palavras coloniais/colonizadoras –, reconhecendo nossas limitações e assumindo as contradições e a distância em que nos encontramos, enquanto produtores de um saber acadêmico, portanto, sintético, do saber orgânico e da

contracolonização¹² (Bispo dos Santos, 2019, 2023). E o fazemos pelo desejo de afirmar a força desse pensamento, assumindo um posicionamento crítico ao academicismo fundado desde a ordem colonial da racionalidade moderna.

Nosso intuito foi o de semear alguns conceitos, métodos e metodologias, apostando na possibilidade de germinação de sentidos menos fechados em agendas político-epistêmicas exclusivistas. O academicismo, como rastro colonial, nos coloca no centro (ou à margem) de disputas que fazem sentido, em nosso ponto de vista, apenas para sustentá-lo.

Emprestamos a ideia de confluência, a fim de analisarmos os encontros epistêmico-políticos que se aproximem do desnorreamento da ordem colonial-capitalista dos eurocolonizadores (Bispo, 2023; David, 2023). Partimos de perspectivas que consideram as relações entre gênero, raça, classe, sexualidade, geração e território (terra) como indissociáveis na construção de reflexões sobre a função social dos manicômios na sociedade capitalista, desde o “tratamento” conferido ao/à “louco/a” e à “loucura” ao contexto de trabalho das mulheres nas instituições psiquiátricas.

Para nós, quando saberes, métodos e fazeres confluem (como acreditamos ser o caso da interseccionalidade, dos estudos decoloniais e da perspectiva antimanicomial), para além de sua utilidade como referenciais teóricos, os pensamos como elementos importantes na delimitação de um campo de lutas por justiça social. Nesta perspectiva combativa, é imprescindível o questionamento das implicações relacionadas à legitimação social de tais conceitos nas políticas emancipatórias contemporâneas.

Patricia Hill Collins (2017), importante referência do feminismo negro estadunidense, em seu ensaio intitulado *Se perdeu na tradução? Feminismo negro, interseccionalidade e política emancipatória*, nos alerta sobre os problemas decorrentes da tradução e da apropriação conceitual da interseccionalidade nos diferentes contextos materiais, sociais e intelectuais. A autora, ao analisar como as ideias dos movimentos sociais foram assimiladas nas normas acadêmicas, parcial e/ou tendenciosamente no

¹² No âmbito do saber orgânico como experiência no mundo do Ser, Nego Bispo reflete sobre a ética quilombola, em confluência com a ética dos povos indígenas, revelando as fundações de um saber e uma práxis que nomeia como contracoloniais – aquelas que não se deixaram colonizar. Enquanto o saber sintético, que é produzido na academia e em outras experiências do mundo do Ter, seria traduzido por conceitos decoloniais ou descoloniais – aqueles que foram colonizados e que seguem reproduzindo, ainda que busquem desconstruir, as palavras dos colonizadores (Bispo dos Santos, 2019, 2023).

contexto de uma academia cada vez mais neoliberal – com repercussões como a censura de algumas agendas de lutas, o abandono de ideias e o deslocamento das propostas entre diferentes comunidades, com níveis assimétricos de poder –, afirma que “[...] o contorno da interseccionalidade na academia reflete o contexto de uma tradução imperfeita” (Collins, 2017, p. 7).

O conceito de interseccionalidade foi traduzido pela advogada, acadêmica e autora Kimberlé Crenshaw no final da década de 1980 nos Estados Unidos. Essa tradução representa a invenção de um nome para o rico contexto de lutas coletivas por justiça social das mulheres negras, indígenas e mulheres do Terceiro Mundo, na conjuntura dos movimentos sociais, das ações políticas e da ocupação dos espaços acadêmicos (Pereira, Passos, 2017; Collins, 2017). Assim, a busca por “descrever as várias maneiras com que raça e gênero interagem formando uma dimensão múltipla das experiências das mulheres negras” (Crenshaw, 2020, p. 26), pode ser expandida quando também se consideram as questões de classe, a orientação sexual, a idade, a etnia e o território, dentre outros marcadores sociais do lugar (ou do não lugar) de mulheres cisgênero e transgênero.

Na esteira das lutas emancipatórias, Françoise Vergès (2020) defende uma perspectiva feminista com e para além da interseccionalidade, em confluência com autoras africanas, latino-americanas e asiáticas, cujas experiências e reflexões sobre a colonialidade contribuem para um entendimento mais complexo das formas de exploração e dominação globais, considerando a importância do aprofundamento da crítica contra o capitalismo. E Ochy Curiel (2013), que transita entre as teorias decoloniais, o feminismo negro e o feminismo lésbico, afirma que “a hegemonia de certos grupos políticos com privilégios de sexo, raça e classe é que, no final, define para onde caminha a nação” (p. 108).

Observamos as confluências, as releituras, as rupturas e as ações políticas desses movimentos de lutas traduzidos em teorias críticas, conforme citamos na abertura dessa seção, pensando, como escreveu Vergès (2020, p. 29) na “revolução como trabalho cotidiano”. Nesse sentido, ao olharmos para o objeto dessa tese, nossa revolução cotidiana no campo antimanicomial consiste em destruir dia após dia os manicômios e as manicomializações. Exercitando a práxis revolucionária como trabalho constante do pensamento, consideramos que a significação das experiências nos hospícios, presentes nas narrativas elaboradas pelas mulheres entrevistadas, nos fornecem pistas sobre a colonização de suas palavras e memórias corporificadas.

Ao nos fornecerem pistas sobre as aprisionantes marcas manicomiais por elas incorporadas, no estofado do pensamento hegemônico aqui representado pela psiquiatria tradicional, elas nos ajudam a pensar sobre a necessária articulação entre a luta pelo cuidado em liberdade e as lutas por emancipação no âmbito do trabalho, radicalizando os pressupostos que foram pactuados no Manifesto de Bauru (1987).

Desde o centro das políticas capitalistas-coloniais, é fundamental problematizarmos a exploração da mão de obra racializada e feminina, questão que será aprofundada nos próximos capítulos dessa tese, como um aniquilamento pela via de uma economia do desgaste e da fadiga (Vergès, 2020).

Em relação à realidade das mulheres que trabalharam nos manicômios, como “espelho do mundo” das sociedades multirraciais, multiculturais e racistas, exploramos as relações fundadas nas diferenças intragênero, conforme anteriormente mencionado (Cunha, 2022). Nesse sentido, bell hooks (2017, 2020) nos despertou para a importância da construção de um pensamento sobre as mulheres que não seja marcado pela homogeneização, ao defender o olhar crítico sobre o conceito de identidade.

Os padrões identitários tendem a invisibilizar que algumas identidades são socializadas à parte da existência tomada como universal, como é o caso do grupo heterogêneo formado pelas mulheres negras. “Quando falam de pessoas negras, o foco tende a ser os homens negros; e quando falam sobre mulheres, o foco tende a ser as mulheres brancas. Em nenhum espaço isso é mais evidente do que no vasto corpus de literatura feminista” (Hooks, 2020, p. 27). Assim, buscamos nos afastar dos trabalhos sobre a “questão da mulher”, encontrados em muitos livros e artigos feministas, que se basearam/baseiam em um modelo universal de mulher, típicos de um “feminismo branco civilizatório” (Vergès, 2020).

O feminismo branco civilizatório ou salvacionista, conforme bem nomeado por Françoise Vergès em sua obra *Um feminismo decolonial* (2020), a partir do século XX, se encarregou de tratar a questão da “liberação da mulher” a partir do sentido branco de ser mulher, portanto, indiferente às tramas indissociáveis entre gênero e raça/etnia, como se somente as brancas burguesas fossem consideradas mulheres no Ocidente. Assim, apagadas as relações entre mulheres brancas e mulheres não brancas, esse feminismo branco hegemônico, inclusive, na marca histórica de sua segunda onda de lutas – a “segunda liberação da mulher” – continuou a conceber “a mulher” como “um ser corpóreo

e evidentemente branco, mas sem explicitar essa qualificação racial. (...) Como não perceberam essas diferenças profundas, não viram nenhuma necessidade de criar coalizões”, não entendendo a si mesmas como interseccionais (Lugones, 2019, p. 74-75).

Nos contextos brasileiros, predominaram concepções feministas que também foram omissas em relação ao entrelaçamento da questão racial e das representações sobre gênero. Nas palavras de Lélia Gonzalez, as concepções feministas brasileiras:

(...) padeciam de duas dificuldades para as mulheres negras: de um lado, o viés eurocentrista brasileiro, ao omitir a centralidade da questão de raça nas hierarquias de gênero presentes na sociedade, e ao universalizar os valores de uma cultura particular (a ocidental) para o conjunto das mulheres, sem as mediações que os processos de dominação, violência e exploração que estão na base da interação entre brancos e não-brancos, constitui-se em mais um eixo articulador do mito da democracia racial e do ideal de branqueamento. Por outro lado, também revela um distanciamento da realidade vivida pela mulher negra ao negar toda uma história feita de resistência e de lutas, em que essa mulher tem sido protagonista graças à dinâmica de uma memória cultural ancestral – que nada tem a ver com eurocentrismo desse tipo de feminismo” (Gonzalez *apud* Bairros, 2000).

Para refletirmos sobre a distribuição dos direitos atribuídos ao humano – com a ressalva de que nossa circulação pelos elementos do tempo, considerando passado e presente, não representam um descuidado anacronismo, mas, sim, uma tentativa de compreensão de categorias sociais complexas constituídas historicamente –, buscamos em hooks (2020) a sua análise sobre o impacto da escravização em padrões de papéis sexuais na lógica moderna/colonial. Nessa análise, hooks destacou as tramas formadas pelo sexismo, pelas relações de terror, de exploração e de submissão das mulheres negras. Segundo a autora, os métodos empregados para a destruição das mulheres negras foram diversos, ao longo da história, sendo que, na sociedade colonial-escravocrata, as mulheres negras escravizadas eram “diariamente despidas e publicamente açotadas”, enquanto as mulheres brancas cobriam cada parte de seu corpo, como mandava a religião branca cristã e a moral sexual do século XIX (Hooks, 2020, p. 71).

Tanto o ódio profundo contra as mulheres, que havia sido cravado na psique do colonizador branco pela ideologia patriarcal, quanto os ensinamentos religiosos contra a mulher incentivaram e sancionaram a brutalidade do homem branco contra as mulheres negras. [...] Como a mulher foi designada criadora do pecado sexual, mulheres negras eram naturalmente vistas como a personificação do mal feminino e da luxúria. [...] Apesar de mulheres brancas religiosas e de homens brancos e homens negros argumentarem que homens brancos eram moralmente responsáveis por assédios sexuais contra mulheres

negras, a tendência era que aceitassem a ideia de que os homens sucumbiram à tentação sexual da mulher. Porque doutrinas religiosas sexistas ensinaram-lhes que mulheres seduziam homens [...] usavam a palavra “prostituição” para se referirem a comprar e vender mulheres negras para fins de exploração sexual [...] termo inadequado quando direcionado a mulheres negras escravizadas. Mulheres e homens abolicionistas rotularam mulheres negras de “prostitutas”, porque eles caíram na armadilha da língua do *éthos* vitoriano (Hooks, 2020, p. 64-65).

Angela Davis, sobre as lutas das mulheres negras na realidade do pós-abolição dos Estados Unidos, indicou ter sido pequeno o número de pessoas desse grupo que conseguiu “escapar do campo, da cozinha ou da lavanderia” (2016, p. 25), o que nos permitiu trançar os fios dessas experiências com os contextos brasileiros. E trazemos, para confluir com Davis, o pensamento de Lélia Gonzalez (2019), com sua flecha certa sobre a condição de “mucama permitida” como o papel compulsoriamente atribuído às mulheres negras, que são as principais atingidas pela exploração do trabalho de reprodução social aos níveis doméstico e profissional. Segundo Gonzalez (2019), isso faz com que as mulheres negras fiquem mais suscetíveis, inclusive, aos abusos sexuais do patrão, e à ocupação dos cargos mais subalternizados, como serventes em hospitais e escolas, dentre outras profissões desvalorizadas.

Sueli Carneiro (2003), autora que também criticou a falácia de uma visão universalizante de mulher, elaborou pontos fundamentais para a análise da luta de classes e das lutas contra o racismo e o sexismo no Brasil, o que pode ser transportado ao contexto de produção de desigualdades – materiais e simbólicas – nos hospícios. O campo de nossa pesquisa pode contribuir, nesta perspectiva, para a compreensão das tramas que articulam as diferenças-desigualdades no engendramento de todas as relações sociais. Isso impacta nas interpretações de mundo e nos padrões de subjetividade e, portanto, na constituição dos padrões normativos acerca da/o “louca/o”, da “loucura” como desvio e, ainda, do contorno do papel social das/os trabalhadoras/es das instituições manicomialis.

As problematizações dos feminismos críticos – feminismo negro, feminismo interseccional, feminismo decolonial – são fundamentais para instrumentalizar a reescrita da história das resistências contra o racismo, o sexismo, a cis-heteronormatividade, o classismo e a luta contra todas as formas de manicômios e manicomializações. E, no caminho de, talvez, um dia, nos libertarmos das categorias classificatórias e universalizantes forjadas pela/na modernidade/colonialidade, buscamos compreender as

estruturas que sustentam o patriarcado¹³, o capitalismo racial e o neoliberalismo, o que não representa uma tarefa simples (Vergès, 2020).

Como o processo de colonização produziu séculos de violências, opressões e apagamentos, María Lugones (2020) nos propôs alguns caminhos de análise para descortinarmos o que segue encoberto, nos apresentando a proposta do cruzamento entre as linhas de análise da “interseccionalidade” e da “colonialidade do poder” (Quijano, 2000, 2005), reunidas sobre o marco conceitual do “sistema moderno-colonial de gênero” ou “colonialidade de gênero”. Nessa construção, a autora se debruçou sobre os eixos de análise propostos por Aníbal Quijano (2005), que explicam a manutenção de uma estrutura forjada pela racionalidade moderna eurocentrada, perpetuada nas relações de dominação e opressão no presente como desdobramentos do colonialismo, mesmo que este processo tenha findado oficialmente enquanto política institucional de Estado.

A colonialidade pode ser observada através dos cortes que dividem o mundo em dois, no contexto das diversas hierarquizações impostas no sistema mundo moderno-colonial (Lugones, 2020). O conceito de colonialidade, fruto do trabalho do intelectual peruano Aníbal Quijano, em diálogo com outros/as pensadores/as do grupo Modernidade/Colonialidade, desvelou como o poder capitalista, global e eurocêntrico se revela como a outra face da mesma moeda da colonização.

Para Quijano (2005), a Europa não descobriu ou inventou a América, é o contrário disso, foi a América que possibilitou a criação da Europa. O autor não admite subalternidade para esse novo mundo, que se estruturou/estrutura a partir das relações de exploração e de tensão entre os atores sociais em disputa pelos “quatro âmbitos básicos da vida humana: sexo, trabalho, autoridade coletiva e subjetividade/intersubjetividade, seus recursos e seus produtos” (Quijano *apud* Lugones, 2020, p. 55). Essas seriam as formas de significação e de dominação de todas essas áreas da vida, segundo o autor, que

¹³ Sobre o conceito de patriarcado, junto com Curiel (2013), apontamos para os riscos de sua universalização, o que é típico do feminismo branco liberal. É necessário problematizarmos o conceito, dado que o patriarcado assume diferentes feições em diferentes lugares. Em sua leitura sobre o patriarcado brasileiro, Vergès (2020, p. 22) o caracteriza como “grosseiro, vulgar, brutal, racista, misógino, homofóbico, transfóbico”, o que concordamos.

se dariam na intersecção de raça e gênero, em termos estruturais amplos, organizadas pela colonialidade do poder e pela modernidade (Lugones, 2020).

Aníbal Quijano (2000, 2005) desmistificou os modelos cognitivos que sustentam o capitalismo, eurocêntrico e global ao interrogar as teorias sobre classe social, criando um modelo teórico que parte da colonialidade, onde a invenção da ficção de “raça” se torna central e indispensável para a compreensão da ordem mundial moderna – do sistema-mundo. É necessário rompermos, de acordo com o autor, com a visão binária da divisão do mundo em categorias hierarquizadas, divisão essa que foi/é o fenômeno nutriz das políticas de invasão e de divisão do/no mundo colonial, de apropriação da terra e, conseqüentemente dos corpos, caracterizando-se como a própria história da colonização (Quijano, 2005a).

Nesse sentido, não podemos jamais esquecer que a produção histórica da América-Latina forjada pela Europa interveio sobre um mundo histórico, sociocultural e demograficamente existente, em nome do falacioso processo de “evolução histórica” pela via da colonização, da catequização, do estupro, da dominação e da exploração, ou seja, da destruição (Quijano, 2005a). Assim, as identidades geoculturais – “América” e “Europa” – e as identidades “raciais” – “europeu”, “índio”, “africano” –, impostas às populações do mundo, escancaram a profundidade e a permanência da dominação colonial (Lugones, 2019).

A epistemologia crítica à modernidade/colonialidade proposta por Quijano não deixou escapar a diferenciação entre a colonialidade e o colonialismo, por se tratarem de coisas distintas. O colonialismo, segundo o autor, não incluiu, necessariamente, as relações racistas de poder (Quijano, 2005). “Ainda assim, o nascimento e a extensão da colonialidade, enraizadas e espalhadas pelo planeta, se fazem estreitamente relacionados com o colonialismo (Lugones, 2019, p. 57).

O conceito de colonialidade de gênero proposto por Lugones (2020) estendeu e ampliou a compreensão histórica sobre a colonialidade do poder, por meio do aprofundamento da análise das forças de dominação sobre os fenômenos que emergem no entrelaçamento de raça e gênero. Ao afirmar gênero como uma imposição colonial, um sistema classificatório que visa subjugar e dominar as mulheres racializadas e empobrecidas (negras, indígenas, mulheres do Terceiro Mundo, chicanas) e os homens

negros, ela complexificou o modelo de Quijano, demonstrando que a compreensão do autor sobre as disputas em torno do controle do sexo, seus recursos e seus produtos está baseada em uma visão patriarcal e heterossexual, o que representa, portanto, um alinhamento desse eixo estrutural com o entendimento capitalista, eurocêntrico e global: a análise do gênero com base na diferença sexual.

Lugones afirma ser fundamental reconhecermos que “(...) o dimorfismo biológico, a dicotomia homem/mulher, a heterossexualidade e o patriarcado estão inscritos – com letras maiúsculas e hegemonicamente – no próprio significado do gênero” (Lugones, 2020, p. 56). A autora apontou que a análise de Quijano sobre a intersecção de raça e gênero reproduziu o apagamento das mulheres colonizadas da maior parte das áreas da vida social:

A redução do gênero ao privado, ao controle do sexo, seus recursos e produtos, é uma questão ideológica, apresentada como biológica, e é parte da produção cognitiva da modernidade que conceitualizou a raça como “atribuída de gênero” e o gênero como racializado de maneiras particularmente diferenciadas para europeus/eias brancos/as e para colonizados/as não brancos/as. A raça não é nem mais mítica nem mais fictícia que o gênero – ambos são ficções poderosas (Lugones, 2020, p. 73).

Por isso, a autora propôs o cruzamento entre colonialidade do poder e interseccionalidade. Ela enfatizou que a qualidade fictícia da categoria “gênero” é tão forte quanto a da ficção de “raça”, desdobrando e aprofundando as análises críticas sobre a “natureza” biológica do sexo e da sexualidade que foram descritas pela colonialidade do poder. De acordo com ela, a lógica dos eixos estruturais para a compreensão do capitalismo global e eurocêntrico, padrão proposto por Quijano, “nos dá algo a mais, mas também a menos que a interseccionalidade. A interseccionalidade revela o que não conseguimos ver quando categorias como gênero e raça são concebidas separadas uma da outra” (Lugones, 2020, p. 59). E não é demais lembrarmos que as categorias são invenções modernas.

Desde o colonialismo, na trama indissociável entre gênero e raça, a heterossexualidade, para além de se configurar como uma prática sexual normativa, funciona como um regime político, articulando diversas instituições, relações sociais e culturais. O sistema de gênero é conformado pelo contrato heterossexual e pelo controle patriarcal e racializado da produção (Curiel, 2013).

Enquanto elemento chave do contrato social, a heterossexualidade produziu/ produz exclusões, dominações, subordinações e opressões que evidenciaram/evidenciam as implicações sociais e políticas da divisão sexual do trabalho. Nessa perspectiva, a crítica à naturalização das categorias “homem”, “mulher” e “sexo” deve ser construída a partir de seu imbricamento com raça/etnia e classe social (Curiel, 2013).

De acordo com a leitura que fazemos das autoras citadas nesse subcapítulo, Gonzalez (2019), Hooks (2020), Carneiro (2003), Vergès (2020) e Lugones (2020) operaram uma descolonização do feminismo hegemônico (branco e liberal), afirmando gênero, raça/etnia, classe e heterossexualidade não apenas como simples eixos das diferenças, mas, sim, como diferenciações produzidas na trama indissociável das opressões que constituem o sistema colonial moderno.

Acreditamos, junto com Passos (2023, p. 23) que “as relações coloniais que marcam a formação social, econômica política, ética e estética da realidade brasileira”, se reproduziram na perpetuação da lógica manicomial, inclusive, no âmbito do que se convencionou nomear como “tratamento” ou “cuidado” nos hospitais psiquiátricos. A incorporação de discursos distorcidos sobre o “cuidado” e sobre o trabalho de reprodução social doméstico e profissional foi algo marcante no campo desse estudo, o que pode ser analisado como uma das dimensões de relações forjadas na/pela “colonialidade de gênero” (Lugones, 2020).

Os fenômenos e os conceitos até aqui descritos se apresentam, no presente, como resquícios coloniais e escravocratas, e foram observados nas histórias narradas pelas mulheres que entrevistamos, tanto em relação às suas próprias experiências como em suas memórias sobre as vivências das mulheres encarceradas nos manicômios pesquisados, o que logo será aprofundado nesse texto.

Assim, de mãos dadas com as autoras citadas nesse capítulo, afirmamos a nossa intenção de refletirmos sobre como as ficções de “raça” e “gênero” forjaram a divisão dos corpos nos manicômios pesquisados, em relação às equipes e às pessoas encarceradas. A ideia de interseccionalidade (Collins, 2017; Akotirene, 2019) nos fez sentido nessa tarefa, em confluência com a “colonialidade de gênero” (Lugones, 2020), desde a América Latina.

Para Angela Figueiredo e Patrícia Godinho Gomes (2016), a interseccionalidade se aproxima da encruzilhada do candomblé brasileiro, se constituindo como um lugar de encontro e também de múltiplas saídas e caminhos.

A encruzilhada é um dos importantes locais onde se coloca oferenda para Exú, o mensageiro entre os diferentes mundos no candomblé. Nesse sentido, utilizando dos nossos referenciais locais e acentuando o dinamismo de tal posição, diríamos que o conceito de interseccionalidade não apenas refere-se a uma possibilidade de entrecruzamentos de categorias de opressão, mas também de possibilidades de emancipação. Quer dizer, os movimentos sociais têm cada vez mais necessidade de incorporar uma perspectiva interseccional na agenda política (Figueiredo, Gomes, p. 913).

E assim, seguimos nossos estudos interrogando as/nas encruzilhadas do campo dessa agenda coletiva de pesquisa, o que, inevitavelmente, nos colocou a interrogar as nossas próprias encruzas, como sugere Faustino (2022), numa perspectiva fanoniana de análise do “ser”.

Capítulo 2. O presente é o interlocutor do passado e o locutor do futuro¹⁴

2.1. Testemunhas oculares e a memória coletiva

Ela deve reaprender a ouvir, ver, sentir para poder pensar. Ela sabe que a luta é coletiva, sabe que a determinação do/as inimigos/as em destruir as lutas de libertação não deve ser subestimada, que eles usarão todas as armas à sua disposição: a censura, a difamação, a ameaça, o encarceramento, a tortura, o assassinato (Vergès, 2020, p. 46).

As armas coloniais da censura, da difamação, da ameaça, do encarceramento, da tortura e do assassinato (Vergès, 2020) podem contribuir para analisarmos as veias abertas das políticas manicolonialistas. Para Frantz Fanon (2022), descortinar as facetas das contradições e compartimentalizações camufladas pela realidade social “É uma política de responsáveis, (...) inseridos na história, que assumem com seus músculos e seus cérebros a orientação da luta de libertação” (Fanon, 2022, p. 144).

À trama formada pelos elementos do tempo – passado-presente-futuro –, Fanon (2020) associa os conhecimentos necessários à destruição do mundo colonial, revelando a importância da memória como força a serviço da revolução e da libertação dos povos em direção à invenção de outro mundo.

Aníbal Quijano (2005a), que rompeu com a visão eurocêntrica de homogeneidade, continuidade e evolução unidirecional do progresso civilizatório, situa a existência social dentro de uma história densa e múltipla. O autor atribui grande importância à “(...) co-presença de tempos históricos e de fragmentos estruturais de formas de existência social, de variada procedência histórica e geocultural” como “(...) o principal modo de existência e de movimento de toda a sociedade, de toda a história” (p. 14). Para ele, a América é o Novo Mundo no sentido da refundação do mundo, como fonte da novidade que deslocou a tradição da Europa, “apesar das múltiplas censuras que lhe foram impostas a sangue e fogo”, mirando para o futuro (Segato, 2021, p. 55). Quijano defende que o protagonismo da América Latina, deve ser “reoriginalizado” para “(...) acolher o ‘retorno do futuro’, pondo em marcha seus caminhos ancestrais e seus projetos históricos próprios, comunais e cosmocêntricos” (Segato, 2021, p. 56).

¹⁴ Bispo dos Santos, 2023, p. 53.

Buscando referências de tempo construídas em uma linguagem contracolonial, como saída à visão monolítica de mundo, recuperamos um recorte do pensamento guarani na voz de Geni Núñez Longhini:

Nosso tempo guarani, como ensina o cacique Wera Timoteo Popygua (2017), não é linear. [...] desde sua origem, os “Guarani Nhande’iva’e vivem em círculos, orientando-se através dos ciclos da Natureza, tendo a consciência de que nosso planeta é redondo” (Popygua, 2017, s/p). Neste tempo guarani, nossa referência não é a eternidade fixa e imutável como o ideal a ser alcançado, um ideal que, inclusive, desqualifica a vida e a rebaixa em nome de uma vida futura, como se apenas esta, por ser eterna, fosse verdadeira. Ao contrário disso, no tempo guarani encontramos meios de celebrar as transformações como um fundamento da vida [...]. Por essa celebração, que não visa a acumulação primitiva, honramos nossos ancestrais e mantemos viva nossa memória em movimento” (2023, p. 4).

Nas reflexões sobre o tempo, evocamos, ainda, a concepção de um tempo que se curva para frente e para trás, em confluência com o que já foi dito, recuperando as contribuições de Leda Maria Martins (2021) sobre as concepções de tempo afrodiáspóricas – o conceito de “espiralar”. O tempo espiralar se baseia na possibilidade de experimentação ontológica (e não apenas cronológica) como “movimentos de reversibilidade, dilatação e contenção, não linearidade, descontinuidade, contração e descontração, simultaneidade das instâncias presente, passado e futuro, (...) que têm como princípio básico do corpo não o repouso, como em Aristóteles, mas, sim, o movimento” (Martins L., 2021, p. 23). Assim sendo, Leda ensina que, nas idas e vindas, nos “voltejos” do tempo, somos.

Então, para “sermos”, nos voltejos desse percurso de pesquisa, trançamos os fios dos elementos do tempo e seguimos os movimentos de luta que nos antecederam contra o esquecimento do massacre manicomial operado na região de Sorocaba, em prol da continuidade do processo de descolonização-desinstitucionalização. Nesse intento, também nos baseamos na sociologia da memória coletiva construída por Maurice Halbwachs (1990) para a análise das palavras recordadas nas histórias das mulheres, cujos relatos singulares compõem uma memória social.

Ao evocarmos os acontecimentos que tiveram lugar na vida social dos grupos aos quais pertenceram – o grupo formado pelas pessoas que trabalharam nos hospícios –, acreditamos que as “memórias soltas” das entrevistadas podem extrapolar os contornos individualizantes para dar corpo às memórias coletivas (Stern *apud* González, Sandoval, 2012). Ainda que todos os indivíduos produzam memórias relacionadas ao seu quadro de

preocupações e desfrutem de autonomia enquanto autoridades de suas próprias histórias, essas se configuram, em alguma medida, em um quadro social complexo, emoldurado por diversas influências e temporalidades, que se compõe, decompõem, se interpenetram, se movimentam e coexistem (Halbwachs, 1990; Martins, 2021; Núñez, 2023).

As lembranças se configuram como construções forjadas nas relações sociais, o que, algumas vezes, passa despercebido nos caminhos da rememoração. As memórias são amparadas por outros indivíduos do grupo social, por vários grupos sociais, por grupos que se interpenetram e lhes conferem suporte como substratos para que floresçam. “O que seria desse ‘eu’ se não fizesse parte de uma ‘comunidade afetiva’, de um meio efervescente do qual tenta se afastar no momento em que recorda?” (Halbwachs, 1990, p. 14). Não seria nada. Nesse sentido, as lembranças são altamente relacionais, podendo até mesmo ser modificadas pelo depoimento de outras pessoas.

Como a memória se “enriquece de bens alheios” (Halbwachs, 1990, p. 14), compreendemos que as recordações se constituem como processos múltiplos, inacabados, forjadas no entre-tempos, nas articulações entre o subjetivo e o social, portanto, no espaço intersubjetivo, como movimentos de vida (Martins L., 2021).

Acompanhar as performances¹⁵ da oralidade e da recordação, recolhendo as impressões que nos foram transmitidas por falas fragmentadas, nos abriu a possibilidade de análise dos eventos como signos em movimento e não como fatos (Martins L., 2021; Seligmann-Silva, 2022). “Articular o passado historicamente não significa conhecê-lo ‘como ele foi de fato’. Significa apoderar-se de uma recordação, tal como ela relampejou no instante de um perigo” (Benjamin, 2020, p. 36). E o passo deve ser dado para fora do arquivo, para transformá-lo em coleção, em ato político de rememoração (Nichanian *apud* Seligmann-Silva, 2022), embora, nessa pesquisa, também tenhamos feito uso do arquivo.

Sobre o nosso campo de estudos, os trabalhos que se dedicaram a pensar a saúde mental a partir de suas interseccionalidades, em nosso país, nas palavras de Melissa Pereira (2020, p. 24), “voltaram-se para recortes temporais do século XIX ou nos

¹⁵ Utilizamos a definição de Leda Maria Martins, segundo a qual “O conceito de performance como ‘comportamento restaurado’ implica a ideia de uma repetição permanente, mas efêmera e que nunca se dá a conhecer ou se repete da mesma maneira. (...) as performances em si, assim como o estudo das mesmas, nos permitem deslocar o *focus* do escrito para o amplo e significativo repertório dos saberes corporificados”. / “(...) as performances são e constroem epistemologias” (2021, p. 39).

primeiros anos do século XX (Engel, 2000; Cunha, 1989; Fachinetti, 2011) e, logo, voltaram-se para prontuários, atas e documentos oficiais”, o que consideramos de extrema importância. Como tais pesquisas foram construídas de forma diferente das histórias orais organizadas nesse estudo, que logo virão à cena, acreditamos ser importante a nossa contribuição, de um jeito diferente, na constituição dessa coleção política de memórias sobre e contra os hospícios.

Em nossa busca de construção de uma memória viva e em movimento, nos deparamos com a análise de Walter Benjamin (2020) que aponta para o/a narrador/a da história como um/a catador/a de sucata, como aquele/a que recolhe os restos e os cacos da história, movido/a pelo desejo de não deixar que estes se percam, o que muito nos encantou. A figura do/a catador/a é associada à tarefa de coletar o que sobra do discurso oficial e de buscar aquilo que é descartado pela “história única” (história oficial), como os restos de história que ninguém mais recorda (Benjamin, 2020; Seligmann-Silva, 2020; Adichie, 2019). “Essa tarefa paradoxal consiste, então, na transmissão do inenarrável” (Gagnebin, 2021, p. 54).

Com Walter Benjamin, aprendemos que o ofício de articular o passado com o presente não condiz com a descrição exaustiva ou a com a prova factual do arquivo (ilusão positivista). Essa articulação é produzida na coleta dos cacos da história e está aberta às lacunas, aos silêncios, ao esquecimento e ao recalado, àquilo que sequer teve direito à palavra própria. “A rememoração também significa uma atenção precisa ao presente, em particular a estas estranhas ressurgências do passado no presente, pois não se trata somente de não se esquecer do passado, mas também de agir sobre o presente” (Gagnebin, 2021, p. 55). Tempo espiralar, nos ensinou Martins (2021).

As lembranças codificadas em linguagem não representam, de forma automática, a elaboração do passado e/ou a ruptura com as suas incontáveis repetições (Halbwachs, 1990). Existem, dentre outros sintomas da “memória ferida” (Rovai, 2017), os perigos do ressentimento – uma fixação doentia no passado –, conforme postulado por Nietzsche no final do século XIX; e a fixação em uma identificação patológica do par mortífero algoz-vítima, retirando das dimensões do humano as experiências do vivido (Gagnebin, 2021). Nomeamos, por exemplo, como histórias de desumanidade os genocídios e etnocídios, sendo que essas tragédias, na realidade, se constituem como histórias da humanidade, é preciso assumirmos.



Figura 1. Foto/Reprodução: Imagem dos escombros do complexo predial do Hospital Psiquiátrico Vera Cruz¹⁶.

A codificação de imagens e memórias em linguagem, e até mesmo os seus apagamentos, silenciamentos ou censuras, se não cuidarmos, podem reproduzir os consensos do poder – branco, colonial, cis-heteropatriarcal, capitalista – que nomeiam o mundo com a brutalidade da linguagem do opressor (Lorde, 2019; Kilomba, 2019). A libertação e as transformações da realidade social, como nos apontou Fanon (2022), exigem músculos e cérebros, exigem corpos. Exigem o compromisso com o nosso tempo e a ruptura com as imobilidades temporais, recordando, inclusive, que o sequestro do tempo e a sua fixação no quadro de uma realidade imutável e excessivamente controlável são elementos sistematizadores da rotina manicomial.

A decisão por quais cacos ou rastros da história começamos a recolher depende de nosso julgamento corporal da história (e não moral) e de nosso olhar para o corpo torturado como processo e produto do que se convencionou nomear como “civilização”, “progresso” e “humanidade”. A ressalva fundamental é que “nenhum ‘nós’ deveria ser aceito como algo fora de dúvida, quando se trata de olhar a dor dos outros” (Sontag, 2003, p. 12). Nesse sentido, interrogamos: o que as representações da crueldade, seja em palavras narradas seja em imagens que nascem da morte, provocam, não apenas dentro

¹⁶ Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CqTBzn-DUW2/>. Edição nossa. Acesso em 20/04/2023.

dos limites das cenas de violências, próximas ou distantes, mas nos deveres da consciência de mundo?



Figura 2 : Adriana Varejão (1964). Testemunhas Oculares X, Y, Z, 1997. Óleo sobre tela, porcelana, fotografia, prata, vidro e ferro, 200x250x35 cm / 85x70 cm (cada tela) /16x88x25 cm (cada objeto)¹⁷.

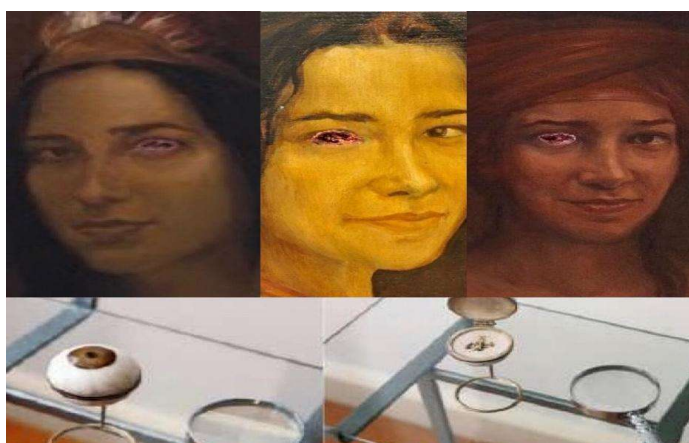


Figura 3: Adriana Varejão (1964). Testemunhas Oculares X, Y, Z, 1997.¹⁸

A instalação artística representada nas duas imagens acima reproduzidas nos foi apresentada pela professora Viviane Mendonça e serviu de grande inspiração em nosso compromisso de “ficar” nesse trabalho de recolher memórias: trata-se da obra

¹⁷ Disponível em: <https://artrianon.com/2019/08/13/obra-de-arte-da-semana-testemunhas-oculares-x-y-z-de-adriana-varejao>. Acessado em 20/09/2020. Edição nossa.

¹⁸ *Ibidem*.

“*Testemunhas oculares X, Y, Z*”¹⁹, de Adriana Varejão. A instalação artística mistura pintura e elementos que extrapolam a tela, onde a artista plástica reproduziu o seu autorretrato em três diferentes etnias – chinesa, moura e indígena –, simbolizando as marcas carregadas por mulheres que testemunharam os genocídios de seus povos.

É no corpo, na própria carne que as mulheres, como sobreviventes, e a artista, como testemunha, sentem as dores de serem para sempre marcadas pelas memórias dos assassinatos brutais dos seus, o que pode ser interpretado pelos olhos arrancados como feridas abertas, como memórias encarnadas (Mendonça, 2022).

Em relação às identidades étnico-raciais retratadas pela artista, nos deteremos, por um curto momento, nas representações da indígena e da moura, a fim de pensarmos os regimes de opressão e de brutal extermínio a que foram submetidas enquanto grupo étnico-racial a partir, inicialmente, de uma necessidade apontada por Lélia Gonzalez (2020) de conhecermos a formação histórica dos países ibéricos que colonizaram a América Latina.

Conta Lélia Gonzalez (2020) que a formação histórica de Portugal e Espanha foi forjada a partir da luta secular contra os mouros, que invadiram a península Ibérica em 711. Nesse contexto, a guerra entre os mouros e os cristãos não se justificou apenas pela religião, tendo a dimensão racial apresentado um importante papel ideológico.

Como os mouros eram predominantemente negros, os espanhóis e os portugueses adquiriram uma sólida experiência em relação à maneira de articular as relações raciais pela via da opressão e do extermínio. Assim, as sociedades ibéricas foram estruturadas de maneira altamente hierárquica, forjando camadas sociais diferentes e complementares, de modo que não havia lugar para a igualdade, especialmente, entre os diferentes grupos

¹⁹ Adriana Varejão é conhecida por retratar, em suas obras, temas ligados ao período colonial, criticando a imposição da cultura do colonizador. As partes do corpo e os autorretratos são muito presentes em seu trabalho e a artista também reflete muito sobre a questão da miscigenação no Brasil. Adriana já se representou com diferentes cores de pele, como em “*Testemunhas oculares X, Y, Z*”, na qual ela se coloca como indígena, moura e chinesa, em alusão a mulheres de diferentes etnias que testemunharam genocídios. Disponível em: <https://artrianon.com/2019/08/13/obra-de-arte-da-semana-testemunhas-oculares-x-y-z-de-adriana-varejao/>. Acessado em 18/03/2020.

sociais e étnicos como judeus e mouros, que foram submetidos ao violento controle social e político (Gonzalez, 2020).

Reforçamos, aqui, que não pretendemos nos aprofundar nessa historicização dos colonizadores. O que buscamos, junto com Lélia Gonzalez, é a compreensão da origem sofisticada do racismo na América Latina, com destaque para a manutenção de negros/as e indígenas na condição dos segmentos sociais mais subalternizados dentro do desenho das classes mais exploradas. Esse processo se constitui como uma herança colonial “das ideologias da classificação social (racial e sexual), bem como das técnicas legais e administrativas das metrópoles ibéricas” para assegurar “a superioridade dos brancos como classe dominante” (Gonzalez, 2020, p. 143).

Consideramos as análises de Gonzalez (2020) fundamentais para a reflexão sobre o lugar da memória na construção da história pública. Nesse sentido, acreditamos ser a tarefa da /o ouvinte testemunhar as heranças coloniais, junto com quem narra uma história, ao se responsabilizar por uma espécie de revezamento com esse/a narrador/a, assumindo o papel de agente de amplificação das histórias.

É preciso que ouçamos as narrativas das testemunhas diretas de acontecimentos insuportáveis, nos tornando também testemunhas, mesmo sem termos visto a barbárie com os nossos próprios olhos. Como escutaDORes/as, assumimos o compromisso de ficar e acolher a história da/o outra/o: “porque somente a transmissão simbólica, assumida apesar e por causa do sofrimento indizível, somente essa retomada reflexiva do passado pode nos ajudar a não o repetir infinitamente, mas a ousar esboçar uma outra história” (Gagnebin, 2021, p. 57).

A função da imagem, no testemunho e na memória, remete ao estabelecimento de uma relação possível sobre a ausência, representando, em muitos casos, a busca de reconexão com o simbólico e com a linguagem rompida pelo trauma²⁰. Não se trata aqui de uma linguagem cotidiana, pois essa possibilidade de encontrar uma resposta simbólica clássica está descartada, já que não existem as palavras para nomear a Catástrofe.

²⁰ Trauma aqui é representado como aquilo que fere e que produz uma fratura no mundo, com importantes repercussões nos campos de significações individuais e coletivas (Kilomba, 2019).

Grada Kilomba explica: “Existem partes da nossa história que nos parecem absolutamente incompreensíveis. (...) não há nada mais traumático do que lidar com o irracional” (2017, p. 2). E, a partir dessa profunda questão, perguntamos: o que significa uma sociedade que não busca fazer reflexões sobre as suas Catástrofes?

Junto com Seligmann-Silva (2022), entendemos que “(...) as políticas de apagamento da história, o esquecimento, são parte do movimento político” e representam, sobretudo, o apagamento dos corpos. “Déspotas genocidas apostam no poder do memoricídio como indulto contratado de antemão para garantir a impunidade de seus atos. Negacionismo, apagamento e genocídios andam sempre de mãos dadas” (p. 18).

Nesse sentido, sustentamos a necessidade de enfrentamento das histórias de nossos brasis, cujas violências não se limitaram a eventos contingenciais, mas, sim, são fundantes de conflitos e traumas sociais que estruturam as realidades e produzem as diferentes corporeidades, no exercício de suas possibilidades ou impossibilidades de reconhecimento e de vida, como integrantes ou não integrantes do grupo seletivo da “humanidade” (Krenak, 2019).

Em nosso trabalho de transmissão, assumindo a questão de interrogarmo-nos sobre o nosso olhar para a dor do/a outro/a (Sontag, 2003), acionamos, então, Adriana Varejão, que denuncia as marcas violentas e indeléveis dos processos de colonização e dominação, provocando um curto-circuito entre a verdade histórica e a sua representação, ou melhor, a sua rerepresentação” (Vieira, 2018). Acreditamos que a obra de Varejão capta, de forma triste e bela, a importância da criação de pontes entre os espaços simbólicos, onde a/o sobrevivente e/u a testemunha de uma Catástrofe, em parte estrangeira/o ao mundo dos símbolos conhecidos, pode representar a “verdade” por meio de uma “incorporação” da cena traumática.

A possibilidade de invenção de um espaço simbólico para a escuta do inenarrável ou para identificarmos as fendas nos muros que cercam o que é perturbador, nos é caro. Assim, voltando aos símbolos imagéticos das testemunhas oculares de Varejão, buscamos, na “metáfora do olhar que retém e revela” (Vieira, 2018), a afirmação da importância do enfrentamento do trauma social como saída da morte, rumo à sua simbolização (Mbembe, 2019).

Na obra de Varejão, a representação dos globos oculares arrancados das mulheres retratadas, que ficaram, então, em carne viva, e a reapresentação desses em instalações que lembram relicários²¹, nos fazem pensar que esses olhos revelam, em pequenas imagens, o “segredo” da brutalidade colonial. Os detalhes das cenas, para serem vistos, exigem o uso de uma lupa, de uma lente capaz de aumentar a possibilidade de enxergar. É preciso esforço para ver, é necessário ficar e suportar a narrativa, é preciso lutar contra a violência colonial persistente e memoricida (Kilomba, 2019; Seligmann-Silva, 2022).

Os territórios que foram nomeados como Brasil, como produto de um processo de colonização como sinônimo de civilização – progresso, evolução, aculturação e modernidade –, foram alvo de políticas brutais de grandes extermínios e de processos de aniquilamento subjetivo dos não-brancos, numa lógica que levantou fronteiras para as existências tratadas como a antítese do colonizador (Bispo dos Santos, 2019; Nascimento A., 2016).

A visão “monolítica” referente a um padrão único de sociedade, herdeira do monoteísmo imposto pela Igreja Católica – grande aliada dos colonizadores europeus nos processos de exploração dos territórios, expropriação das riquezas e escravização dos corpos nomeados pelos colonizadores como “indígenas” e “negros” – tentou matar as cosmovisões e diferentes experiências dos povos que representavam essa antítese do homem branco europeu. Assim, cosmopercepções, experiências de corpo no mundo e memórias foram submetidas historicamente às políticas de matabilidade que se perpetuam através do racismo (Bispo dos Santos, 2019; Nascimento A., 2016; Fanon, 2008; Kilomba, 2019).

O conceito de “memórias emblemáticas” – desenvolvido pelo historiador Steve Stern, que o pensou para analisar o contexto das ditaduras da América Latina – parece ser um conceito-ferramenta interessante para o trabalho de afirmação das memórias encarnadas e para a luta por reparação histórica e pela transformação da realidade social. As “memórias emblemáticas” fazem referência às memórias com potencial de produzir uma ruptura social – uma interrupção no curso das brutalidades que forjam a sociedade –, especialmente quando relacionadas às situações que envolvem violência institucional ou

²¹ De acordo com o Dicionário Michaelis, um dos significados atribuídos ao vocábulo relicário é caixa de lembranças ou recordações. Disponível em www.michaelis.uol.br. Acessado em 28/10/2020.

violência de Estado, representando o esforço da historicização e da politização dos processos vividos (Stern *apud* González, Sandoval, 2012).

2.2. Memórias da “terra rasgada” em intersecção com as histórias dos brasis e da psiquiatria moderna/colonial

Um filósofo contemporâneo, felizmente não psiquiatra, enunciou uma frase que acredito ter para nós certo interesse: “Se você quiser se aprofundar na estrutura de determinado país, é preciso visitar seus hospitais psiquiátricos” (Fanon, 2020, p. 261).

Buscamos reconstruir brevemente as memórias da ferida colonial que sobrepõe a história dos manicômios e a história das sociedades, desde a colonização até os contornos do sistema colonial/moderno, considerando as especificidades do território “terra rasgada” em intersecção com outras experiências marcantes na conformação de nossos brasis.

Começamos pelo nome do território que abrigou esse estudo: Sorocaba é uma palavra de origem Tupi-Guarani, onde “aba” significa “terra” e “çoro” pode ser traduzida como “fendida” ou “rasgada”. Esse território, rasgado por um rio e localizado no encontro dos biomas da Mata Atlântica e do Cerrado, era parte de um conjunto de rotas que ligavam o Oceano Atlântico, no litoral Paulista, ao Peru, conhecido como “Caminho de Peabiru”²².

Sem a pretensão de recuperarmos essa historiografia e aprofundarmos na geografia, inclusive, porque não alcançamos esses saberes, consideramos importante, ao menos, a menção a essa memória. As conexões, feixes de comunicações e cruzamentos, característicos das múltiplas cosmopercepções de mundo e das formas de habitar os territórios pelos povos indígenas, foram apropriados para a construção de rotas escravistas e voltados à produção e circulação de “bens”, servindo aos interesses dos colonizadores.

²² “O Peabiru é um caminho construído pelos indígenas antes da chegada dos europeus. Possui um tronco principal e ramais. Segundo o pesquisador Luiz Galdino, trata-se de um caminho específico que se estendia de São Vicente a Sorocaba, Castro, Guairá, Assunção, Potosi e Cuzco (Galdino, 2002). Em Sorocaba, acredita-se que esse caminho seguia este roteiro: “A trilha principal do Peabiru em Sorocaba cortava o bairro de Aparecidinha, seguindo pela margem do Rio Sorocaba, passando pela Rua Padre Madureira, avenidas São Paulo, Quinze de Novembro, São Bento, Praça Carlos de Campos, ruas Treze de Maio, da Penha, Moreira César, Praça Nove de Julho e General Carneiro. Este caminho segue pela estrada do Ipatinga indo em direção a Araçoiaba da Serra”. (Cavalheiro, 2017, p. 34-35).

Isso contribuiu para o extermínio dos viventes da “terra rasgada” e de suas formas de existência social, de variada procedência histórica e geocultural.

O que veio depois da captura colonial dessa “terra rasgada”, de localização privilegiada, foi a utilização de suas rotas a favor do brutal ciclo bandeirante, com o simulacro de sua “fundação” enquanto “vila”. Lembramos que os critérios para a promoção de uma terra à vila eram, dentre outros, a construção de uma igreja e de um pelourinho, símbolos coloniais da autonomia local, o que foi cumprido pelo “fundador” de Sorocaba em 1654.

Baltazar Fernandes, o “(...) fundador do povoado que iria se tornar a cidade de Sorocaba era de família conhecida por empreendimentos bandeiristas, sobretudo o de preação de indígenas para serem vendidos como trabalhadores escravizados” (Cavalheiro, 2017, p. 44). Embora não existam descrições precisas sobre nascimento e morte, bem como sobre quem foi, como foi e como viveu Baltazar Fernandes, de acordo com a pesquisa de Carlos Cavalheiro (2017), a sua identidade étnico-racial correspondia a de um miscigenado, filho de um português e de uma mulher indígena. Ele era, portanto, fruto da intensa miscigenação – a qual interpretamos nessa pesquisa como estupro de mulheres indígenas pelos brancos colonizadores – daquele período histórico. Ao se firmar na região de Sorocaba, Baltazar Fernandes trouxe escravizados indígenas e africanos, sempre se colocando “(...) na posição de detentor do poder ‘político’ ou seu representante” (Cavalheiro, 2017, p. 46).

Como no Brasil a questão da miscigenação era incontornável, as ideologias do alienismo e da psiquiatria eugênicas dos séculos posteriores, XIX e XX, que contribuíram sobremaneira para a conservação do mito de que existiria uma “raça superior” a ser defendida da degeneração e da anormalidade dos indivíduos considerados “inferiores”, tiveram que se adaptar à realidade imposta.

A miscigenação, embora tenha sido condenada por um importante representante do racismo científico no Brasil, Raimundo Nina Rodrigues, que a considerava um risco à constituição de uma nacionalidade e a associava ao crime e à degeneração, foi encarada com algum otimismo pelos psiquiatras eugenistas da Liga Brasileira de Higiene Mental. Os médicos da Liga vislumbravam que, em algum momento da história desse país, poderia haver o embranquecimento populacional (Costa, 2006).

Assim, os apagamentos da negritude e da ascendência indígena na constituição de uma “identidade nacional”, que buscava se identificar como branca, se apoiaram no “mito da “democracia racial”, fortemente presente no imaginário de uma sociedade multirracial que nega a realidade de sua fundação histórico-estrutural (Nascimento A., 2016).

Para Abdias Nascimento (2016), a propagação da ideia de que os senhores de escravos, cristãos, tratavam com benevolência e humanismo os/as escravizados/as serviu à finalidade de mitigar a culpa dos colonizadores (portugueses e espanhóis) da católica América Latina. O papel da Igreja Católica, que também era proprietária de terras e de escravizados, então, se firmou como pedra angular nessa falsificação de fatos históricos, no intento de ocultar a brutalidade da escravização.

Esse mito da benevolência logo foi desdobrado em outro, segundo Abdias (2016): o da “democracia racial”, que enfatizava a mestiçagem como a prova da convivência harmoniosa entre as raças. A falsificação dos fatos históricos, ainda, propagava que a sobrevivência das diferentes culturas africanas seria o resultado da ausência de preconceito dos brancos; evocava o papel da “ama de leite” e da “mãe preta” no aleitamento de crianças brancas como uma representação da ausência de preconceito; e afirmava a popularidade da “mulata” como prova da saúde das relações raciais no Brasil, ocultando que os estupros das mulheres negras e indígenas fundaram os brasis.

As teorias da miscigenação, do embranquecimento e da aculturação tentaram produzir o apagamento do *apartheid* à brasileira e das tensões raciais que, embora não tenham se inscrito no campo da legalidade, produziram a realidade social, representando uma política de genocídio que se operou/opera por meio de um “racismo mascarado” (Nascimento A., 2016; Bispo dos Santos, 2019).

Lia Vainer Schucman, ao contar a história da constituição da cidade de São Paulo e da formação da identidade paulistana, considerando o mesmo recorte temporal de consolidação da invasão e exploração das terras americanas pelos portugueses, revela que o motivo da interiorização do processo de construção de vilas apartadas da faixa litorânea – onde se insere a construção da vila de Sorocaba – foi a percepção dos jesuítas de que essa localização seria um “posto avançado para catequizar indígenas” (2020, p. 104). Durante os séculos XVI e XVII, dali

(...) partiam as “bandeiras”, expedições organizadas para procurar minerais preciosos no interior do país e para capturar índios para o trabalho escravo. A atividade bandeirante foi a responsável pelo devassamento e a ampliação do território brasileiro na proporção direta do extermínio das nações indígenas que se opunham a esse empreendimento (Sevcenko, 2000 *apud* Schucman, 2020, p. 105).

No século XVIII, nas vilas paulistas com população constituída principalmente de brancos de origem portuguesa e de mestiços de indígenas com brancos, as atividades se restringiam a uma economia baseada na produção agrícola de subsistência, marcada pela pobreza rural e pela participação nas expedições em busca de ouro, diamantes e escravos indígenas (Straforini, Garcia, Castro, 1998; Schucman, 2020). “Esse período, apesar de não ser marcante em relação à economia do Brasil, deixou marcas e construiu parte de um mito da origem paulistana em torno dos bandeirantes” (Schucman, 2020, p. 105).

O tropeirismo surgiu nesse período e conviveu com esse contexto paulista, proporcionando uma maior participação de Sorocaba na economia colonial. O tropeirismo, grosso modo, se constituiu como o principal meio de transporte no Brasil até o surgimento da ferrovia no final do século XIX (Straforini, Garcia, Castro, 1998). Nesse sentido, Sorocaba, além de sua “(...) posição geográfica privilegiada, basicamente a meio caminho do sul e do norte do país, a topografia e o desenho da rua que desemboca na ponte sobre o rio deram ao lugar o aspecto ideal para a realização de tal comércio (Cavalheiro, 2017, p. 51).

Bacellar (1994 *apud* Straforini, Garcia, Castro, 1998) analisou que, ao longo do século XVIII, as gerações das famílias mais abastadas e poderosas de Sorocaba enriqueceram pela atividade comercial de gado, talvez, como fruto dos recursos advindos da mineração e/ou apreensão e venda de indígenas para serem escravizados, bem como através da arrecadação de impostos oriundos do tropeirismo. A região tornou-se, então, importante para a circulação de mercadorias, de informações e de pessoas, tecendo uma rede integrada de rotas no interior paulista que serviu à mineração e, posteriormente ao sistema agrário-exportador do café. Na virada do século XIX para o XX, mesmo após o início da construção das ferrovias, o espaço era de múltiplas possibilidades, marcado pela coexistência da ferrovia e do tropeiro (Straforini, Garcia, Castro, 1998).

No contexto ampliado da economia colonial, o século XIX marcou o exponencial crescimento da participação de São Paulo na economia, por meio da cultura do café, o que exigiu cada vez mais mão de obra e foi alcançado através do crescimento da entrada

de negros/as escravizados/as no país. “O auge foi em 1848, quando desembarcaram no Brasil 60 mil cativos africanos”, sendo que, até meados de 1870, São Paulo abrigava a terceira maior população escravizada do país (Schucman, 2020, p. 106).

Com o fim do tráfico de escravizados (1850) e o fim da escravidão no Brasil (1888), “(...) os grandes agricultores paulistas, inseridos na conjuntura política de construção da identidade nacional, optaram pela vinda de imigrantes europeus” (Schucman, 2020, p. 106). Na passagem do século XIX para o XX, São Paulo se tornou um dos maiores polos de imigração do mundo – imigração de brancos/as como uma decisão política, assumida nos contornos do projeto de branqueamento da população brasileira. Esse projeto racista foi fundado sobre a desqualificação da mão de obra e o extermínio das populações negras e indígenas, mirando na construção de um só povo e uma só nação (Schucman, 2020; Gonzalez, 2019; Nascimento A., 2016).

A criação dos hospícios no país respondeu à demanda de fortalecimento da nova ordem social que, “(...) de uma sociedade cindida entre senhores e escravos, com os limites e fronteiras entre os grupos sociais bem definidos, a cidade se converte num espaço de cruzamento e circulação de uma população multifacetada” (Barbosa, 1992, p. 93). O final do século XIX foi palco de dois grandes marcos históricos no Brasil: a abolição da escravidão (**1888**) e a proclamação da república (**1889**). Esses processos em nada alteraram a realidade, dado que os donos do poder e a distribuição social e racial dos corpos permaneceram os mesmos (Nascimento B., 2019).

Vamos à história da inauguração do primeiro hospício brasileiro, que ocorreu em 1852, no Rio de Janeiro, período anterior aos marcos históricos acima mencionados, porém, no contexto das tensões que neles desembocaram. O primeiro hospício foi fundado após a assinatura de um decreto do ainda imperador D. Pedro II, sob demanda social de contornos mais rígidos para os/as “degenerados/as” e “loucos/as” e para a “loucura”. Até esse momento, não havia nenhuma assistência médica específica aos doentes mentais.

Até o final do século XIX, considerando os recortes das realidades de São Paulo e do Rio de Janeiro, os hospitais não eram medicalizados e funcionavam de forma independente em relação à medicina (Barbosa, 1992). Os hospitais se constituíam como locais de morredouro e de contenção de corpos “incuráveis”, favorecendo a transição entre a vida e a morte (Foucault, 2007).

Com uma clientela definida pelas autoridades públicas, a assistência hospitalar estava a cargo da filantropia caritativa (Irmandades de Misericórdia, por exemplo) que, sob o véu da “salvação” do doente, apartavam aqueles/as considerados/as incuráveis do convívio social. Nesse sentido, se delineava uma espécie de assistencialismo de contenção das pessoas pobres, alienadas, inválidas, leprosas, vítimas de surtos epidêmicos, dentre outras categorias de indesejáveis, por representarem algum risco ao equilíbrio social (Foucault, 2007; Barbosa, 1992).

As medidas de contenção àqueles que perturbavam a ordem pública eram, anteriormente, as prisões por vagabundagem dos/as “degenerados/as” que vagavam pelas ruas, ou o aprisionamento dos/as “insanos/as” em celas especiais dos hospitais gerais. Segundo Rosana Barbosa (1992), os insanos eram alocados nas Santas Casas de Misericórdia, seja em suas enfermarias ou em asilos sob sua administração, e recebiam castigos quando se encontravam muito agitados, sendo acorrentados às camas ou **amarrados em troncos** [grifo nosso].

Pelo “tratamento” conferido, podemos, desde já, inferir que as pessoas submetidas a essas condições não gozavam do reconhecimento de suas humanidades. No Rio de Janeiro, a inauguração do primeiro hospício não modificou o cenário de precariedade em relação ao “tratamento” dos considerados “insanos”. Com enfermarias superlotadas em função da desigualdade entre as admissões e as altas, o hospício contribuiu para a instalação de uma descrença sobre a psiquiatria. Frente a esse acúmulo de “insanos” sem cura nas enfermarias do Hospício Pedro II, as delegacias, os asilos de mendicidade e outras instituições “leigas” dividiram a tutela dos/as “loucos/as” com a psiquiatria (Amarante, 2015).

Adentrando no recorte da história da psiquiatria paulista, temos a fundação de um Asilo Provisório de Alienados, em 1852. Nesse período, embora tenha rompido com a atribuição exclusiva da Santa Casa de Misericórdia na prestação de assistência aos alienados, a direção do Asilo Provisório permaneceu em mãos leigas, sendo o diretor do asilo **um bom homem** [grifo nosso], que se chamava Tomé de Alvarenga (Barbosa, 1992). Esse “senhor” mantinha um **chicote** [grifo nosso] pendurado acima do batente da porta da sala onde ficavam os loucos, bem ao alcance dos olhos de todos, a fim de garantir a manutenção da ordem e da obediência.

Somente após oito anos da criação do Asilo Provisório paulista é que a administração do espaço passou às mãos de um médico, que era clínico geral (Barbosa, 1992). A relação de tutela estabelecida com os/as “loucos/as”, “cuja violência é legitimada com base na competência do tutor frente à incapacidade do tutelado” (Barbosa, 1992, p. 93) nos levou à associação desta com a relação senhor – escravizado.

Abdias Nascimento, sobre a “abolição formal” da escravização escreveu:

(...) a ‘abolição’ significou o mesmo tratamento, só que agora aplicado em massa: os africanos ex-escravos e seus descendentes, algumas centenas de milhares, se viram atirados a uma ‘liberdade’ que lhes negava emprego, salário, moradia, alimento, roupa, assistência médica e o mínimo apoio material. (...) De vítima acorrentada pelo regime escravista de trabalho forçado, o escravo passou para o estado de verdadeiro pária social, submetido pelas correntes invisíveis forjadas por aquela mesma sociedade racista e escravocrata (2019, p. 89).

“Entraram mais imigrantes italianos nos 30 anos da Lei Áurea do que escravos que foram beneficiados com a libertação. Com a Lei Áurea (lei para brancos), a marginalização do negro estava instituída” (Clóvis Moura *apud* Nascimento A., 2019, p. 43). Assim, a separação das subcategorias de humanidade no contexto do crescimento das cidades, atrelada ao desenvolvimento do capitalismo industrial, representou uma grande oportunidade para os hospícios. Estes passaram a contribuir na contenção dos corpos como medida de “proteção” dessa nova (velha) ordem civilizatória, com base na sistematização e manutenção da divisão dos corpos na conjuntura da abolição apenas formal dos/as escravizados/as, através da criação de espaços educativos e corretivos destinados aos sujeitos considerados “desajustados” (Cunha, 2022).

O aumento das pressões e demandas apresentadas por diferentes setores sociais em relação ao “problema” da “loucura”, dado que a assistência, nesse período, pareceu se limitar à organização do espaço físico urbano, resultou em uma lógica administrativa que tentava contribuir para o sucesso do projeto de modernização das cidades como um “imenso aglomerado humano harmonioso e pacificado” (Cunha, 1989, p. 124).

A reivindicação de espaços higienizados era das classes burguesas brancas, que não queriam se ver espelhadas e/ou ameaçadas por “(...) criminosos e delinquentes, prostitutas, vagabundos, jogadores, alcoólatras, negros, anarquistas, imigrantes – todos se tornam objetos de um saber que se constrói a partir da observação dos loucos, assim como da população da cidade” (Cunha, 2022, p. 88). Esse medo do/a “Outro/a” pode ser

atribuído à constituição daquilo que nomeamos como “medo do louco”: a forte rejeição de qualquer característica que pudesse ser relacionada ao significante “loucura” pelos sujeitos ditos “normais”.

Por décadas, uma parcela significativa dos indivíduos foi levada aos asilos pelas mãos da polícia, sendo enquadrada na categoria “incerta” de vadio. Vadios eram as pessoas que rasgavam o mapa dos projetos modernos e civilizados das grandes cidades, ao vagar ou viver nas ruas, sem a comprovação de uma ocupação regular (Engel, 1999).

[...] a polícia funcionava como extensão, sancionada pelo Estado, do domínio da classe proprietária sobre as pessoas que lhe pertenciam. A polícia cresceu acostumada a tratar os escravos e as classes inferiores livres de maneira semelhante, e com a diminuição do número de escravos na população após meados do século, as atitudes e práticas do sistema de repressão foram aos poucos sendo transferidas para as classes inferiores não-escravas – e perduraram (Cardoso, 2010, p. 60).

E essas demandas sociais conservadoras, racistas, classistas e sexistas caíram como uma luva para a psiquiatria que, à época, buscava delimitar seu campo de atuação e seu objeto de intervenção. As respostas teóricas e a práxis que a psiquiatria apresentou à burguesia branca dominante foram o esquadrinhamento e a decomposição da multidão, a fim de identificar, diagnosticar e excluir os indesejáveis sociais (Cunha, 2022).

Maria Clementina Cunha (2022) fez a ressalva de que a exclusão, no século XIX, não se limitou às “classes pobres”, abarcando, ainda, grupos sociais considerados rebeldes ou não moralizados da sociedade, o que resultou, inclusive, na internação da prole das elites locais e das classes médias no Hospital Psiquiátrico Juquery, em seus primeiros anos.

Consideramos importante a complexificação da análise sobre o campo das institucionalizações, tanto em relação ao fato de que, uma vez internadas, as pessoas não recebiam tratamentos equânimes, estando condicionadas às repercussões de gênero, raça e classe, que produziam exclusões dentro da exclusão; como pela não fixação dessa condição de as pessoas de classes sociais mais favorecidas ocuparem os grandes manicômios, na medida em que observamos que, de modo geral, os/as “loucos/as” das classes privilegiadas deixaram os grandes hospícios aos “indigentes” e trabalhadores braçais (Cunha, 2022).

Para Jurandir Freire Costa (2006), havia um atraso histórico da Psiquiatria no Brasil, pois essa se limitava à reprodução do discurso teórico da psiquiatria francesa e às

práticas operadas pelo pessoal leigo e religioso. A história da psiquiatria brasileira é marcada por uma atmosfera repleta de conotações ideológicas, sendo que, diante das dificuldades de delimitação do próprio campo (a psiquiatria se constituiu como especialidade médica autônoma somente em 1912), os psiquiatras associavam os problemas psiquiátricos aos problemas culturais, explicando-os pelas hipóteses biologizantes que, por sua vez, defendiam a intervenção médica em toda a sociedade, de forma generalizada, conformando-se aos preconceitos da época.

Lima Barreto, que teve a experiência de “paciente” psiquiátrico no início do século XX, fez uma crítica contundente a essa “confusão” ideológica da psiquiatria: “Procuram os antecedentes do indivíduo, mas nós temos milhões deles, e, se nos fosse possível conhecê-los todos, ou melhor, ter memória dos seus vícios e hábitos, é bem certo que, nessa população que cada um de nós resume, havia de haver loucos, viciados, degenerados de toda sorte” (Barreto, 2017, p 16).

Foi em meio a essa busca por se consolidar como ciência que emergiu o projeto social da psiquiatria, fruto da reivindicação de um grupo de médicos higienistas. Esses médicos advogaram pela necessidade de um asilo higiênico e arejado, que pudesse atender e tratar os/as “loucos/as” segundo os princípios do “tratamento moral”. Assim, a situação no país começou a ser transformada com Teixeira Brandão, Juliano Moreira e Franco da Rocha (Amarante, 2015).

Juliano Moreira, apesar de coadunar com boa parte dos pressupostos higienistas de sua época, apresentou-se contrário às teses que defendiam a degenerescência racial (Santos, 2021), tendo iniciado uma agenda de reformas no Hospício Nacional de Alienados (RJ) a partir dos primeiros anos do século XX. As medidas adotadas pelo psiquiatra foram a construção de novas instalações para “(...) setorizar os internos por sexo, idade e também por tipo de doença, além da retirada das grades, bem como da abolição das camisas de força” (Santos, 2021, p. 41). Porém, mesmo com a adoção dessas iniciativas reformistas, os psiquiatras e a psiquiatria “mostraram uma extrema vulnerabilidade diante dos preconceitos culturais da época” (Costa, 2006, p. 36).

Em São Paulo, por meio de um fenômeno semelhante às experiências anteriores relacionadas à expansão dos processos de catequização e captura dos indígenas, do ciclo bandeirante, da escravização dos/as negros/as e da expansão agrícola, teve início a

implantação do sistema industrial e, com ele, o projeto de interiorização dos asilos de alienados na passagem do século XIX para o XX.

Inicialmente, o projeto de interiorização dos asilos representou a saída provisória encontrada por Franco da Rocha para o problema da superlotação do asilo da capital paulista, além de ter funcionado como experimento científico para a repaginação dos hospícios do estado. E o município de Sorocaba foi o primeiro a ser “contemplado” dentro do processo de interiorização, como sede da implantação da primeira colônia agrícola do estado (Barbosa, 1992; Cunha, 2022).

Sorocaba, à época, apresentava-se como uma localidade marcada pelo desenvolvimento de uma economia baseada em atividades urbanas. A cidade era constituída por um grande número de comerciantes, manufactureiros, artesãos, ambulantes, profissionais liberais e pequenos industriais, fruto da organização produtiva voltada, inicialmente, ao suprimento de mercadorias e manufaturas para os tropeiros (Straforini, Garcia, Castro, 1998). A proximidade com a capital paulista e o caldo cultural formado no território, sob o pano de fundo das imigrações, da grande circulação de bens e pessoas, e do início de suas atividades urbanas, de acordo com nossa interpretação, podem ter contribuído para essa escolha de Sorocaba para os experimentos científicos que, poucos anos depois, resultaram na criação do Hospício Juquery na capital paulista.

O modelo da colônia agrícola trazia ao centro o trabalho como proposta de “tratamento” para a “loucura”, com destaque para o trabalho agrícola, seguindo o que era pregado pela psiquiatria francesa. Teixeira Brandão e Juliano Moreira, ambos no Rio de Janeiro, e Franco da Rocha, em São Paulo, aderiram à inserção dessa “modalidade terapêutica” dentro de um projeto reformista de modernização e humanização do hospício e da assistência psiquiátrica no Brasil.

Sob o pano de fundo ideológico de um novo “tratamento humanizado”, floresceu a ideia de que a maior liberdade conferida aos “loucos” nas colônias agrícolas, garantida pela experiência de permanecerem ao ar livre associada ao trabalho no campo, lhes faria bem. Isso modelou o aspecto “terapêutico” na proposta do novo asilo. Acontece que a conversão da ociosidade dos “loucos” para a atividade laboral no campo transformou os asilos agrícolas em apostas interessantes também sob o ponto de vista econômico. “Esta sedutora proposta de reaproveitamento do insano é uma das principais molas de toda a articulação entre a psiquiatria e a ordem social” (Amarante, 2015, p. 56).

O Asylo Succursal de Alienados de Sorocaba foi “(...) a primeira experiência de laborterapia, destinada a cerca de 80 loucos cronificados e calmos, que funcionou (...) como uma espécie de ‘balão de ensaio’ do Juquery”, sob a direção de Franco da Rocha (Cunha, 2022, p. 110). Essa colônia agrícola foi mantida em Sorocaba com o aporte financeiro do governo do Estado de São Paulo até a inauguração do Hospital Psiquiátrico Juquery, em 1889. A partir daí, o Succursal foi fechado e os seus “pacientes” foram transferidos para o “moderno” Juquery.

O terreno onde funcionou o Succursal foi vendido e, posteriormente, utilizado para a instalação da Santa Casa de Misericórdia do município (Bataiote, 2022). Cabe destacarmos que o trânsito de “pacientes psiquiátricos” entre o Juquery e os manicômios de Sorocaba foi uma situação que se repetiu no decorrer dos anos.

Surfando na onda da “ciência” e do “progresso” e instrumentalizado pelas ideologias eugênicas, Franco da Rocha reorganizou a assistência aos doentes mentais no estado de São Paulo, garantindo a expansão e a especialização do hospício científico, em substituição ao antigo e limitado asilo de administração leiga que, até aquele momento, havia assegurado o encarceramento apenas dos “loucos” de maior visibilidade. A proposta de criação do hospício “novo”, que buscava se diferenciar dos depósitos de detritos sociais, na esteira das mudanças através das quais a psiquiatria se “repaginava”, representou a classificação e a separação dos diferentes desvios como centrais no “asilamento científico”.

Em seu projeto de criação de um hospício modelar, moderno, central, amplo e equipado, na órbita do qual funcionariam os asilos-colônia, Franco da Rocha buscou conciliar as teorias da medicina mental e o “tratamento moral” do asilo clássico (Barbosa, 1992). Ele reuniu, nesse sentido, as teorias do “organicismo” e da “degenerescência”, e o uso de terapias químicas e mecânicas da medicina mental ao “tratamento moral”, desenvolvido nas colônias agrícolas anexas ao hospício.

O “tratamento moral” nas colônias pela via do trabalho, que era uma técnica aplicada aos internos considerados “incuráveis”, deveria ser convertido, no asilo moderno, por meio de uma “administração inteligente”, ao bom uso da disciplina e da vigilância, atreladas à sensação de liberdade, a fim de reconstituir o indivíduo produtivo

à vida em sociedade – o que, na verdade, raramente acontecia (Barbosa, 1992; Amarante, 2015).

Durante a gestão de Franco da Rocha (1898 – 1920), o hospício modelar, atrelado à expectativa de acompanhar o progresso do processo civilizatório, de acordo com os registros do arquivo do Juquery, foi responsável pela internação das pessoas negras em uma proporção duas vezes superior à parcela que representava na população total do estado de São Paulo (Barbosa, 1992; Cunha, 2023). Esse fenômeno é indicativo da centralidade da questão racial nas políticas de asilamento das pessoas consideradas “doentes mentais”.

As contribuições de Basaglia (2010) sobre o doente mental carregar, antes de qualquer coisa, a marca de alguém sem poder (social, econômico, contratual), associadas à crítica da relação entre racismo e psiquiatria realizada por Fanon (2020), nos ajudaram na compreensão do dado acima exposto: o enquadramento das pessoas negras em “instituições totais” (Goffman, 2007) se configura como uma atitude humilhante, paternalista e mantenedora dos abismos sociais e raciais que atualizam as relações entre colonizador e colonizado (Fanon, 2008, 2020).

As autoras Lia Serra e Ianni Scarcelli (2014) analisaram o papel de Pacheco e Silva, sucessor de Franco da Rocha na direção do Hospital Psiquiátrico Juquery, no cenário da psiquiatria eugênica paulista. As autoras destacaram que Pacheco e Silva, juntamente com os psiquiatras que compunham a Liga Brasileira de Higiene Mental, consideravam a eugenia como importante tecnologia a favor da implementação de normas sociais destinadas ao controle das populações.

O desenvolvimento da psiquiatria científica, nesse sentido, se baseava em uma espécie de caça aos “anormais”, por meio de teorias e práticas aplicadas contra aqueles indivíduos “portadores” de um “estado anormal”, onde a degeneração e a “não-normalidade” eram vistas como perigosas também no sentido de sua possível transmissão às futuras gerações por meio da hereditariedade (Foucault, 2001).

Pacheco e Silva aconselhava aos novos médicos a se ocuparem dos problemas étnicos do país, visando a garantia de um “melhoramento genético” brasileiro a partir dos componentes hereditários considerados “bem-dotados” (atribuídos à branquitude): “uma raça é tanto melhor quanto maior for o número de **famílias eugênicas** (...) A indiferença pelos problemas raciais, a inobservância das leis biológicas, o desprezo pela experiência

antropossociológica se fazem sentir cedo ou tarde (...) com incalculáveis prejuízos para a coletividade (Pacheco e Silva *apud* Serra, Scarcelli, 2014, p. 89, grifo nosso).

As contribuições da psiquiatria na fixação desse imaginário social racista, partindo, aqui, das contribuições do pensamento de Pacheco e Silva, se utilizava do viés biologizante e da medicina eugênica para a defesa da constituição de uma “raça paulista”. O pensamento ideológico sobre uma “raça paulista” foi forjado a partir do mito da herança bandeirante, que colocaria os paulistas à frente da construção do progresso nacional, o que servia aos propósitos do branqueamento da população (Serra, Scarcelli, 2014).

O regime discursivo de fortalecimento de uma “raça paulista” ou “identidade paulista” é revelador da constante produção do/a “Outro/a”, “(...) numa relação cultural remanescente daquela entre colonizador e colonizado. Ao elaborar esse discurso da superioridade regional, os paulistas usaram percepções racializadas sobre modernidade e civilização” (Weinstein, 2003 *apud* Schucman, 2020, p. 111).

Pacheco e Silva, na década de 1930, também auxiliou na construção da Assistência Geral dos Psicopatas do Estado de São Paulo, sendo o debate sobre a criminalidade um dos pilares para o seu sucesso em angariar novos investimentos voltados à prevenção e cura da delinquência dos “menores anormais”, o que incluía as crianças “abandonadas” (Serra, Scarcelli, 2014).

Recordamos que, nos casos em que delinquência e loucura se entrelaçaram/entrelaçam, o exame psiquiátrico em interação com o poder judiciário, legitimou/legitima, “(...) na forma do conhecimento científico, a extensão do poder de punir outra coisa que não a infração” (Foucault, 2001, p. 25). O sujeito se torna, nesse sentido, responsável por tudo e por nada, não sendo visto como um sujeito jurídico, mas, sim, como um objeto que será controlado por uma tecnologia específica, cabendo ao “médico-juiz”, por meio do exame psiquiátrico, a função de demonstrar o seu potencial para a criminalidade. “Descrever seu caráter de delinquente, descrever o fundo de suas condutas criminosas ou paracriminosas que ele vem trazendo consigo desde a infância, é evidentemente contribuir para fazê-lo passar da condição de réu ao estatuto de condenado” (Foucault, 2001, p. 27).

A identificação dos estados anormais necessitou do olhar atento aos lares das diferentes famílias, partindo do estigma como a condição da psiquiatrização de corpos e comportamentos, na reconstituição de uma linha imaginada que ligava, de forma contínua, a infância e a idade adulta. “A infância foi o princípio de generalização da

psiquiatria; a infância foi, na psiquiatria como em outros domínios, a armadilha de pegar adultos” (Foucault, 2001, pp. 386-387).

Trazemos esse debate sobre a infância, que foi um elemento bastante presente em nosso campo de pesquisa, a fim de analisarmos como as condutas psiquiatrizáveis foram/são aquelas associadas a qualquer traço de infantilidade. Consideramos de grande importância as narrativas sobre a infantilização das pessoas internadas nos manicômios, por tratar-se de uma questão produtora e reprodutora da dependência da população dentro dos hospícios. Nesse sentido, o sequestro do tempo da pessoa privada de liberdade, cuja existência permanecia fixada em um tempo-espço que não possibilitava qualquer mudança e que se repetia cotidianamente, impunha dificuldades para a construção de condições autônomas de vida, modulando, desse modo, comportamentos cada vez mais regredidos e cronificados (Scarcelli, 2012).

Concomitantemente à criação de ideologias e mecanismos que produziram uma dependência social das instituições – afinal de contas, para onde iriam pessoas tão regredidas e sem autonomia se não fossem os hospícios? –, a psiquiatria eugênica se firmou por meio dos padrões higiênicos do sexo e da família. Em nome da defesa da sociedade e da “raça pura” (ou mestiça, o mais próximo possível da raça branca, no caso brasileiro), o objetivo era o de prevenir e tratar precocemente a contaminação representada pela “degeneração”, conforme já mencionamos, para a generalização do poder psiquiátrico (Foucault, 2001; Serra, Scarcelli, 2014).

De acordo com essa ideologia, a psiquiatria moderna-colonial daria conta de analisar as heranças genéticas – o mal invisível onde residiriam a loucura e toda sorte de anormalidades – e criaria a solução profilática e corretiva para a contenção de todos os males (Foucault, 2001; Cunha, 2022). Citamos Foucault (2001):

[...] a infância e a infantilidade da conduta oferecem como objeto à psiquiatria não mais propriamente – e até não mais de maneira nenhuma – uma doença ou um processo patológico, mas certo estado que vai ser caracterizado como estado de desequilíbrio [...], sem ser patológico, sem ser portador de morbidez, nem por isso é um modo normal. [...] É um contratempo, é uma sacudida nas estruturas, que aparecem em contraste com o desenvolvimento normal e que vão constituir o objeto geral da psiquiatria (p. 391).

Assim, a ideologia que se declarou “científica” fabricou os chamados “estados anormais” e as instituições para encarcerar as pessoas enquadradas como portadoras deste estado de desequilíbrio, desumanizando-as.

Retomamos as memórias sobre a região de Sorocaba, com destaque para a sua integração ao espaço econômico da capital paulista através da Estrada de Ferro Sorocabana, o que lhe rendeu, posteriormente, a construção de hidrelétricas que, por sua vez, foram favoráveis ao florescimento e desenvolvimento da indústria têxtil, concomitantemente à produção agrícola algodoeira e o direcionamento dos investimentos em infraestrutura. Assim, a região de Sorocaba foi construindo sua estrutura de saneamento básico, iluminação pública, serviço de bondes e outros (CIR/Sorocaba, 2015).

A partir do século XIX, as classes dominantes do município de Sorocaba deram início à implantação de seu parque industrial, o que, no início do século XX, lhe rendeu a alcunha de “Manchester Paulista” (Bataiote, 2022). Concomitantemente à consolidação do processo de industrialização, os caminhos de Sorocaba também foram rasgados, no início do século XX, pela inauguração de seu primeiro hospital psiquiátrico e, entre as décadas de 1960 e 1970, pela constituição de um dos maiores polos manicomial do país (Garcia, 2012). “É no século XX (...) que a internação psiquiátrica ganha contornos institucionais que a tornam protagonista nas ações de Estado. O Código Civil de 1916²³ chancela essa ótica ao sacralizar o indivíduo louco como incapaz.” (Conselho Federal de Psicologia *et al.*, 2020, p. 24).

Desde o início da constituição de sua organização econômica e social, Sorocaba se entrelaçou à capital do estado e isso se repetiu em relação aos seus hospícios, que estiveram historicamente atrelados ao Hospício Juquery. Após vinte anos do fechamento do Asylo Succursal de Alienados – o balão de ensaio do Juquery –, Sorocaba assistiu à inauguração do Instituto de Higiene Mental Dr. Luiz Vergueiro, em 1918.

O levantamento historiográfico realizado por Bataiote (2022) demonstrou que a assistência aos “dementes” despertou o maior interesse da classe dominante de Sorocaba no início do século XX. O pesquisador recuperou um documento endereçado à Câmara Municipal de Sorocaba, no ano de 1918, à época da instalação do primeiro manicômio considerado nesse estudo, o Instituto de Higiene Mental Dr. Luiz Vergueiro:

²³ Revogado pela lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002, que institui o Código Civil atualmente vigente (CFP *et al.*, 2020).

“Exmo. srs. presidente e mais membros da Camara Municipal de Sorocaba,

A assistencia aos dementes é uma das preocupações mais nobres da sociedade civilisada de hoje, constituindo materia especial das responsabilidades não só governamentaes como particulares. Consoante a doutrina humanitaria, scientifica e justa corrente, merecem os dementes, mais que qualquer outra victima da natureza, cuidados especiaes, facilitados pelas conquistas modernas.

(...) a questão de assistencia aos dementes tem obtido medidas adequadas por parte do governo e ainda graças a iniciativa particular, de modo que funcionam actualmente, na capital e em diversas cidades do interior, manicômios, casas de saude, etc., com grande vantagem para os interessados. Esse movimento altruistico (...) não podia tornar-se isento de influencia em Sorocaba, nucleo admiravel de trabalho, de iniciativa, de boa vontade. [O Estado de São Paulo, 1918] (Bataiote, 2022, p. 116-117).

O Instituto de Higiene Mental Dr. Luiz Vergueiro foi fundado pelo delegado de policia da cidade, pelo prefeito municipal, por um engenheiro de obras públicas e pelo professor-diretor de um grupo escolar, ou seja, reproduziu um modelo de asilo leigo, sem participação médica, o que, à época, já se encontrava em declínio. Esse manicômio foi gerido por um grupo de pessoas ligadas a uma loja maçônica, sendo a primeira diretoria executiva composta por cinco mulheres.

Abrimos parênteses para problematizar que, diante das limitadas possibilidades de participação social nas decisões coletivas, a filantropia abriu as portas do mundo público para mulheres brancas das classes mais abastadas. É possível considerar o século XIX “(...) como a época da filantropia feminina, quando se cristaliza a associação entre bondade e feminilidade” (Martins, 2013, p. 168). Ana Paula Martins (2013) analisa, ainda, sobre o trabalho filantrópico, que “(...) embora fosse completamente voluntário, permitiu a muitas mulheres se envolver com outras dimensões da benemerência que as levaram aos gabinetes dos políticos, muitos deles de suas relações familiares ou de amizade” (p. 169).

Consideramos interessante também o registro de que o espaço ocioso de um antigo leprosário deu origem ao manicômio, o que nos remeteu às análises foucaultianas sobre a história da loucura. Foucault (2019) analisou, inclusive, que o enquadramento dos “loucos”, dos “vagabundos”, dos “pobres” e dos “portadores de doenças venéreas” ocupou o lugar dos “leprosos” no imaginário social ocidental.

Voltando à história da loja maçônica fundadora do hospício sorocabano, recuperamos o registro de que ela havia sido criada em 1869, conforme informações da associação beneficente a ela ligada, como reflexo da preocupação da sociedade com o

grande número de leprosos e variolosos que a cidade recebia (Cruzeiro do Sul, 2018a). Teve início, então, o projeto de criação de um asilo para essas populações, ancorado em ideologias eugênicas e higiênicas sob o verniz da benemerência e da filantropia.

É imprescindível a associação histórica do contexto das greves operárias na região de Sorocaba com a instalação do hospício Dr. Luiz Vergueiro. Essa associação, inclusive, poder ser facilmente realizada quando colocamos em relevo o papel do delegado de polícia na fundação do manicômio. Assim, ele reafirmou seu “lugar” na “mediação” dos conflitos sociais decorrentes da exploração da classe trabalhadora, sendo o manicômio o destino dos agitadores, dos grevistas e dos improdutivos (Bataiote, 2022).



Figura 4. Fachada do Instituto de Higiene Mental em 1918. Crédito: Acervo APIS / Divulgação. Fonte/Reprodução: Cruzeiro do Sul, 2021²⁴.

“A infração à norma do ‘viver civil’, a incapacidade de ‘jogar o jogo’ e a angústia de viver num mundo que limita e oprime paga-se com esta passagem pela instituição total” (Basaglia, 2001, p. 178). Dentre as várias questões consideradas no estabelecimento daquilo que separaria o normal do patológico no âmbito dos distúrbios mentais, encontra-se, como já mencionamos, a organização social favorável ao “desenvolvimento” e à

²⁴ “#TBT: Apis 103 anos. Disponível em: <https://www.jornalcruzeiro.com.br/cultura/presenca/2021/10/680878-tbt-apis-103-anos.html>. Acesso em 24/01/2024.

manutenção do poder das classes dominantes (Engel, 1999) e isso precisa ser sempre destacado.

A realidade que culminou na criação do hospício Dr. Luís Vergueiro não o fez como instituição médica, mas, sim, como entidade destinada ao depósito de pacientes com doenças mentais crônicas que, de acordo com a associação que o fundou, “não demandavam assistência médica contínua”, sendo os casos agudos encaminhados ao Hospital Psiquiátrico Juquery. Somente em 1944, o manicômio de Sorocaba passou a contar com a “visita regular de médico da Secretaria de Saúde do Estado” (Cruzeiro do Sul, 2018a).

Esse hospício, que foi o primeiro a ser fundado e o primeiro a ser demolido enquanto estrutura física em Sorocaba, busca sustentar, até o presente, a narrativa de um pioneirismo no “tratamento” em “saúde mental”. A associação que fundou o manicômio comemorou o seu centenário na imprensa servil local e, posteriormente, os seus 103 anos de existência²⁵, destacando estar há décadas a serviço dos “pacientes psiquiátricos” e dos necessitados/as, não só do município, mas de todo o país. De acordo com Marcos Garcia (2012, p. 108):

Embora a história deste manicômio ainda esteja por ser contada, alguns registros mostram que as condições de vida dos internos dali eram sofríveis. Relato do Corregedor Geral em visita a Sorocaba no ano de **1933** chama a atenção para a falta de recursos e de instalações necessárias ao tratamento adequado, evidenciadas pelo fato de haverem 82 internos para 4 salas de 48 m² cada, o que equivale a cerca de 2,3 m² em média disponíveis para cada interno (Corregedoria Geral da Justiça, 1933). Na década de 40, relatórios de visitas criticavam o caráter de “depósito” do manicômio Luiz Vergueiro, que servia também de delegacia e prisão, como mostra um trecho da inspeção ali realizada em **1942** por um médico do Serviço Nacional de Doenças Mentais: “Cumprir notar que o Manicômio é uma válvula de desafogo para a Delegacia Regional de Sorocaba, que atende a uma rede importante de municípios, pois não existe em toda a região da Sorocabana nenhum estabelecimento para internação de psicopatas. O Manicômio tem servido até de presídio: o pavilhão novo foi inaugurado com o recolhimento de um bando de garotos” (Arquivos do Serviço Nacional de Saúde Mental, 1943, p. 705).

Aplicamos novos parênteses aqui, a fim de sinalizarmos que o período destacado no trecho acima (1933 – 1943) coincide com a Era Vargas (1930 – 1945). Não vamos nos demorar nos comentários sobre a Ditadura Vargas, porém, interessa-nos destacar o caráter

²⁵ *Ibidem.*

autoritário desse momento histórico, o que pode ter contribuído para o aumento das demandas por internações, prisões e outras formas de contenção social pela via das “instituições totais” (Goffman, 2007).

Recuperamos esse contexto histórico nesse subcapítulo a fim de olharmos para as contradições e as conexões que costuram os elementos do tempo na construção das histórias dos lugares e de seus povos, o que consideramos fundamental para a compreensão das relações socioeconômicas e raciais. Os processos do vivido também podem sofrer os apagamentos, convertidos em ilusões e negações da história (Souza, 2021), sendo essa organização, muitas vezes, submetida ao controle dos dominantes.

As ilusões, a criação de “mitos de origem” e a negação da história servem ao apaziguamento das contradições, conflitos e brutalidades que alimentaram/alimentam os sistemas de manutenção de privilégios e de hierarquizações do humano, como se fossem processos forjados sob o verniz de “uma história única”:

É impossível falar sobre a história única sem falar de poder. Existe uma palavra em *igbo* na qual sempre penso quando considero as estruturas de poder no mundo: *nkali*. É um substantivo que, em tradução livre, quer dizer “ser maior que do o outro”. Assim como o mundo econômico e político, as histórias também são definidas pelo princípio de *nkali*: como elas são contadas, quem as conta, quando são contadas e quantas são contadas depende muito de poder (Adichie, 2019, p. 17).

As classes dominantes, de forma geral, se apropriaram do controle da escrita da história, sendo prevalente, ainda, uma historiografia masculina e branca na constituição dos registros da “história oficial” (Rago, 2013). Na contramão desse processo, que, inclusive, forjou o que se nomeou, no século XIX, como “Ciência Positivista”, reivindicamos a memória coletiva, nos posicionando do lado oposto ao da “história única”. Apostamos na centralidade do encontro, da subjetividade, do corpo, das contradições, dos atravessamentos do tempo e do desejo em nosso modo de fazer pesquisa científica (Rago, 2013; Adichie, 2019; Pereira, 2020).

Embora possamos creditar às diferentes comunidades as histórias próprias em relação aos significantes atribuídos à “loucura”, entendemos a necessidade de olharmos para a sua institucionalização e o enclausuramento do/a “louco/a” nos manicômios como fundantes de uma história que se pretendeu “única”. Nessa história, que nos foi por muito tempo contada e violentamente imposta, o manicômio assumiu uma espécie de “vocação

terapêutica” (Basaglia, 2010) e organizativa da sociedade colonial/moderna, juntamente com os outros braços de sustentação das hierarquizações do humano e da divisão do mundo (Fanon, 2008).

Nesses escritos, seguindo o caminho adotado por uma pluralidade de autores/autoras e atores sociais que desconstruíram o mito do manicômio como o “lugar da loucura”, buscamos tecer as nossas contribuições.

PARTE II

NOS PORÕES DA LOUCURA DE SOROCABA

Capítulo 1. As trabalhadoras da memória: as histórias das recordadoras e os manicômios

Não deve, no entanto, causar surpresa que uma instituição pensada para ser modelar, projetada cuidadosamente na interseção entre o procedimento científico e o sentimento humanitário, tenha se tornado naquilo que é hoje: lugar sobre o qual melhor é não falar, cuja existência incomoda as boas e as más consciências (Cunha, 2022, p. 247).

Nesse capítulo, finalmente, apresentamos as mulheres cujas recordações nos ajudaram a construir esse estudo. Criamos nomes fictícios para as entrevistadas, para as pessoas por elas citadas e para os manicômios em questão, com a finalidade de preservarmos as identidades de todas, em especial, das recordadoras-narradoras dessas memórias. A questão do sigilo e de sua inviolabilidade, contornos éticos e indispensáveis para a pesquisa com seres humanos, adquiriu importância absoluta nesse estudo, estando o aceite da maior parte das mulheres entrevistadas condicionado a esse contrato de preservação da identidade.

Não foi necessariamente fácil encontrarmos mulheres dispostas a falar sobre os manicômios de Sorocaba. Fizemos ao menos seis tentativas que não resultaram em entrevistas, inclusive, com duas pessoas que atualmente trabalham na rede de atenção psicossocial (RAPS). Não conseguimos entrevistar ex-trabalhadoras de manicômios que estejam atuando na RAPS no presente. E quase todas as mulheres que aceitaram participar nos foram indicadas por alguém de sua confiança.

Por se tratar de um grupo difícil de ser abordado, utilizamos a amostragem em bola de neve a fim de selecionar as participantes da pesquisa. Essa metodologia empregada, que se caracteriza como uma amostra não probabilística, utiliza cadeias de referência construídas a partir do acesso a informantes-chaves, a quem solicitamos a indicação de novos contatos, observadas as características que contemplavam os objetivos da pesquisa qualitativa (Vinuto, 2014).

Nessa pesquisa, o orientador foi responsável pela indicação de três informantes-chaves, sendo que duas delas foram selecionadas para a participação no estudo; e a pesquisadora acionou uma informante de sua rede de contatos sociais. As outras pessoas participantes, dez, foram selecionadas através da metodologia da abordagem em bola de neve, portanto, indicadas pelas próprias entrevistadas, sendo que destas, nove foram selecionadas para o estudo.

Ao colhermos as histórias dos manicômios, escutamos também as histórias de vida das entrevistadas. As emoções e afetos das entre/vistas não puderam ser transmitidos em sua originalidade e força, pois esbarraram nos limites da transmissão da escrita. Nesse processo de tradução das palavras em escrita nos escaparam os silêncios, as pausas, os ritmos de fala mais acelerados, as elevações e diminuições do tom de voz, as risadas e os choros. Na pesquisa de campo teve, ainda, indiferença, pressa, palavra presa e postura defensiva.

Os códigos da oralidade têm muitas especificidades e diferentes origens, pois fazemos uso de linguagem própria no exercício da comunicação. Nesse sentido, compreendemos a transmissão escrita das histórias como uma *transcrição*, na medida em que a tarefa de transformação de palavras orais em linhas escritas representa uma tradução do que foi dito, sendo necessária, em algumas situações, a criação de sentidos para a compreensão das histórias (Schutz, 2014).

A dimensão ficcional esteve presente tanto nas entrevistas como na transcrição destas, pois, ainda que as situações tenham sido narradas de forma expressiva e convincente, observamos a existência de zonas de opacidade manifestas por silêncios, lapsos e desvios da memória (Meihy, Seawright, 2021).

Ao adotarmos palavras transcritas nesse texto, buscamos respeitar, ao máximo, as ideias e construções das entrevistadas, fazendo os necessários ajustes, encaixes e cortes a partir de escolhas baseadas em evidências referenciadas. De acordo com Meihy e Seawright (2021), a transcrição representa um ato (inevitável) de interferência na entrevista e envolve um cuidado na escolha da matéria a ser trabalhada mutuamente – tema, assunto, fato, situações –, por meio da aplicação de filtros nas experiências narradas, a fim de extrair os enunciados sociais que elas informam. Tais enunciados podem contribuir com a mobilização da consciência histórica.

[...] cada entrevista é única ainda que os episódios narrados aparentemente se repitam. A partir dessa premissa, tem-se que a memória de expressão oral se permite à recriação cada vez que é contada, o que faz com que os critérios analíticos aos quais é submetida sejam distintos dos estudos genéricos sobre ‘a memória’. [...] Contar é elencar os vividos – um a um, nos novelos das novelas de memórias. Tudo para, em seguida, reelaborar a experiência pela fala (Meihy, Seawright, 2021, p. 144).

Nessa tarefa de elencar os vividos e filtrar os enunciados sociais que constituem a memória coletiva e a história pública, realizamos treze entrevistas, das quais utilizamos doze. A primeira entrevista, na fase exploratória do campo foi descartada, e logo explicamos. Nas doze entrevistas que compõem esse estudo, todas as mulheres ouvidas preencheram os critérios estabelecidos para a participação: ter trabalhado ao menos um ano em um dos hospitais do polo manicomial em questão, em qualquer período desde a fundação dessas instituições, em qualquer cargo.

De acordo com Neusa Santos Souza (2021), não existem limites concretos para a definição do processo ou do objeto da pesquisa, sendo, na prática, esse quadro definido pela pesquisadora frente ao que busca analisar. Em nossa experiência, quando iniciamos o campo, não estabelecemos qualquer meta quanto ao número de pessoas entrevistadas, e nem sabíamos muito bem para onde a escuta iria nos levar, mas chegamos a esse número e às problemáticas que organizaram essa tese. A partir da conversa com a décima segunda mulher entrevistada, entendemos ser o momento de finalizar o campo, pois ela, a seu modo, passou por quase todas as temáticas que emergiram nos discursos das narradoras que haviam sido entrevistadas antes dela.

Entre as doze entrevistas, optamos pela seleção de seis que a nós pareceram mais completas e complexas em relação às temáticas que buscamos analisar. Reproduzimos as entrevistas selecionadas praticamente de modo integral (transcritas).

Na breve apresentação das entrevistadas, destacamos o nome das seis que tiveram as suas entrevistas transcritas integralmente. As outras seis mulheres por nós ouvidas tiveram trechos de suas entrevistas citados na análise dos dados do campo, o que será apresentado na próxima parte dessa tese.

Destacamos que todas as entrevistas e todas as mulheres que nos concederam o privilégio de escutar as suas vozes e as suas (nossas) memórias (coletivas) contribuíram imensamente para as hipóteses e reflexões que foram elaboradas nessa pesquisa, independentemente da transcrição total ou parcial de seus relatos. Reiteramos que seleção dos relatos representou apenas uma saída metodológica.

Conforme já mencionamos, criamos nomes fictícios para as recordadoras e também para os manicômios. Em relação aos manicômios, inspirados por Passos (2018),

que provoca a reflexão “Holocausto ou Navio Negreiro?”²⁶, recordamos a travessia transatlântica do tráfico de seres humanos sequestrados de seus territórios-vidas e escravizados, e escolhemos, como nomes fictícios para os manicômios pesquisados, os nomes que os proprietários dos navios negreiros, dissimulada e cinicamente, davam às suas embarcações.

Portanto, a partir de agora, iremos nomear os hospícios da região de Sorocaba como: “Boa Intenção”, “Caridade”, “Regeneradora”, “Feliz Destino”, “Feliz Dia a Pobrezinhos”, “Amável Donzela” e “Graciosa Vingativa” (Geledés, 2015).

Como donos dos empreendimentos onde, por décadas, ocorreram torturas, violações de direitos humanos e mortes, provavelmente, evitáveis, conforme estudo de Garcia (2012), recordamos, aqui, que nomeamos os comandantes dos hospícios da região de Sorocaba como “senhores proprietários” desses “navios-manicômios”.

Na fase experimental da pesquisa de campo, realizamos uma entrevista inaugural com um médico psiquiatra, indicado pelo orientador desse estudo. Ele é um homem branco, herdeiro de cotas nas sociedades de alguns hospitais psiquiátricos do território considerado, cujo pai foi um dos sócios e fundadores de um dos hospícios. O psiquiatra entrevistado trabalhou no hospício de sua família, porém, segundo ele, a repercussão dessa experiência foi traumática, o que o fez seguir rompendo com essa herança material e simbólica do manicômio ao longo de sua vida.

Diferente da expectativa da pesquisadora sobre uma produção dialógica, o encontro ficou marcado pelo silêncio da pesquisadora, que sequer sabia o que dizer ou perguntar, e pela fala organizada do entrevistado, que parecia reproduzir uma narrativa “já experimentada” antes, ou já analisada por ele (Portelli, 2010). Ainda que tenha sido uma entrevista interessante, porque revelou traços do traumático entre questões familiares e “herança manicomial” não desejada, optamos por descartá-la e explicamos: o nosso

²⁶ Em “Holocausto ou Navio Negreiro? inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira”, dentre as diversas questões analisadas, Passos (2018) interroga a Reforma Psiquiátrica brasileira sobre o seu afastamento do debate étnico-racial, reivindicando, tanto a racialização dos corpos, a fim de que as repercussões do racismo nas subjetividades possam ser analisadas, como a racialização das instituições e também da história da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial no Brasil.

desejo de pesquisa, como bússola, nos indicou o caminho da escuta de pessoas com menos poder nas dinâmicas manicomiais.

Saímos à procura de “heranças manicomiais” menos explícitas e, talvez, com menos camadas de privilégios, porém, ainda relacionadas às subjetividades (Kaës, 2014). As mulheres que trabalharam nos hospícios foram, então, escolhidas como protagonistas para a construção das memórias sobre o polo manicomial porque optamos pela construção de uma história contada por mulheres, conforme mencionamos anteriormente.

Em relação às mulheres entrevistadas, no contato inicial entre as suas histórias e as linhas desse texto, priorizamos posicionar quem nos lê sobre: a identidade étnico-racial, fruto de suas autodeclarações; falamos sobre as suas trajetórias profissionais nos hospícios; contamos sobre como chegamos até elas; e, por fim, informamos se o encontro com elas foi presencial ou virtual. Nessa apresentação inicial comentamos, ainda, sobre algumas marcas de suas narrativas que permaneceram vivas em nós.

Vamos à primeira mulher entrevistada: **Geni**. Ela se autodeclarou caucasiana (branca), é psicóloga e foi indicada para compor a pesquisa pelo orientador deste estudo. Trabalhou em dois manicômios da região de Sorocaba após a conclusão da graduação em Psicologia, entre a década de 1990 e o início dos anos 2000, tendo permanecido por dez anos no Hospital Psiquiátrico “Caridade”²⁷, e por três anos no Hospital Psiquiátrico “Graciosa Vingativa”²⁸. Os encontros com Geni foram em sua casa, onde a pesquisadora

²⁷ O nome fictício que escolhemos para o hospital psiquiátrico faz alusão ao navio negreiro Caridade. Na realidade, Caridade foi o nome cingidamente escolhido por traficantes de seres humanos escravizados para quatro navios negreiros de bandeiras portuguesa e espanhola, entre 1799 e 1836. “Somadas, elas carregaram o incrível número de 6.263 pessoas e, claro, não fizeram caridade para nenhuma delas. Ao contrário: 392 pessoas morreram nesses barcos”. Sob a bandeira portuguesa, os navios negreiros batizados por Caridade realizaram serviços de sequestros e mortes, recolhendo africanos em Benguela, Benin e São Tomé com destino ao Rio de Janeiro, Bahia e Pernambuco. Em 1815, uma dessas embarcações despejou em Pernambuco apenas 301 das 345 pessoas negras que foram embarcadas à força. A única embarcação Caridade de bandeira espanhola mostrou crueldade equivalente aos navios negreiros portugueses, o que pode ser exemplificado pelo episódio da captura do navio em 1833 pelos britânicos, ocasião em que se constatou que, dos 112 cativos no barco, 71% eram crianças (Geledés, 2015).

²⁸ Graciosa Vingativa foi uma embarcação que traficou negros/as escravizados/as entre 1840 e 1845, espalhando, assim como os outros navios negreiros, morte e tortura no Atlântico. No momento histórico em que o Graciosa esteve em atividade – período do segundo império brasileiro –, a tarefa de traficar escravizados era mais complexa. Após o fim da escravidão no Haiti (1791), a proibição do comércio para os Estados Unidos (1808) e a abolição da escravidão nos territórios britânicos (1833), o cerco contra a prática escravista também começava a se fechar no Brasil. Por isso, essa foi uma embarcação que atendeu à necessidade de viagens mais rápidas – era um iate a vela que comportava menos passageiros –, a fim de fugir de barcos estrangeiros, cuja intenção de interceptação se dava por disputas econômicas, dado que as

esteve por duas vezes, sendo a primeira no final de 2019 e a segunda no início de 2020. Nos chamou a atenção a sua loquacidade, que podemos qualificar como cortante, em função dos detalhes por ela trazidos e, talvez, da pouca experiência da pesquisadora em campo. Parecia que as experiências por ela narradas eram mais recentes do que a linearidade da história – uma velha ferramenta de controle do tempo –, o que levou a pesquisadora imaginar as cenas ao escutá-la. A entrevistada comentou que fez denúncias contra um dos hospitais onde trabalhou e participou das discussões sobre a mudança de paradigma na “psiquiatria”, mas apontou uma radicalidade que não deu certo ao se referir ao processo de desospitalização realizado no território. Geni nos indicou duas colegas para a participação no presente estudo, Nair (psicóloga) e Mariana (assistente social), sendo que apenas a Nair aceitou participar. Após a realização da entrevista, Geni e a pesquisadora conversaram algumas vezes por *WhatsApp*. Os assuntos circularam por questões pessoais citadas durante as entrevistas e também sobre temas relacionados à pesquisa. À época dos graves retrocessos na política de Saúde Mental, Álcool e Drogas, que marcaram os anos do governo do ex-presidente Jair Bolsonaro, Geni fez contato com a pesquisadora e escreveu a seguinte mensagem: “*você viu, eu tava lá, eu vi isso! [O eletrochoque] foi utilizado, sim, como punição. Como é que isso vai ser permitido?*”. Geni associou a discussão sobre o incentivo ao uso de eletrochoque²⁹ naquele momento, ao período em que trabalhou no hospício. Diferentemente da análise que realizou na entrevista, ela afirmou, naquela ocasião, que o eletrochoque era um instrumento de punição de “pacientes”.

Yolanda já era uma pessoa conhecida e foi a nossa segunda entrevistada, a convite da pesquisadora. Ela se autodeclarou branca, é terapeuta ocupacional de formação e permaneceu como trabalhadora no Hospital Psiquiátrico “Feliz Destino”³⁰ por dez anos e

forças estrangeiras estavam longe de assumir uma missão humanitária de embargo ao tráfico de escravizados. No Brasil, embora a Lei Feijó vetasse o desembarque de escravizados a partir 1831, a lei não teve eficácia. O Amável Donzela realizou 10 travessias e transportou cerca de 1257 escravizados, dos quais apenas 1132 desembarcaram no Brasil e os outros 125 morreram. A porcentagem de mortes de seres humanos traficados como escravizados durante a travessia transatlântica foi de 10% (Geledés, 2015).

²⁹ “Comissão do Governo Bolsonaro propõe eletrochoque em autistas”. Disponível em: <https://revistaforum.com.br/brasil/2021/12/17/comisso-do-governo-bolsonaro-prope-eletrochoque-em-autistas-107673.html>. Acesso em 20/01/2024.

³⁰ Feliz destino foi o nome de uma embarcação portuguesa que traficou africanos/as entre 1818 e 1821, cujo destino nada feliz foi trabalhar sob regime de prisão e tortura, em especial, nos engenhos de açúcar, revelando uma história repleta de crimes contra a humanidade. Esse navio negreiro realizou 3 travessias do continente africano ao nordeste brasileiro. Foram transportados 1139 escravizados nesse período, dos quais

no Hospital Psiquiátrico “Caridade” por dois anos, no período compreendido entre os anos 1990 e 2000, aproximadamente. Anteriormente, ela teve várias experiências profissionais na área da saúde e, atualmente, é professora universitária. Yolanda foi a única entrevistada declaradamente antimanicomial desse estudo e isso ficou marcado em seus relatos, que trouxeram perspectivas críticas em relação aos hospitais psiquiátricos e destacaram as tentativas de resistência ao modelo asilar. Com Yolanda nos encontramos uma vez, na modalidade *on-line*, pela plataforma *Google Meet*, um serviço de comunicação por vídeo, em julho de 2020. No período em que essa entrevista foi realizada, ainda não havia sido iniciada a vacinação contra a *Covid 19* e o cenário, desde o contexto global até a experiência brasileira, era de um alto risco de contaminação pelo vírus. Após alguns meses da entrevista com Geni, resolvemos realizar o campo de forma *on-line*, o que foi, para nós, uma experiência de adequação de métodos e expectativas, conforme já citamos, por isso estivemos com Yolanda, uma pessoa que nos pareceu mais “acessível”. Não pretendíamos, inicialmente, entrevistar uma militante da Luta Antimanicomial, mas isso foi interessante porque a Yolanda revisitou as histórias a partir de nossas perguntas. Essa perspectiva dialógica trouxe algum elemento de impulsividade à fala de Yolanda, no exercício mesmo da elaboração das palavras em ato. No início da conversa, as suas memórias foram marcadas por narrativas de resistência e, ao mesmo tempo, de crítica aos limites dessas resistências no contexto do asilamento, sendo que, ao narrar essas contradições, Yolanda parecia estar confortável, como se estivesse fazendo um percurso familiar. A Yolanda indicou duas pessoas para colaborar nas entrevistas de campo, Nair (psicóloga) e Carolina (professora de artes), sendo que optamos por entrevistar Nair, que também já havia sido indicada por Geni.

Seguindo o trabalho de campo na modalidade *on-line*, chegamos a Nair, que se tornou a nossa terceira entrevistada. Nair se autodeclarou negra, é psicóloga e trabalhou no Hospital Psiquiátrico “Caridade” por nove anos, no mesmo período das duas primeiras entrevistadas. Ela havia trabalhado, anteriormente, no setor administrativo de uma grande empresa e na área de educação da APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais). Saiu do emprego no hospital psiquiátrico, segundo ela, não por vontade própria, mas porque foi aprovada em um concurso estadual, tendo trabalhado por muitos

104 perderam a vida durante a viagem e foram jogados ao mar e 1035 foram desembarcados no Brasil. De todas as viagens deste navio negreiro, a mais mortal foi a de 1821, onde morreram 39 pessoas sequestradas do oeste da África (Geledés, 2015).

anos em uma instituição de medida socioeducativa até a sua aposentadoria. Desde o primeiro contato com Nair, mesmo antes da entrevista, ela sinalizou à pesquisadora que seria bom se recordar apenas das partes boas de sua história profissional no hospício. E foi o que ela fez no único encontro que configurou, propriamente, uma entrevista, realizado de modo *on-line*, por chamada de vídeo de um aplicativo multiplataforma de mensagens, o *WhatsApp*, no mês de agosto de 2020. Nair se lembrou dos momentos de “saída” do hospício, como a realização de “excursões, passeios e festas para os pacientes”, bem como destacou o afeto que sentia por eles. E falou sobre a importância da rede de amizades que construiu a partir desse contexto de trabalho no manicômio com as outras mulheres que lá atuaram. Ela manteve o contato com a pesquisadora, ora de forma mais pessoal, ora para compartilhar conteúdos religiosos e afins, por mensagens de *WhatsApp*. Nair realizou um tratamento de saúde nesses últimos anos, o que impossibilitou o encontro presencial entre ela e a pesquisadora, que havia sido uma expectativa compartilhada no final da entrevista realizada pela *Internet*. Inclusive, Nair comentou sobre as fotos que guarda e que gostaria de mostrar à pesquisadora, mas isso não chegou a acontecer. Ela indicou duas outras amigas, Mariana (assistente social) – a mesma pessoa que Geni indicou – e Maria (psicóloga), que trabalharam com ela no manicômio, para a composição do campo da pesquisa, sendo que apenas Maria concedeu a entrevista. Até onde sabemos, Nair se encontra bem de saúde.

Chegamos à **Cristina**, nossa quarta entrevistada, por indicação do orientador. Ela se autodeclarou branca, tem formação como técnica em logística e auxiliar de enfermagem, e estava com quarenta e quatro anos à época da entrevista. A pesquisadora se encontrou três vezes com ela, *on-line*, por meio da plataforma *Google Meet*, no mês de novembro de 2020. A própria entrevistada sugeriu, ao final da primeira e da segunda conversas, a continuidade do processo. Cristina trabalhou por doze anos no Hospital “Amável Donzela”³¹, a partir dos anos 2000, como auxiliar de enfermagem.

³¹ O navio negreiro Amável Donzela, cuja bandeira era de Portugal, realizou 11 travessias entre 1788 e 1806, das quais 7 repetiram a rota de horror de Lisboa para o centro-oeste africano e, de lá, entupido de seres humanos (homens, mulheres e crianças) acorrentados, se dirigia ao Maranhão (Brasil) para servir ao trabalho escravizado nas cadeias de produção algodoeiras. Nos anos de 1804 e 1805, o navio negreiro seguiu em direção ao Rio de Janeiro e, em 1806, ao porto de Pernambuco. Nesta época, o tráfico negreiro passou a conectar Angola e Brasil no maior *boom* escravagista de toda história do Atlântico, o que repercutiu em um maior número de escravizados em condições aviltantes no interior dos navios e em viagens mais lentas, resultando no maior tempo de horror e no maior número de mortes de pessoas sequestradas de África. A estimativa é de que, na história lamentável e mortífera do Amável Donzela, 3838 pessoas escravizadas tenham sido transportadas, das quais 298 teriam morrido durante a travessia e 3540 teriam sido

Anteriormente ao trabalho no hospício, trabalhou na área hospitalar como copeira. As lembranças de Cristina eram vívidas e ela narrou, com detalhes, várias situações experienciadas no hospício, poucas vezes de forma mais crítica em relação ao “tratamento” ofertado, porém, de forma crítica ao modelo de gestão implantado pelo último diretor, antes do fechamento do manicômio onde atuou. O tema “cuidado por amor” esteve presente em seus relatos, bem como a defesa de que haviam diferenças importantes entre o “Amável Donzela” e os demais hospícios, sendo aquele um lugar onde “se fazia de tudo” pelas “pacientes”. A Cristina destacou que as denúncias de maus-tratos e o fechamento do polo manicomial resultaram na culpabilização das pessoas que trabalhavam nos hospícios, especialmente das equipes da enfermagem, o que, segundo ela, a marcou de uma forma negativa. Nesse sentido, enfatizou a importância da escuta desse “outro lado” da história, que seria a história de quem trabalhava nos manicômios e que fazia “tudo que estava ao alcance” para “cuidar” das “pacientes”. Cristina indicou a sua mãe para participar do estudo, pois essa havia exercido a função de “atendente de enfermagem” anos antes da sua experiência como auxiliar de enfermagem. Mãe e filha trabalharam na “psiquiatria”. Porém, ela recuou dessa indicação, explicando à pesquisadora que a sua mãe apresentava um quadro de sofrimento psíquico relacionado ao contexto da pandemia de *Covid 19*, e que temia que as memórias do passado pudessem lhe trazer tristeza e/ou piorar seu quadro de sofrimento. Cristina indicou também uma pessoa que havia trabalhado com ela no hospício e que, atualmente, atuava como cuidadora em um Serviço Residencial Terapêutico, porém, essa pessoa deixou de responder suas mensagens.

Em março de 2022, quase um ano e meio após a entrevista com Cristina, a pesquisadora recebeu uma nova indicação para o campo. O acontecimento se deu em uma roda de conversa sobre temas em Saúde Mental ocorrida em um CRAS, no município de Sorocaba, onde uma mulher que estava presente no encontro se interessou pela nossa pesquisa e sugeriu a participação de sua mãe e de outras duas amigas dela. **Marta**, a mãe da mulher presente no CRAS, foi a quinta entrevistada, tendo recebido a pesquisadora em sua casa. O encontro com Marta marcou o retorno à realização do campo de forma presencial, graças ao fato de ambas (escutadora e recordadora) estarem vacinadas contra

desembarcadas no Brasil. Nas últimas viagens do Amável Donzela, 10% das pessoas embarcadas morreram (Geledés, 2015).

a *Covid-19*. Marta é uma mulher que se autodeclarou negra, possui ensino médio completo e estava com sessenta e sete anos à época da entrevista. Ela trabalhou por, aproximadamente, quatro ou cinco anos no Hospital Psiquiátrico “Feliz Destino”, onde foi contratada como auxiliar de terapia ocupacional. Anteriormente, havia trabalhado como faxineira. Ela comentou sobre o trabalho cotidiano com a “loucura” sem qualquer orientação dos responsáveis pelo hospício, e sobre o cargo “auxiliar de terapia ocupacional” ser uma “fachada” para uma das funções mais difíceis e subalternizadas dentro do manicômio: ficar o tempo todo em contato com os/as “pacientes”. Marta, na medida em que narrava as suas experiências encarnadas de mulher negra, periférica, mãe solo e trabalhadora, fazia importantes análises sobre as desigualdades de classe social, sobre o mundo do trabalho doméstico, sobre o racismo interseccionado com gênero, tendo, ainda, amarrado tudo isso com reflexões sobre a institucionalização e o trabalho na “psiquiatria”. Ela destacou, de modo especial, a construção de uma rede de apoio e amizade no ambiente de trabalho no hospício. A entrevistada e as suas amigas exerceram a mesma função nos hospícios, sendo que todas foram convidadas para a composição de uma roda de diálogo sobre as suas experiências, porém, apenas Marta aceitou. A pesquisadora não chegou a ter contato direto com as amigas de Marta, sendo o convite estendido a elas por intermédio da recordadora.

Outro encontro inesperado/esperado aconteceu com **Helena**, nossa sexta entrevistada. Dizemos inesperado porque a pesquisadora não imaginava que, durante um Seminário de Pesquisa na UFSCar, encontraria uma participante que se oferecesse para intermediar o encontro com sua amiga que, segundo ela, podia ser uma das entrevistadas. Esse tipo de acontecimento, ao mesmo tempo, não nos surpreendeu, pois, em encontros no território pesquisado, tanto em contextos acadêmicos como não acadêmicos, as pessoas se manifestavam a respeito da experiência de familiares, amigos/as, ou até sobre as suas próprias, em relação à “psiquiatria”. Agora, aceitar participar das entrevistas já era outra coisa. E a Helena aceitou. Primeiramente, ela preferiu ir até o local de trabalho da pesquisadora, isso em dezembro de 2022; já na segunda vez, no início de 2023, a pesquisadora foi até a casa dela. Helena, que se autodeclarou negra, trabalhou por três anos no Hospital Psiquiátrico “Boa Intenção”³², sendo que, inicialmente, atuou na área da

³² O navio negreiro Boa Intenção, de bandeira portuguesa, realizou duas travessias entre Brasil e Angola de 1798 a 1802. Estima-se que 845 escravizados/as tenham sido transportados/as, tendo ocorrido 76 mortes durante as viagens que a embarcação realizou (Geledés, 2015).

faxina, depois passou para a rouparia e, por último, trabalhou como auxiliar de enfermagem. Realizou o curso de formação de auxiliar de enfermagem nas dependências de outro hospital psiquiátrico do território, o “Feliz Destino”. Antes de trabalhar no hospício, ela havia trabalhado na indústria e na área de segurança patrimonial. O esposo de Helena, que se autodeclarou negro e também trabalhou nos hospitais psiquiátricos de Sorocaba, participou dos dois encontros que a pesquisadora teve com a entrevistada, embora a sua participação não estivesse prevista. Mesmo ciente de que não faríamos uso de seus relatos no projeto, ele decidiu permanecer nos encontros e demonstrou grande interesse em compartilhar as suas memórias e reflexões, tendo sido, praticamente, um coautor de algumas das histórias contadas pela esposa. Helena pareceu ficar à vontade com a presença do marido, concordou com ele e discordou dele, qualificou a ele como “técnico” e a ela como “emoção e coração”. Segundo ela, ela se tornou uma “enfermeira por acidente”, e comentou que se lembra até hoje dos nomes e das histórias dos/as “pacientes”.

A sétima e a oitava participantes da pesquisa que apresentamos agora, Eliana e Neide, nos foram indicadas por uma produtora de arte e cultura que a pesquisadora conheceu durante a exibição do curta-metragem “40 Dias no Deserto”³³, em dezembro de 2022, no Sesc de Sorocaba. As histórias de Eliana e Neide se cruzaram na Clínica Psiquiátrica “Regeneradora”³⁴ e elas, inicialmente, foram entrevistadas ao mesmo tempo, em fevereiro de 2023, no local de trabalho de Neide. Após esse primeiro contato com ambas, a pesquisadora, sentindo a necessidade de ouvir mais a voz e as lembranças de Eliana, foi até a casa da recordadora para mais uma conversa, dessa vez, somente com ela, em abril de 2023.

³³“40 Dias no Deserto” é um filme de Mauro Baptistella, com elenco de atores e atrizes de Sorocaba. Na sinopse divulgada em uma rede social consta a seguinte descrição: “Um pastor abre as portas de sua comunidade terapêutica e algumas revelações vêm à tona”. As exibições ocorreram no dia 17/12/2022 no Sesc Sorocaba às 16 horas e no Auditório Votorantim às 20 horas; e no dia 19/12/2022 às 19 horas e trinta minutos no Sindicato dos Metalúrgicos de Sorocaba. Informações extraídas de <https://www.instagram.com/40dias.no.deserto/>. Acesso em 14/12/2023.

³⁴ Regeneradora foi o nome atribuído a três embarcações, todas portuguesas, que realizaram o tráfico transatlântico de escravizados entre 1823 a 1825. “Foram apenas três anos de crimes, mas foi tempo suficiente para três embarcações ‘Regeneradoras’ comercializarem quase dois mil seres humanos da África ao Brasil. Foram transportados 1959 escravizados, dos quais 1800 desembarcaram no Brasil. O número de escravizados mortos durante as viagens foi de 159 (Geledés, 2015).

Eliana se autodeclarou parda, estava com setenta anos à época do encontro, estudou até o quarto ano do ensino primário e trabalhou como cozinheira na Clínica Psiquiátrica “Regeneradora” durante dez anos de sua vida. Ela comentou que “pegou profissão” no hospício, sendo esse o seu primeiro emprego com carteira assinada. Anteriormente, suas experiências foram o trabalho rural (roça) e uma curta experiência na área da limpeza no Hospital Psiquiátrico “Graciosa Vingativa”. Eliana chegou a trabalhar na Clínica “Regeneradora” também como “atendente de enfermagem”, antes do período em que passou a ser exigido o curso de auxiliar ou técnica de enfermagem para a função de “cuidadora” no hospício. Após sair do emprego no manicômio, atuou como empregada doméstica e também como cozinheira na casa da médica que lá conheceu, a Neide. Ela contou que ajudou a criar os filhos da “doutora” e, após muitos anos, ajudou a criar as filhas da filha da “doutora”. Atualmente, está aposentada, mas ainda faz “bico” como cozinheira na casa de Neide. Embora tenha ficado mais à vontade para falar no segundo encontro, quando a pesquisadora foi até a sua casa, sem a presença da “patroa” dela, Eliana respondeu às perguntas de forma bastante objetiva, tendo destacado o abandono das “pacientes” por suas famílias no hospício como o ponto que mais despertou a sua tristeza. As perspectivas que ela trouxe, tanto sobre a valorização do emprego com carteira assinada como a gratidão ao hospital psiquiátrico, por ter conseguido criar os filhos e conquistar a casa própria, somando a sua renda aos rendimentos do seu marido, representam mais uma das camadas das análises possíveis nessa história.

Neide, médica, se autodeclarou branca e atuou por dez anos na Clínica Psiquiátrica “Regeneradora”, como clínica geral, a partir dos anos de 1980. Atualmente, trabalha em seu consultório particular, onde, acompanhada por Eliana, recebeu a pesquisadora. Durante a conversa, que teve duração de pouco mais de quarenta minutos, Neide se mostrou bastante objetiva, tanto em suas respostas, como em relação ao “direcionamento” que dava às falas de Eliana. Neide comentou que a sua rotina é uma “loucura”, que estava ali de coração, mas que, realmente, não tinha tempo para se demorar na conversa, porque tinha diversos outros compromissos agendados para o mesmo dia. Olhou no relógio algumas vezes, preocupada com o tempo. Recordou alguns episódios por ela vivenciados no hospício, porém, pareceu não ter acessado parte da realidade que, vez ou outra, escapou em alguma fala de Eliana. Ela sugeriu os nomes de algumas outras pessoas, dizendo que, possivelmente, essas poderiam contribuir com a pesquisa de uma forma mais interessante que a participação dela. Destas indicações, Neide compartilhou o contato de

uma mulher que havia trabalhado como assistente social no mesmo hospício onde ela atuou. Quando a pesquisadora fez contato com a pessoa indicada, inicialmente, ela respondeu que concederia a entrevista, mas informou que estava trabalhando em outro município, o que seria para ela uma dificuldade. E a entrevista não aconteceu.

Maria entrou no campo da pesquisa por sugestão de Nair, em abril de 2023. À época, um criador de conteúdo digital divulgou no *Instagram*, uma rede social de compartilhamento de fotos e vídeos, algumas imagens aéreas do local onde funcionou um dos hospitais psiquiátricos, que haviam sido capturadas por um drone³⁵ e que revelavam as ruínas do complexo predial. Nair se mostrou bastante mobilizada pelas imagens veiculadas, acionou a pesquisadora e perguntou, por mensagem de *WhatsApp*, “*você viu o que fizeram com o ‘Caridade’?*”. Apesar de parecer bastante afetada pelas imagens do prédio abandonado, ela disse à pesquisadora que não podia conversar, em função de seu tratamento de saúde, mas a colocou em contato com uma colega de trabalho dos tempos do hospício, a Maria. A Maria havia mostrado o vídeo dos escombros do antigo prédio onde trabalharam para Nair e se mostrou curiosa com a pesquisa sobre as memórias dos hospitais psiquiátricos. Ela aceitou conversar e se tornou a nona recordadora, tendo ido até o local de trabalho da pesquisadora para ser entrevistada. Maria se autodeclarou branca, é psicóloga de formação e estava com sessenta anos. Ela trabalhou por quatro anos no Hospital Psiquiátrico “Caridade” e, inclusive, comentou que foi ela quem indicou a amiga, Nair, para a vaga no hospício, pois as duas moraram na mesma cidade e cursaram Psicologia na mesma faculdade, antes de migrarem para Sorocaba. Anteriormente ao trabalho no hospício, Maria trabalhou na área de Psicologia Organizacional. Durante o nosso único encontro, ela falou sobre as patologias mentais, sobre os “pacientes” cronificados, tendo, inclusive, se referido a uma ala do hospício como o local dos “específicos”. Ela comentou sobre a alimentação no hospício, descrevendo a ação de “matar a fome” de alguns “pacientes” como uma ação desumanizante. Falou, ainda, sobre a afetividade dos “psicóticos” e referiu ter passado por um intenso processo de aprendizagem no hospício, a partir do contato com uma prática “*in natura*”, com uma

³⁵ A definição de drone, de acordo com o dicionário é: “Avião não tripulado, controlado à distância por meios eletrônicos e computacionais, geralmente usado para fins militares em patrulhamento de fronteiras, operações de espionagem, bombardeios etc.”. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=drone>. Acesso em 14/12/2023.

“psiquiatria” que era “feia”, porém, ensinava mais do que qualquer livro. Atualmente, Maria atua como psicóloga em uma unidade do sistema prisional do estado de São Paulo.

Em mais um desses encontros inesperados/esperados, a pesquisadora conheceu uma psicóloga, que lhe indicou uma amiga para a participação na pesquisa. Ela nos indicou a Catarina, sua amiga pessoal e nossa décima entrevistada. Catarina se autodeclarou branca, estava com trinta e sete anos à época da entrevista, e atuou como estagiária no setor de Serviço Social do Hospital Psiquiátrico “Feliz Destino”, durante um ano e meio. O primeiro contato com a Catarina aconteceu de modo semelhante às abordagens com as entrevistadas anteriores: mensagem pelo *WhatsApp*, informação sobre a pessoa que forneceu o número à pesquisadora, apresentação da pesquisa e convite para uma conversa, a princípio, sem celebrar qualquer compromisso para a participação no estudo. O único ponto diferente foi que, ao invés de escrever “hospital psiquiátrico” na mensagem de texto, a pesquisadora escreveu “manicômio”, provavelmente, por um ato falho³⁶, ao que Catarina respondeu, cordialmente, que não tinha essa experiência para compartilhar, porque havia trabalhado em “hospital psiquiátrico”, apenas. Essa tensão inicial pareceu repercutir na entrevista, que ocorreu na modalidade *on-line*, por opção da entrevistada, em junho de 2023. Catarina adotou uma postura defensiva durante esse único encontro, porém, respondeu a todas as perguntas a ela dirigidas. A entrevistada qualificou o Hospital “Feliz Destino” como diferente dos demais hospícios da região, afirmando que, neste local, houve um trabalho excelente de uma equipe multiprofissional comprometida e ética no “tratamento” dos “pacientes”. Catarina afirmou que aprendeu a ser assistente social no hospital psiquiátrico.

Nossa décima primeira entrevistada foi **Ana Francisca** e nós chegamos até ela através da ajuda de sua neta, que também é psicóloga e uma conhecida da pesquisadora. A entrevista com Ana ocorreu em agosto de 2023, na casa da irmã dela, que também estava presente, assim como a sua neta. Ana Francisca se autodeclarou parda, estava com sessenta e cinco anos à época da entrevista, e contou que trabalhou como cozinheira no

³⁶ De acordo com definição de dicionário de psicanálise: “Ato em que o resultado explicitamente visado não é atingido, mas se vê substituído por outro. Fala-se de atos falhos não para designar o conjunto das falhas da palavra, da memória e da ação, mas para as ações que habitualmente o sujeito consegue realizar bem, e cujo fracasso ele tende a atribuir apenas à sua distração ou ao acaso. Freud demonstrou que os atos falhos eram, assim como os sintomas, formações de compromisso entre a intenção consciente do sujeito e o recalçado” (Laplanche, Pontalis, 1991, p. 44).

Hospital Psiquiátrico “Caridade” durante um ano. Desde que migrou para Sorocaba, ainda bem jovem, ela havia trabalhado como faxineira e auxiliar de serviços gerais em vários lugares, até chegar ao emprego no hospício, seu segundo trabalho com carteira assinada. Após sair do hospício em 2012, aproximadamente, onde trabalhou por um ano, Ana entrou para a equipe de limpeza de um hospital geral, onde permanece trabalhando até o momento. Foi interessante o modo como a neta e a irmã da entrevistada a ajudaram a tecer as suas narrativas, como ouvintes e, também, como suporte ao seu exercício de recordação, especialmente nos momentos em que a recordadora se mostrou confusa ou até mais ansiosa. Ana Francisca comentou que estava ansiosa para falar porque acreditava que não tinha nada para dizer, porém, a sua narrativa foi impactante. Ela fez denúncias importantes contra os maus tratos sofridos pelos “pacientes” e o comportamento perverso de alguns membros da equipe do hospício, tendo, inclusive, afirmado que o cenário de horror por ela testemunhado repercutiu em sua saúde mental. Ana se emocionou em vários momentos da entrevista e renomeou o hospício como o lugar do “descuidado”, momento em que entrevistada e pesquisadora se emocionaram juntas. Ao final do encontro com as três mulheres – recordadora, sua neta e sua irmã –, a neta comentou que desejava que a avó tivesse esse momento de diálogo, porque sabia que ela havia ficado marcada por essa experiência no hospício.

Chegamos à décima segunda e última entrevistada, que foi indicada por uma amiga da pesquisadora. **Antônia** se autodeclarou preta, possui formação em Contabilidade e Serviço Social e trabalhou por quase 30 anos na área administrativa do Hospital Psiquiátrico “Caridade”, desde os seus 22 anos. Comentou que jamais internaria um familiar seu no hospital psiquiátrico, por conhecer de perto a realidade do hospício. Ela acompanhou desde os processos reformistas nos hospícios, forçados pelas mudanças na legislação, até período muito próximo ao fechamento do polo manicomial. Ainda que estivesse ciente do fechamento do polo manicomial e, segundo ela, concordasse com isso, Antônia criticou a forma como ocorreu o processo de Desinstitucionalização, afirmando que os/as funcionários/as, que doaram as suas vidas ao trabalho no hospício, saíram muito machucados/as porque foram tratados/as como “bandidos/as”. No último encontro com a pesquisadora, esta analisou o hospício como uma “ilha”, onde os/as trabalhadores/as viveram uma realidade que, ao ser interpelada pelo fechamento do polo manicomial, deixou de existir de uma hora para a outra. Como vivenciou o trabalho no hospício por quase três décadas, a recordadora comentou que “*a vida foi no ‘Caridade’*” [grifo nosso],

o que também nos abre um leque de interpretações, especialmente sobre o manicômio como um maquinário de destruição de vidas. Antônia discorreu sobre questões como abandono, desigualdade social, racismo e a institucionalização de “pacientes”, por um lado, e sobre um “cuidado por amor”, que teria sido praticado pela geração mais antiga de trabalhadoras/es, por outro lado. A pesquisadora esteve na casa de Antônia para entrevistá-la por três vezes, em outubro de 2023.

Importa assinalarmos que esse estudo teve algo de pessoalíssimo para a pesquisadora, que se autodeclara branca e é psicóloga. Ela teve uma experiência de trabalho que a marcou profundamente em uma “clínica para dependentes químicos”, local que era nomeado dessa forma pelos proprietários, provavelmente, como tentativa de diferenciá-lo das comunidades terapêuticas religiosas. Isso não fazia/faz sentido, pois a instituição era, indiscutivelmente, uma comunidade terapêutica, localizada em um município da região metropolitana de Sorocaba-SP. Essa “clínica”, inclusive, coexistia com os hospitais psiquiátricos da região.

Como as comunidades terapêuticas, historicamente, caracterizam-se como instituições violadoras de Direitos Humanos e reproduzem a lógica dos manicômios (CFP, 2019), isso contribuiu para que a pesquisadora refletisse sobre pontos de convergência entre as suas vivências, quando, por necessidade, esteve “trabalhadora de comunidade terapêutica”, e as vivências das mulheres que estiveram “trabalhadoras de manicômio”.

O “programa de tratamento” na comunidade terapêutica citada contemplava as modalidades de internações voluntárias e involuntárias. Em sua maioria, as internações eram involuntárias, pois, mesmo aquelas pessoas que voluntariamente se internavam, logo eram enquadradas na perversa modalidade de internação involuntária por suas famílias, sob orientação do “senhor proprietário” da clínica. As internações, de modo geral, tinham tempo de duração de nove meses, dos quais os seis primeiros consistiam em internação numa instituição que parecia, à primeira vista, uma pousada em ambiente rural e, nos três últimos meses, o “tratamento” contemplava a permanência em um casarão “confortável”, também aos moldes de uma pousada, no centro da cidade.

O referido espaço de exclusão funcionava numa lógica punitivista, gerava culpa, sofrimento e tinha como marca principal o fato de ser uma porta-giratória de internações,

na medida em que acolhia repetidamente os sujeitos que já haviam passado por aquela ou por outras “clínicas” semelhantes. Esse aspecto de internações recorrentes pode ser ilustrado pelo exemplo de um homem, branco, que, aos 42 anos, havia passado por 67 internações, entre as que ocorreram de forma “voluntária” (na realidade, “sugeridas” pela família) e as internações involuntárias (impostas pela família). Cenas desse tipo eram comuns, o que nos fez/faz olhar para as pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas como os novos cronificados nas instituições de privação de liberdade no campo da saúde mental.

As apresentações das mulheres recordadoras não se encerram aqui, pois, as suas narrativas, os seus silêncios e as suas reflexões compõem todo o texto. Como nos ensina Mendonça (2020, p. 8), o texto é “sempre singular-coletivo, porque muitas vozes estão presentes nele. Um texto é coletividade”. Inclusive, a pesquisadora viu na pesquisa uma possibilidade de encarar, de forma coletiva, os cruzamentos das histórias sobre os manicômios e, em sua singularidade, de suas próprias encruzilhadas.

Antes de passarmos às memórias transcritas das recordadoras, apresentamos uma tabela com a rerepresentação de seus dados básicos:

| Nome (fictício) | Autodeclaração racial | Profissão / cargo | Manicômio (fictício) | Modalidade entrevista |
|-----------------|-----------------------|--|----------------------------------|-----------------------|
| Geni | Branca | Psicóloga | "Caridade"; "Graciosa Vingativa" | Presencial |
| Yolanda | Branca | Terapeuta Ocupacional | "Caridade"; "Feliz Destino" | <i>On-line</i> |
| Nair | Negra | Psicóloga | "Caridade" | <i>On-line</i> |
| Cristina | Branca | Auxiliar Enfermagem | "Amável Donzela" | <i>On-line</i> |
| Marta | Negra | Auxiliar Terapia Ocupacional | "Feliz Destino" | Presencial |
| Helena | Negra | Auxiliar Serviços Gerais; Auxiliar Enfermagem | "Boa Intenção" | Presencial |
| Eliana | Parda | Cozinheira | "Regeneradora" | Presencial |
| Neide | Branca | Médica (clínica geral) | "Regeneradora" | Presencial |
| Maria | Branca | Psicóloga | "Caridade" | Presencial |
| Catarina | Branca | Assistente Social | "Feliz Destino" | <i>On-line</i> |
| Ana Francisca | Parda | Cozinheira | "Caridade" | Presencial |
| Antônia | Preta | Auxiliar Administrativo | "Caridade" | Presencial |

Figura 5. Tabela contendo os dados básicos das mulheres entrevistadas nesse estudo.

1.1. Geni

O meu nome é Geni, sou psicóloga e trabalhei dez anos no Hospital Psiquiátrico “Caridade” e três anos no Hospital Psiquiátrico “Graciosa Vingativa”. Sou caucasiana [branca]. Entrei nos hospitais assim que me formei em Psicologia, em 1889 ou 1990, em um momento que tinham começado a acontecer algumas melhorias nos atendimentos nos hospitais psiquiátricos, a partir de exigências de ter psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional na equipe. Lembro que me formei em julho e, em novembro, já entrei trabalhar em um e em dezembro do mesmo ano já comecei a trabalhar no outro.

Eu fui me aprofundando na história de como se formou esse polo psiquiátrico aqui de Sorocaba e você sabe que a maior parte dos hospitais era dos mesmos donos? As terras eram de duas famílias e a sociedade dos hospitais era assim, os sócios tinham as cotas nos hospitais e, por um esquema de rotatividade, então era sócio de um e ocupava um cargo de diretor no outro. Então, era um complozinho, né, vamos dizer assim. E como é que se formou? Se formou a partir da extinção da FUNABEM [Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor]. Quando a FUNABEM foi extinta e foi determinado um outro papel para as unidades da FEBEM [Fundação Estadual para o Bem Estar do Menor], parou com aquela história de acolher as crianças carentes. Pra onde que mandavam essas crianças que já tavam nessa situação? Iam pros hospitais psiquiátricos.

Não posso dizer que não haviam crianças que eram oriundas de problemas psiquiátricos, realmente existiam, existiam os quadros neurológicos profundos, casos, assim, bem fortes, realmente. E essas crianças, que foram encaminhadas pros hospitais, vinham principalmente do Norte e Nordeste do Brasil. A gente só tinha a referência que vinha da FUNABEM, a origem, por exemplo, Bahia, o nome de uma cidade e um nome. Não tinha absolutamente registro de nada, não tínhamos quase nada pra trabalhar, quase nenhum dado. Eu trabalhei só com homens, os dois [hospitais psiquiátricos] que eu trabalhei eram masculinos. Nós tínhamos pacientes que eram adolescentes, que eu imagino que devem ter vindo crianças pros hospitais psiquiátricos.

No hospital, os pacientes até tinham identificação, eram muitos, mas eram identificados. É lógico que, quando você começa a fazer os atendimentos, você não consegue nem diferenciar eles porque as patologias, principalmente dos que são profundos, que são crônicos e que não tem condições de contato, isso dificulta o reconhecimento. Então, toda vez você precisava do conhecimento que a enfermagem

tinha, que era o conhecimento do convívio com eles e a gente pedia essa ajuda pra enfermagem. Por exemplo, no pátio interno, lá ficava um auxiliar de enfermagem com cento e vinte pacientes, e aquele auxiliar sabia pelo nome todos eles. Os prontuários também tinham a foto e o nome dos pacientes, eles eram identificados desse modo, apesar da precariedade, por mais que fosse só um nome, como os que vieram pra gente da FUNABEM, que são pouquíssimos os dados, que vieram com nada, só aquele papel de abandono e um nome, que provavelmente foi criado por eles mesmos lá na instituição. Não necessariamente era o nome real das pessoas porque não vinha com uma certidão de nascimento, vinha uma ficha da FUNABEM com nome e foto, não vinha mais nada, era só aquilo mesmo.

Os hospitais atendiam tudo que você imaginar... questão social, questão familiar, de rejeição, de abandono, de desconhecimento, de falta de outras políticas públicas, tinha de criança até idoso, todos os tipos de patologia. Tinha medida de segurança junto com paciente psiquiátrico, deficiência mental profunda, cego, surdo, mudo, neurológicos profundos e com deficiências múltiplas. Tudo ia parar na psiquiatria mesmo, era alienação violenta, vamos excluir! Virou uma coisa meio como saída pra tudo. Não tinha CREAS [Centro de Referência de Assistência Social], não tinha residência terapêutica, não tinha nada, então o que fazer com andarilho, por exemplo? Tinha S.O.S. [Serviço de Obras Sociais de Sorocaba], então se o S.O.S. não tinha dinheiro pra pagar passagem, porque S.O.S. só fazia isso, se tinha verba, mandava de volta pra Bahia, por exemplo, se a pessoa fosse da Bahia, se não tinha verba, mandava pro “Caridade”.

O “Caridade” chegou a ter, eu acho, uns setecentos e quatorze pacientes, mas se você contar aí, acho que uns 30% só recebia visita da família, não mais que isso. A gente percebia que o abandono maior era com os crônicos. E olha, tinha gente de família de muito dinheiro de Sorocaba e de outros lugares também, que internava lá e nem ia visitar, viu? Era assim “tenho um psicótico na família, não vou ficar”, “tenho um deficiente mental na família, não vou ficar” e internava mesmo. Um médico, cheguei a ver um médico que foi professor do diretor clínico do hospital, e que, quando teve Alzheimer, ao invés da família colocar com um cuidador na casa, internou no “Caridade”. Era isso, era uma cultura de tudo internar. Em uma determinada época do ano, dava um boom de internações porque, no período das férias, as famílias que iam viajar internavam seus familiares.

Eu lembro que em 1988, 89, tinha a ambulância de psiquiatria, então, a polícia pegava o sujeito na rua e largava lá na porta do hospital e o hospital se virava com a burocracia da internação. Na época, se via assim “ah coitado, tá tirando ele da rua”, você via aquela pessoa com distúrbio mental, realmente, esquizofrenia, barbudo, com roupa em farrapo, desnutrida e aí, mandava pro hospital, então, a visão da época era que se estava fazendo um bem. Pra sociedade é que podia ser higienizado, mas pra nós, que estávamos lá dentro trabalhando, a gente achava que tava ajudando. Não sei se a gente criou essa visão, na época, até pra se proteger, pra aguentar. A gente não olhava pra esse lado social, não tinha essa visão, a gente tinha, assim, “ah pegou, então vamos cuidar, vamos tratar”. A gente pensava que, pelo menos, ali era um lugar pra pessoa se alimentar, tomar um banho, ser feito cabelo, ser feito a barba, dar vitamina pra ela, e todas essas coisas eram realmente feitas. Nós, profissionais da área, a gente não tinha essa análise de que tá excluindo da sociedade, isso não, só depois você pensa sobre isso.

Tinham alguns casos diferenciados também, que eram os chalés particulares com frigobar, o “Caridade” se diferenciava dos outros hospitais nesse sentido. A gente chegou a ter secretários, ficou até um ministro internado, internado não, escondido por um tempo, e lá ficavam uns trinta dias, uns quarenta dias, era uma desculpa psiquiátrica pra justificar algo. A gente sabia que era por conta das fiscalizações, dos bastidores, dos favores também, né. Aí, nesses casos, a gente não tinha acesso, a gente não tinha acesso a essas pessoas, elas ficavam literalmente trancadas dentro do chalé porque tavam escondidas de verdade. Escondidas da lei, porque elas tavam enfrentando processos e investigações, vinham de Brasília e não sei mais de onde pra se internar no “Caridade”.

Eram realizadas também perícias dentro do hospital, não perícias de incapacidade, de aposentadoria, nada disso, não, eram perícias criminais mesmo. A gente recebia muito por semana, assim, muitas viaturas. Os médicos atendiam no particular a justiça dentro do hospital. Olha como era um negócio contaminado! Eles utilizavam o espaço, o horário, tudo do hospital pra fazer uma terceira situação que não tinha nada a ver com o hospital. Vinha o preso lá de São Paulo, de São Roque, de onde quer que fosse pra fazer uma perícia psiquiátrica dentro do hospital, então era multitarefas o negócio.

No geral, o perfil dos pacientes, quem que eram esses pacientes? Os pacientes eram todos homens, a porcentagem de negro era maior, com certeza era maior, eu acho que, em termos de proporção, bate com a da Fundação Casa, 70 ou 73% de negros e

pardos. Mas não existia a discussão sobre isso, sobre a raça ou sobre o racismo, porque no tratamento, no empenho que a gente tinha nos atendimentos, isso não era relevante. Eram todos taxados de psiquiátricos e não havia essa questão, não.

Sobre a questão da sexualidade, a gente tinha pacientes que visivelmente eram homossexuais e, quando se percebia que tinha uma afinidade maior com outros pacientes, eram separados pra evitar que se relacionassem. Não era permitido, até porque, tinha muito pouco tempo que havia sido retirada a homossexualidade como patologia, né, e os médicos eram dinossauros, podia ter sido tirado do CID, mas na formação deles isso ainda ficou. Então, até existiam alguns casos de relacionamento sexual, mas a grande parte dos pacientes crônicos não sabia nem que era pra fazer xixi aquilo. Os que tinham uma atividade melhor, que eram os deficientes mentais moderados, já conseguiam ter a masturbação, então, alguns se masturbavam e vinham dar pra você, comiam aquilo, né. Existiam alguns outros casos de relações sexuais entre eles, mas não na frente dos funcionários. Os pacientes que eram melhores, os que a gente chamava de agudos, na época, tinham acesso às enfermeiras, às auxiliares de enfermagem, às ajudantes. Na época, existia uma perversidade, uma promiscuidade bastante grande que a gente sabia, principalmente os que eram “medida de segurança”, porque lógico, eles tinham uma capacidade manipulativa muito maior e, às vezes, até mais inteligência que a funcionária, então acontecia.

Não sei se você já entrou num hospital psiquiátrico feminino, entrou? Eu nunca trabalhei, mas a gente fazia confraternizações entre os hospitais psiquiátricos e a gente tinha contato com as pacientes. Então, os hospitais alugavam o clube do centro, o Sorocaba Clube, e fazia-se festas de carnaval, ou ia nos hospitais mesmo e havia uma grande confraternização psiquiátrica. Tanto que, tinha uma cultura de psiquiatria muito grande aqui porque, olha pra você ver, as pessoas se internavam por causa desses bailes que os hospitais faziam pros pacientes, olha o nível da miséria! As pessoas se internavam, por exemplo, no “Feliz Dia a Pobrezinhos”, que era misto, e aí eram os casais de pessoas que, claro, deviam ter problema mental, porque você querer se internar num hospital psiquiátrico pra tirar férias? Só com algum comprometimento. Mas, enfim, nessas festas, os pacientes que eram pacientes mesmo se encontravam com as pacientes do “Amável Donzela”, do “Boa Intenção”, da Clínica “Regeneradora”, que eram mulheres, né, e assim, por conta da repressão histórica feminina, quando a mulher enlouquece, minha filha, ela enlouquece mesmo! Era muito difícil de controlar aquilo, porque as mulheres

iam pra cima dos pacientes mesmo, era uma liberação da sexualidade absurda. Isso não só nas festas, não, viu. Tanto é que tinham médicos que trabalhavam no “Amável Donzela” e no “Boa Intenção” que não atendiam as mulheres sem ter a enfermagem junto. Um médico falou pra mim que ele não atendia com a enfermagem numa época, mas uma paciente entrou, ela tava de vestido e sem calcinha, e ele sem esperar, daí, ela levantou de onde ela tava e sentou em cima dele. Depois disso, então, ele passou a atender com a enfermagem por perto.

A estrutura dos hospitais, olha, indo pra dentro dos pavilhões que eu tinha acesso, sabe quando você entra num lugar onde o cheiro de fezes e urina te entra no cérebro? Porque eles não tinham nem forro nos colchões, não tinham fraldas pros pacientes que precisavam de fralda, eles ficavam realmente nos colchões, com lençóis enrolados. Era aquela coisa, uma higiene muito precária, péssima mesmo. Não era só uma pobreza de tratamento, era uma miséria de tratamento. Então, indo fazer os atendimentos nos blocos, eu me deparei com situações de crueldade e de desumanidade absurdas. As equipes tavam absolutamente acomodadas naquela situação, os hospitais faziam de conta que tinham profissionais atuantes e os profissionais faziam de conta que atuavam.

Você via, assim, que tinham pacientes com condições de desnutrição severas por conta de necessidade de medicação enteral, de alimentação nasogástrica. E perdia-se muitos pacientes nos hospitais. Um dia, por exemplo, eu cheguei na sala de psicologia do hospital, esse “Graciosa Vingativa”, que, inclusive, foi o primeiro a fechar por denúncia de maus tratos, e que era realmente o que era pior, e lá tinha um corpo. Um corpo na sala de psicologia, o paciente tinha falecido, era um homem, um senhor branco. Então, era assim, perdia-se muitos pacientes, por exemplo, com tuberculose no meio do ano, muito, muito de tuberculose na época do inverno. Já no outro hospital que eu trabalhei, teve o caso de um paciente que eu lembro que tinha epilepsia, ele tinha uns dezessete anos... sabe, não tinha funcionário suficiente pra cuidar de setecentos pacientes, então, esse paciente teve uma crise convulsiva, caiu de boca numa poça d’água e morreu afogado. Esse rapaz tinha a pele clara, mas ele tinha um olho bem puxado, acho que tinha descendência indígena.

Pra comer, os pacientes que conseguiam andar pra ir até o refeitório, lógico, eles iam mesmo nus, eles comiam com as mãos. Então, abria a porta e falava “ala 8”, a enfermagem tocava, parecia gado, parecia gado. A comida era muito precária, eu acho que era insuficiente, era na questão de qualidade mesmo e a higiene era péssima. Chegou

uma época em que a administradora do “Caridade”, que era uma chula, ela não tinha escolaridade não tinha nada, era administradora do hospital simplesmente porque uma das donas gostava dela, só que ela era chefe da faxina antes. Essa pessoa, ela não tinha condições técnicas de ser administradora e ela resolveu que todo mundo ia comer a mesma coisa, ela determinou que funcionário ia comer a mesma alimentação que paciente comia, que era uma porcaria. Começou com isso daí, e depois, as alas mais crônicas, essa administradora pegou e determinou que a equipe técnica tinha que acompanhar as refeições dos pacientes. Ah meu Deus do céu, que situação mais deprimente! Os primeiros que entravam se alimentavam sentados direitinho. Eram aquelas baixelas de inox com colher de plástico, aquela colherzinha azul que é comum, e aquelas baixelas de inox enormes. Os funcionários comiam junto com esses pacientes melhores, a comida que tinha podia ser um arroz, um feijão, uma salsicha. E aí, conforme ia vindo os pacientes que eram crônicos, menina do céu, as baixelas eram dadas pra eles, assim, e eles já enfiavam a mão no arroz, a comida já era a raspa do tacho, era queimada, já eram os pedaços de arroz, já era o resto da comida, era a sobra, era tipo uma lavagem no final e os pacientes mais crônicos comiam isso daí.

No começo, não tinha nem o auxiliar de enfermagem, era o ajudante de enfermagem. Lógico que, os pacientes que tinham melhores condições, eles faziam as vezes da enfermagem e cuidavam dos outros pacientes. Na grande parte das vezes, se o paciente tinha uma agitação psicomotora, que eram os registros em pasta, pra colocar a camisa de força eram os outros pacientes que ajudavam a colocar, né, porque não tinha mão de obra suficiente pra fazer aquilo. E aí, começou um movimento das escolas de enfermagem, começou o COREN [Conselho Regional de Enfermagem] a pegar no pé pra capacitar, né, essas pessoas que eram ajudantes gerais e faziam esse trabalho de ajudante de enfermagem, a ter o curso de auxiliar de enfermagem.

Depois que foi exigida a formação do pessoal da enfermagem, então, os hospitais psiquiátricos mesmo faziam as formações pra contratação de auxiliares de enfermagem, inclusive, dentro do “Caridade” a gente teve formações. Enfermeira padrão dava o curso na parte da enfermagem e, até eu mesma participei, dei aula na parte de psicopatologia, expliquei bastante a parte de psiquiatria. Na enfermagem, eu fiquei responsável por essa parte do curso e também de indicar os profissionais que tinham se destacado no cuidado na psiquiatria, tanto da parte de enfermagem quanto do entendimento da parte psicológica, minimamente, pra que eles fizessem as contratações. Então, você via que

eles também davam alguns passos, que tinha um empenho, de certa forma. Eu via isso, mas o tempo foi passando, as exigências foram aumentando e a verba nada.

A equipe técnica era pequena, era insuficiente, não tinha perna pra atender aquele número de pacientes. E a divisão de raça/cor, deixa eu pensar... acho que, entre as auxiliares de serviços gerais, tinham algumas negras, mas tinham brancas também e eram mais mulheres. Os auxiliares de enfermagem, era assim também, tinham brancos e negros, mulher e homem. Os médicos, não tinha nenhum negro e eram mais homens. Nos funcionários de nível superior, predominava o branco, na verdade, a gente só tinha uma funcionária negra, ela era a única, é, só ela. As monitoras eram mais afrodescendentes, mas não eram negras, entendeu? Eu sei que não usa mais o termo, mas era mais pra parda, eram mais claras. Na cozinha, era predominantemente mulher e, que eu me lembre, todas eram brancas.

No hospital, tinha uma questão que era, assim, trabalhava o marido, o filho, a esposa, tudo trabalhando no hospital, era uma coisa muito familiar, era muito familiar mesmo. Acho que isso vinha dos proprietários, eles contratavam as pessoas da mesma família, ou que eram conhecidos, né. Parece que era como pra dizer “olha nós somos um hospital psiquiátrico, mas nós amamos nossos funcionários”, porque eles queriam vender essa imagem de que ali era uma família, que não era muito verdade, mas, enfim...

Tinha também a questão dos uniformes dos pacientes, nossa, como eram horríveis! Era aquela elanca que no calor esquenta e no frio não esquenta, era horrível mesmo, mas grande parte dos pacientes também só ficava nu e descalço. A primeira vez que eu vi um banho, também foi bem difícil. O “Graciosa Vingativa” era muito frio, ficava numa cidade que faz mais frio do que em Sorocaba, e lá, no hospital, o pátio era de barro, de terra. Os pacientes eram tirados às cinco da manhã dos leitos, nus, os que ficavam em pé, lógico, e davam banho neles de mangueira. Tinha oitenta toalhas pra cerca de quinhentos pacientes, ou seja, era só pros agudos mesmo e os crônicos, que eram maioria no “Graciosa Vingativa”, não tinham as mesmas condições.

No “Graciosa Vingativa”, chegou uma hora que, realmente, não deu, lá era o pior e eu denunciei pro Conselho de Psicologia. Lembro que uma colega psicóloga me procurou “o Conselho tá aqui no hospital, todo mundo tendo que se explicar e tarará”. Óbvio que eu não fui questionada, porque eu que denunciei, né, porque eu não tava de acordo com aquilo. Recentemente, ó quantos anos aconteceu isso, recentemente, essa

mesma colega me mandou uma mensagem, depois que eu encontrei com ela num evento do Conselho, e ela perguntou “Geni, agora que já passou tanto tempo, eu posso te perguntar, foi você que denunciou?”. Eu falei “mas você não tenha dúvida”. Acho que foi a primeira fiscalização que não tinham sido avisados. As coisas ficaram muito marcadas na minha cabeça, eu não consegui passar por aquilo e não sentir, aquelas coisas me afetaram profundamente. Esse “Graciosa Vingativa”, primeiro ele se transformou em outra coisa até conseguir mandar todos os pacientes pra outros, eu cheguei a participar lá, nesses três anos que eu fiquei, eu cheguei a pegar o começo dos ônibus indo embora com os pacientes, isso em 1999, 2000.

Você sabe que acontecia, assim, uma maquiagem quando sabiam que ia ter fiscalização? Lavava o hospital, colocava, aí sim, roupa de cama mais bonitinha, um uniforme melhorzinho, um chinelinho nos pacientes. Então, existiu essa maquiagem toda vez que teve fiscalização porque os hospitais sabiam. A diretora da Vigilância Sanitária de Sorocaba daquela época era a farmacêutica responsável dos hospitais. Olha que absurdo, era muito antiético! Fisioterapeuta também, pro fisioterapeuta era ótimo, né, ele ganhou muito dinheiro, ele assinava em todos os hospitais porque só tinha ele de fisioterapeuta na época, mas ele nunca aparecia, com exceção de algumas reuniões que ele participava. E os fiscalizadores do ERSA [Escritório Regional de Saúde], eles eram todos comprometidos, todos tinham relacionamento com os donos de hospital, isso antes, numa época em que o Ministério da Saúde não vinha aqui, que não tava aquele bafafá todo. Então, a gente se sentia meio sem saída diante das péssimas condições dos hospitais.

E aí, quando você começava a prestar atenção em outras situações, por exemplo, encherem o carro dos donos do hospital com fardos do papel higiênico de primeira, com arroz de primeira, tudo que era contabilizado no gasto com os pacientes. E não só isso, óbvio, você via que as coisas não iam mais pra frente porque tinha muita corrupção. Então, eu conseguia fazer uma ponte política com os donos dos hospitais, graças a Deus eu nunca fui radical, nunca tive radicalismo dentro de mim, eu era muito racional pra certas coisas e, assim, eu conseguia falar pra eles algumas coisas. Eu também apontava coisas pra equipe, tanto é que os diretores até me chamaram pra ser coordenadora, mas eu não quis porque, como eu disse, chegava num ponto que a coisa não andava. Eu tinha tanta amizade com os donos, mesmo tendo esses conflitos que eu colocava, que eles tinham abertura pra falar na minha frente “olha eu peguei vinte mil reais”, vinte mil

reais naquela época era bastante, “peguei vinte mil e levei pra fulano”. Eu ouvia coisas como “nós vamos conseguir, porque a gente falou com o deputado tal e o deputado tal tá lutando por nós lá em Brasília”, ou “nós vamos pra Brasília com fulano, com ciclano, sendo que fulano já recebeu e ciclano vai receber”. Todos eles ficaram muito mobilizados por conta de ter que pagar, por conta das mudanças na legislação. Eram muito empenhados, por isso que eu acho que demorou tanto tempo pra fecharem os hospitais daqui.

A partir de um certo momento, eu comecei a questionar algumas coisas que eu via, por exemplo, você pedia as pastas dos pacientes pra fazer os registros e as pastas sujas com fezes, com sangue, eram materiais bem precários. Tudo ficava trancado, as pessoas ficavam nos escritórios, o médico ficava no conforto médico, aí, paciente tinha crise e a resposta era sempre o Amplictil com Fenegan. Se você olhava as prescrições dos médicos nas pastas dos crônicos, principalmente dos crônicos, você via BEG, todas BEG e carimbo do médico. O que é BEG? BEG é bom estado geral. A princípio, cada setor tinha o seu prontuário, depois que veio a história do prontuário único. O prontuário único gerava muitas discussões porque os psicólogos, os assistentes sociais, os terapeutas que se empenhavam muito mais nos atendimentos dos pacientes começaram a ter choques com os médicos. Mas os médicos, quem eram? Os médicos, em grande parte, eram os donos dos hospitais.

Naquela época, era permitido eletrochoque, era permitido camisa de força e o Amplictil com Fenegan era água com açúcar. No hospital, era muito fácil, qualquer coisa a prescrição era Amplictil e Fenegan, como eu falei, mas também o Haldol Decanoato, a Flufenazina injetável, que é a camisa de força química. Você já viu? Com a Flufenazina, o paciente trava mandíbula, trava os membros inferiores e superiores, ele não anda robotizado como o Haldol faz, ele anda de quatro, ele engatinha porque todos os músculos travam. Quando o paciente ficava agressivo, muito agitado, isso era usado como punição, sim, porque ele não conseguia sequer abrir a boca pra morder.

A gente tinha muitos pacientes com sequela de medicação, com paradas cardíacas por conta do excesso de medicação, com medicação prolongada sem reavaliação. Tinha uma psiquiatra, era uma mulher, branca, e ela tinha o lado dela porque fazia pesquisas, tinha contratos com laboratórios, então, ela testava medicações nos pacientes dela, no sentido de verificação de efeito colateral. Ela falava que eram medicações modernas pra melhora do quadro dos pacientes, ela utilizava esse discurso e a gente aceitava, mas a

gente sabia que ela fazia os pacientes de cobaias, né, porque só depois é que essas medicações eram colocadas à disposição para as pessoas.

O diretor clínico do hospital, ele gostava muito de fazer experimentos com os pacientes, ele era o papa, né, o papa da psiquiatria, ele era titular da cadeira de psiquiatria da PUC. Ele fazia uma pesquisa com um adolescente do hospital, e ele acreditava que o distúrbio de comportamento desse adolescente diminuiria com o uso de eletrochoque, então, ele apresentou o desejo dele de fazer esse estudo e foi aprovado pelo Ministério da Saúde. Eu presenciei a aplicação de eletroconvulsoterapia, que não era uma coisa muito discutida, era mais discutida a questão do uso do macacão de força do que a eletroconvulsoterapia. Eu acho que as pessoas não tinham muito conhecimento sobre a eletroconvulsoterapia na época, pelo menos aqui, não. Mas você sabe que, a experiência que eu presenciei, não foi igual a gente assistia nos filmes? Não foi, a aplicação de eletroconvulsoterapia não foi nada que você podia dizer “ah, isso foi desumano”, pra época, eu acho que realmente não foi. O paciente, ele recebia anestesia, tinha a presença do anesthesiologista, do médico psiquiatra, da enfermeira e a minha. Óbvio que não foi uma única aplicação, foi por período de dois meses, uma sessão a cada três ou quatro dias, porque existia uma prescrição, existe uma linha da psiquiatria que acredita que realmente dá algum resultado. Então, no “Caridade”, a eletroconvulsoterapia foi usada pra distúrbio de comportamento e, pelo que eu percebi, não surtiu resultado nenhum. A única coisa que acontecia é que, depois da crise convulsiva, esse adolescente ficava dormindo o resto do período. Esse paciente que participou do experimento, ele não se alterava quando ia pra sessão, ele ia normal, acho até que era porque ele gostava do barato depois da anestesia. Esse menino tinha uma história de uso de drogas, então, ele não ia gritando, nem nada. Mas ele era uma criança, ele era um menino que conversava e que tinha opinião. Ele tava lá por questão de problema social, um menino com “n” faltas, então, tinha um motivo pra ele ter distúrbio de comportamento.

Depois eu aprendi isso, sobre a questão social, só depois que eu fui trabalhar na FEBEM. Olha que absurdo, na FEBEM que eu aprendi que você tinha que fazer o aprofundamento na história de vida! Não é só a questão da anamnese, a anamnese a gente faz de boa, né, a gente sabe desde quando começa a faculdade e tal, só que, na psiquiatria, não era tratado esse aprofundamento. Eu comecei a pensar depois “mas por que aqui na FEBEM eu tenho que ver esse histórico aprofundado?”. No hospital

psiquiátrico, não era assim. O que a gente via era só a especificidade, era o surto que o paciente tava tendo no momento, então, era isso que a gente ia cuidar. Algo, assim, totalmente descolado da vida do sujeito, tá. Não havia uma pesquisa de escolaridade, de vínculo, de nada. Era um basicão, não era um aprofundamento com finalidade terapêutica, não era, era pra fins de registro e só, então, não era utilizado como base de acompanhamento efetivo.

Quando as coisas começaram a mudar na psiquiatria, em 1990 e pouco, esse fluxo começou a mudar, aí, tinha o embasamento, que era norma realmente do SUS, que era a guia de transferência e contratransferência. Não internava mais direto, não era mais só chegar com paciente na porta do hospital e pronto, porque tinha uma central de vagas. E isso gerou bastante resistência, principalmente de fora do hospital. Teve o caso de uma juíza que ligou pro dono do hospital e falou que ia me processar, porque ela mandou pra internar um adolescente no hospital e eu não deixei. Então, assim, esse adolescente saiu do fórum e a juíza mandou direto para o “Caridade”, mas eu mandei o carro do fórum voltar, liguei pra portaria e falei “não é pra entrar”. Antes, era portão aberto, eu falei pra você, mas isso mudou e a gente tinha ordem que, sem a guia do Hospital Regional [hospital geral], não era pra deixar entrar. Então, por mais que essa excelentíssima doutora juíza tivesse autoridade, e ela tinha essa coisa de internar pra higienização, existia um trâmite burocrático que tinha que ser seguido, até mesmo por ela. No fim, eu não fui processada e o dono do hospital até riu da situação. Ele disse que, se ela tivesse me processado, o hospital entraria com as despesas do advogado porque tinha todo o embasamento do SUS.

Eu gosto muito do Bleger, principalmente aquela frase que ele fala que toda a instituição acaba se transformando naquilo que ela foi criada pra combater, então, o nível de psiquiatria dos próprios donos dos hospitais era, assim, similar à população atendida. O diretor clínico do “Caridade”, pensa num homem doido! Ele ia trabalhar e tinha um “medida de segurança” lá que se chamava Pedrinho e, um belo dia, esse paciente lavou o carro desse médico, e depois, subiu na administração com uma arma. Esse médico praticava tiro, andava armado, daí, o paciente pegou a arma no carro dele, subiu com a arma e falou, apontando, “doutor, ó o que o senhor esqueceu no carro”. Algumas desgraças não aconteceram porque não tinham que acontecer, mas poderiam, com tranquilidade.

Como eu falei pra você, no “Caridade” era uma mistura de patologias, inclusive, pessoas que tavam presas cumprindo medida de segurança. Mas teve outro exemplo importante, que foi a situação de quando começou o uso de crack nas ruas e Ribeirão Preto fez uma higienização na cidade, fez um convênio com o “Caridade”. Nós recebemos umas vinte crianças que tinham dez, onze, doze, treze anos, e eram todas usuárias de droga. Isso deve ter sido mais ou menos em 1994, 95. Nessa época, separava os pacientes por ala, dependendo da patologia. Então, tinham os crônicos, os agudos, que eram os alcoolistas e dependentes químicos, pacientes que tinham deficiência física, idosos, ala infantil, ala dos iniciantes e aí, conforme ia sendo a cronificação, eles iam pra ala 6, 7, 8, ia aumentando os números. A ala 5 era a que tinha maior mobilidade. A ala 1 era a ala dos pacientes que tinham que ter maior monitoramento, mas eram agudos. A ala 2 era a triagem e a 3 era a ala infantil. A ala 4 era de idosos e também a ala clínica. As alas 6, 7 e 8 eram dos crônicos. E aí, dividiram a ala 8 em duas partes, ou seja, pegaram todas essas crianças que vieram de Ribeirão Preto, colocaram na ala dos pacientes mais crônicos do hospital, no fundo do último bloco e essas crianças ficavam lá. Quando a gente começou a receber esses meninos de rua com distúrbio do comportamento, isso afetou um pouco o equilíbrio das relações, né, porque eles eram oportunistas, eram ligeiros, eram de rua. Eles, pra roubar o salgado do paciente crônico, era muito fácil.

No hospital era muito comum uma média de duzentos pacientes, duzentos e poucos pacientes ficarem andando, soltos, no jardim. E não eram só os alcoolistas ou os dependentes químicos, não, os agudos. Os pacientes que já tinham uma familiaridade, já tavam há muito tempo ali e as pessoas sabiam que eles não iam ficar agressivos, nem nada, eles também tinham essa liberdade de ficar andando, e iam no administrativo, ganhavam café, essas coisas. Eu acho que, em 1993 ou 94, começou uma observação maior do tempo de internação, ficaram de olho nessa questão, porque tinham pacientes com longos anos de internação. Alcoolismo, ficava um ano, dois... se a família não buscasse ficava três, quatro anos, e ia ficando, carreira de doente mental. E nós não tínhamos voz ativa em relação a nada disso, então, a alta não era discutida. Diagnóstico, sempre fomos respeitados em termos de discussão de diagnóstico e tudo mais, pelo menos eu nunca tive dificuldade de discutir isso com nenhum dos psiquiatras e dos médicos que eu trabalhei, existia essa abertura, mas dizer que a gente opinava por alta, isso não.

Se eu disser pra você que eu me importava com os crônicos, apesar de ver a situação, não me importava, não me afetava. Eu acho que a gente já vai criando uma armadura pra se proteger e, como eles já tinham condições bem precárias, você nem criava vínculo. Você tinha que olhar a situação de ser humano, do que poderia ser feito pra melhorar e tal, mas era bem limitado o que a gente podia fazer. Na verdade, os crônicos não tinham consciência e os que tinham consciência ficavam todos na mesma situação. Inclusive, uma vez, eu fiquei a noite pra ver, pedi autorização, e vi aquelas camas todas bonitinhas, com colchão e lençol arrumadinho, porque isso aconteceu, realmente, depois, com o passar do tempo, então, tinha lá um quarto com oito camas, as oito camas vazias e os oito pacientes acorados no canto, já sem roupa, sem utilizar as camas. Então, era isso, a gente nem criava vínculo com esses pacientes, não tinha o nível de importância que nem a gente dava pros outros. Mesmo os psicóticos, com os psicóticos a relação era diferente, ainda que tivessem em surto o tempo todo, você ainda tinha condições de ter um contato, de criar uma importância, uma significância maior de ser humano. Agora, esses pacientes crônicos profundos, esses aí a mídia nunca mostrou, sempre mostravam só os agudos. As pessoas não têm conhecimento do que é um sofrimento, do que é uma descaracterização total de pessoa. Outra coisa que pouco foi abordada, é a questão do sofrimento das famílias, a agressividade dos pacientes e o desespero que ficavam essas famílias com esses pacientes em casa.

Em termos de diagnóstico, pra saber o que era o caso, a gente estudava, tentava estudar pra saber o que aconteceu e a gente concluía que, grande parte desses pacientes, eles eram de nascimento, eram deficientes em decorrência de nascimento, abandonos prematuros mesmo. Não tinha um dado, assim, pra dizer que foi a instituição que deixou eles transtornados ao ponto de ficarem profundos. Profundo eu não acredito que seja, realmente, por conta da instituição. Eles não tinham realmente nenhuma consciência, de nada, de nada, não tinham consciência da vida. Eu não percebia casos de que a institucionalização deixou mais afetados ou não, até porque, eu penso que existia uma certa harmonia e uma certa familiaridade desses pacientes com a instituição. Era uma coisa bem patriarcal, bem protetora, porque não existia esse movimento de mudar por parte das instituições e os pacientes também se acomodavam nessa situação. Existia uma institucionalização bem marcada, bem fácil de perceber, uma acomodação total que era assim “nós podemos cuidar de você” e “você precisa do hospital”, então, se estabelecia essa condição e se ficava nisso.

Pensando em como esse trabalho foi me afetando, teve caso que me marcou, sim, tiveram vários, várias histórias. Então, a gente via muitas situações, o número de suicídios era muito alto e, assim, era tudo justificável, né. Os boletins de ocorrência, o hospital já fazia lá, então, o suicídio já era embasado pelo prontuário, pelo histórico médico e, assim, nenhuma família teria condições de questionar se houve negligência, se houve falta de atenção, se houve falta de cuidado, se houve falta de monitoramento. E teve o caso de um paciente deprimido, ele tinha família e tudo, ficou um bom tempo no “Caridade”, mas começaram a apertar pra ele sair por causa do tempo, aí, ele foi pra outro hospital, depois ele ainda voltou para o “Caridade” e tal. Era um paciente que conversava tranquilamente, tinha depressão e tinha uns surtos psicóticos, já tava num ponto bem difícil, e ele se suicidou. Eu gostava dele, tinha uma afinidade com ele, né, me importava com ele. Esse paciente era branco e tinha por volta de trinta e cinco anos.

Outra história que me marcou, foi a de um menino de quatorze anos, a gente atendia esse menino e ele era psicótico. Imagina, quatorze anos! E esse menino tinha família e tudo, uma irmã que era bastante preocupada com ele, que vinha visitá-lo sempre. Mas aí, dentro da triagem tinha uma caixa d’água e, pra você ter uma ideia de como tinham poucos profissionais de enfermagem, esse menino subiu na escadinha da caixa d’água e, num surto, se jogou lá de cima. Quando a gente viu, ele ainda tava com aqueles espasmos, estrebuchando, já nos últimos momentos de vida. Esse menino ele tinha, assim, uns traços de indígena, mas a pele era meio clara.

Teve um outro paciente também que eu lembro bastante, esse era um alcoolista, ele saiu do hospital deu a volta pela rua de trás, dava pra ir, era tranquilo e, bem em frente ao “Caridade”, tinha a rodovia. Na rodovia, naquela altura, tem uma descida bem íngreme, né, então ele esperou um caminhão vir, foi pra frente do caminhão e se matou. Esse homem era branco, ele deveria ter por volta de quarenta e cinco, cinquenta anos.

Com tantas coisas que aconteciam, em determinado momento, os donos pediram pra eu começar a dar um apoio na parte de psicologia para os profissionais que voltavam de licença de saúde. Inclusive, teve uma funcionária, uma auxiliar de enfermagem, que se matou dentro do hospital, isso porque eu avisei a direção que ela não tava em condições de voltar a trabalhar. Essa mulher era jovem, tinha por volta de tinta anos e era afrodescendente, mas não era, assim, negra. Ela tinha tido um envolvimento com outro funcionário, acabou que não deu certo o relacionamento e, enfim, ela cometeu suicídio dentro do hospital. Ela ficava sozinha a noite com uns quarenta ou sessenta

pacientes, ela trabalhava no bloco infantil e usou as medicações de lá. Morreu dentro do hospital. Então, são histórias assim.

Agora, se eu disser pra você que teve alguma família que me marcou, acho não, ou foi muito pouco. Acho que foi só a família de um paciente, pelo empenho que eles tiveram de tirar o paciente de lá. Foi assim, esse paciente chegou no “Caridade” muito nervoso e, como eu trabalhava na triagem, fui atendê-lo. E a gente já vai com aquela pré-disposição de que é psiquiátrico e pronto, acabou. Você olhava a pessoa, já tava programado pra ter aquele olhar meio que “quem tá falando aqui não é a realidade”. Então, o paciente falou pra mim que ele não tinha problema nenhum, que ele tava com asma e procurou o Regional [hospital geral] porque estava com muita falta de ar. Como ele tava muito agitado, não tava conseguindo respirar e nem explicar nada, mandaram ele pra psiquiatria. No “Caridade”, eu chamei o psiquiatra de plantão, e ele ficou muito bravo comigo quando eu falei que o paciente não tinha nada. No dia seguinte, a família recebeu a informação de que ele tava lá e foram que nem louco, até porque ele era trabalhador e, se a empresa soubesse que ele tinha tido uma internação psiquiátrica, demitia. Ele não precisava estar lá, então, a família tirou com aquilo que chamavam de alta a pedido. Era sempre assim, não existia essa coisa de voluntário e involuntário, a família internava e acabou, ou o Estado internava, vinha com uma guia, ou então, se teve um surto, da emergência de psiquiatria do Regional ia pra lá e o paciente acordava lá já. Aí, depois é que a gente ia informar a família que ele tava no hospital psiquiátrico.

Sabe, eram trocentas coisas! Chegou num ponto que eu liguei pra uma pessoa que eu conheci, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, e eu falei que não aguentava mais as condições de insalubridade, desumanas, realmente, que estavam os pacientes. Sabe qual foi o gatilho? Apesar de eu contar todas essas coisas pra você e agora parecerem tão absurdas, o gatilho foi um final de ano que eu fui até a cozinha, e tinha sido comprado peru pros pacientes, realmente, tinha sido comprado coxas e sobrecoxas de peru pra fazer pra eles. Acontece que deixaram em cima do balcão pra descongelar e, quando eu fui na cozinha nesse dia, todas as coxas e sobrecoxas estavam bichadas, os bichos assim, arrgh só de lembrar disso, me dá agonia! E, como eles não eram vistos como gente, nem pelas cozinheiras e nem por ninguém, aquilo foi feito pros pacientes. Aquilo foi o gatilho pra mim.

No “Caridade”, nos últimos tempos que eu fiquei, era uma carga absurda de trabalho. O que equilibrava um pouco, o que tornava possível a gente completar a meta

de atender cento e vinte pacientes por mês, que eu e a assistente social que trabalhava comigo tínhamos, eram os crônicos. O paciente crônico, em termos de psicologia, era só uma questão de registro, realmente, de que você foi, viu o paciente, viu as condições dele e registrar aquilo. Não tinha uma evolução, muito pelo contrário. E aí, eu lembro que chegou uma ordem sobre a obrigatoriedade de fazer grupos operativos, que era uma maquiagem mais sem nexos do mundo, dentro do hospital. Falei “bom, já que é pra maquiagem, que eu não sou nem besta nem nada né, vou fazer grupo de caminhada” e saía com trinta pacientes. Quando olhava, tinha saído com trinta e tava com dois, porque eles iam ficando pelo caminho. A ordem era “vamos tirar dos pátios os pacientes”. E quem que era as “marmitta”? Nós né, psicólogas, as terapeutas ocupacionais, as assistentes sociais, nós que tínhamos que fazer esse trabalho. As da enfermagem ficavam com os que não tinham condições de sair dos pátios, mas as “marmitta” tinha que fazer esse serviço, de ir pra horta, a caminhada, e não sei mais o quê. Fizemos até um grupo pra usar a piscina, isso com uns vinte pacientes alcoolistas, daí, a gente ficava junto lá e deixava eles ficarem duas horas, até porque, antes, a piscina nem era utilizada. E, assim, com esses grupos, aconteceu várias vezes de paciente ir pro mato e nunca mais achar, nunca mais saber o que tinha acontecido. Quando você começa a movimentar, precisa de mais estrutura pra acompanhar eles, né.

Quando começou o LOAS, as assistentes sociais fizeram um trabalho extraordinário. Eu lembro que muitos a gente conseguiu o benefício. Só que o que a gente conseguiu? Existiam cantinas, né, existiam cantinas dentro dos hospitais, e muitos pacientes faziam gastos ou as famílias, no sábado, que era o dia da visita. Então, pegava-se o salário mínimo inteirinho desse paciente e depositava-se nesta cantina. Pense, vamos pensar no salário mínimo aí, que no final do mês o paciente tinha zero na conta dele porque ele ficou o mês inteiro comendo coxinha, coca-cola, bala, bolo, doce. E eram aqueles bolos ruins, inclusive, pros pacientes crônicos, iam as coisas mais simples. Tudo isso a gente percebia e aí, o que a gente fez? Pensamos “não vamos deixar esses caras ficar levando dinheiro desses pacientes”. Mas o que fazer? Começamos a montar uns grupos com os pacientes pra sair do hospital, e aí, a gente saía com aquele monte de doidinho, a gente ia pro shopping com eles. A primeira vez que nós fomos no shopping, todos os lojistas fecharam as lojas! Fecharam! O shopping Esplanada tinha acabado de inaugurar e eles fecharam as lojas pros pacientes. O preconceito era extremo, mesmo pra pegar ônibus e coisa e tal, era muito complicado. A gente começou a formar esses

grupos de pacientes, os que tinham um pouquinho mais de condição, levávamos em lojas pra comprar roupas que eles queriam, pra comer o que eles queriam e pra criar, justamente, essa autonomia.

Quando começou a vir o Ministério da Saúde, tudo era ameaça de fechamento. A gente tinha grandes reuniões, vinha o pessoal de Brasília, vinha o pessoal de São Paulo, vinham grandes comitivas de fiscalização e tinha sempre essa ameaça de fechar. Isso começou já nos anos 2000, era assim “ó, ou vocês seguem os protocolos ou fecha”. O Ministério da Saúde lançava as normas e a gente tinha que atingir aqueles protocolos. Se não atingia aquele protocolo, ou tinha alguma questão que não tava de acordo com os critérios que iam sendo estabelecidos, a ameaça era sempre de fechamento.

Nessa época, eu comecei a me envolver politicamente, inclusive, eu participei do primeiro grupo de defesa de Direitos Humanos de Sorocaba e fui conselheira do Conselho Municipal de Saúde. Mas, como eu falei, apesar de eu ter essa postura de oposição aos hospitais, de fiscalizadora ferrenha mesmo, e olha que não era nem a legislação ainda, na época, eu também tinha esse respeito pelos donos dos hospitais. Não sei se era respeito ou medo. Não, acho que era respeito mesmo, até porque existia uma confiança deles em mim e eu sabia ponderar. Então, eu comecei a me engajar com sindicato, comecei a me engajar com os conselhos municipais, tinha proximidade com o prefeito, com secretário municipal também... pessoas que iam nos hospitais, tá! Eles eram sempre presentes, porque existia essa promiscuidade que eu falei pra você, né, política, relacional, por isso que demorou tanto tempo pra conseguir fechar.

Isso tudo foi mexendo com os pacientes também, mas eu acho que não era uma coisa de consciência institucional. Acho que, quando começou a ter essas fiscalizações e começou a ter um trabalho maior das equipes, aí, começou a ter uma conscientização maior desses pacientes sobre a possibilidade do fechamento. Então, a gente teve alguns episódios de paciente pegar um pedaço de pau e moer a Mitsubishi do dono do hospital, outros tantos que começaram a falar “quero ir embora pra minha casa”, “quero ir embora com a minha mãe”. Embora a gente soubesse que a mãe não queria, que a família não queria e tal, muitas famílias não queriam nem saber, eles ficavam pedindo pra ir embora do hospital, pra voltar pra casa deles.

Foi um momento interessante, a gente fazia, no auditório do hospital “Feliz Destino”, as reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Pensa num lugar que ficava

cheio de gente interessada! Eu, graças a Deus, vi isso, eu participei disso. Como eu falei pra você, eu era sindicalista, eu era do PT, era do movimento dos Direitos Humanos e dialogava com todos. Tava lá um representante da prefeitura que era do PSDB, mas, politicamente, a gente tinha um bom relacionamento, isso permitia que a gente pudesse conversar sobre as coisas sem um agredir o outro. Não era essa coisa que tem agora e eu, como deixei claro, eu não gosto de nenhum radicalismo, por mais que eu tenha as minhas ideologias, as minhas opiniões a respeito das coisas, eu respeito as pessoas. Hoje não, agora tá muito difícil, ou você é Bolsonaro ou você é Lula, é “bolsominion” ou “petralha”, então perdeu a essência, e eu não vejo aprofundamento nas coisas. Enfim, eu não fiquei incólume, eu não fiquei parada, eu tenho muito orgulho de mim por causa disso, de ter participado ativamente. Mas, sobre a Desinsti, a minha avaliação final em relação a isso é que o Estado não deu conta de fazer o que ele tinha prometido fazer em relação à saúde mental.

Sabe, eu mesma, anos depois de ter saído dos hospitais, eu me internei por vontade própria num hospital psiquiátrico, não foi nos que eu trabalhei, foi em outro. Eu vivi uma violência muito grande um tempo depois que eu saí do hospital. Minha casa foi invadida por três bandidos e eu fui violentada de todas as formas que você puder imaginar. Eles me torturaram, eu fui espancada, roubaram todas as coisas de valor que tinha na casa, levaram até carne que tinha no freezer, pra você ter uma ideia. Os meus pais também sofreram violência. Eu apanhei muito, sofri violência psicológica, física, tudo que você imaginar, eles foram muito violentos. Eu estava muito machucada e precisava me desligar, eu precisava me desligar de tudo aquilo e do mundo. Então, eu pedi pro meu pai a internação no hospital, eu conhecia o dono de lá e eles atendiam o meu convênio. O psiquiatra que me acompanhou foi muito cuidadoso comigo, olha, eu não tenho do que reclamar da equipe e dos cuidados que eu tive lá. Apesar de todas as condições que estavam os hospitais na época, eu fui excelentemente bem cuidada. Fui cuidada mesmo, com carinho, com atenção, com consideração, então, eu não posso falar um “a” sobre como eles cuidaram de mim, né. É lógico, eu sei que foi diferenciado, que não foi igualitário, porque eles me conheciam, então, não foi o mesmo tratamento que os outros pacientes recebiam, tanto é que eu fiquei só na enfermaria. Fiquei internada por onze dias e, nesse período, eu recebi até mais do que o esperado. Nesses onze dias, eu não vi nada, eu fiquei inconsciente, muito medicada, né. Depois disso, eu saí do hospital, tive alta, mas foi uma coisa extremamente dolorosa, porque eu tive uma depressão

profunda. Levei anos pra me recompor, pra me recompor e não pra me recuperar, porque não há recuperação pra isso.

Mas, voltando no assunto, eu acho que o fechamento dos hospitais foi uma radicalização que não deu certo. Sinceramente, eu achei que partiu de um radical pro outro, acho que não precisava ter sido neste ponto. Eu sentia que existia verdade nas coisas que os donos dos hospitais nos colocavam, por conta dos aumentos das equipes, por ter que aumentar os médicos, ter que aumentar os plantonistas de acordo com o número de pacientes, né. Eu sentia que era verdade, que aquela verba realmente não era suficiente.

E existem muitos problemas, ainda, hoje tem a terceirização, a precarização do trabalho, então, vai ficando cada vez mais complicado. Hoje em dia, eu me questiono sobre o fechamento porque eu avalio a situação dos CAPS [Centros de Atenção Psicossocial], né. Os pacientes que eu encaminho pro CAPS, a resposta é “só consigo vaga pra daqui 3 meses”. Gente, o que é isso? E depois que consegue a vaga, tem um atendimento por mês. A coisa tá péssima! Houve o fechamento dos hospitais psiquiátricos, mas, sinceramente, eu acredito que não foi pra melhor. Acho que teve muito mais desassistência do que qualquer coisa. Eu acho que poderia ter melhorado algumas questões, ido por outro caminho, fechava-se os grandes hospitais, diminuídos em centros, sei lá, qual seria a ideia.

Pra mim, tinham pacientes com condições de residência terapêutica, sim, mas tinham outros que não. Na hora que começou o desmonte, realmente, dos hospitais, a gente tinha muitos relatos de que o pessoal que vinha pra fazer isso, não fez de um jeito legal, não foi um processo legal. Pra fazer essas distribuições, por exemplo, “o Joãozinho mora lá no Vitória Régia, quem que mora lá? É a tia dele. Pera aí, não é tia, é a prima, a gente só tem essa referência”, então, largava, literalmente, no portão da casa das pessoas. Dizer que foi bonito, não foi, não! Não foi uma coisa que foi trabalhada com as famílias, então, foi um projeto de despejo. Realmente, os pacientes foram despejados de volta com a família, quando eles tinham condição de ter algum vínculo, vínculo mínimo que fosse.

Agora, pensando em mim, profissionalmente, eu saí de uma carreira institucional e fui pra outra carreira institucional, saí de um hospital psiquiátrico pra entrar numa FEBEM. Lembro que eu ouvi de uma psicóloga que ela odiava Direitos Humanos,

encarregada da FEBEM, tá! Ela me chamou na sala, junto com a minha chefe, e falou “Geni, fiquei sabendo que você é defensora dos Direitos Humanos e eu odeio direitos humanos”, aí, eu falei assim “pra mim é direito humano seu odiar o seu direito”. No tempo que eu entrei, ainda era a FEBEM, né, e o bagulho era louco mesmo! Tinham os cacetetes nos armários dos funcionários escritos ECA e Direitos Humanos, era opressão total mesmo. Apesar de ser a passos lentos que as coisas foram se transformando, dentro da Fundação Casa, já acho um lucro fenomenal os avanços, até em termos de trabalho mesmo, com os grupos de discussões sobre Direitos Humanos e Cidadania que fazemos com os meninos. Então, eu saí de uma instituição e fui pra outra instituição, mas eu sinto que eu sou um serzinho que não se encaixa na institucionalização. Ainda bem.

1.2. Cristina

Eu sou a Cristina, tenho 44 anos, trabalhei na área da saúde por um bom tempo. Eu me considero branca, apesar de ser, assim, queimadinha de sol, sou branca. Como é muita coisa, só de hospital “Amável Donzela” são doze anos, acho que em um dia só a gente não consegue falar tudo, né, então, a gente pode falar mais vezes.

Bom, eu comecei como copeira de hospital, trabalhei cinco anos nessa função, entrei em 1995 no hospital clínico, mas, desde sempre, eu quis trabalhar na saúde. Então, houve um programa no Sindicato de Saúde que eu era associada, que ele ofereceu o curso de auxiliar de enfermagem e aí, eu fui fazer o curso. Eu fazia o curso de manhã e entrava à tarde pra trabalhar, e aí, na metade do curso, em 2000, o hospital acabou me mandando embora. Contrataram uma nutricionista e, infelizmente, a gente começou a bater muito de frente. Mas aí, quando terminei o curso, uma colega que trabalhava no hospital psiquiátrico, hoje ela já é falecida, mas ela fazia estágio comigo, porque ela era, na época, atendente de enfermagem na psiquiatria e precisava da carteirinha de auxiliar pra continuar atuando, então, foi ela me chamou pra entrar na psiquiatria.

Os hospitais psiquiátricos abriram porta pra muita gente, né. A gente fala, assim, que o início nosso, como auxiliar de enfermagem, era no psiquiátrico. Você tinha que fazer assim, só começar no psiquiátrico, só pra ter uma base e logo já sair pra entrar no clínico, porque o hospital clínico pedia experiência. Mas não foi isso que eu fiz, eu me formei e fiquei ali, eu confesso que eu estacionei ali, porque me chamou tanto a atenção essa parte psiquiátrica, que eu não quis ir pra outros lugares. Até porque, nos outros lugares, precisava passar no concurso, né. No Regional [hospital geral], que é uma escola pra nós, só entra por concurso. Prefeitura também, pra trabalhar nos postos de saúde, era concurso. A gente estudava bastante, mas eu mesma nunca consegui uma colocação pra ser chamada no concurso. Prefeitura pagava mais, hospital geral pagava mais, tinha uma infinidade de benefícios, mas a gente acabava, assim, como se diz aquele ditado? “Eu ganho pouco, mas eu sou feliz”. Olha, no “Amável Donzela”, eu vou falar pra você, a gente tem um grupo de amigas, todas trabalharam lá também, e a gente fala “eu era feliz e não sabia”. E muita gente ficou lá, depois é que teve aquela reviravolta de acabar com os hospitais.

Quando você passa muito tempo numa psiquiatria, perde a referência da gente como enfermagem na parte técnica. Até me falam que eu tô errada de falar isso, mas eu

sempre bato na mesma tecla, a gente perde, sim, a referência. Na psiquiatria, de modo geral, qual era o trabalho da gente? Era chegar de manhã, colocar os pacientes no banho, levar no refeitório pro café, acompanhar elas no pátio, acompanhar elas na T.O., ajudar a servir o almoço, dar a comida na boca daqueles que não conseguiam se alimentar sozinhos. Tem a medicação? Tem, mas a maioria da medicação era por via oral, então, você perde a referência dos procedimentos mesmo da enfermagem. E aí, quando você fica muito tempo na psiquiatria e depois você tenta ir pro clínico, eles falam “você só tem experiência em psiquiátrico, né?”, então é complicado. Eu acabei saindo antes do fechamento do “Amável Donzela”, eu saí um ano antes, porque aí houve o problema de pagamento, que tava atrasando tudo. Mas esse já é o fim da história.

Por ser minha primeira experiência, a minha colega que trabalhava no psiquiátrico e me indicou, ela falou “a gente te ajuda”. Eu pensei “nossa, eu não tenho experiência, eu não sei nem o que é um hospital psiquiátrico”. A minha mãe, há muitos anos, ela trabalhou no hospital psiquiátrico do Itinga, que é o “Feliz Dia a Pobrezinhos”. Ela era atendente de enfermagem, era tipo uma cuidadora, né. Assim, foi por pouco tempo que minha mãe trabalhou, mas eu escutava muito ela falar do hospital psiquiátrico, então, eu tinha medo. Ela falava, assim, que lá tinha paciente boa, mas tinha paciente agressiva e ela já chegou a apanhar, por isso, eu tinha medo. Na época que ela trabalhou, até eram essas atendentes que administravam medicação, mas, no geral, o serviço era ficar no pátio atendendo pra pacientes não brigarem, atendendo pra não ter fuga. Na verdade, praticamente, era quase a mesma função que eu exerci muitos anos depois lá no psiquiátrico, no “Amável Donzela”, como auxiliar de enfermagem.

Falando em mãe e filha trabalhando na psiquiatria, a minha mãe, ela tinha muita amizade com uma outra atendente, a dona Olga, essa sim, ela trabalhou muitos anos no “Feliz Dia a Pobrezinhos”, e eu tinha muito contato com ela e também com a filha dela. A filha dela, a Maria Alice, ela também era auxiliar de enfermagem, só que ela trabalhava no “Caridade”. No “Caridade”, você acredita que essa moça cometeu suicídio? Nossa, ela era muito nova, foi muito, assim, marcante pra nós! Ela gostava de um rapaz, porém ele não correspondia ela e ela era muito apaixonada por ele. Ela, se você olhasse, você nunca que ia imaginar que ela fosse fazer isso. Eu não lembro se eu já estava trabalhando na área, se eu já tava no “Amável Donzela”, não vou lembrar agora, mas eu lembro direitinho da história dela. Foi um choque muito grande pra nós, que éramos muito próximos da família dela. Até, na época, eu acho que eu já tinha

entrado na psiquiatria, sim, quando isso aconteceu, ou não, não tô lembrando. Mas eu me lembro que eu atendia muito o diretor clínico do “Caridade”, porque ele atendia as pacientes no “Amável Donzela”, então, eu lembro que nós estávamos conversando e daí, ele contou que ele que foi chamado pra poder constatar que tinha ocorrido o óbito. Sei que deu polícia e tudo.

No meu começo no “Amável Donzela”, eu vou falar bem a verdade, eu tinha medo, acho que, até por essa experiência que a minha mãe tinha tido, eu me lembro dela muito nervosa. Mas aí, eu falei “bom, mas eu me formei, então, vamo lá, né” e eu fui. Na época, no “Amável Donzela” faziam cinco dias de teste pra contratação. O meu primeiro dia foi na triagem, então, vamo conhecer o hospital. A triagem é a porta de entrada dos pacientes e você recebe ali os pacientes de todas as patologias. Então, você recebe os drogaditos, nem sei se ainda posso falar assim, mas chegavam essas drogaditas, tinha bastante, e aí, você também tinha as alcóolatra, que chegavam mais para um trabalho de desintoxicação, tinha algumas pacientes que era associado, drogadita mais alcóolatra, e tinha os patológicos, com esquizofrenia. Eu entrei trabalhar já na agitação, né, e tudo aquilo, todo aquele desespero da triagem, porque as pacientes chegam agressivas, não adianta você falar que não. E são pacientes que precisam de um tratamento, que precisam iniciar o tratamento pra poder melhorar, pra poder acalmar.

Eu me lembro, assim, eu falo que isso me marcou muito porque, quando foi dado o café, que subiram as que podiam ir pro refeitório, várias não puderam ir e ficaram. O lugar que elas ficaram era, assim, ele tem toda uma grade, tem vidro, mas tem uma grade por fora. Os pacientes que chegavam, a gente já levava pro banho pra fazer sua higiene todinha, a gente verificava se tinha escabiose, se tinha piolhos, fazia tudo, sabe aquela olhada geral? Aí, eles tomavam o banho e colocavam a roupa nossa. Se algum tinha, assim, algum problema de escabiose, tinha sarna, alguma coisa, a gente já marcava na ficha, aquele ali já passava pelo médico, já fazia um atendimento e, se precisasse entrar com alguma medicação, já entrava. Enfim, a gente fazia aquele geral, né.

O SAME [serviço de arquivo médico] fazia o primeiro atendimento, isso com o médico lá, eles faziam a anamnese, a história geral todinha do paciente, os antecedentes familiares, tudinho e aí mandava pra gente fazer essa parte aí que eu comentei. E as coisas que não foram observadas nessa anamnese, aí é que gente já anotava, caso tivesse, ainda, alguma outra coisa que não foi relatado pro psiquiatra. Nesse começo de tratamento, que era mais ou menos de três a quatro dias, eles ficavam em observação.

Mas, se fosse, assim, paciente que já iniciava medicação, que era calmo, esse já podia sair e ficar numa convivência boa com os outros, a gente já ia liberando. Tinha os pacientes que eram risco de fuga, aí, com esses você tinha que ter uma observação maior porque, assim, saía por qualquer lugar, por qualquer buraco, né. Quebravam os vidros, tentavam passar pelas janelas, vitrô bem alto que tinha e, às vezes, até conseguiam.

No meu primeiro dia, depois do café e daquela agitação, eu entrei no banheiro, sabe, eu peguei a minha bolsa e falei “eu não vou ficar aqui, aqui não é o meu lugar”. Mas aí, eu dobrei os meus joelhos eu pedi pra Deus, eu falei “ai senhor, eu quero muito entrar na enfermagem, eu terminei o curso, eu tô tendo a oportunidade de estar aqui, de ter um começo diferente. Se for pra minha felicidade, que o Senhor tire todo esse desespero que tá no meu coração, essa vontade de ir embora correndo. Que o Senhor faça que eu permaneça aqui, porque eu tenho uma missão. Se essa é a minha missão, eu quero que o senhor me ajude”. Acredita que eu saí calma daquele banheiro e permaneci doze anos lá?

Depois desse começo na triagem, a cada dia eu ia pra um bloco. Conheci os outros pavilhões, conheci a ala infantil, que a gente chamava de infantil porque, assim, tinha uma faixa etária menor, né, tinha umas moças com a mentalidade infantil que ficavam lá e também as cadeirantes. Tinha também o bloco A, que eram as pacientes idosas e, junto com o bloco A, tinha a enfermagem, que era pra quando alguém tivesse algum problema, quando precisasse de tratamento clínico. Então, assim, o bloco A era cheio de vizinha, sabe? Tinha algumas que precisavam de um cuidado, todos precisavam de cuidado, mas um cuidado, assim, mais especial, daí elas iam pra lá.

O bloco B era o bloco do Projeto. O Projeto era o trabalho que era feito com as pacientes que já eram super independentes, pra você incentivar o paciente. Tinha uma equipe multidisciplinar, com psicólogo, médicos, assistente social e nós, da enfermagem. As pacientes do Projeto, elas eram incentivadas a começar a se portar pra sociedade, então a gente começava a preparar elas pra sociedade, pra uma futura alta ou, como é que fala, como houve agora, que os pacientes foram pra residências [terapêuticas]. Então, a gente já fazia essa preparação e, essas pacientes, elas já sabiam arrumar a cama, tinham umas que ajudavam na limpeza do bloco, na limpeza do refeitório, tinha algumas que já iam até ajudar na cantina que havia no hospital. Nesse bloco B, tinha as pacientes que recebiam benefício [assistencial] e aí, elas iam uma vez no mês, junto com uma auxiliar de enfermagem, fazer compras, comprar roupa, em restaurante. Com essas

pacientes, a gente marcava viagem, ia pro Play Center, Hopi Hari, fazia jantares, ia pra pizzaria, pra lanchonete.

Sobre as altas, mesmo a gente trabalhando pra preparar essas pacientes do Projeto, né, do bloco B, na verdade, as que recebiam alta eram aquelas que tavam muito agitadas na triagem, ou as drogaditas que entravam e já saíam. Dos outros pavilhões, não tinha paciente que recebia alta, era praticamente uma alta celestial, né, vamos dizer assim, infelizmente. Bem naquela época das denúncias do “Caridade”, ou um pouquinho antes, não lembro direito, mas sei que as pacientes começaram a ir pra residência. Começou a ter um outro olhar para as pacientes, começaram a estudar quais pacientes que poderiam ir ficar nas casas com as famílias. Assim, havia paciente lá, em doze anos que eu trabalhei, que eu nunca vi uma única agitação dessa paciente. E aí, começou a se fazer um trabalho de entrar em contato com as famílias, de ir inserindo as pacientes na sua casa. E aí, paciente começava a receber a licença pra ir pra casa da família.

Eu me lembro de muitas coisas gostosas, lembro de várias coisas boas, né. Lembrei muito dos passeios que eu fazia com as pacientes, dos lugares que a gente ia. Eu fiquei muito tempo trabalhando no bloco B, que era o Projeto, então, a gente passeava muito e aí, foi alugada uma chácara lá em Araçoiaba. Nós ficamos dois dias e eu fui com essa função de dar a medicação, nessa parte da enfermagem. Nesse passeio, foram as pacientes que poderiam sair, que não precisavam de muita medicação. E lá, tinha a piscina, tinha um playground pra elas se divertirem, tinha um salão com karaokê pra elas cantarem. Nossa, foi uma experiência muito maravilhosa. Não tivemos problema nenhum, as pacientes se comportaram direitinho. Eu sinto saudade dessa parte.

Teve uma vez que nós fomos pra praia. O médico, que era diretor, ele tem uma casa na praia, daí foi alugada uma van e acho que foram umas quinze pacientes. Escolhia as pacientes, assim, pela maneira de elas se portarem. Como a gente saía muito com elas, a gente já ia avaliando e percebia quem teria condições de ficar mais de um dia fora do hospital. Normalmente, eram aquelas que tomavam só um ou dois comprimidos, não tomava aquela carga grande de medicação. Eu me lembro que foram dezesseis pacientes pra praia, foi alugada uma van e mais a kombi, eu me lembro que a gente tinha uma kombi. Na kombi, tinha desenho de umas meninas, eu não me lembro a cor, não me lembro se chegaram a pintar de cor de rosa, mas a kombi era bem detalhadinha. Foi uma experiência muito gostosa pra mim porque eu nunca tinha ido à praia, então foi uma

experiência pra mim também. No primeiro dia, fomos em restaurante, fomos pra praia, eu molhei o pé na água, eu fiquei com as pacientes e nós aproveitamos o dia inteiro.

Eu tenho muitas recordações gostosas. A gente tinha um convívio tão próximo com as pacientes, que era difícil você não sofrer quando paciente da gente morria, entendeu? Mas, ao longo desses doze anos que eu fiquei lá, eu fui trabalhando isso comigo. Eu pensava assim “eu preciso me preparar, porque se for da vontade de Deus e eu for pra um hospital clínico, eu não vou poder parar pra sentir o luto de um paciente”. A gente tinha que aprender, a gente ficava triste e tudo, mas a gente tinha que aprender a separar aquilo, pra você não parar a sua vida, pra você não ficar com aquilo na cabeça. E eu aprendi. Eu falei pra minha chefe, a enfermeira RT [responsável técnica], que eu queria trabalhar em sistema de rodízio, que eu não queria ficar muito tempo parada no mesmo pavilhão, justamente pra não me apegar tanto, pra não me aprofundar tanto com as pacientes. Quando paciente pega alta e vai embora, nossa, é aquela maior felicidade porque você sabe que tá indo pra casa. Agora, quando paciente morria, a gente sentia muito. Quando eu trabalhei à noite, eu falava pra minha chefe que eu queria ser folguista, aí eu ia pro bloco B, ia pro C, ia cobrir férias, pra eu não ficar muito naquilo, né. Já as minhas amigas não, elas ficavam só num lugar. Vamos jogar o exemplo da greve, na greve, 30% só que trabalhava e, se fosse o dia que eu tivesse que ir? Eu ia sofrer mais de pegar outro bloco, caso eu tivesse muito acostumada em ficar só em um específico.

No hospital “Amável Donzela”, a gente fez uma greve em meados de 2013. A nossa greve, se eu não me engano, foi a mais longa greve de hospital psiquiátrico. Nós ficamos dezessete dias em greve, com um percentual de 30% trabalhando e o resto fora. Nós montamos uma barraca, era uma tenda azul que o sindicato montou. Na greve, tinha até um pessoal novo, que tinha acabado de entrar, mas quem segurou isso daí fomos nós, né, as mulheres que já tavam lá há bastante tempo. Então, como eu disse, nós ficamos dezessete dias e, nessa altura, a gente já sabia que uma hora ou outra a gente teria que sair, a gente sabia que a gente tava perdendo, que o hospital ia fechar e tal, e estávamos sem receber salário. Na época, teve toda a repercussão do “Caridade” e isso começou a refletir nos outros hospitais, então, a gente já sabia que o “Amável Donzela” iria fechar.

Muitas colegas do “Amável Donzela” me criticaram porque eu aderi à greve. Eu achei até que isso foi, assim, uma coisa que não vinha necessariamente delas. Talvez, tenha sido uma manipulação do pessoal do hospital pra tentar segurar elas lá dentro,

trabalhando, pra não parar tudo. Sei que convenceram essas colegas de que fazer a greve era abandonar as nossas pacientes e eu até me senti mal porque, assim, a gente trabalhava por amor e não somente pelo pagamento, né. E isso foi usado contra a gente, as colegas mesmo falaram “ué, mas como você tem coragem de fazer greve, você não trabalha por amor?”. Eu percebi que isso era uma manipulação, que elas tavam sendo, assim, manipuladas, mas aquilo me deixou triste, porque eu falei “poxa vida, eu trabalhei doze anos aqui, fazendo o meu melhor, trabalhando com amor”. Teve funcionário que apoiou a gente, que disse que era o certo, mas tiveram essas que criticaram muito e disseram que a gente tava abandonando o barco antes de afundar. Eu sofri com isso porque eu não queria levar fama de um funcionário ruim. Nossa, eu me esforcei tanto! Nesses doze anos de “Amável Donzela”, mesmo doente, eu ia trabalhar. Eu pensava “se eu chegar lá e desmaiar, pelo menos eu fui”.

Até aquele período da greve, tava tudo certinho, o “Amável Donzela” nunca atrasou. Eu posso falar que o Hospital “Amável Donzela” não pagava muito, né, mas era tudo certinho. Eu saí de lá no coletivo, com orientação de sindicato, de advogado. Várias pessoas saíram, porque foi entrado com uma ação na justiça, uma ação coletiva e aí, o juiz determinou que o hospital deveria mandar a gente embora por rescisão direta, pra gente receber os nossos direitos, os pagamentos atrasados e tudo. O processo ainda tá correndo, tá em andamento, mas eu não recebi até hoje. Eu tinha o direito de receber dez mil reais e o hospital tentou fazer um acordo pra me pagar mil reais, se eu quisesse receber alguma coisa. Eu não aceitei porque não era justo, né.

A partir do momento que eu decidi sair do “Amável Donzela”, em 2013, eu falei que eu queria dar um tempo de trabalhar na saúde, sabe? Eu não sei se eu me envolvi muito, né, nessa parte, então, eu não queria, assim, ficar dependente da parte da psiquiatria. Inclusive, se fosse pra eu participar de novo de algo assim, como a greve, eu não entraria. Outra coisa, eu saí fora também dessa parte de sindicato, porque é muita politicagem junto, né. Daí você começa a descobrir as coisas e você se decepiona. Aquele momento foi bom? Foi, nós lutamos! Lembro que teve uma reunião, na época, eu não lembro quem era o governador, mas acho que era o Alckmin, e aí, foi feita uma reunião lá na secretaria municipal de saúde e eu tava junto, eu participei. Eu brigava mesmo, eu lutava pelos direitos, mas depois a gente se decepiona. Se precisar brigar por alguém, assim, que mora aqui perto de mim e que precisa de alguma coisa, eu vou e brigo numa boa, mas assim, do jeito que foi essa greve, não mais.

Em relação à equipe que trabalhava, o “Amável Donzela” demorou um bom tempo pra recolher funcionários homens. Era mais tudo mulher, sabia? Os médicos é que eram os homens, mas daí, depois, andou dando uma mesclada e começou a ter mulheres médicas. Olha só, pra você ver, a motorista nossa era mulher. Só depois de um certo tempo que eles pegaram um motorista homem também, então, dividiu a função deles, sendo que a motorista mulher levava as pacientes pros médicos, pra consultas, pra alguma coisa relacionada com as pacientes, e o homem era pra fazer o serviço administrativo. Na equipe de limpeza, todas eram mulheres. Na enfermagem, no começo, eram só mulheres também. Acho que o homem não é muito de cuidar, ele é muito, como é que fala? Acho que é muito no automático, os homens fazem as coisas muito no automático. Os homens eram muito como um robô, do tipo “é pra fazer assim, eu faço”, seguem a ordem e pronto.

Creio que tenha relação com a questão de prevenir os abusos sexuais, sim, esse fato de quase não contratarem homem, faz sentido mesmo. Mas olha, eu vou falar também que as pacientes eram terríveis! Elas não podiam ver um funcionário homem, que já davam em cima, elas pegavam no funcionário e falavam... é aquela coisa, a gente pensa assim “ele foi lá e acabou violentando a paciente”, mas a gente precisa ver o lado também das pacientes, porque tinham pacientes que fugiam e, a primeira coisa que elas falavam pra gente que elas tinham feito era, assim, ver um homem e agarrar ele na rua.

A gente precisa analisar esse dado de elas serem terríveis também, apesar de que, a gente sabe que não é certo um homem vir e violentar uma paciente. Mas, mesmo assim, você precisa ver também até que ponto que vai, porque assim, talvez, se a mulher causa aquela situação, é lógico que ele vai ter alguma reação. Não é defender o homem que tá fazendo coisa errada, eu quero que você siga a minha linha de raciocínio, mas o homem é um instinto, o homem é um animal, então, você vai estar aguçando aquele instinto dele, né. Mas eu nunca vi acontecer nenhum abuso sexual, lá eu nunca vi isso. O que eu via era as pacientes dando em cima, né. Tinha funcionário que dava uma certa corda, mas, quando a gente via isso, a gente já ia e puxava, a gente não deixava que a coisa acontecesse. Porque, às vezes, a paciente tá ali, a paciente tá instigando, o homem tá dando aquela corda, se você não for e não puxar a rédea, é lógico que vai acontecer alguma coisa. Se a gente via que a paciente tava provocando, principalmente aquelas mais danadinhas, então, o que você fazia? A gente retirava a paciente daquele local,

porque o funcionário tava ali fazendo o serviço dele. O “Amável Donzela” tinha muito disso, a gente não deixava que acontecesse coisas extremas.

Eu lembro que, na equipe da manutenção, eram homens que trabalhavam, também na lavanderia tinha algum, porque a parte da lavanderia de pegar as roupas sujas e tal, tinha que ter homem pra pegar os carrinhos, que eram muito pesados, né. Mas o restante, não. Na cozinha, era só mulher, mas depois de um tempo acabou entrando um ajudante masculino, entendeu? Acho que o “Amável Donzela” só veio a contratar homens no final, acho que uns quatro anos antes de fechar. A maioria desses funcionários homens vinha do “Caridade”. Então, na época, eles tinham aquele costume de trabalhar só com os homens, e trabalhar com os homens é diferente, né. Eles chegavam lá tipo sargentão, sabe? Chegavam achando que tinham que impor respeito, mas o respeito deles era diferente, era aquela coisa, assim, que parecia militar.

Mas sobre essa questão de trabalhar por amor que eu falei, eu acho que, assim, parece que já é nosso, que já é da mulher. A gente que é mulher, já é o instinto nosso, né, o instinto natural. Eu era conhecida lá por ser muito mãezona, sabe? Eu acolhia muito. Eu apanhava muito também, mas a gente tem que entender que era o momento de loucura deles, né, dá uns cinco minutos. É aquilo que eu falo pra você, esse instinto que a gente tem, é só nós, as mulheres, que temos, o de saber cuidar. É a mesma coisa, como se estivesse cuidando de um familiar seu, de um ente querido seu, entendeu? Eu não sei se as outras que você entrevistou responderam isso ou não, mas eu trabalhava tanto com amor. Eu ficava pensando “e se eu tivesse uma filha e precisasse internar?”, então, eu sempre me punha no lugar do outro.

Eu tive a experiência de trabalhar quarenta e cinco dias no “Caridade”, isso depois que fechou o “Amável Donzela” e eu falo que, assim, o tratamento, mesmo eu não vendo nada de errado no “Caridade”, no “Amável Donzela” era diferente. O “Amável Donzela”, como instituição psiquiátrica feminina, era totalmente diferente. Lá não tinha aquelas coisas que a gente vê na televisão, nos filmes, eu não via maus tratos. Era um hospital menor? Sim, era um hospital menor, em número de pacientes, comparado com o “Caridade”. Na época, acho que a gente chegou a ter quase umas duzentas pacientes, mas depois foi diminuindo muito, porque começou a sair algumas pacientes nossas, já pra ir pra essas residências. Eu fiquei lá até 2013, mas acho que em meados de 2010, 2011, isso já começou, as pacientes já começaram a sair. Na época, era uma associação

que abriu as residências e, não sei se você já chegou a ouvir, mas essa associação, quem tava fazendo toda a parte de gerenciamento deles era o antigo diretor nosso.

Eu gostava muito das pacientes, mas hoje em dia não tenho ido visitar. Como têm algumas meninas [trabalhadoras] que saíram do hospital e acabaram se encaixando nas residências terapêuticas, inclusive, algumas trabalham até hoje, eu mantenho o contato com elas. Tem uma cuidadora que manda foto das meninas quando fazem aniversário, já fez vídeo chamada comigo e eu vi as pacientes que eu cuidava. Sabe, realmente, se você analisar, aquela paciente que tem condição de viver na sociedade, pra ficar presa, fechada dentro de um local limitado, ser limitada, é realmente difícil. Por outro lado, pacientes que eram mais difíceis, a gente fica com a curiosidade de saber como é que tão fazendo e, essa curiosidade, até agora ninguém conseguiu me sanar. Tem duas ou três que eu queria saber como elas tão nas residências. Tinha até uma, em especial, que eu queria saber, porque ela era só pela misericórdia de Deus!

Eu não quis trabalhar na residência porque, assim, quando eu saí do “Amável Donzela”, eu fiquei um ano desempregada e aí eu falei “eu quero fazer alguma coisa na área da saúde, mas eu não quero mais na enfermagem”. Até tentei fazer faculdade de enfermagem, eu fiquei dois anos e meio na faculdade, mas eu não concluí, porque eu não quero mais nada na enfermagem. Eu penso, assim, que a minha missão foi no “Amável Donzela”, então, eu saí e pronto. Na psiquiatria, acho que eu tive um desgaste muito grande, sabe? Um desgaste, assim, não sei se posso falar dessa forma, mas foi muito um desgaste emocional. Eu tive alguns problemas particulares também, em meados de 2010 e 2011, porque o meu filho teve depressão e teve duas tentativas de suicídio, então, eu comecei a ficar, assim, meio baratinada, sabe? Eu não sabia pra onde eu corria, porque eu pensava nele quando eu tava trabalhando. Eu sou muito responsável, então, eu não queria que misturasse a minha vida particular com a minha vida no serviço, você entendeu?

O meu filho, ele ficou depressivo, não queria mais saber de viver. Lembro que ele chegou a pedir pra ser internado numa psiquiatria, só que, na época, eu falei pra ele “olha, psiquiatria não é solução, porque você vai entrar lá, eles vão dar um monte de medicação pra você, você vai ficar dopado”. Tinha umas pessoas que ficavam lá vegetando, né, por causa de muita medicação. Então, mais do que depressa, eu corri pra conseguir tratamento pra ele, ele passou no psiquiatra, fiz terapia junto com ele e, hoje em dia, graças a Deus, ele tá bem. A pessoa que tá mal precisa disso, precisa da família.

O meu filho tem outra vida hoje porque, lá atrás, eu corri com ele, fiquei do lado dele, eu dei o suporte.

Tem uma questão também, que desgastou bastante no “Amável Donzela”, que foi que nós passamos por uma época que faltava número de funcionária, então, a gente não conseguia dar muita atenção para as pacientes e era bem puxado pra gente conter a agitação delas. Quando havia uma agitação muito grande, principalmente no noturno, às vezes, precisava ficar uma pessoa só no bloco, ou ficava uma pessoa no meio do bloco pra atender os outros blocos, pra que as outras pudessem sair pra dar o help na hora de conter aquela paciente que tava agitada. Tinha bloco que tinha umas setenta pacientes, mas a gente já chegou a ter bloco com cem pacientes. E, nos blocos, era assim, durante o dia, era em quatro ou cinco funcionários. À noite, o bloco B, que era o mais sossegado, tinha uma só. No bloco A, tinha três, porque aí, ficava uma a mais pra enfermaria e as outras duas pro bloco. Na triagem, eram três, mas chegou a ficar duas pessoas só. No infantil também eram três. Então, era sempre três por bloco, mas tinha situações onde você ficava em duas pessoas só, porque tinha falta, tinha imprevisto, era sempre assim. E as pacientes, parece que elas tinham mais agitação à noite, sabe? O que eu acho que acontecia era que, essas pacientes agitadas, elas já sabiam que à noite tinha menos número de funcionário e elas aproveitavam pra poder fazer a agitação. Na triagem, a agitação delas era constante, tanto era de dia como era de noite porque, como se diz, era um bloco mesmo de triagem e aquelas pacientes drogaditas, elas se agitavam muito, por causa da abstinência e porque queriam sair de tudo quanto é jeito.

Nos blocos, se ocorresse alguma situação inesperada, a gente já era orientada a agir, a gente já tinha essa autonomia e sabia o que tinha que fazer. Se houve uma agitação, se a paciente quebrou vidro, chutou porta, tava agitada, então, a gente já sabia que ela tava fazendo mal pra ela ou para outras pacientes e precisava ser contida. Quando acontecia algo assim, automaticamente, a gente já ligava pra enfermeira chefe e, se fosse o caso de dar medicação, já ligava pro médico. A gente só não podia, assim, pegar paciente por nada e já deixar amarrada, isso não. Agora, se ela só agitou ali, mas você sabe que ela não é agressiva, ela não é de quebrar vidro, não é de fazer nada, você já corria, levava ela pro isolamento. Não era castigo, mas era uma necessidade de que ela não ficasse junto com as outras pra não incentivar, pra não agitar as outras pacientes. Mas havia, de uma certa forma... se eu for analisar, era um castigo, né.

Nós tivemos dois casos de agressão de funcionário contra paciente nesse tempo que eu fiquei no “Amável Donzela”. Um foi assim, a paciente tava agitada, ela tava quebrando tudo, agrediu a funcionária, sabe? E aí, depois de a paciente já amarrada e contida, essa funcionária foi e deu um tapa na paciente. Isso aí, pra gente, assim, foi muito chocante. Essa funcionária foi chamada, houve a demissão da funcionária sem que ela fosse prejudicada e sem que o hospital também fosse prejudicado. Agora, uma outra coisa que houve, foi um funcionário homem que agrediu uma paciente que tava do lado dele, sem dó e nem piedade, só porque ela ficava falando, falando, falando. Eu não sei se ele já estava estressado com outra coisa, mas deu um murrão no nariz da paciente e chegou a quebrar o nariz dela. Então, esse daí foi muito grave, né. Tanto que eu, na época, eu fiquei muito revoltada, eu falei “poxa vida, eu apanho tanto e eu não tenho coragem de revidar”. Ele foi mandado embora na hora. E aí você começa a se perguntar, será que ele ficou assim por causa da paciente mesmo ou foi outra coisa que ele trouxe? Porque ele já tinha feito plantão no “Caridade” à noite, então, ele já veio de um outro plantão.

No “Amável Donzela”, a gente tinha bastante funcionária que adoecia. Mas eu não sei dizer pra você se era o emocional porque, é que nem eu falei pra você, na enfermagem, a gente já se doa com amor e, na psiquiatria, assim, bem geral, parece que a gente se doa mais. A gente se doa mais porque você vê a carência das pacientes, a carência delas era maior ainda. No finzinho, a gente não tava recebendo pagamento e a gente tava sofrendo aquela pressão, sabendo que o hospital, mais cedo ou mais tarde, ia fechar, além de toda aquela repercussão do “Caridade”, e aí, vinha o pessoal e falava “vá no psiquiatra”, “passe no médico”. Eu tenho amigas que trabalharam lá e acabaram adquirindo, vamos falar assim, esse mal estar da psiquiatria. Era um desgaste emocional, insônia, um nervosismo que a pessoa não tinha antes. Eu tenho amigas que se afastaram do trabalho por conta disso e que, até hoje, são dependentes de medicação, de psiquiatra, de psicólogo, então, eu creio que desencadeia alguma coisa em quem trabalha lá.

Você quer ver um momento de estresse? Acontecia quando tava tudo calmo e, de repente, você tem a agitação de alguma paciente. A gente precisava conter e isso desgastava muito, a gente tinha que fazer uma força muito grande. Eu me lembro que eu chegava a sair tremendo de uma crise de paciente e, quando você apanha, então, nossa, parece que o limiar de desgaste sobe lá em cima! Nesse caso, você fica em duas situações, ou você revida a paciente, ou você suporta quieta. Como você sabe, desde o começo, que

você não pode pôr a mão em paciente, que você tem que se controlar, então, você cai pra segunda opção, você fica quieta. E eu apanhava muito. Sofri um acidente uma vez também, quando fui carregar uma paciente idosa, lembro que trabalhei o meu plantão todinho com o pulso quebrado. Nesse caso não foi agressão, eu fui pegar a paciente que tava caída no corredor e escorrei na própria urina dela. Esse acidente me rendeu quase cinco meses afastada do trabalho. Já levei mordida na perna e tenho a cicatriz até hoje. Eu me lembro também que, numa agitação de uma das pacientes, eu não sei se tinham três ou quatro juntos lá, a agitação era muito grande e eu acabei me furando com a agulha da paciente. Nossa, aí foi um estresse total pra mim, tive que ir no posto fazer exame, tinha um protocolo, tive que tomar o coquetel. Você já fica pensando no pior, surgem mil e uma coisas na sua cabeça.

O “Amável Donzela”, se eu não me engano, devia ter uns cem funcionários e, desses cem, acho que vinte ou trinta funcionários eram de cor, acho que não passava disso daí, se a gente for estimar em números. Só tinha um médico negro, isso, era o único negro que eu me lembro. Na parte de enfermagem, a gente tinha, mas não eram muitas pessoas negras, acho que dava pra contar nos dedos, então, tinha mulher negra, mas era menos, era mais mulher branca. Nos outros setores, a psicóloga, assistente social, terapeuta ocupacional, todas eram brancas. Agora, na parte da cozinha, tinha pessoa de cor. Eu acho que de funcionárias da cozinha, que eram umas doze, tinham apenas duas ou três negras. Na limpeza, tinham poucas pessoas negras também, era aquela coisa também, de quinze ou dezesseis funcionários, quatro ou cinco era de cor. Na lavanderia, não tinha nenhuma, que eu me lembro não tinha nenhuma pessoa negra que trabalhava.

Eu via que tinham muitos pacientes que tinham família, mas a família simplesmente virou as costas. Talvez, não tinham estrutura pra lidar com isso, e outras famílias era porque não queriam mesmo. Aconteceu de a família informar um endereço na hora de internar paciente e, quando a assistente social precisou entrar em contato, aí foi descoberto que essa família se mudou sem comunicar o hospital. O papel da assistente social, eu falo que foi um trabalho muito brilhante, né, na época, porque o papel das assistentes sociais era ir atrás das famílias. Elas iam procurar e, quando não achava mais, quando descobriam que a família tinha realmente abandonado, aí partia pro hospital ter a curatela, né, dos pacientes. Tinha lá várias pacientes que não tinham documento, daí, a assistente social foi e providenciou o RG. Tinham umas que tiraram o

título de eleitor, sabe? Tinha paciente que era bem entendida, que assistia televisão e tinha aquela coisa de ter um candidato pra votar, né, então isso foi muito legal.

Mas olha, eu falo pra você que, mesmo eu tendo saído antes de fecharem o “Amável Donzela” e os outros hospitais, nossa, foi muito pesado. Sabe, eu não posso falar do que houve no “Caridade” porque eu não tava lá. Não sei se houve os maus tratos, se não houve, se faltava comida, não sei te afirmar nada disso, mas eu sei que caiu muito em cima de nós, generalizaram a coisa, né. Quando surgiu aquela reportagem no programa do Cabrini³⁷, eu não me lembro se foi antes ou depois do estudo do Marcos Garcia³⁸, eu não sei qual que foi primeiro, mas eu acho que o do Cabrini entrou primeiro e, logo em seguida, foi o estudo do Marcos e aí, veio toda a repercussão. Só que, na época do Cabrini, nós fomos muito visadas como enfermagem, sabe? Porque ali começou a parte de administrador, médicos, RT, né, os enfermeiros chefes, até chegar na gente. Quem cuidava dos pacientes? Éramos nós. Então, a gente foi muito visada, a gente foi muito criticada e nós sentimos muito, principalmente ali no “Amável Donzela”, porque a gente fazia muito pelos pacientes.

A questão de deixar paciente passar fome que falaram... eu sei que, lá no “Amável Donzela”, tinha umas pacientes que a gente tinha que controlar, acho que tinham um distúrbio de comer tudo que viam pela frente. Se deixasse, elas ficavam o dia inteiro no refeitório comendo, queriam comer em demasia e a nossa responsabilidade era controlar, até pra evitar que passasse mal e vomitasse. E era difícil as pessoas, e até a família compreender isso, principalmente quem não tinha convivência na psiquiatria. Então, às vezes, o que acontecia era de aproveitarem esse engancho, essa repercussão toda aí do “Caridade”, pra falar que paciente psiquiátrico passava fome. Óbvio que tinha paciente que reclamava pra família “a tia não deixou eu comer”, mas só que a família não sabe como que era lá dentro do refeitório, então, tinha que explicar, tinha

³⁷ A entrevistada cita o documentário exibido pela equipe de reportagem do programa Conexão Repórter (SBT), apresentado por Roberto Cabrini, que foi transmitido no dia 24 de janeiro de 2013. Após receber denúncias sobre as condições em que se encontrava o manicômio, o programa realizou um documentário que mostrou os bastidores desse local caracterizado por abandono e violência, por meio de imagens capturadas por uma câmera escondida. Um repórter se infiltrou no local por quinze dias, disfarçado de trabalhador da lavanderia, oportunidade em que filmou o manicômio e as pessoas. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=UZBMaKNxua0>. Acessado em 18/01/2024.

³⁸ Garcia, Marcos. *A Mortalidade nos Manicômios da Região de Sorocaba e a Possibilidade da Investigação de Violações de Direitos Humanos no Campo da Saúde Mental por Meio do Acesso aos Bancos de Dados Públicos*. Psicologia Política. São Paulo, v. 12, n.23, p. 105-120, 2012.

que falar, sabe? Algumas famílias até entendiam, mas tinham outras que não, então, eles aproveitaram esse engancho aí, pra falar como que era no geral. Eu cheguei a ver, quando houve a época das denúncias lá sobre os maus tratos no “Caridade”, famílias dando entrevista e falando “lá no ‘Amável Donzela’ eles não dão comida”. Eu não sei se houve parte, assim, da mídia, sei lá, das pessoas que tavam sendo entrevistadas, se alguém tentava manipular as falas, entendeu?

Lembro que, na época da greve, a gente deixou bem claro que o problema não era com as condições de tratamento do hospital “Amável Donzela”. O problema era no pagamento, porque a gente não tava recebendo. Eu lembro que eu fui entrevistada, que eu falei que o hospital tratava muito bem o paciente, que faz o que pode fazer, mas que o problema tava sendo com os pagamentos. E assim, por mais que você trabalhe por amor, você tem uma vida paralela. Se eu tô trabalhando, não tô trabalhando só pelo amor, tô trabalhando porque eu preciso, eu tenho uma família que tá ali dependendo de mim, né. Eu mandei vários e-mails, vários recados pra ir lá pro Cabrini, porque tudo aconteceu por causa do Cabrini. Eu falei “você tava lá, você viu como é que era, mas agora você tem que conhecer uma outra realidade, que é a realidade dos funcionários que tão trabalhando e não estão recebendo”. Nunca recebi nenhuma resposta sobre isso. Então, eu falo que foi tudo muito manipulado nessa época.

A gente sabe sobre as mortes. Então, teve morte? Teve, mas é uma coisa que tem que investigar, tem que ver direitinho o que causou, né. Na época, por exemplo, falaram também da questão de amarrar o paciente, mas isso não acontecia. A gente não amarrava o paciente, a gente continha os pacientes, porque tinha paciente lá que quebrava os vidros, que se cortava inteiro, tinha paciente com risco de suicídio, que a qualquer momento podia pegar um lençol, amarrar no pescoço e se enforcar lá, né. Então, o que a gente fazia? A gente continha esse paciente pra que nada pudesse acontecer com ele, a gente protegia o paciente, a gente não tava maltratando, mas parece que ninguém queria entender isso. E não morria muito paciente. O que acontecia era, assim, aqueles pacientes que tavam já muito debilitados, que já tinha uma patologia clínica além dessa parte psiquiátrica, que precisavam de uma sonda pra alimentação, que precisavam, às vezes, de oxigênio, esses, sim, morriam. Agora, falarem “o paciente morreu porque ficou amarrado”, isso não era verdade. E olha, sobre suicídio no “Amável Donzela”, nesses doze anos, eu acho que eu nem tenho uma lembrança disso. Eu acho que teve uma paciente que acabou se matando lá com lençol, mas isso aconteceu antes de eu entrar.

Eu não me lembro de relatos, assim, “paciente se matou”. Não. Tinha, assim, os pacientes que morriam porque tavam mal.

Eu tive uma paciente, nossa, a morte dessa me marcou muito! Era uma paciente bem grandona, assim, gorda, cor negra, sabe, e ela ficava “mãe Cristina” pra cá, “mãe Cristina” pra lá, não deixava nenhum paciente encostar em mim. E, quando ela tava agitada, eu conseguia conversar com ela, pedia pra ela entrar no isolamento pra que ela ficasse lá, eu falava “você entra lá pra você ficar pensando e não fazer nada de errado”. E ela gostava muito da minha comida, a gente levava comida pra elas, né. E eu me lembro que saí de manhã e ela tava no isolamento, mas ela não tava muito bem, ela sentia muita falta de ar. Aí, foi passado ela no clínico, fez raio x e tudo, e aí, como ela tava agressiva há alguns dias, ela tinha ficado no isolamento. Ela me pediu “eu quero comer arroz com tomate. Faz pra mim?”, eu falei “tá bom” e expliquei pra ela que eu ia voltar só dali a três dias, porque eu ia pegar a minha folga. Ela teve uma parada cardiorrespiratória nesses dias que eu não fui e morreu. Ninguém me avisou e, quando eu cheguei, nem peguei o plantão, cheguei e fui direto pro quartinho onde ela estava pra levar a comida. Fui pro isolamento e chamei “Ana Maria”, mas apareceu outra paciente. Daí, eu fui no postinho e perguntei “vocês liberaram a Ana Maria?”. Me falaram “A Ana Maria morreu ontem”. Nossa, mas eu fiquei triste! Eu fiquei brava porque não me avisaram, eu tava com a vasilha de arroz com tomate. Essa paciente não tinha família, né, então, ela foi enterrada super rápido. Pelo menos ela tinha os documentos, então, não foi enterrada como indigente.

Na parte psiquiátrica, quando a pessoa não tem família, eles não fazem velório, essas coisas. Lá era muito rápido, sabe? Você não conseguia se despedir do paciente, porque vinha o carro funerário e levava, não tinha velório, nada disso. Parece que eles têm, num cemitério, a parte de enterrar os pacientes psiquiátricos, mas eu não sei se é verdade e nem como funciona isso. Sei que era assim, por mais que a gente tivesse carinho e cuidasse com amor, um dia ou outro, ia perder, né. Nesses doze anos, eu fui amadurecendo e aprendendo a lidar com isso, mas, mesmo assim, quando morria uma paciente lá, principalmente quando era uma que marcava a gente, o hospital inteiro sentia a morte da paciente. Por isso que eu fico, fico não, né, porque essa parte da psiquiatria já ficou no passado, mas na época das denúncias, o que disseram sobre as mortes nos hospitais psiquiátricos, isso me deixou revoltada. Porque a gente sentia a morte dos pacientes e, se morreu, é porque alguma coisa aconteceu, teve um fator ali,

predominante, pra ele vir a óbito, que não se inclui dizer que foi maltratado, que foi negligência e tal, porque o hospital inteiro sentia. Quando é uma coisa que você não tá nem aí, que você sabe que é uma coisa natural, que o paciente morreu e acabou, você não se importa, né. Sabe, qualquer paciente ali que eu perdesse, pra mim, era muito sentido, porque eu trabalhei doze anos com aquele paciente.

É claro que, no final, o “Amável Donzela” ficou difícil, porque o diretor que estava lá, ele não soube cuidar do hospital como um todo, ele deixou chegar com dívidas, deixou atrasar pagamento, mas essa é a parte administrativa, né. Os dois anteriores não, eles faziam uma gestão transparente, mas esse último, ele não era nada transparente. Daí, falaram pra gente que era a prefeitura que não repassava verba, então, foi uma briga muito grande. Esse administrador era médico, era um dos sócios, ele era casado com a filha de uma das médicas e sócias lá do “Caridade”. Mas assim, eu não sei o que se perdeu. Eu acredito que o hospital não fechou somente por causa do que aconteceu com os outros hospitais, o “Amável Donzela” também fechou pela má administração desse último diretor, porque, se ele tivesse jogo de cintura, ia ser diferente.

Olha só como é amplo, como tem assunto! Eu acho importante revelar essas memórias pra mostrar como era a realidade. Assim, foi muito legal a pesquisa que o Marcos fez, né, mas foi difícil pra nós. Ele trouxe os dados de psiquiatria, não pra ferir a gente, não foi pra mostrar que os pacientes eram mal tratados, mas era pra mostrar que houve uma grande quantidade de mortes, né. Só que, naquele momento tão crucial, com a reportagem do Cabrini e com todas aquelas evidências, com o alarde sobre os direitos dos pacientes e tudo, ficou em evidência que o hospital psiquiátrico tinha que deixar de existir por maus tratos.

Sabe, o que me incentivou a conversar com você, é que eu acredito que você vai poder contar que há uma outra história, uma história bonita por trás disso, entendeu? Há uma outra história, há uma outra convivência, há uma outra visão da gente que trabalhou, sobre o tratamento das pacientes. Não é pra defender o hospital, mas acho importante mostrar como era o nosso dia a dia lá. Se a gente pega o exemplo do “Caridade” ... houve negligência? Houve. Houve falha? Houve. Mas não é tanto por parte das pessoas que estão cuidando, a coisa começa lá em cima, é uma cadeia. Você começa lá em cima, passa pro outro, depois passa por outro, até que a corda arrebenta lá embaixo, arrebenta em que tá lá embaixo. Então é isso, mas eu ainda tenho um monte de coisa pra contar. Doze anos não são doze dias.

Naquela época, eu lembro que também tinha paciente que cometia algum crime e se internava como paciente psiquiátrico. Mas muitas vezes era, assim, depois de algum abuso que ela tinha sofrido, né. Tinha uma lá que matou o esposo, ela era uma mulher negra, não vou recordar agora com quantos anos ela foi internada, sei que quando eu entrei, ela já tava lá há um bom tempo. Ela era do bloco B, nunca vou esquecer dela, ela me marcou muito. Por que eu fiquei tão próxima? Porque ela teve um câncer de útero, então, ela ficou internada, fez radioterapia, precisou ir pra São Paulo e quem acompanhou ela fui eu. Praticamente, eu trabalhava nos dias da minha folga, então, a gente passava muito tempo juntas e conversava muito. A Leuza ficou internada por causa de uma ordem judicial, porque ela matou o esposo com uma martelada na cabeça. Quando eu li aquilo no prontuário, sabe quando você fica com aquilo na cabeça? Até que um dia eu perguntei “Leuza, por que você matou seu esposo?”, aí ela falou “olha, mãe Cristina”, ela me chamava assim, “eu tinha meus filhos, eu tinha a minha casa, mas o meu marido chegava bêbado todo dia e ele me pegava à força”. E o sexo sem consentimento é estupro, né. Aí, parece que a polícia prendeu ela, mas daí, constataram que era caso de internação. Ela disse que falaram pra ela que ela era doida da cabeça, deram medicação e internaram. Os filhos nunca procuraram por ela. A Leuza fez o tratamento do câncer, só que, infelizmente, já tava em fase terminal, então, ela não sobreviveu. Eu senti também a morte dela.

Tinha muita história difícil das pacientes. Tinha uma lá, que foi internada porque ela matou o bebê recém-nascido, e ela tinha mais filhos. E, assim, ela chegou a ficar bem prejudicada mesmo, ela era esquizofrênica. Um dia ela me relatou que ela foi estuprada por uma pessoa e ela teve aquele filho, que não era um filho que ela queria, porque ela e a família dela é toda branca, então a preocupação era com a cor da criança. A criança nasceu negra, então ela achou que a família não ia aceitar. Às vezes, tinha funcionárias que engravidavam e, essa paciente, assim, ela ficava muito próxima, ficava em cima, tanto é que a administração se preocupava e tinha medo que ela fizesse alguma coisa com a funcionária grávida. Eu lembro até que, na época que eu engravidei da minha filha, muitas vezes, ela chegou, ela pegava na minha barriga, mas assim, do meu lado ela nunca fez nada, ela só perguntou pra mim qual era a cor do pai da criança.

Chegavam também algumas pacientes, assim, de rua, ou que estivesse meio alta, meio bêbada. Eram levadas no Regional e, o médico que tivesse lá, encaminhava pra psiquiatria. Até foi engraçado, uma vez, era duas horas da manhã e o carro da polícia

chegou lá com uma paciente. E aí, eu tava junto com a enfermeira, nós fomos lá e eles queriam deixar essa paciente de toda maneira, mas foi falado pra ele “a gente não pode receber sem uma guia de internação, primeiro tem que levar pro Regional”. Eles abriram a porta da viatura e, assim, a mulher tava com uma mini saia, descalça, né, toda com o cabelo despenteado e ela falou “eu já vim aqui nesse hospital”, mas eu falei “aquela senhora não pode ficar, a gente não pode recolher sem antes passar na psiquiatria do Regional”. E eles insistindo, a enfermeira falou que não, aí, nós chamamos o médico plantonista, ele falou “não posso recolher”. Se eu não me engano, vinha pra nós, ia pro “Boa Intenção”, que era misto, acho que o “Feliz Destino”, nessa época, ele já não tava mais recebendo internação. Sei que, com muito custo, a polícia levou essa mulher de volta. Aí, eu desci com a enfermeira, nós conversamos na triagem e eu falei “olha, tem que ficar muito esperta porque, hoje em dia tá assim, se você tiver na rua fora de hora, descalça, com o cabelo desarrumado, a polícia te pega e te leva pra psiquiatria”. Porque era assim que eles definiam, a pessoa tava ali, não sabia qual quer era a história dela, ele já pega e já leva na psiquiatria.

Sobre elas se relacionarem sexualmente, não era permitido no hospital. Eu creio que tinham umas medicações lá que ajudavam a dar uma inibida, as próprias medicações psiquiátricas, de modo geral, elas acabam dando uma diminuída na libido, né. Tinha uma porcentagem muito minúscula, era muito pouca, mas tinha sim, essa coisa de a paciente... a gente já chegou a pegar, a internar pacientes, eu não sei o termo correto, é lésbicas que fala? A gente já chegou a internar pacientes assim. Tinha paciente que queria ter aquela outra paciente como namorada dela, houve casos que eu precisei, no caso, eu não, né, mas nós precisamos mudar a paciente de bloco, separar pra não ficar uma coisa muito junta, né.

Nós tivemos um caso em que internou um paciente, que ele já foi um dos primeiros, né, quando começou a sair aquela coisa, eu não sei se ele tinha conseguido a carteirinha dele, o RG dele já com nome social, então, eu acho que isso aconteceu logo que começou a sair. E esse paciente foi internado lá como mulher, entregou lá o RG... isso, era trans. Aí, na hora de levar na triagem e tudo, pra poder tomar um banho e trocar, menina, foi uma surpresa muito grande. Ele não falou nada, ninguém entendeu, a gente ali com o RG... e isso aconteceu de madrugada. Na hora, foi o maior buchicho e a gente acabou tirando esse paciente da triagem, levamos ele no bloco A, onde tinha um quarto que ele podia ficar sozinho. Ele passou o resto da noite e, de manhã, a enfermeira

RT e a assistente social foram e encaminharam ele pro “Caridade”. Foi o único caso, mas assim, quando a gente já viu, já foi tirado do convívio com as pacientes e ele não teve contato nenhum com elas, sabe? Ele não podia ficar lá porque, assim, se a gente for analisar, era um homem, né. Ele só tava com a documentação como mulher, mas, como o hospital “Amável Donzela” era feminino, então ele não poderia ficar com as pacientes. E também não ia dar certo, porque, a hora que as pacientes souberam que tinha um paciente assim, nossa, parece que foi um rastro de pólvora, uma falou pra outra, elas queriam saber, já queriam conhecer.

As pacientes passavam com a ginecologista, sabe? Por isso que eu falo, o “Amável Donzela”, ele tinha tudo certinho. Agora, uma coisa que, assim, até hoje eu penso, não só pacientes que tavam internadas, mas eu vejo agora, aqui fora, com essa questão das drogas e tal, eu penso que se tivesse uma lei pra aquela drogadita, que fica presa por causa de droga, que fizesse uma cirurgia pra não ter filho, né. Eu não sei como é que são essas leis, mas, naquela época, eu já falava isso, eu já pensava isso. Ai resolvia, a família já poderia correr atrás pra tentar uma justiça gratuita, pra que elas fossem operadas. Na época do “Amável Donzela”, tinha bastante paciente que era internada grávida. Tinha uma paciente lá que, toda vez que ela ficava grávida, ela era internada. Ela teve oito internações e, nas oito, ficava lá até o dia da criança nascer. E daí, ela ia melhorando, nascia o neném e ela ia pra casa. Ficava grávida e voltava, de novo ia pra lá. Por isso que eu falo, ela seria um desses casos. Até teve uma vez que nós praticamente fizemos o parto de uma outra paciente que internou, foi questão de dois dias, ela tava no quarto e ela entrou em trabalho de parto, então, a criança nasceu lá, no quarto mesmo. E todas as crianças dessa também vão pra adoção, a família doa. Nossa, é muito triste uma paciente, que seja psiquiátrica ou essas drogaditas, que ficam aí, andando pelas ruas e é só filho, filho e filho.

Agora, sobre essa questão de raça, de analisar esse quadro do hospital, eu não via muito a questão. Parecia que, entre pacientes brancos e negros, era a mesma quantidade, não tinha mais de um ou mais de outro, não havia essa diferença. O que havia, talvez, era a própria família. As famílias, quando iam visitar, a gente notava que tinha alguma coisa, assim, sabe? Quando era dia de visita, principalmente no domingo que era a maior concentração de visitas, às vezes, tinha alguma família que era de cor branca, que via uma paciente que era negra e tava na cadeira de roda, essas coisas, você via, assim, que eles olhavam meio torto. Às vezes, a paciente negra ia cumprimentar, ia

pra conversar, então, a gente sentia esse incômodo da própria família ali. Mas do hospital, ali dentro, isso não, lá dentro, isso não. Essas coisas de funcionário com paciente, de tratar mal paciente, isso não. E essa questão da divisão, era bem dividido, era metade branca, metade negra, não tinha isso de predominar algum.

Acho que a minha despedida do “Amável Donzela” também foi muito marcante. Eu não fiz alarde pra ninguém, fui levando as minhas coisas devagar e tal. Eu recebi um comunicado do advogado sobre a rescisão, fiz normalmente o meu plantão, e me despedi das pessoas só de manhã, no final do plantão. Eu me despedi das pacientes, fui nos blocos que eu tinha afinidade, fui me despedir. Algumas pacientes choraram. Eu preferi que fosse daquele jeito, sair antes de chegarem e retirarem todas as pacientes de uma vez. Parecia até que eu tava prevendo isso, sabe? Pra mim, isso seria mais sofrido, tanto é que foi. Quando passou a reportagem deles retirando as pacientes, se eu tivesse lá, eu acho que eu não ia aguentar. Chegaram os ônibus, chegou o pessoal da prefeitura, a assistente social lá do “Caridade”, e as pacientes tudo chorando, não querendo ir. Isso foi demais, nossa, foi demais! Eu já sofri vendo na televisão, imagina se eu tivesse lá então?

A gente tem que entender que tem a parte administrativa e tem a parte do hospital, então a gente tem que entender que cuidados com o paciente, todos esses foram impecáveis, a gente fazia tudo que podia. Era tanto, que a gente fazia aniversário pros pacientes no último dia do mês, o bloco B, que era o bloco do “Projeto”, que as pacientes tinham o dinheirinho delas e elas queriam fazer, aí fazia alguma coisa mais elaborada, fazia uma festinha com tema, com tudo. As pacientes da triagem que tinham família, que nutria isso daí, então a gente montava festinha pra elas. A cozinheira fazia o bolo, era tradicional fazer o bolo do mês. O infantil também tinha algumas pacientes que recebiam. Todas as pacientes lá, eles fizeram documento, então a assistente social tava conseguindo aposentar a maioria das pacientes. Até teve uma questão que falaram “eles tão pegando o dinheiro da aposentadoria das pacientes”, mas não. O dinheiro que elas pegavam, elas mesmo usavam, as que não podiam ir na cidade fazer compras, comprar alguma coisa, a gente mesmo que comprava, entendeu? Mas usavam com elas mesmo. Às vezes uma ia lá e falava “eu quero comer pizza”, aí ia lá e comprava pizza pras pacientes, sabe, então era uma coisa muito em conjunto. A gente tentava mostrar pros pacientes... eles tavam internados? Tavam, mas a gente tentava transformar ali no lar deles, né. Tem pacientes ali que tavam internadas há trinta anos.

Eu senti muita tristeza porque, assim, quando você tá num bloco, que nem eu tava no bloco B, ensinando pra paciente que elas vão sair amanhã ou depois e vão pra uma residência, ou vão voltar pra família, é uma coisa, né. Agora, você ver que tão pegando as pacientes pra levar pra outro lugar, pra outro hospital, é diferente, né? E não teve uma transição. Deveria sair? Deveria. Tudo bem que foi uma coisa muito rápida, nem sei se daria tempo, mas teria sido melhor que algumas pessoas da equipe do “Caridade” tivessem ido antes lá no “Amável Donzela”, pra começar a fazer um contato com as pacientes, começar a conversar com elas, porque tinham algumas que entendiam. Mas não, foram só chegando e levando. E eles poderiam ter trabalhado com as pacientes essa transferência, essa transição. Nem precisavam dizer sobre a mudança para as pacientes, se não quisessem, era só a presença deles ali, isso já teria sido importante pra que as pacientes pudessem ir reconhecendo cada um. A partir do momento que você vê a presença da pessoa ali, você começa a se acostumar, a confiar.

Quando o “Caridade” se tornou o centro do fechamento dos hospitais, eu passei quarenta e cinco dias lá. Voltei por um período bem curto pra psiquiatria, daí, lá sim, eu observei essa questão de predominar pacientes negros. Eu nunca vi tanto paciente, tanto paciente, assim, realmente, os homens eram mais de cor negra. Você perguntando, eu recordei que tinham muitos pacientes negros. Ali no “Caridade”, receberam os pacientes do “Amável Donzela”, o restante que ficou do “Feliz Destino”, foi recebido do “Boa Intenção”, então, assim, foi muito, muito paciente. E muitos eram negros.

Eu reencontrei algumas das nossas pacientes do “Amável Donzela”, quando eu passei pelo “Caridade”, e eram as pacientes que já tavam naquele convívio delas, né, tinha algumas que saíam do bloco, que gostavam de trabalhar, que ajudavam na limpeza, que ajudavam na lavanderia. Mas no “Caridade”, eu encontrei muitas dessas pacientes frágeis, até porque, lá, tinham os homens. Eu acabei escutando de uma outra funcionária, que a maioria das nossas pacientes, que a gente cuidava tanto, preservava tanto, que elas acabaram sendo abusadas por outros pacientes, sabe? Tinham umas que realmente gostavam, mas tinham aquelas que não, então, tudo isso me doeu muito. A gente tentava, assim, não deixar que acontecessem abusos no “Amável Donzela”, não deixar que funcionário tivesse relação com as pacientes, então, pra mim, a gente teria que preservar a paciente como ela entrou ali.

Eu vou falar pra você, eu, Cristina, como auxiliar de enfermagem, eu tinha medo de trabalhar com aqueles pacientes homens. Tinham alguns, assim, que eram mal

encarados e que a gente não tinha o costume de lidar. Tanto foi que, assim, quando eu entrei trabalhar lá, o primeiro bloco que eu fui, foi um bloco que ficava na parte de baixo do hospital, acho que era bloco 6. Nossa, menina, eu tinha muito medo de trabalhar ali. Eu não me adaptei nenhum pouco.

E eu vou falar pra você, eu fiquei muito traumatizada com o pavilhão 6, fiquei muito traumatizada mesmo. Sei lá, isso que eu vou falar me abalou muito, mexeu muito com a minha cabeça, não sei... se você achar melhor, até desconsidera isso. Mas foi assim, eu ia ajudar a minha colega a dar a medicação e, lá no bloco, eram poucos os pacientes que ficavam dentro, a maioria ficava lá fora. Ai, ela falou pra mim assim “vai no último quarto, tem um paciente que fica sempre deitado com a cabeça coberta, chama que ele vem tomar a medicação, ele é calminho”. Eu fui. Quando eu cheguei no quarto, a cena que eu vi eu não esqueci, infelizmente, eu não esqueço. Esse paciente, que era o mais quietinho, o mais bonzinho, tinha outro paciente que era, assim, paciente forte, negro, tava em cima dele tendo relação sexual com ele. Nossa, isso daí me marcou demais, esse foi um dos motivos que eu pedi pra sair daquele bloco masculino. Eu saí branca de lá. A minha colega perguntou o que tinha acontecido e eu contei, mas ela me disse que aquilo ali era normal. Mesmo com doze anos de trabalho no “Amável Donzela”, com aquilo eu não conseguia lidar.

A gente sabe que tem os casais homossexuais e tal, é a vida deles, mas a gente não tá vendo o que eles fazem em quatro paredes. Agora, você pegar e ver eles tendo relação sexual? E eu acho que o outro paciente já tava tão acostumado, o que era fraquinho, calminho, que ele tava, assim, aceitando numa boa. Então, sei lá, pra mim foi, assim, um impacto muito grande. Eu falo pra você, eu sou muito bem resolvida, mas isso fica na minha cabeça. Se a gente começa a analisar, quando a gente vê esses casos de abusos com crianças, sei lá, eu associo, eu fecho o olho e eu imagino aquele paciente pegando uma criança e estuprando. Essa coisa ainda não saiu de mim. E o jeito como a minha amiga falou também, que aquilo era natural, isso me incomodou porque, pra mim, aquilo não era natural. Eles tavam lá pra serem cuidados, pra gente preservar eles, cuidar deles, fazer tratamento, não pra fazer aquilo. Agora, você imagina, você tá num lugar assim, por causa de outros traumas, será que, com isso acontecendo, essa pessoa não fica mais doente ainda? Ou será ela acaba aceitando?

No meu último dia, depois que eu me despedi de algumas amigas do “Amável Donzela” que tavam trabalhando no “Caridade”, me despedi das amizades novas que

eu fiz lá, e das pacientes, eu tive uma sensação de alívio. Quando eu coloquei o meu pé pra fora, eu senti alívio, “nossa, eu saí”. Eu pensei “nossa, mas como que eu consegui entrar aqui?”. Mas Deus foi tão bom, porque eu entrei e logo já saí, quarenta e cinco dias depois, eu já saí. Eu vou ser bem sincera, a questão de entrar no “Caridade” foi só porque eu tava desempregada. Foram quarenta e cinco dias pesados, eu não gostei do “Caridade”! Não gostei de ser homem e mulher, tudo junto.

E a história acabou. Foram doze anos que pareceram uma eternidade, porque foram muitas coisas vividas, acontecidas no hospital e acabou envolvendo junto a minha vida pessoal, familiar. É como eu falei, é uma história que eu quero deixar lá, que eu não quero viver de novo. A gente fecha um ciclo e abre outro.

1.3. Marta

O meu nome é Marta, hoje em dia eu estou com 66 anos, sou negra, e eu trabalhei no hospital do qual eu vou falar de 1991 a 1995, por aí. Quando eu entrei no hospital, eu não fui bem pra trabalhar no hospital, foi a necessidade que me levou até o hospital, porque eu não tinha na minha cabeça de ir trabalhar num lugar, assim, onde eu encontrei muito sofrimento, muita dor. Não com respeito a trato com paciente, mas da vida sofrida de paciente, da situação que eles levavam, sem família, distanciado de tudo e de todos. Foi uma coisa, assim, que pra mim não tava bem, eu não tava bem aderida ao contexto de tudo aquilo ali, eu fui levada pela situação.

Sabe, menina, ali foi um momento em que eu aprendi, eu aprendi com a vida, porque a gente fala, assim, que existe sofrimento, existe dor, mas você ouvir falar que existe sofrimento e que existe dor é uma coisa, mas a gente, lá dentro, aí é que a gente vai viver o dia a dia, né. Isso em relação ao sofrimento deles mesmo, do dia a dia desses pacientes, porque nem eles mesmo, lá onde eu fui trabalhar, nem eles mesmos tinham consciência do que tava se passando com eles. Eu fui trabalhar numa vaga dos crônicos, então, eles não têm consciência, né. Mas a gente via que a situação deles era uma situação sub-humana. Era sub-humana porque eles não têm uma casa, que, por mais simples que seja, ali a gente tem a comida da gente, tem o trato da mãe, que seja bom, que seja ruim, mas tá ali, tratando. E ali não, eles ficavam à espera das mãos de cada dia uma pessoa, sendo que uns tratavam com amor e outros não tratavam com amor.

Tratar com amor que eu digo é em relação aos que eram funcionários mesmo. Não que fosse determinado “você vai tratar com amor”. Isso não, isso é uma coisa da pessoa, uma característica dela, o sentimento varia de pessoa pra pessoa, né. E os pacientes eram, assim, eles viviam à margem de tudo isso daí, porque não tinha aquele trato específico “eu vou cuidar desse daqui”, “vou olhar ele assim”, “ele é um ser humano”, então, não era isso que acontecia. Isso foi, pra mim, muito doloroso. Eu sou de família simples, sou uma mulher negra, de família de negros, mas a minha família, os meus pais eram amorosos, sabe? Minha mãe e meu pai, eles tavam sempre por ali. Agora, no caso dos pacientes, muitas coisas que aconteciam no dia a dia deles, era porque faltava um olho amoroso.

A gente chegava e era assim, “você assume seu cargo”, “você vai trabalhar lá no pavilhão tal”. Então, naquele pavilhão tal, você vai desempenhar a sua função, mas

chega lá no pavilhão tal e a pessoa não se adapta com aquele serviço, mas o funcionário não tinha condição de mudar e ele ia ter que continuar ali. E ali, era muito do sofrimento, e muitas pessoas já eram de anos que tavam ali. Mas, que nem eu falei antes, pra mim, tudo aquilo foi um aprendizado. Lá onde eu trabalhava, eles tinham uns pacientes que eram muito crônicos e os outros que já não eram, tinham consciência das coisas, tomavam medicamento, essas coisas.

Foi uma época sofrida que eu tava vivendo, quando fui trabalhar lá no hospital, mas eu pensava que os meus problemas não eram nada diante do quadro daquelas pessoas. Eu entrava lá de coração aberto, sabe, de coração aberto porque eu via ali como... olha, falando uma sinceridade pra você, como um refúgio pelo que eu passava na minha vida. Eu tinha separado do meu marido, os filhos tudo em crescimento, eu sou mãe de nove filhos e eles tavam todos comigo naquela época. No começo, eu morava com a minha mãe, depois minha mãe morreu e eu fiquei sozinha com as crianças. Sozinha mesmo, sozinha, terminei de criar eles depois que eu separei. Então, não era fácil a minha vida, mas ainda eu conseguia enxergar a situação deles lá, sabe? Antes de vir pra cá, eu morava em São Paulo e, por causa de ter muito filho, eu não trabalhava registrada, eu trabalhava por dia, que eu tinha mais autonomia nas horas de trabalho e essas coisas. Se eu fosse depressa, eu saí do serviço mais cedo e ia embora. E também podia trabalhar em dois no dia, dependia do que eu precisava de ganhar, então, eu me predispunha a trabalhar em dois ou três lugares, dependia muito. Eu fazia assim, eu procurava serviço mais ou menos perto, que eu pudesse me deslocar com facilidade pra ir pros outros lugares. Depois, morei em Minas Gerais, aí não trabalhei fora, trabalhei muito pouco lá, e só depois que eu vim pra cá, que eu vim separada do meu marido.

Olha, eu vou te contar um caso de uma paciente, ela era grandona, sabe? Era negra, devia de ter os seus 20 anos, 20 e poucos anos, mas era um bebezão e se chamava Angélica. Eu creio que, até uns quatro anos atrás, ela era viva ainda. Quando eu comecei a trabalhar, eu entrei na época da reforma dos hospitais, então, eu entrava às seis, ainda com o plantão noturno e, depois, as minhas amigas entrariam às sete, daí eu saía às cinco e elas saíam às seis. E essa paciente, durante mais de um ano que eu já trabalhava ali, eu soltava sempre os pacientes de manhã, quando eu chegava pro serviço. Então, eu retirava eles dos quartos, levava eles tomar banho, né, e a Angélica sempre encostava num canto e ficava mexendo em alguma coisa, uma hora era num pedaço de pano, outra hora era outra coisa, mas sempre mexeninho. E ela, menina, se eu tava, por exemplo,

aqui, ela tava ali, a gente saía e ela saía, ia pra outro lugar, mas sempre por perto. Mas até então, nem eu tinha prestado atenção que ela tava sempre por perto, porque eles ficavam todos assim, né. E aí, quando foi nesse dia, eu tava passando por uma luta dentro da minha casa, por uma dificuldade e as meninas [outras trabalhadoras] foram almoçar e eu fiquei. Aí, eu sentei, tava tudo eles espalhado no pátio e ela tava por perto e, nisso que eu fiquei sozinha, eu comecei a pensar no meu problema e comecei a chorar. E essa menina, nunca eu tinha visto ela falar, aí eu tava, assim, chorando e eu escutei “né, é bão né, mãe”, “né, é bão né, mãe”, ela repetiu aquilo ali. Eu olhei, olhei, olhei e disse “quem tá ficando meio pancada sou eu, porque tudo que tá aqui é mudo, não tem consciência das coisas”. Aí, eu abaixei a cabeça de novo e escutei “né, é bão né, mãe” e, quando eu levantei, o rosto dela tava ali, a Angélica, eu chorando e ela derrubando a lágrima também.

Pra gente, eles não tinham consciência, não que algum médico falasse isso, mas a gente observava. Eles eram pessoas que se você colocasse sentada aqui, ia ficar, ou ia andar, porque eles movimentavam de um canto pro outro. Era pessoa que não pedia comida, era pessoa que não pedia pra ir no banheiro, que não pedia nada, então, pra gente, eles não tinham consciência. E ela chorou, a Angélica chorou comigo. E, daquele dia em diante, enquanto eu trabalhei no Hospital “Feliz Destino”, ela não me largou. Eu chegava de manhã e ela já tava na porta, eu abria o portão e ela saía, eu ia pro posto e ela ficava parada na porta. Quando ela não podia ir no lugar pra onde eu ia, eu dizia “fica aí, Angélica, que eu já volto” e ela ficava no lugar, me esperando. Ela ia buscar comida comigo, ia buscar café, andava por tudo quanto é lugar que eu andasse, ela andava atrás de mim. Então, ela foi uma pessoa, assim, pelo que ela me deu, ela me deu... é que nem um negócio, eu achei, assim, que ela não sabia o que tava se passando comigo, mas ela teve a percepção que tava acontecendo algo e ela, do jeito que ela falou, eu sei lá, eu me pus como grata a ela, porque ela foi bem no fundo. Até depois que eu saí do hospital, eu voltei lá com uma amiga minha que tava procurando emprego, nós fomos lá no hospital e eu consegui ver ela, ainda ela tava viva.

Eu vou te falar uma coisa, foi um serviço que eu não pedi a Deus, mas foi um dos melhores, foi um dos melhores serviços que eu trabalhei. Deus tem um propósito na vida da gente e a gente é direcionado, sem saber que está sendo direcionado, mas a gente é encaminhado pra lugares que depois a gente pensa “meu Deus, mas não tinha nada a ver isso daí, o que eu fui fazer lá?”. Quando eu fui trabalhar no hospital, foi o meu

primeiro registro e foi como auxiliar de terapia ocupacional. Eu nem sabia o que era isso, fui lá pra pegar um serviço e caí em outro, eu fui lá pra ver o serviço na lavanderia, tinha uma vaga na lavanderia e, quando eu cheguei lá, a pessoa que pegava gente pra trabalhar já não tava pegando mais. Aí falaram que a Sueli tava pegando gente pra trabalhar, mas eu não imaginava o que era com essa Sueli, pra que função lá dentro do hospital e, quando eu cheguei lá, ela perguntou se eu tinha filhos e coisa e tal, eu falei que sim e não sei o quê. No final, ela disse assim “nós entramos em contrato com a senhora”. E eu fiquei com vergonha de perguntar pra ela o que era a vaga, o que fazia. Aí, quando eu fui pra sair, quando eu abri a porta, ela me chamou de volta e disse assim “você pode vir amanhã começar a fazer seu estágio?” e eu disse “posso”.

Nesse dia, menina, eu saí do hospital radiante de alegria porque eu tinha conseguido uma vaga pra uma coisa, que eu nem sabia o que era, mas eu ia. Quando foi no outro dia de manhã, eu tava lá, me mandaram entrar, me apresentaram e aí, quando eu entrei e vi, assim, aquele monte de paciente, eu olhei bem e falei assim “meu Deus do céu”, desculpa a expressão, mas eu pensei “eu peguei acho que foi o rabo do inferno agora, o negócio tá brabo”. Mas eu pensei comigo, como eu tava passando por uma situação difícil, eu disse “pior do que minha vida é, não vai ser. Aqui eu sei que eu vou ficar horas e vou embora, mas do outro eu não saio, porque é minha vida mesmo”.

Desde o primeiro dia, eu comecei a brincar com os pacientes. Nossa, menina, eu entrei brincando lá dentro. Com dois dias, eu já tinha passado na experiência, me abriram o portão, jogaram lá dentro e falaram assim “se vira”! É que nem um negócio, me colocaram lá dentro e eu pensei “uai, o que é que você faz com um monte de criança?”. Eu não podia levar a vida com eles a sério, então, eu só podia brincar, comecei a brincar. Brincando com eles na hora de eles ir almoçar, coloquei eles direitinho no local onde ia almoçar, fui com eles até o refeitório, lá eu fiquei olhando qual comia, aquele que jogava o prato eu ia lá, pegava o prato e dava pra ele de novo. Ninguém falou pra mim o que era pra fazer, eu fui fazendo o que eu faria. Lá eu fui ter uma escola de vida. Trabalhei lá num prazo de quatro a cinco anos e eu saí, mas o pouco que eu tive lá dentro, eu pude ver muitas coisas. É que nem um negócio, eu falo presídio, todo mundo sabe o que é um presídio, como é que é lá dentro, então “eu nem quero passar por lá”. Agora, se a gente fala hospital psiquiátrico, todo mundo passa na frente “aqui é um hospital psiquiátrico”, mas não sabe o que é lá dentro.

De novo eu falo, não que fosse maltratado. A médica e o médico não tratavam mal, entendeu? Eles passavam lá, por exemplo, assim, eles iam lá fazer visita, era passado, era levado os prontuários e largado na mesa deles. Assim, a gente que tava com os pacientes direto, a gente via que o médico escrevia no prontuário que a pessoa não se agitou, que fulano não tá comendo, essas coisas assim. Eu cheguei a participar de conversas com a equipe, como que fala, assim, eles ensinavam pra gente que os pacientes estavam em primeiro lugar nas coisas, mas é que nem eu tô te falando, no dia a dia, muitas vezes era difícil de fazer o que eles falavam. Nós duas tamos conversando aqui, mas o dia a dia mesmo, você não tá lá, você não tá vendo, você não tá sentindo a necessidade que tem no momento. Mas reunião com os médicos eu nunca participei, acredito eles até deviam fazer com os outros funcionários, mas aí era outra coisa.

Tinha paciente que você não podia deixar em contato com outros pacientes, porque eles iam machucar os outros pacientes. Tinha paciente que que tava lá, que tinha a sua cama, as suas coisas, agora tinha outros que tavam fechados e que destruía tudo. Mas é aquela coisa, agora tá aqui nós duas e, talvez, se trouxessem você aqui na minha casa e falassem “você não vai sair mais”, “você vai se adaptar e vai morar aqui dentro”, pode ser que você se adaptasse, ué, agora pra outro, pode ser que esse outro reagisse “não, pelo amor de Deus, eu tenho que sair, eu tenho de sair” e aquilo torna aquele lugar um lugar horroroso. Eu acho que variava neles isso daí.

Nós, funcionários, a gente entrava pela portaria e, nisso que a gente entrava, dava pra um jardim, um lugar onde tinha bastante árvores e depois começavam os pavilhões, o pavilhão cinco, o pavilhão três, o pavilhão quatro e assim ia. Nesse daí onde eu trabalhava era o pavilhão três, era dos crônicos e lá, eles eram fechados, fechado, assim, tinha grade, tinha tudo, mas essas grades, eles passavam por essas grades com a gente. A gente, durante o tempo que a gente ficava ali, a gente tava constantemente junto com os pacientes. Então, aqueles que eram mais crônicos, que não tinha condições de colocar eles pra andar, essas coisas, tinha um pátio que a gente ficava, era muito grande e eles ficavam ali, quando eles acordavam. Dali desse pátio a gente levava eles pro refeitório, se eles iam almoçar, se tinham condições, mas era sempre naquele pátio, você entendeu? Era um pátio que tinha brinquedo, que tinha por exemplo, assim, desses brinquedos que tem em praça, e ali eles ficavam. A gente tinha a obrigação de olhar eles pra eles não se machucarem, mas era aquele negócio, era pra gente olhar, mas, muitas vezes, a gente não conseguia ver, porque tinha muito paciente e, quando você via, a coisa já tinha

acontecido. Acontecia de um agredir o outro, porque eram muitos e nós trabalhávamos em três. Nós trabalhávamos em três no pátio, e tinha mais gente que trabalhava ali, naquele pavilhão, mas, pro lado de fora, no pátio, nós éramos em três. Era uma média de uns quarenta pacientes, mulheres e homens, até mais que quarenta.

Eu sei que, muitas coisas eu não concordava, mas era a coisa que tinha no momento. Eu achava que os pacientes tinham que ser tratados com mais amor, com mais atenção e coisa e tal. Mas, ao mesmo tempo, eu olhava e via que ninguém podia proporcionar isso pra eles, porque eles eram muitos. Talvez, se fosse uma metodologia diferente... porque não ia resolver só ter mais funcionário, então, deveria ser diferente. É como hoje em dia, eles não têm mais o hospital, têm as residências, então, eu acho, assim, que fizeram uma reforma, que agora é diferente. Acho que eles são tratados como humanos dentro da casa, ensinaram as coisas pra eles, aqueles que conseguiam fazer as coisas. Porque antes, no hospital psiquiátrico, era, como que eu vou poder te dizer, pra mim, era como se fosse um depósito de seres humanos. Depósito de seres humanos! Eu não to falando, assim, da direção do hospital, mas das condições ali, do modelo mesmo. Olha, é que nem eu falei pra você, não por negligência de quem liderava, eu acho que não mudava o tratamento se fosse aqui, se fosse em outro lugar, porque o conceito que tinha deles na época era esse.

Agora, em matéria de cuidados deles lá, era pra ser o cuidado com a alimentação, era pra ser o cuidado com os medicamentos, o posto fazia os medicamentos, às vezes, as enfermeiras vinham e elas mesmo entregavam, outras vezes, quando não tinha jeito, era a gente que dava os remédios para os pacientes. Cuidado era os cuidados, assim, como o banho, para eles não brigarem, para eles não se machucarem, eram essas coisas. Quando ia passar pelo médico, sempre era pra uma de nós tá presente, porque a gente ficava o dia a dia com eles, né. Nós não trabalhávamos com homem, era só mulher trabalhando nesse quadro que eu tava, de auxiliar de terapia ocupacional.

Acontecia, às vezes, de eles entrarem em surto e a gente ter que colocar camisa de força, até a pessoa se acalmar, e depois tirar a camisa. Acontecia de a gente ter que restringir eles no quarto, isso também acontecia. Mas castigo, castigo mesmo, não, a gente ficava bem light com eles. Eu sofri agressão uma vez por causa de cigarro, o paciente queria cigarro e me agrediu, eu tomei um tapa e caí no chão. Bater nele, não ia adiantar, eu até fiquei com raiva de ter apanhado, mas o que eu ia fazer? E outra vez também, eu fui levar a paciente no hospital e, quando eu voltei com ela, nós descemos da

perua e coisa e tal, e tinha um paciente lá que tava em surto, um terceiro paciente me chamou “Marta” e esse que tava em surto, por causa de uma tal de Marta que ele não gostava, ele veio pra cima de mim. Eu tava na hora errada, com gente errada! Ai, conforme ele veio, caiu eu, caiu a paciente e foi aquela coisa. Nesse dia eu fiquei bem irritada, mas a gente não pode fazer nada. Tinham pacientes, esses que ficavam andando pelo hospital, não tinham acesso ao pavilhão, os pavilhões ficavam fechados, mas eles ficavam andando por ali e, quando eles viram a cena, umas gritavam “tá batendo na tia Marta”, outros vieram ali pra acudir.

Na época, era tudo assim: eles tinham médico, eles tinham refeição, eles tinham banho, eles tinham roupa, eles tinham essas coisas, mas era tudo assim, a gente pegava aquele pacotão de roupa, vinha, dava banho e ia vestindo. A gente dava banho neles. Você entrava, aquela fila, pegava um, lavava um, dava pra outra, ela ia secando, a outra ia vestindo, era assim. Teve caso de paciente que, quando chegava ali no pavilhão três, a gente recebia aquele paciente, mas a gente não tinha acesso às informações sobre ele e tinha gente que a gente ficava perdido, “como ele chama?” e a pessoa não falava.

Muitas vezes, eles eram tratados pela gente que nem crianças, porque as pessoas que tavam ali eram pessoas que não desenvolviam mentalmente. Agora, não sei se não desenvolviam mentalmente pelas condições que eles propunham a eles, né, que eu acho que muitos deles ali, se vivesse num ambiente melhor, eles eram melhores também. A questão é que houve uma época que louco era louco, o deficiente, ele ia continuar deficiente e assim por diante. E ali no hospital, pra você ver que era uma coisa cultural mesmo, ali eles eram abandonados, então, pra eles, não ia ter melhora porque eles não tinham, que nem eu falo pra você, aquele amor. Eu entrei ali dentro e nunca vi parente de ninguém, você entendeu? Eram poucas as pessoas que recebiam visita.

O meu serviço, de terapia ocupacional não tinha nada! Eu só tinha uma especificação na carteira, entendeu? Só depois que eu fui trabalhar na terapia ocupacional, você entendeu? Porque ali eu fui pra T.O., eu trabalhei fora dali, fiz serviço nos CRAS, tive outras experiências. Mas, de um jeito ou de outro, eu via que ali eu era útil, que eu tinha ido pra um lugar onde eu trabalhava muito. É que nem eu falei, muitos ali me chamavam de mãe, como chamavam a Elisângela e a Luíza, como chamavam diversas que passaram por lá, que eles se apegavam como se fossem da família deles, entendeu? A Elisângela e a Luíza são as minhas amigas que trabalhavam lá. É que nem um negócio, eu acho que, no fundo, eles tinham aquele conceito de ter um pai, de ter uma

mãe, não to falando todos, porque tinham uns que eram bem crônicos e esses daí não interagem.

Tinha um paciente que chamava “Buiú”, o apelido dele era “Buiú”, né, e esse menino, por exemplo, ele cheirava pneu de carro, fugia da gente pra ir cheirar pneu. Eu não sei quantos anos ele tinha, o tamanho dele era, assim, de um menino de treze, quatorze anos, ele era negro e aquilo que ele tinha, eu não sei o que era, mas a cabeça dele era voltada pra aquilo ali, você entendeu? Então, a gente prestava muito bem atenção, por causa do “Buiú”, que escalava muro pra fugir. Não sei direito o que ele tinha, uns a gente procurava saber, outros não, também a gente não tinha muito acesso a essas coisas, tinha o prontuário, mas eu não trabalhava nesse setor. Era tanta coisa que a gente tinha pra fazer, que nem dava tempo de procurar, porque a hora que a gente sossegava um pouquinho, a gente queria ficar parada mesmo, você entendeu?

Eu trazia as pacientes pra minha casa. Com o tempo, fui adquirindo confiança e eu pude trazer algumas das pacientes pra ficar comigo de fim de semana. Não era só eu que fazia isso, era eu e uma companheira de serviço. Até chamavam a gente de mãe, porque a gente interagia com elas daquela maneira. Pra minha casa eu não trouxe tantas, eu trouxe duas, né, uma vez uma, outra vez a outra, porque também tem uma coisa, a gente não podia afastar os pacientes. E elas passaram o dia comigo, não saíram, passavam o dia dentro de casa, dormiram duas noites, porque eu trabalhava 12 por 36 [horas], então, elas só voltaram no hospital quando eu fui trabalhar. A gente não tinha, vamos dizer assim, tanta confiança pra retirar eles do ambiente onde eles viviam, porque eles poderiam estranhar alguma coisa e vim a surtar. Nunca aconteceu com nenhum deles, sempre foi e voltou numa boa, mas é aquele negócio, não dava pra saber. Elas me pediam pra vir pra casa, elas eram dos pacientes que não eram tão crônicos assim, eram um pouquinho melhores, e ficavam esperando por esse momento na vida delas.

Os pacientes marcaram a gente. Eu lembro bem da Carina, a Carina era uma mistura de japonês, de coreano, não sei, e ela parecia uma lutadora de sumô, era forte. Se ela falava assim “eu vou bater”, a primeira a correr era a gente! A Carina, eu gostava dela e, quando eu comecei a trabalhar lá, tinha uma mulher que ia cortar o cabelo dos pacientes, então eu, sempre xereta, querendo aprender as coisas, eu fui ajudar ela a cortar o cabelo. Eu cortei o cabelo da Carina redondo, fiz uma cuia, uma cuia da cabeça dela. E ela virava pra mim, assim, “a Marta fez cuia na minha cabeça” e ria. Era gostoso.

Teve outra também, uma menina chamada Pamela, essa era bem agressiva. Ela devia ter uns 27 anos, era negra. Logo que eu entrei, eu me lembro como hoje, eu tava vestida com um agasalho de frio, mas o agasalho era do meu filho, porque nem roupa pra ir trabalhar naquele lugar eu tinha, a situação era tão difícil que, ao invés de comprar roupa pra mim, eu pensava nos meus filhos, tá! Ai, eu fui trabalhar com o abrigo de frio do meu filho e o tênis da minha filha, porque ali, eu não podia ir trabalhar com uma saia, eu tinha que ir trabalhar com uma roupa que me desse mobilidade. Eu sei que, nesse dia, eu coloquei eles pra dormir, e já tava me preparando pra poder fechar o meu plantão, foi quando a Pamela ameaçou de me roubar. Na hora, eu peguei e olhei pra cara dela e fiquei, assim, sem reação. E essa menina, ela gostava de tudo que brilhasse, as coisas brilhavam e ela tinha um fascínio e, como aquela roupa que eu tava era amarela e preta, o conjunto era, assim, bem vivo, acho que chamou a atenção dela. E ela pegou e me disse que ia me roubar, aí eu disse assim “tá bom, mas onde você tá agora?” e ela disse assim “eu tô aqui dentro” e eu falei “e eu tô lá fora”. “Aqui você tem amigos?”, perguntei, ela disse “um monte”, e eu falei “então, lá fora eu também e você vai me roubar onde?”. Eu falei assim “se você for meu roubar lá fora, meus amigos não vão deixar”; ela virou assim “ah tia”. Depois disso, toda vez que ela me via, ela ria e falava assim “eu queria roubar a tia”.

A “Biisca” também eu lembro muito, ela era uma menina que tinha Síndrome de Down e eu acho que a síndrome dela era mais elevada, então, ela foi parar dentro do hospital. E a “Biisca”, o negócio dela era ficar perto da gente, e ela tomou o nome de “Biisca” porque ela beliscava a gente. Teve também um rapaz, isso daí é engraçado, ele ficava sentado, assim, num canto, um moço bonito, e todo mundo que passava ele pedia assim “dá um do bom”, “dá um do bom”. Era o cigarro. E daí, um dia, ele se agitou, aí eu entrei dentro do pavilhão e ele tava todo agitado, eu olhei pra ele assim e falei “você sabe de uma coisa, eu tenho um do bom”. Ele olhou pra mim assim e eu disse “é do bom”. “Você vai deixar tomar essa injeção e eu vou te dar um do bom”, catei o cigarro e fiquei com ele na mão. Ele foi e tomou a injeção. Então, a gente tinha dessas, senão eles se agitavam, né, se a gente não sabia mexer com eles, eles se agitavam. A gente era um contra a favor deles.

Mas teve gente que marcou dos funcionários também. Eu fui madrinha de casamento de um, eu fui, quando houve a reforma que teve a escola de atendente de enfermagem, atendente não, de auxiliar de enfermagem, então, teve pessoas que eu

ajudei. Eram até pessoas que tinha situação de vida muito difícil, não que a minha não fosse, mas Deus deu a graça de eu poder ajudar muita gente ali. Então, foram pessoas que me marcaram e fazem parte até hoje do meu quadro de amigos.

O perfil racial deles, vou te dizer que a maioria dos pacientes eram negros, eu acho, assim, que a grande maioria era de pessoas morenas, negras. Olha, agora nós vamos entrar em outra coisa que eu sempre gostei, não que eu posso falar que eu seja, assim, uma pessoa inteirada total, mas sempre me chamava atenção o conceito racial, essas coisas. E eu sei que o negro, por muitas dificuldades que ele teve no passado, devido a tudo o que ele passou, essas coisas, então, dá uma menor condição pro negro em cuidados. Eu acho que, por exemplo assim, quando brancos, porque eu não vou dizer que lá não tinha crianças brancas, tinha, e muita também, mas vamos dizer assim, nasce um filho com problema, ele é branco, então, ele tem escola especial, ele tem uma pessoa que vai lá e cuida dele e coisa e tal. Então, eu acho que era menor o índice da criança branca ir parar lá. Não é criança, tá? Criança que eu falo era essa coisa dos pacientes mais prejudicados, mas não eram crianças, eram as pessoas ali, tinha gente até mais velha que eu. Agora, racismo, eu não falo pra você que lá dentro tinha muito, porque lá dentro, todo mundo que tava ali era tratado como um todo. Apesar de que eu acho que racismo tem em tudo quanto é canto. O racismo, olha, é uma coisa, assim, marcante. Eu acho assim, se um negro, se ele quiser viver, ele tem de se acostumar a lidar, tem sempre uma jogadinha que não tá certa, tem sempre aquele que faz uma piadinha, tem sempre aquele que maltrata.

Sobre essa parte da sexualidade deles, desejo sexual todos os pacientes tinham. Eles são até mais aguçados do que um ser humano, do que um ser humano não, do que uma pessoa em condições boas. Eu acho que, no marasmo que eles tinham, eles se identificavam com o que eles tinham no corpo deles, mas nós não podíamos deixar. Se acontecia alguma coisa, era quando fugia ao nosso olhar, porque a gente não podia deixar uma situação dessa. Mas eu creio que alguns deles, que tava melhor ali e essa coisa, eles davam o jeitinho deles. Não tinha essa coisa de tratar homem e mulher diferente, isso daí não tinha, pelo menos no pavilhão onde a gente tava, não tinha essa diferença. Nos dormitórios, eles não dormiam todos juntos, era homem e mulher separado.

E lá tinha cama, coberta, é a questão de... era uma situação assim, menina, que a gente dava uma cobertura inteira pra eles e, quando você chegava no outro dia, ela tava

picada. Na cabeça deles, não existia nem bom e nem ruim, o que tava bom eles também iam picar, eles não tinham aquela percepção. Se você botava eles pra dormir, a hora que você saía tava tudo bom, mas aí, quando tinha a troca de plantão e o outro funcionário vinha, já não tava mais do jeito que você deixou. No frio mesmo, eles tiravam a roupa e ficavam pelados.

Olha, agora sobre morte, eu vou falar uma coisa pra você, eu não posso falar sobre morte porque pouca eu vi, muito pouca eu vi. Os pacientes que eu me lembro de ter morrido iam pro necrotério ali, agora, eu não fazia parte de onde tava e nem do que tava acontecendo. Cheguei a acompanhar paciente no hospital, a gente era obrigada, ia uma de nós e ficava com eles, quando eles iam ser internados. Mas não posso te dizer, assim, com respeito a atitude deles, né, dos responsáveis, que eu não sei, porque a gente era completamente desligada dessa parte.

Eu acho que, na época, o povo não se ligava tanto nessa coisa de sofrer no serviço, sabe, ficar doente por causa do serviço. Hoje em dia, uma pessoa com depressão, a gente fala “nossa, fulano tá com depressão”, porque hoje a gente sabe o que é depressão, o que é estar com depressão, mas na época não era uma coisa muito divulgada. Então, se houvesse alguém que comentasse “o fulano saiu, tá de licença”, e outro perguntasse “o que o fulano tem?”, “ah não tá se sentindo bem e coisa e tal”, ou “tá nervoso”, eu acho que as pessoas nem iam procurar muito a fundo o que era. Existia gente que saía de licença lá, mas a gente não era muito a par de saber o que acontecia, você entendeu?

Com a graça de Deus, nem eu, nem a Elisângela e nem a Luíza, que elas eram as pessoas que a gente tinha mais contato, não aconteceu de nós ficarmos doentes. E outra, que nem eu falei pra você, nós levávamos aquilo lá pelo lado mais humano, nós estávamos fazendo o bem a alguém e, quando a gente só faz o bem, a gente recebe de retorno o bem, então, a gente não teve problema. Mas teve gente que ficou mal, a gente ouviu falar coisas, assim, que falam, a “tele rádio” que tem nos lugares e que faz chegar alguma coisa no ouvido da gente. Mas que existia, existia, porque se tinha uma pessoa com a mente fraca, pra trabalhar num negócio desse, era complicado. Eu, que nem eu tô te falando, eu já vinha de uma luta, então guerrear aqui e guerrear lá, dava no mesmo. Eu não tinha muita saída, eu só transferia, como que se diz, de local, porque a condição era muito difícil. Eu acho que nem toda pessoa se adaptaria a trabalhar dentro de um

hospital psiquiátrico, né. Eu já vinha de uma vida dura, que eu tinha de lutar pela sobrevivência, então, eu me adaptei lá, porque lá me dava condição pra sobreviver.

Quando teve o curso de enfermagem dentro do hospital, eu até tentei, eu comecei a fazer, mas devido o problema que eu tinha, que era muito difícil dentro da casa, a cabeça muito quente e essas coisas, eu não consegui. Quando eu ia estudar, eu não podia sentar num local e estudar, porque eu saía do hospital e, quando eu chegava em casa, eu tinha que fazer serviço, eu era mãe e eu era pai, então, quando eu ia fazer alguma coisa, eu tava pra lá de cansada, por isso que eu não consegui. Tudo que eu aprendi, tudo o que eu fiz, eu fiz mesmo porque eu aprendi na raça.

E também, é que nem um negócio, menina, a vida entre brancos e negros, sempre houve uma diferença e essa diferença ela chegava a ser marcante na gente. A vida da mulher negra era uma vida diferente da mulher branca, mesmo ela estando lá dentro da periferia, era diferente. As oportunidades que tinha pra mulher branca, ela não chegava até a negra, você entendeu? Se, enquanto que a branca conseguia ser cozinheira, a outra, a negra, ia ser lavadeira. Era uma desigualdade. Por exemplo, assim, se a branca ganhava mil e quinhentos, a outra ia ganhar mil ou até setecentos pra fazer o mesmo serviço, você entendeu? Nós vivíamos tudo no mesmo contexto, no mesmo local, mas éramos tratadas de maneira diferente. Não vou falar pra você que eu nunca sofri racismo porque eu já sofri. Em tudo quanto é lugar, se você for olhar mesmo, você vê que tem diferença.

Eu não era assim, como alguns, que não lutavam pra melhorar aquela condição, que já tavam acostumados que a vida tinha que ser assim. Eu lutei muito! Desde pequena, eu fui sempre avante do que era normal, por isso é que aconteceram muitas coisas na minha vida, aconteceram muitas coisas por causa da curiosidade, da vontade de querer mudar. É que nem um negócio, enquanto que as mulheres tavam todas casadas, eu não, eu queria ser a solteira. Enquanto as mulheres tinham filhos casada, eu não, se não tivesse um marido, tava bom também, eu queria prosseguir cuidando deles. A minha vida, eu achava, assim, que não tida de ser ditada uma regra nela, a regra era eu que fazia. Custou muito caro, isso custou muito caro! Mas, olha, menina, eu posso te falar, assim, na qualidade de pobre, de mulher, que eu sou uma vitoriosa! Podem os olhos dos outros não ver isso, mas eu me considero uma vitoriosa porque uma mulher, com pouca idade, arrastando nove filhos e conseguir criar, você entendeu? Não vou dizer que não teve problema, foi difícil, mas eu me considero uma vitoriosa em tudo na minha vida.

Eu vou te falar, quando eu entrei pra trabalhar, é que nem eu falei pra você, eu pensei “meu Deus, entrei no rabinho do inferno”, porque eu comecei a olhar, assim, e eu vi muita coisa. E, quando houve a reforma, você ver aquilo dali mudando, você entendeu? Mudando, mudando o trato, mudando o jeito, mudando as condições, as condições de trabalho, as reformas que começaram a ser feitas. Eu achei aquilo muito bacana de ver, de ter feito parte daquela turma que não tava ali pra fazer as mesmices. Eu acho que a reforma que começou já em 1992, por aí, eu acho que passou a ser uma coisa mais humanizada. Eu não sei como era antes, mas houve aquela mudança, uma transição, né. Então, trabalhar na psiquiatria, entrar na psiquiatria quando houve uma reforma da psiquiatria, ah eu me sinto, como que eu vou falar, eu me sinto muito orgulhosa. Eu vou te falar que, nos lugares onde eu trabalhei, eu sempre tive um destaque, eu acho que por ser da maneira que eu sou, eu sempre tive um destaque, a pessoa queira me dar ou não queira, eu conseguia me destacar.

No caso da equipe, essa questão racial, o que eu pude notar era que, vamos dizer assim, não que não tivesse alguém negro em cargo elevado, porque tinha. Ela era enfermeira padrão, ela já era de cargo mais elevado, mas eu via que ela tinha mais dificuldade, como que eu vou dizer, de atuação, era diferente a atuação dela e das outras enfermeiras brancas. Era mais difícil, não difícil o trato, porque ela era um amor, mas vamos dizer, assim, ela tinha mais dificuldade mesmo de trabalho, não era as mesmas coisas que era oferecida pra uma e que era oferecida pra outra. Era uma coisa, assim, por exemplo, como nós duas aqui, você tá conversando bem comigo e coisa e tal, mas aí chega outra pessoa branca e você já não conversa mais comigo, você se dirige à pessoa branca, entendeu? Essa enfermeira negra sofria, não que fosse notório, isso não, mas era mais valorizada uma branca do que uma negra. E se você fosse falar, se fosse tocar nisso e falar “isso daí é racismo”, a pessoa ia dizer “não, eu não sou racista”. Mas isso daí é uma coisa que a pessoa tem dentro de si, nem ele mesmo sabe a altura do racismo dele, você tá entendendo?

É como eu vou te falar, esses dias eu fui no posto de saúde e lá eu conheço muita gente, então, quando eu vou no posto, eu falo que eu vou pra ver as pessoas porque eu encontro com pessoas que eu não vejo há muito tempo ali. Então, eu tava conversando com uma moça, ela disse que tá fazendo o curso de enfermagem e disse que, na escola, ela tava sentindo que estavam com preconceito racial com ela. E isso daí, quando eu tive

na área da enfermagem, foi 1990 e pouco, hoje nós estamos em 2022 e a pessoa ainda tá com o mesmo problema do passado?

Na época que eu trabalhei no hospital, não tinha a diferença salarial, porque lá era pago como um todo, não existia branco e negro, mas eu via que, naquele quadro de serviço que eu trabalhava, eram mais negros que trabalhavam. Eram mais negros que trabalhavam como auxiliar de terapia ocupacional, pra você ver a importância que tem um negro. Não vou dizer que não tinha branco trabalhando, mas a grande maioria era de negros. Na verdade, eram mais mulheres que trabalhavam nesse quadro, tinham homens trabalhando, mas era mais mulher. Agora, como auxiliar de enfermagem, tinham homens e mulheres e eram mais pessoas brancas que trabalhavam. Na lavanderia, na cozinha e trabalhando como auxiliar de limpeza eram mais mulheres, mas era misto, tinham negras e brancas. Agora, como auxiliar de terapia ocupacional, eu não sei o porquê de serem mais mulheres negras, não sei. Era a parte mais perigosa do serviço, né, porque a gente ficava ali, mais em contato com os pacientes, durante muitas horas. Eram doze horas você ali com aqueles pacientes, em contato, cuidando daqueles pacientes.

Mas olha, menina, eu, como mulher negra, eu acho, assim, que na época... hoje você tá chamando a minha atenção sobre isso daí, mas na época era tão difícil, que era aquela coisa, assim, só de você não estar trabalhando de empregada pra alguém, de você conseguir um serviço diferente, mesmo que fosse a pior coisa, mas era diferente de ser empregada doméstica. Hoje, eu acho, assim, que tem muito mais gente que vai trabalhar em casa de família do que procurar serviço assim [em hospital psiquiátrico], mas, naquele tempo, quem era empregada era empregada mesmo. Você já tinha um rótulo na sua cara: você é doméstica! Hoje em dia não, hoje mudou muita coisa, hoje em dia a mulherada nem fala empregada doméstica, fala “minha secretária”. Modificou o trato, se ela é cozinheira ela é cozinheira, se ela é arrumadeira ela é arrumadeira, ela tem um perfil de trabalho. Na época que eu trabalhava, empregada doméstica era empregada doméstica e o negócio era brabo. Não vou dizer que todo patrão tratasse empregada doméstica da mesma maneira, mas era empregada, se você entrasse dentro da casa, você sabia que você era empregada. Você era o último, do último, do último! Agora, você ir trabalhar num hospital era diferente, as pessoas já te olhavam também de um jeito diferente. Hoje em dia, se você fala “eu trabalho no hospital”, não é mais aquela coisa,

mas na época ainda tinha aquilo “a fulana trabalha no hospital”, e era diferente de você falar, assim, que era no hospital ou na casa de família.

Quando eu comentei que o hospital era o meu refúgio, não era por causa tanto de lá, era mais pela condição mesmo que eu vivia. Quando eu ia pra lá, eu não pensava que eu tinha de botar comida na mesa, eu não pensava no remédio, tudo ali tava na mão pra eu fazer. Não era a mesma coisa da minha casa, que o alimento só vinha pra mesa se eu colocasse, se algum filho tava doente eu precisava levar no médico, fazer as coisas por eles. Então ali, é como se eu tivesse saído, como se lá fosse um lugar que eu ia me refugiar, que eu tava livre. Eu falava “tenho de dar comida pra fulano”, eu ia lá na cozinha, ia no refeitório, então, se a comida ia ser servida às onze horas, os pratos eram colocados e eu ia só soltando os pratos. Eu não pensava no óleo, no arroz, no feijão, então, era diferente. A minha vida era diferente, então, o hospital psiquiátrico se tornava um lugar que eu ia e que eu me sentia, por eu estar fazendo bem por aquelas pessoas, eu me sentia bem. Com tudo que tivesse lá, porque tinha muita coisa, assim, olhando por outro ângulo, que era ruim, mas eu me sentia bem.

Como eu falei já, é que nem uma coisa, que nem eu falei pra você, eu era necessária de estar ali, eu via necessidade minha de estar ali, tanto que, por mim, aquilo parecia que não era o meu emprego. Eu sabia que era o meu emprego, mas o ir pra ali era muito importante pra mim, porque eu sabia que eu ia fazer um ato de caridade, um ato de bondade, eu ia viver o dia a dia daqueles pacientes. Eu nunca vi ali sem olhar com o olho humano, eu acho que eu não consigo ver as coisas de outro jeito, sabe? Então, eu ia ali porque tinha o fulano que tava me esperando, porque tinha tal coisa que eu tinha pra fazer. Se a gente for olhar, assim, com um olho espiritual, eu tinha necessidade de estar ali e, no tempo que eu tava ali, eu procurei dar o meu melhor. E eu saí de lá porque deve ter vencido o meu prazo de estar lá também, mas, logo que eu saí, pra mim acostumar a ficar sem estar ali, não foi fácil.

Mandaram eu embora por uma besteira minha. Na época, menina, que nem eu falei pra você, a minha vida era difícil e eu faltei alguns dias, por causa de coisas que eu tinha que fazer na minha casa. Aí, teve uma reunião dos faltosos, pra falar daqueles que faltavam e eles citaram meu nome, sendo que tinha muito mais gente que faltava. Eu não fui conversar, tomei aquilo ali como ofensa e não fui conversar. Se eu tivesse ido, se tivessem me explicado que era uma conversa e coisa e tal, que, talvez, eu nem seria mandada embora e tal, mas eu não fiz isso. Eu achei, assim, que foi uma ofensa. E coube,

aí envolvia racismo, envolvia um monte de coisa da qual eu não me dei bem na época, e eu não voltei atrás. A maneira como aconteceram as coisas, pode se dizer, assim, que houve um... vou te falar uma coisa, quando você se destaca em alguma coisa, você incomoda. Pra mim, é que nem um negócio, eu sou assim, na minha vida eu sempre tratei as coisas assim, se eu vejo que certas coisas não estão boas, se eu vejo que é um certo tipo de preconceito, se eu posso mudar aquele quadro, eu posso tentar mudar, mas se eu não posso mudar, eu vou me retirar. Eu não vou arranjar uma encrenca com a pessoa, uma contenda com a pessoa, uma coisa desnecessária. Me mandou embora, eu não fui trabalhar ali, mas vou trabalhar em outro lugar. Acabou. Foi isso que eu fiz.

Eu nasci nesse meio. Em todo lugar que a gente passava, infelizmente, via uma pessoa que desferia um certo preconceito, você via que tinha gente que era muito mais valorizada do que você. No meio onde a gente mora mesmo, a gente vê isso daí, a gente sente e, lá no hospital, não era diferente. Hoje em dia, é que nem um negócio, hoje em dia é um preconceito velado, a pessoa que é preconceituosa ela não vai querer mostrar, porque hoje em dia a justiça, as coisas tão em cima, né. Mas o preconceito sempre teve. Preconceito é uma coisa, assim, que muita gente pode falar “não percebo”, mas é uma coisa que não tem como não ver. Eu te falo, eu não tenho razão pra compreender, pra brigar com uma pessoa, quando eu vejo que é um negócio desse, eu procuro me afastar. Eu acho isso daí uma pobreza de espírito tão grande, né, porque tirando a nossa pele, é tudo igual. Mas tem muita gente que não quer ver, muitos acham que são maiores, que são superiores, se acham superiores, então, eles não conseguem enxergar que nós somos todos iguais.

Nós estamos conversando sobre uma parte, sobre como era trabalhar no hospital, como era interagir com os pacientes, essas coisas, mas a gente não sabe de tudo, das coisas que eles viveram pra chegar até ali, a gente imagina que, pra chegar até onde tavam ali, muita coisa faltou, né. Até as condições do que foi feito daquele local, tudo isso daí, teve um propósito lá atrás e a gente não sabe o que é. Como que a gente diz? Na condição deles, pra época, eu acho que não dava pra fazer muita coisa não. Eles tinham mesmo, que nem, teve as reformas... olha, por exemplo, você tá trabalhando com psicologia, né, não que não existisse psicólogo, mas era uma coisa mais difícil. Hoje eu tô diante de uma psicóloga e eu, como uma mulher de periferia, você veio até a minha casa, então, eu imagino como era difícil na época. Eu tenho condições de conversar com você, você conheceu a minha filha, a minha filha chegou e fez a condução toda e você tá

aqui. Mas na época, talvez, nós não tivéssemos essa mesma condição de estar frente a frente uma com a outra. Então, eu imagino o quanto era difícil uma pessoa estudar psicologia e a condição que se tinha pra trabalhar era aquela dali. Hoje não, tudo é mais humano, as pessoas vão estudar o que tá acontecendo mesmo, mas, naquele tempo, era aquele negócio “ah tá louco”, o lugar que tinha era lá, então “vou colocar lá”.

Depois que fechou, eu acho que dificultou a vida de muita gente, né. Hoje, a pessoa que tem alguém na família com problema psiquiátrico, ela é obrigada a conviver com ele. Já não é que nem no passado, que ia pro hospital e deixava. Agora, eu também acho que muita coisa melhorou bastante pro paciente, você entendeu? Pro paciente. Mas se tornou um problemão pra família. A família, hoje em dia, se tem ou não tem condição, mas também eles dão condição pra muita gente que quer cuidar dos seus doentes, agora cabe de cada um. Mas eu acho, assim, que pros pacientes foi melhor. É que nem um negócio, a gente fala, assim, do doente, mas o doente só tá agravado, ele já vem de uma família doente. Isso daí eu observo com a vida, porque lá eu não tinha acesso aos familiares.

Mas foi uma experiência de muito aprendizado, como eu te falei. E lá eu conheci duas companheiras e nós três somos, assim, como irmãs uma pra outra. Tanto que a Elisângela, ela me aceitou de braços abertos, eu tava vindo morar na cidade e ela foi fundamental na minha vida. A Luíza também, ela era uma mulher viúva, na época, com três filhos, então, uma segurava a barra da outra. Elas saíram do hospital antes de mim. A Luíza se aposentou, ela perdeu um filho, ficou debilitada por causa da perda do filho, então, ela encostou e depois se aposentou. A Elisângela também, ela saiu com problema de coluna, na verdade, não saiu, encostou e foi assim. Já eu, eu fui mandada embora.

Nós saímos do hospital, mas continuamos a amizade. Hoje em dia, a gente conversa coisas atuais, a gente não conversa de nada que foi pesado. Era assim, só o fato de a gente ir se encontrar, bater papo e tudo, era agradável. Era triste quando a gente saía do portão e cada uma ia pra um canto. Nós vivemos uma época gostosa juntas. Virou família!

1.4. Helena

Eu sou Helena, quando eu trabalhei no hospital psiquiátrico eu tinha 35 anos, foi em 1997, trabalhei por 3 anos e aposentei. Na minha certidão de nascimento consta parda e eu me considero parda, negrinha mesmo, cabelinho tererezinho e me amo. A minha mãe era branquinha, o pai negrão, no entanto, eu sou a mais clarinha de todos os filhos. Eu tô dentro de uma família que tem negros, negros mais negros, mas também eu caio lá pro loiro do olho azul, que é primo de primo de primeiro grau.

No hospital “Boa Intenção”, eu entrei como faxineira, depois eu passei pra rouparia, e depois eu fiz o curso de auxiliar de enfermagem e passei a trabalhar justamente na área da enfermagem. Então, assim, teve os degraus mais próximos deles, né, dos pacientes, e depois foi indo até chegar no ponto de medicação, pátio, essas coisas. Eu entrei em 1995, então, do setor da faxina eu fui pra rouparia e, logo depois, eu comecei a fazer o curso de enfermagem. Naquela época já, não era mais o atendente de enfermagem, era o auxiliar e, foi dentro do hospital “Feliz Destino” que eu fiz o curso. Lá já tinha o curso e a parte prática também.

Conheci o meu marido lá, eu entrei e ele já trabalhava na enfermagem e ele me estimulou a fazer o curso de enfermagem também. Casamos escondido porque, quando as pessoas sabiam de alguma coisa que elas não gostavam, elas faziam de tudo pra estragar. Se a pessoa era de outra classe, ela não faz parte do grupo e não pode ficar. Eu lembro que a gente não contou pra ninguém e, realmente, quando descobriram, um povo foi contra e tal, mas aí a gente já tinha a nossa decisão, os nossos pensamentos, as nossas escolhas. Eu nunca fui bem-aceita no grupo da enfermagem porque eu tinha vindo da faxina.

Eu trabalhei três anos lá e teve paciente que eu nunca vi ter uma crise, mas tinham crises e crises, né. Tinha paciente que batia a cabeça na parede, outro quando entrava em crise queria tomar muito remédio, tinha paciente que, quando entrava em crise, queria fumar muito, tinha paciente que ficava pegando no pé e que, quando ele tava de boa, simplesmente ele passava perto de você e você não notava.

Hoje eu não sei como é mais, mas na época, tinha muita internação de alcóoltras, era impressionante a quantidade de internação de alcóoltras. Então, o alcóolatra ele está ali não porque ele tem tanto problema mental, o problema é com o organismo por causa da bebida. E esses alcóoltras abusavam dos pacientes, porque eles

sabiam que os pacientes não tinham noção. Há momentos que você não consegue observar tudo e era nesse momento que esses alcóolatas abusavam dos pacientes, tanto dos meninos quanto das meninas. Uma coisa, assim, que eu sempre fui contra é alcóolatra num hospital psiquiátrico. Alcóolatra e viciado, uma psiquiatria jamais deveria atender! Não que eles não precisem de tratamento, mas, por eles não terem problemas mentais, eles aproveitam dos que têm e aproveitam da situação, aproveitavam dos funcionários. Os funcionários, quer queira quer não, você tem que obedecer às ordens da administração. Eles se sentiam donos. Uma paciente, uma vez, falou pra mim “se eu não sujar aqui, o que é que você vai fazer?”, então, quer dizer, ela tava consciente que ela podia sujar e que eu tinha que limpar, porque eu tava lá pra isso, pra ela me humilhar.

Teve uma vez que eu só não fui mandada embora porque ninguém pegou, mas teve uma paciente... tinha um alcóolatra lá, que ele não ia muito com a minha cara. Ele fazia as coisas e eu perguntava “mas por que você faz isso?” e ele dizia “porque eu sou paciente e, se eu não fizer, você vai fazer o que?”. Ele tinha uma consciência muito boa em vista dos outros, e esse paciente, um dia, eu tava observando e eu vi que ele pegou uma paciente muito doente, ela era totalmente doidinha, e levou no banheiro. Então, eu fui atrás e, quando eu cheguei lá, ele já tava tirando a roupa dela. *Aí, o que aconteceu? Nossa, eu fiquei louca quando eu vi aquilo porque ela era muito doente, muito doente mesmo! Ah mas eu dei um pau nesse paciente, mas eu dei tanto, eu dei tanto, mas eu arrebentei ele! Não deveria, mas não consegui. *Aí, ele falou assim “você vai ver, eu vou denunciar você”, e eu falei “eu saio daqui, mas eu te arrebento”, e ainda falei “nunca mais você chegue perto de nenhuma paciente”. Então, uma das coisas, assim, que os médicos não viram e as pessoas que não entraram lá nunca vão saber, é o caso de um alcóolatra que levou uma surra da enfermeira, pra ela livrar uma paciente de ser estuprada, porque ali não tinha ninguém que se preocupava com ela.**

Essa paciente que eu falei, ela tinha crise quase todo dia, ela chorava o dia inteiro. Ela tirava a roupa, andava pelada o dia inteiro, e ela comia, ela queria comer o dia inteiro. Já tava há muitos anos quando eu entrei lá, ela já era paciente há uns cinco ou seis anos e, às vezes, as pessoas cansam de paciente assim, tanto um como o outro, tanto a enfermagem como o médico, o médico mais ainda. A paciente senta ali, o médico vai observar, mas o dia a dia dela, o médico só vai saber se eu contar, entendeu? Então,

dentro da enfermagem o dia a dia é muito diferente de uma consulta, você não vai ficar com os pacientes só uma ou duas horas.

Olha, pra você ter uma base, hoje nós somos pastores [o marido e ela] e, na época, nós éramos só membros da igreja, mas a gente coloca muito o espiritual dentro disso. Quando me davam oportunidade na igreja, eu colocava, eu pedia para as pessoas orarem pelos pacientes psiquiátricos porque, até então, antes de eu entrar ali, eu nunca tinha tido noção de como era um paciente psiquiátrico. E quando você não tem noção de como é uma coisa, você nem lembra de interceder por ela, de pedir uma benção. Eu pedia para os irmãos orarem para os pacientes da psiquiatria, eu ia lá e dava detalhes pra eles, até que um dia, uma irmã chegou e falou pra mim “não sei o que tanto você fala sobre hospital psiquiátrico, quando você começa a falar, dá canseira”, e aí, eu falei “nossa, mas eles precisam de oração e se tem alguém que pode transformar a vida deles é Deus”. Eu parei pra pensar e me coloquei no lugar dela, porque antes eu também não tinha noção daquilo. Eu acho que, hoje, as escolas, escola normal, acho que deveria tirar um dia pra levar os alunos pra verem o que é uma psiquiatria.

Eu fui entrar numa psiquiatria com trinta anos, quando meu irmão caçula teve um problema mental, misturado com droga, que também mexeu com a mente dele e ele só não matou a gente por Deus. O médico mesmo falou “ele só não matou vocês por Deus”. Ele morava com a gente, era o caçula, eu já era coroa, mas eu morava com a minha mãe. Então, quando meu irmão teve esse problema, eu morava com a minha mãe e era eu que cuidava dele, eu dava o Haldol pra ele, Neosine e Amplictil. Mas você vê, essa coisa de dar o remédio e não melhorar, é que nem quando a gente tá com dor, você toma um agora e daqui vinte minutos você quer tomar de novo e eu fiz a mesma coisa com ele. E ele chegou num estado, assim, deplorável.

O meu irmão começou a fazer tratamento com uma médica que trabalhava no Hospital Regional, uma excelente médica. Aliás, antes dessa médica, o médico que atendeu ele, logo de cara, falou assim pra mim “se precisar vender a geladeira, você vende?”, “se precisar vender a televisão você vende?”, porque o tratamento era caríssimo no estado que ele estava. Mas esse médico nunca falou pra mim “vá no SUS”. Quem foi falar pra mim foi só a médica que atendeu ele depois, e o meu irmão caçula fez tratamento por mais de cinco anos, ele chegou a ficar internado de babar, da mão ficar até, assim, retorcida. Então, foi a partir daí que eu comecei a explorar, a conhecer um pouco de psiquiatria. Com essa história toda, eu saí do serviço e só depois de um tempo

que eu fui descobrir que eu já tava depressiva. Talvez eu já tivesse depressiva lá atrás e não sabia. Talvez, a doença do meu irmão aflorou a minha, mas eu continuei cuidando dele do mesmo jeito, porque só tinha eu, não tinha mais ninguém. E tinha o problema da minha mãe também, varicose, então eram aquelas feridas abertas. Eu acho que muito da depressão também era por causa da doença dela, por eu cuidar, cuidar, cuidar e não ver o resultado e era tudo eu.

Quando meu irmão foi internado no hospital, aí é que eu fui entender o que era um hospital psiquiátrico. Ele ficou no “Boa Intenção” e no “Feliz Destino”, ele ficou nesse jogo, então, foi uma época muito difícil e foi aí que eu me interessei em entrar na enfermagem. Quando ele internou, por a gente não conhecer, você vê a pessoa ali na hora da visita, que é uma ou duas horas, no máximo, mas você não tem noção de como é. Mas, quando a gente passa a ter o dia a dia ali, aí a gente passa a entender que é necessário internar. É necessário pra segurança da pessoa e é necessário pra segurança do paciente.

Eu fui parar no hospital psiquiátrico pra trabalhar quando eu saí da empresa onde eu tava, e tava difícil o emprego. O salário de lá era muito bom, era um dos melhores salários da indústria de Sorocaba e, depois, eu não conseguia outro emprego, até que apareceu no jornal uma vaga de faxineira no “Boa Intenção” e eu fui. Chegando lá, não queriam dar a vaga pra mim, justamente por causa do salário que eu tinha na carteira. Daí, eu falei pra moça do RH “na minha carteira tem um ‘x’ de salário, mas eu tenho uma mensalidade de casa pra pagar, eu tenho compra pra fazer e o meu armário tá vazio e o meu bolso também”. Eu falei “eu não tô procurando, no momento, um salário, eu tô procurando um emprego”. Foi aí que eu entrei, depois de muito chorar pra ela, aí que ela me deu a oportunidade de trabalhar na faxina.

Quando eu comecei a trabalhar na faxina e tal, eu tinha um cachorro e eu chegava e gritava, eu gritava com aquele cachorro, mas eu xingava aquele cachorro. Aí, a minha vizinha me chamou e falou assim “Lena, você vai continuar trabalhando lá no hospital?”, eu falei “vou” e ela “então você dá um fim nesse cachorro, porque eu não sei como que é os doidos lá, mas que você tá vindo doida pra cá, você tá”. Eu acho que a faxina, o contato é tão próximo quanto a enfermagem, em algumas situações é até mais próximo, porque eu estava no quarto deles o tempo todo. Eles tinham o momento deles de ficar no quarto e era o momento que a gente tava limpando, então, um ou outro acabava entrando.

Dessa época, eu lembro que tinha um professor lá e esse paciente, as crises que ele tinha eram por causa do conflito familiar que ele vivia. Teve um dia, foi muito lindo esse dia, eu tava conversando com a Marlete, trabalhando com a Marlete, a gente tava limpando o quarto e esse professor tava deitadinho na cama dele. Eu falei “Marlete do céu, eu to tendo aula de inglês lá no curso, menina do céu, como eu to sofrendo”, e fui contando pra Marlete. E ele lá, na caminha dele, quietinho. E eu falei pra ela “tem o verbo não sei o que, o verbo não sei de quem”, ele levantou a cabeça e falou “Helena, o verbo é assim, assim, assim”, ele falou inglês pra mim, foi me explicando a colocação do verbo. Eu falei “professor do céu, como que o senhor sabe tudo isso?” e ele disse “porque eu sou professor”. Nós não tínhamos ideia, menina! Depois disso, aonde ele me encontrava ele perguntava “como você tá indo no inglês?”. Sabe, criou uma intimidade, assim, tão grande entre nós, que ele se preocupava, ele vinha, ele me ensinava. Mas eu não sabia o que fez ele ir parar lá, na verdade, eu nunca perguntei. Se ele tinha crise, eu nunca vi.

Tinha paciente que não gostava de ficar fora do quarto, eles ficavam só ali. E aí, tinha aquele que ficava agredindo o outro, tinha o que ficava cuidando do outro, tinha aquele que tentava te agredir e tinha o Zezinho. O Zezinho, tinha dia que ele amanhecia daquele jeito, ele vinha e grudava em você pra agredir. Se ele grudava era difícil, era na roupa, era na calça, no cabelo, no pescoço. Ele era um dos pacientes mais difíceis de atender, mas ele nunca me agrediu. Ele já nasceu com esse problema e a mãe vinha lá de Santos de quinze em quinze dias visitar. Tinha dia que ela vinha só pra apanhar, ele ficava muito agressivo, mas ele morria de amores por ela nos momentos de lucidez que ele tinha. A mãe fechou o apartamento dela, um quarto, colocou grade e levou ele pra ficar um tempo lá, mas teve que trazer ele de volta porque ele gritava, ele jogava as coisas pela janela, ele batia e esmurrava a porta. Era o que ele fazia lá no hospital. A mãe dele nunca abandonou, ela era uma mulher muito bonita, tinha o olho verde, era muito simpática, mas tinha dia que ela não conseguia ficar, e ia embora em prantos.

Quando eu fui trabalhar na rouparia, a situação ficou, assim, menos agressiva, porque eu não ficava muito tempo com os pacientes. Ao mesmo tempo, o meu amor pelos pacientes foi crescendo, eu comecei a pegar contato com eles, então vinha um e conversava, vinha o outro e eu fui cuidando deles. Então, na rouparia era o quê? A gente fazia um rolinho com uma saia, uma calça ou uma bermuda, uma calcinha e uma blusa. A gente sempre fazia o rolinho e deixava pronto pra eles, porque a hora que eles fossem

tomar banho, a gente ia lá “fulano, fulano, fulano” e entregava pra eles. Eu percebia que dava pra cuidar mais deles porque eu tinha acesso às roupas e ao cigarro, você tinha que controlar o cigarro porque a família traz um tanto, quando a família traz, né, porque tinha aquela pessoa que não ganhava nada. E, nessa época, tinha um pessoal da T.O. que fazia uma festa pra eles, os pacientes iam lá pintar, os melhorzinhos iam lá pintar. Mas a minha chefe da rouparia, ela era uma baixinha, a Elisa, e ela ficava muito brava comigo quando eu ia lá dançar com os pacientes. Eu fazia todo o meu serviço e depois ia lá dançar com eles quando era dia de festa, eu fugia da minha chefe e ficava lá quase uma hora. Ela falava que, ao mesmo tempo que ela queria me mandar embora, ela não mandava porque ela gostava de mim. Olha, parece até brincadeira, mas quando eu ficava muito tempo, assim, depois de uma hora, uma hora e meia, ela ia lá me buscar. Até teve um dia que ela chegou lá tão brava, mas tão brava, que ela me catou pela orelha e me levou de volta. Os pacientes pedindo “não, tia, não faz isso com ela”. Sei que aquele dia foi muito engraçado.

Na minha primeira gravidez, eu tava no “Boa Intenção”, mas foi uma gravidez muito tranquila. Teve uma história, porque, geralmente eles tinham doações, né, e eu lembro um ano que teve doação de danone e todo mundo pegava, paciente, os funcionários, tudo, aí, eu cheguei pra uma paciente e falei “você ganhou danone, você não vai me dar nenhum?” e ela falou “não vou dar”, daí eu falei “poxa, na cara dura”. Eu sei que passou um tempo, ela voltou e falou “olha, eu vou dar um danoninho, mas não é pra você, é pro seu nenê”, passou a mão na minha barriga e me deu. Ela deixou de tomar o danone dela pra me dar e aí, o mais interessante é que, como a gente também tinha ganho, eu peguei a outra metadinha do meu e dei pra ela, fui levar pra ela e ela falou “eu não vou pegar porque eu dei pro nenê”, ela deixou bem claro. Então, assim, era um amor muito grande.

Eu levava o meu serviço a sério, tão a sério que eu tive a oportunidade... nossa, aquele dia, pra mim, foi um dos dias grandes! Eu tava limpando os armários e eu tirei um papelão que tava dentro e, enroscado no papelão, tipo de uma madeirinha tinha levantado, então, enroscado ali eu achei um papelzinho. Eu olhei aquele papel e falei “nossa, o que é esse papel aqui?”, fui fuçar e era uma conta. Aí, eu fui e falei pra minha chefe “Elisa, o que é esse papel aqui que eu encontrei no armário da senhorinha?”, esqueci o nome da senhorinha, era uma mulher negra, eu falei “eu acho que é número de conta de banco”. Essa senhorinha, quem trouxe ela internada foi a ambulância e ela

nunca recebeu nenhuma visita. Toda roupa que ela tem, tudo que ela tem é doação, roupa usada, tudo de doação. Eu falei “tenta ver com a assistente social, se é um número de conta de banco” e deixei na mão da Elisa. Sei que ela foi lá ver com a assistente social, a assistente social foi e foi procurando, a turma da digitação, na época, ainda era bem precária, mas ela foi, se virou e foi no banco, ela achou o banco. O gerente foi puxar o número da conta, diz que ele arregalou o zóvão e falou assim “a conta bancária dela é altíssima”. O gerente passou o contato da família, a mulher era uma mulher rica, dona de não sei quantas casas de aluguel e a família tava procurando por ela. Ela teve um piripaque no dia que foi na cidade, desmaiou, não sei se ela estava com documento, se perdeu o documento dela, eu não sei o que aconteceu, sei que extraviou tudo e, como ela tava muito agitada, levaram ela no hospital e, do hospital, ela foi pra psiquiatria. Na psiquiatria ela se tornou paciente por três anos. Dizem que foi uma choradeira só quando a família foi no hospital buscar ela. Eu não cheguei a ver porque era minha folga. O importante pra mim foi poder ajudar.

Na rouparia, tinha uma moça, na verdade, uma mulher, que ela era costureira, ela que fazia os consertos nas roupas dos pacientes. Eu sempre fui assim, eu gosto de conversar, eu gosto de ser feliz, eu gosto de amar e de me dar e, quando eu entrei na rouparia, nossa, essa mulher xingou a Elisa, porque “nossa, onde já se viu colocar essa pessoa e não sei o quê”. Foi aquela maior confusão e aí, eu falei pra ela “olha, você fica no seu serviço e eu fico no meu, a gente não tem porque se misturar, embora seja só um corredor”. Na verdade, ela era amarga, ela era uma pessoa que já tinha sofrido muito. A Laila era muçulmana, ela veio lá dos lados do Líbano, viveu a guerra lá. Depois que a gente fez amizade, ela falava que ela morava num único cômodo e, às vezes, quando eles levantavam de manhã, assim, a casa tava cercada de tanque de guerra. Inclusive, ela mostrou pra nós foto das crianças dela segurando as armas do exército. A gente tinha, assim, essa diferença de vida, de personalidade, mas, com o passar do tempo, eu fui indo, fui sendo eu, e a gente acabou fazendo amizade. Mesmo assim, um dia ela chegou pra chefe e falou “olha, tem que tirar a Helena daqui porque os pacientes não saem da porta”. Se eu ia na festa dos pacientes, ela me entregava pra Elisa. Passaram-se os anos, né, aí, com o passar dos anos, a Laila saiu, depois eu saí também. Quando eu saí do hospital, que eu me aposentei, eu não perguntava de nenhum enfermeiro pro meu marido, eu perguntava só dos pacientes. Se você perguntar o nome da maior parte da enfermagem, eu não sei, já dos pacientes, de boa parte, eu sei. Do hospital, eu mantenho

contato só com a Laila até hoje. Ela se converteu ao cristianismo por causa de nós e, se a gente fica um tempinho sem ir na casa dela, ela estranha. É interessante que, quando a gente vai lá, ela faz questão de lembrar o nosso tempo na rouparia.

Os pacientes me chamavam de tia. O meu marido não, ele disse que os pacientes chamavam de enfermeiro e pelo nome dele mesmo. E aí foi indo, eu fui pegando um amor que, tanto é que, quando eu fui na enfermagem, eu não me adaptei com as enfermeiras. Acho que foi porque elas tinham uma forma de tratar eles que era diferente de mim. Tinha até uma enfermeira que era muito boazinha, mas um dia eu vi ela chamar uma paciente senhora de manhãzinha, nossa, seis horas da manhã e ela já ia dar banho na paciente. Essa enfermeira pegou a paciente com tanta braveza, jogou a senhora debaixo do chuveiro frio e isso foi algo que me machucou e aí eu falei “não quero mais ficar aqui”. E aí, eu fui pro pátio e, no pátio, eu me aproximei muito deles, acho que meu erro foi esse, foi eu me apegar. No curso, a gente é lembrado muitas vezes de não criar laço com o paciente, seja na psiquiatria, seja na clínica, seja na área que for, não é pra criar laço, até porque essa pessoa tanto pode morrer como pegar alta e, às vezes, a gente não sabe lidar com isso. Então, quem sentia, parecia que tava fora da casinha, entendeu? E tinha a dor da perda também, o luto. Se bem que não dava nem tempo direito.

Você vê, o meu marido, ele é hiper técnico e nada do que ele fala eu sei. Não lembro nem os nomes das patologias e não faço questão nenhuma também. Conforme ele vai falando, eu vou identificando os pacientes e eu não consigo não ser próxima, não consigo não chorar a dor de um deles. Não sei, acho que eu fui uma enfermeira por acidente, mas que eu acredito que ajudou a vida de muita gente, porque tem coisas que a gente faz e que nem lembra. Quando cria o laço afetivo, isso começa a fazer um bem pro paciente porque, embora a gente ache que o paciente psiquiátrico não consegue distinguir entre um enfermeiro que tem carinho por ele, que trata ele com amor, com respeito e o outro que não, eles percebem sim e, às vezes, até mais do que a gente. Então, eu acredito que eu ajudei a vida tanto dos pacientes como de pessoas que eram profissionais, justamente por eu ser assim.

Quando eu passei pra enfermagem e fui pro pátio, eu fiquei na ala feminina. Lembro de uma paciente, quando eu tava na ala feminina, que o hospital deu vaselina pra eu conseguir desembaraçar o cabelo dela. Eu fiquei uns quatro ou cinco plantões, isso pra conseguir desembaraçar o cabelo dela. Um dia, me deixaram na enfermagem, no caso, lá dentro do posto pra dar os remédios e eu falei “não, deixa eu ficar lá fora

pra eu terminar”. E daí, essa preocupação minha por causa disso, quando começaram a fechar os hospitais, porque eu comecei a cuidar dessa menina, que é uma senhora já, eu levei acho que uns cinco plantões pra conseguir desembaraçar o cabelo dela, aquela tocha de cabelo foi arrebrandando e saindo, e saindo. E olha, nem sempre as pacientes deixavam cuidar do cabelo e também nem sempre deixavam cortar. Alguns pacientes sim, quem deixava, cortava o cabelo bem curtinho, homem e mulher. Mas essa moça, ela já chegou com o cabelo assim, então, quer dizer, ninguém cuidava, né. E eu consegui desembaraçar o cabelo dela, fui fazendo trancinha e eu falei “agora vou lavar o cabelo dela”. Quando eu cheguei no meu plantão, ela já tinha ido embora, ela pegou alta e foi embora. Eu falei “poxa vida”, foi uma decepção muito grande porque eu já tinha planos. Essa paciente era morena, morena mais clara do que eu, o cabelo dela era bom. Aí passou, passou, passou, acho que passou um mês e a mulher voltou. Ela tava ruim, muito ruim, e voltou. E você acredita que ela tinha voltado com o cabelo do mesmo jeito que eu tinha penteado? Quando eu olhei aquilo, nossa, eu fiquei muito triste, passou mais de mês, ela ficou mais de mês na casa e voltou com o cabelo igual.

E era assim mesmo, lembro que uma menina do RH me contou que tinha paciente que pegava alta, às vezes, quando alguém ia buscar e, logo depois, achavam a receita do paciente jogada no caminho. Depois, logo o paciente voltava a ser internado. A família não dava suporte, e, quando a pessoa tinha uma crise, ela voltava. Naquela época não era como hoje, o paciente não tinha opção, não tinha essa coisa de querer, se queria ir no hospital, se queria tomar medicação, antigamente não tinha isso. Eu até acho um erro hoje fazerem isso, porque quando o paciente tá mal, ele não tem condições de escolher.

No hospital, alguns pacientes dependiam mais da gente, por exemplo pra banho. Inclusive, isso é algo muito importante, tinha lá o enfermeiro Luiz, e tinha um senhor, um paciente bem idoso que tremia todinho, e o Luiz ali do lado, só olhando o paciente. Mas eu ficava com tanta raiva daquele enfermeiro, eu tinha tanta raiva dele! Um dia, eu não aguentei e falei “seu preguiçoso! O tempo que você fica aí vendo ele sofrer, tremendo tanto, por que você não ajuda ao invés de não fazer nada?”. Aí, ele olhou pra mim e falou “porque é a única coisa que ele faz aqui durante o dia inteiro, o único movimento que ele faz é quando ele vem tomar banho. Se eu tirar isso dele, vai sobrar o quê?”. Aí, eu olhei pra ele, o zoião até encheu de lágrima, “ai meu Deus, perdão, porque eu nunca tinha visto por esse lado”. E nunca tinha visto mesmo, nunca tinha pensado que o único movimento que ele fazia era esse de tirar a roupa, tirar um shortão e a camiseta, era só

o que ele fazia. No pátio, tinha muito paciente que não fazia nada, só andava pra lá e pra cá, pra lá e pra cá. Aquele que fuma, pegava só um cigarro.

Então, com o passar do tempo, eu comecei a olhar os pacientes com outros olhos. O “Chita” mesmo, ele gostava de cinta, nossa, se arrumasse uma cinta e um boné pra ele, era a alegria dele! Então, eu passava num lugar e falava “nossa, vou levar esse boné pro ‘Chita’”. Não sei porque ele tinha esse apelido, ele era bonitinho até, era amável. Já tinha três anos que eu tava lá e nunca tinha visto ele ter uma crise, mas o dia que eu vi, eu quase tive um treco, eu fiquei apavorada porque ele começou a bater a cabeça na parede do nada. Então, eu sei que eles têm os problemas deles, né, tem bastante que não tem como você ter em casa. Mas também tinha alguns casos que você via que a família não queria o paciente, não queria no convívio. São casos e casos, né.

Muitas vezes, a família não tinha condição nenhuma, como o meu caso, na época que o meu irmão ficou doente. Eu não tinha condição de ficar com ele, minha mãe menos ainda e meus irmãos nem se interessavam. E olha que era eu, mais uma irmã e quatro homens, fora esse que tava doente. Então, assim, se precisasse de um tratamento, se precisasse ficar com o meu irmão em casa, sem nenhuma medicação, sem nada, eu não sei como trataria ele. Então, quando fecharam as portas dos hospitais, aí eu falo pra você, eu já tendo um conhecimento de lá de dentro, eu me preocupei com a família. Porque muitos pacientes que tã dentro do hospital psiquiátrico, muitas vezes, eles não têm crise ali dentro porque eles tã fazendo tratamento. Tudo bem que, às vezes, o tratamento era complicado, tinha a questão dos médicos, porque muitos nem sabiam o que tava acontecendo com os pacientes. O pior é que ainda dava remédio, né, ainda receitavam... tinha coisa que era absurda na prescrição de medicação. Mas eu não tinha contato com os médicos, nem todos os enfermeiros tinham contato, eram só mesmo aqueles que eram destinados pra ficar na enfermaria. Acho que os médicos pensavam que a gente não estudava, que a gente não sabia de nada.

E tinham vários casos no hospital, vários problemas, patologia de tudo quanto é tipo, né. Os pacientes se auto internavam e a família internava bastante. Mas tinham aqueles casos que a gente via que não era necessário. Tinha paciente que se internava pra conseguir remédio, quando era viciado em remédio, fingindo, às vezes, um quadro que ele não tinha pra conseguir aquele medicamento. Outro caso, se a pessoa precisava entrar no INSS, ela queria ficar um tempo maior internada porque, quanto mais tempo ali, mais chance tinha de entrar pelo INSS. Teve até uma colega nossa, colega de bairro,

que fez isso, ela se internou, enrolou o médico de uma tal forma, só que o pior é que deram um remédio pro estado que foi visto ali e aí, durante algum tempo, ela começou a ter sequela da medicação. Já vi colega da enfermagem também fazendo isso. Tinham os casos mais pesados também, era aquela coisa, dá uma de louco e vai pra lá, porque lá não tem tanta segurança como tem numa penitenciária, aí, o dia que ele resolve fugir, é mais fácil. Tinha caso de pessoas homossexuais internadas também, que a família internava e a gente via, depois, médico e psicólogo, tudo comentando de curar isso.

Sabe uma coisa que veio na minha memória? Uma coisa que eu observei era que, às vezes, o enfermeiro, ele tá trabalhando, ele tá de boa, mas ele está passando por um tratamento e já passa pelo psiquiatra ali mesmo no hospital. O psiquiatra passa uma receita e essa pessoa passa a ser medicada. Então, muitos ali já tomavam os remédios e os psicotrópicos. E aí, vamos supor, hoje vem o médico fulano de tal, então eu sou mais chegado nele do que em você, aí eu vou pedir pra ele. E aí, pedia a receita, tomava o remedinho e ficava ali de boa, continuava trabalhando.

Sabe, eu acho que a gente adocece quando aquilo é muito distante da realidade da gente. Se eu fosse assistente social, por exemplo, eu descompensava rapidinho. Por exemplo, quando você vê uma coisa que na sua casa não tem e na outra tem, passa a ser até normal aquilo, aí você vai entrando naquele choque de vida. É o que eu falo pra você que é muito difícil, quando faz os cursos, você é ensinado que não pode pegar a dor da pessoa, mas como que você não vai pegar a dor daquela pessoa, sendo que aquela pessoa passa a fazer parte da sua vida? Você não ama, mas você tá ali com ela, você convive com ela. É difícil, a pessoa fica doente, mesmo que ela consiga esconder muito bem, mas uma hora ou outra vem à tona e, é aquela história, o preço é maior quando você vai engolindo.

Eu digo pra você que não era que faltava nem pouca humanidade, era muita humanidade. Por exemplo, eu tenho pavor de tomar banho em água fria, eu não tomo banho em água fria de jeito nenhum, eu fico sem banho e o que cortava o meu coração é que tinha enfermeira que chegava “vai fulano, vai, vamo tomar banho”. Nossa, era horrível, paciente levantava dormindo, entrava naquele chuveiro gelado e, menina, aquilo me matava. Sabe, era só esperar um pouquinho que a água esquentava. Gente, por que fazer isso? Quando eles saíssem dali e fossem pro pátio, elas não iam ter mais o que fazer, depois que elas levassem do banho pro refeitório, pra tomar o café da manhã. Então, pra mim, a falta de humanidade começa aí, você entendeu? Eu acredito que a

peessoa não deveria gostar também de tomar banho gelado e mandava tomar banho gelado? Você tá com raiva da paciente e você queimar a paciente com cigarro? Nossa, isso quantas vezes! Você chegava e perguntava “o que foi aí, fulana?” e ela respondia “a tia queimou”. Meu Deus, por quê? Porque a paciente não parava de chorar, porque a paciente não queria pôr a roupa. Meu Deus, era só restringir a paciente, tinha lá a salinha, o quartinho, deixasse ela lá quietinha. Quando o paciente tava muito em crise, que não tinha como misturar com os outros, ele ficava no quartinho. Acho que eram duas ou três camas, ali já ficava a faixa pra restringir paciente, a porta era de vidro e o paciente ficava ali.

Eu acho que tinha coisas que a gente podia fazer, até hoje eu acho que tem coisas que a gente pode fazer antes de judiar da pessoa, não precisa você judiar primeiro e depois você colocar a pessoa naquilo que já devia ter sido feito antes. E olha, essa paciente que eu comentei que a enfermeira queimou, ela não era nem agressiva. Ela tava boa aqui, ela tava conversando aqui, falando do jeito dela, mas tava conversando, mas, quando ela entrava em crise, começava a tirar a roupa do nada. Aí lógico, você tem que correr, você tem que cobrir. Tem coisas que você, sendo uma enfermeira, tem coisas que você não tem que ter vergonha, você tem que chegar, fazer e resolver. Se você não consegue resolver sozinha, você vai e chama um homem. Na minha opinião é assim, o auxiliar de enfermagem, ele não é nem macho nem fêmea, e o paciente também não é nem macho nem fêmea, precisou de ajuda, pede, entendeu? Muitas vezes era assim, paciente nem olhava pro lado, funcionário já grudava pelo cabelo, levava pra dentro. Não eram todos, tá, era um ou outro enfermeiro ou enfermeira, mas tinha.

Eu entendia o desgaste, não era que eu não entendia. Quando eu falo que eu entendo, imagina comigo, você entrar no serviço às seis horas da manhã, pegar uma paciente depois do café, às oito horas, e essa paciente começar a chorar, já tá dando cinco pra seis da tarde e ela continua chorando, o dia inteiro, chorando e te chamando, indo atrás de você. Você cumpre o seu plantão ali, depois você sai dali correndo e vai pegar um outro hospital psiquiátrico, porque o salário não ajudava, né. Então, quer dizer, você já saiu com ira dessa paciente, chega no outro hospital, ainda tá irada e aí, o pouquinho, o pouquinho de nada que aquele outro paciente fizer, pra você já é a gota d'água que faltava.

Eu falo que tinham enfermeiros e enfermeiras, e tinham muitos que tomavam psicotrópico por causa disso, por causa do estresse e também porque queriam seguir à

risca essa coisa de não se aproximar do paciente. Só que daí, essa pessoa levava pra casa toda aquela dor, todo aquele estresse, porque aí, você não tem com quem desabafar. Eu não, eu chegava, eu ia contar pro meu marido, pra minha amiga, eu chorava, eu entrava em crise, então, eu punha pra fora toda aquela dor, mas tinha gente que não. Eu nunca precisei tomar psicotrópico, mas era porque eu sabia me expor, eu não tinha vergonha de me expor, então, eu contrariei muito o que eu aprendi na enfermagem: “não se aproxime”, “não pegue amor”, não isso, não aquilo, era tudo não, “fique longe”, “crie barreira”. Então, como eu fui contra e colocava pra fora, eu acho que por isso não me causou problemas maiores. Mas até eu aprender a fazer isso, é como eu disse no início, eu gritava com o meu cachorro, eu gritava com tudo. Você nem percebe que está começando a ficar doente. Não está no mesmo grau de quem está internado lá, mas está ficando doente, muda, inclusive, a personalidade na casa. Porque, quer queira, quer não, você traz pra casa e, se você não souber administrar isso, você acaba sendo mais um paciente, internado ou não internado. Talvez muitos não estão internados, mas estão doentes, né, justamente por conta daquilo que você passou no seu ambiente de trabalho. Então, na minha opinião, tem sim, tem muito enfermeiro e enfermeira doente, eles teriam que passar por psicólogo, passar por psiquiatra, seja lá o que for, mas muitos não aceitam porque eles acham que quem cuida ali são eles e eles não precisam ser cuidados, você entendeu? Pensam assim “eu cuido dele, o doente é ele”.

Eu falo isso porque, quando eu cuidava da minha mãe, pra mim ninguém mais ia cuidar da minha mãe como eu cuidava, ninguém mais ia tratar a minha mãe como eu tratava. Poxa, mas eu não era filha única, os outros também precisavam cuidar, mas eu não deixava, entendeu? Então, a gente acha que a gente se torna um homem de ferro, que nada entra na sua armadura, mas não é assim. Na minha opinião, eu acho que o profissional, ele tem que chorar pelo paciente sim, ele tem que chorar a dor da família, porque quando ele demonstra aquela dor e aquele sofrimento, ele não tá sendo o melhor enfermeiro, ele tá sendo o melhor humano. E, assim, no meu plantão, os enfermeiros e enfermeiras eram muito bons, era de tirar o chapéu, eles eram muito bons.

Na divisão do espaço aonde os pacientes ficavam, no caso do “Boa Intenção”, tinha o que a gente chamava de porão, que era pra aqueles mais ruins mesmo, os crônicos. Porão porque era o andar debaixo e aí, quando paciente melhorava, ele subia pro andar de cima, pra dali ele pegar alta. O porão, eu falo pra você, pelo menos aonde eu trabalhei, “Boa Intenção”, o porão era um lugar tão limpo como qualquer outra parte.

Eu comecei na faxina, então ele era muito limpo, a roupa de cama dos pacientes era trocada todos os dias, eles tomavam banho todos os dias, o quarto era muito limpo, a nossa chefe não permitia sujeira. Eles faziam sujeira, passavam na parede, a gente ia e limpava, não deixava sujo, então, eles eram muito bem cuidados. Só tinha essa diferença de andares por causa da melhora física, da melhora mental, por isso que tinha essa diferença entre eles. No porão, eram os crônicos, era o Zezinho, que nasceu esquizofrênico, que eu falei que grudava em todo mundo, que batia na mãe e tal, era a pessoa que não tinha noção do que fazia. Então, quando eles começavam a ser tratados e melhoravam, aí eles subiam. E o porão era imenso, tinha quarto dos dois lados, os quartos eram grandes, ficavam de quatro a seis pacientes por quarto. Tinha o banheiro, tinha o chuveiro, tudo organizadinho, tudo limpinho, era muito bem arejado e tinha uma área que a gente chamava área de luz. O porão era praticamente pra aqueles que não tinham visitas e não pegava alta, que a família não ia. Se saíssem dali eles iam pra onde? Então, eles ficavam lá, entendeu? Porque ali já tinha a enfermagem que ficava no meio do corredor. Tinha a enfermagem que cuidava da parte do porão e a enfermagem que cuidava de cima. Eles eram muito bem separados, eram muito bem cuidados mesmo. Eles só quase se matavam quando eles entravam em crise, daí, a gente tinha que correr pra retirar dali aquele paciente, mas fora isso, era tranquilo.

Quando eles tavam em crise mesmo, que não dava pra misturar com outros pacientes, a gente deixava na sala de crise, que era aquele quartinho restrito que eu comentei, e isso era feito pra não se machucarem. Uma pessoa em crise, tem que manter ele restrito em um lugar, porque senão ele morre ou mata alguém. Nesses casos, a gente deixava esses pacientes fechadinhos nesse lugar separado e, às vezes, a camisa de força era necessária. Na maioria das vezes, os funcionários homens colocavam a camisa de força, até nas pacientes, por causa da força que as pessoas adquiriam nessa hora, que é uma coisa sobrenatural, cria uma força que você não sabe de onde vem aquilo. Quem olhava o hospital psiquiátrico de frente, via mais as pessoas que já tinham saído da crise, porque esses lugares mais afastados, os porões da vida, as salas de crise, eram lugares bem afastados. Tinham aqueles pacientes que gostavam de ficar no porão, na área de luz, tanto que nem iam lá pra fora, ficavam ali naquela área fechada, batendo papo, porque tinha uns que eram bons de papo.

O hospital psiquiátrico, resumindo, era assim, vamos pegar um dia de visita, por exemplo. Você chegava lá num domingo de visita, então, quem são os pacientes que

sobem? Sobem aqueles que vão receber visita. Aí, quando chega a família, a pessoa tá bem arrumadinha, tá limpinha, então, as pessoas não imaginam o que tem lá dentro. Se eu não tivesse ido trabalhar lá, eu nunca imaginar que tinha louco do jeito que tem, é algo impressionante. No dia da visita, também sobem aqueles que não vão receber visita e estão melhores, aqueles que são crônicos, mas não são agitados. Eles deixavam subir, mas sempre ficava um enfermeiro “não amola a família” porque, pro paciente, a família era uma coisa diferente “nossa, é mãe” e fazia muito tempo que ele não ouvia essa palavra “mãe”, “filho”. E o que era interessante é que, quando você descia no porão, na parte dos crônicos, você via a carência, isso que me marcava muito, ver a carência naquele paciente que não tem ninguém pra ir visitar ele. Ou então, quando o paciente entra muito ruim e, fazendo o tratamento, ele melhorou e aí, ele pegou alta, mas aí, quando saía, a família jogava a receita fora pro paciente voltar de novo. Então o que isso quer dizer? Que ele não estava sendo bem vindo na casa dele.

Sabe o que era mais gratificante? Quando você via a melhora do paciente. E quando tinha alta então? Nossa, que satisfação, isso era ótimo! Gente, não tem coisa mais gratificante do você ver um paciente pegando alta porque ele realmente melhorou. Mas com os crônicos você não via muito, era pouca melhora. Era aquilo que eu falei pra você, se a pessoa saía do porão e subia pro andar de cima, significava que ela melhorou. E até a gente percebia que algumas pessoas, se só continuassem o tratamento, nunca mais iam precisar ser internadas, mas elas passavam a vida inteira internadas porque a família não quis. Às vezes, a família queria ficar com o salário, porque tinha muito caso de trabalhador que foi pra lá depois de um acidente ou uma outra coisa, que não era agressivo nem nada, mas a família não queria ter trabalho.

Eu falo da controvérsia de fecharem o hospital, porque tinha paciente, sim, que tinha condições de ficar em casa, mas a família não queria e, a família não querendo, a família não trata, e a família não tratando, a doença volta. Por que a gente consegue perceber isso? Porque a gente tava ali no dia a dia. E por que a gente não obedeceu a regra de não se aproximar das pessoas? Porque você se aproximando das pessoas você não vê só o lado profissional, “é hora do remédio”, “é hora do café”, é hora disso”, então, de vez em quando, a gente sentava na cama e conversava com um paciente ou outro. Nossa, você descobria ali uma pessoa que você jamais tinha visto! Olhando pra roupa que tava usando, olhando pro jeito que andava, você falava “meu Deus, ele não vai saber falar a, e, i, o u” e aí, vem o professor e me dá toda a resposta que eu preciso

pro meu inglês. Você fala “meu Deus, como que eu nunca vi essa pessoa?”. Trabalhei lá três anos e eu nunca vi ele em crise, então, por que não podia ir embora pra casa?

Eu tava vendo jornal esses dias, não sei se você viu, mas passou a reportagem da filha e do genro que internaram a mãe da moça. Ela ficou com raiva da mãe porque a mãe denunciou pro conselho tutelar que ela não cuidava dos filhos. Só que daí, eu falo pra você, os médicos que atenderam essa mulher deveriam perder a carteira de médico, com certeza. E o local que aceitou essa internação deveria de ser punido, porque a mulher não tinha diagnóstico de louca, ela não tinha nada. Agora, porque ela denunciou a filha por conta de maus tratos das crianças, eles ficaram com raiva, fizeram isso e, com certeza, soltaram uma grana e a mulher foi internada numa psiquiatria. Não foi nem em casa de repouso, foi na psiquiatria. E assim, né, tem tanta gente precisando ir pra uma psiquiatria e hoje não existe mais a psiquiatria. Quando você chama a polícia, se o paciente que tá em crise falar que não quer ir, não levam. Gente, que mente que a pessoa tem pra achar que o doente que tem que achar o que quer fazer? Só assina uma lei dessa a pessoa que nunca passou por isso. A lei de hoje é uma vergonha! O hospital clínico não dá conta, o clínico não! Eu sei que hoje tem o Caps também, mas quem vai pro Caps é aquele que tá melhorzinho, é uma situação menos atribulada, porque o paciente que vai pro Caps já tem uma noção do que pode fazer e do que não pode, ele já começa a desenhar um pouquinho melhor, começa a pegar no lápis.

Agora, sobre essa questão do racismo na psiquiatria que você perguntou, na minha visão, vou falar da onde eu trabalhei, do “Boa Intenção”, e eu acho que lá não tinha essa questão. Você foi falando e eu fui puxando aqui na minha memória os pacientes negros daquela época e negro era o “Chita” e o “Xuxa”. O “Chita” era um pouquinho mais escuro do que eu, mas o “Xuxa” já era mais claro, né. Mas eu acho que a maioria dos pacientes eram brancos. Eu nunca tinha parado pra analisar isso. Na feminina, eu acho que tinha quatro meninas negras, que era a senhora, aquela que eu achei o papelzinho dela do banco, então, essa não teve a ver com abandono porque a família tinha perdido ela. Mas olha, eu nunca tinha parado pra pensar nisso, apesar de achar que no “Boa Intenção” eram poucos. A maioria era branco mesmo, olhando pra eles, eles não eram negros. E não tinha tratamento diferente pra branco e pra negro. Até nessa questão dos apelidos, o apelido já vem da família, né. Pouquíssimos, eu acredito, que pega o apelido no local, a maioria pega o apelido da casa, a gente escuta a família chamar e começa a chamar também.

Mas eu acredito que o racismo exista, sim, na sociedade. Quem passa muito por isso são os nossos filhos, eles sim, porque eles são mais pretinhos do que nós. Eles têm dois coleguinhas que também são negros, então, eles falam que quando eles chegam no shopping os fiscais ficam de olho neles, os seguranças, aonde eles vão tem um de olho neles. Outro dia mesmo, um dos meninos tava comentando “mãe, enquanto eles tavam preocupados com a gente, que não somos ladrões, a gente tava vendo os meninos branquinhos tudo roubarem as lojas, eles passavam e pegavam”. Uma época, eu trabalhava de segurança num supermercado e, um dia, passaram o rádio “olha, tá entrando uma pessoa assim, com a roupa assim, tá mãe e filho, e olha, cuidado, porque é rato”. Menina, quando eu olhei, era uma mulher branca, bonita, o filho, então, era um gato, muito bem vestido. Mas, assim, cada passo que eles davam, aumentava a quantidade de segurança porque eles tavam indo mais pro fundo da loja. Todo mundo de olho neles, branquinho, branquinho, branquinho. Ai eu ri, porque ela era branquinha, muito bem vestida, o filho era tanto ou até mais bonito que ela, porque era novo, né, mas diz que ela era um dos piores ratos que tinha lá.

Agora, com relação ao hospital psiquiátrico, é difícil analisar. É aquela história, é dado um ponto e você quer continuar dando os pontos, mas você não sabe como foi dado o primeiro ponto, com qual intenção. A intenção era de ficar pretinho mesmo ou depois vinha e dava outro ponto com uma linha branca e a situação ia mudando? Se você não perguntasse pra mim sobre essa questão do racismo, eu nunca tinha parado pra pensar nisso, pra analisar. Olha, eu trabalhei lá há vinte e cinco anos e eu nunca analisei isso, nunca vi dessa forma, nunca vi. Dá até pra fazer um outro estudo. Quem sabe?

1.5. Ana Francisca

Eu me chamo Ana Francisca, acho que sou parda e tenho sessenta e cinco anos. Meu pai e minha mãe não registraram, na época, nenhum sobrenome, eu não sei como que eles conseguiram, mas me registraram como Ana Francisca só. Eu já tinha uns 20 anos quando mudei pra Sorocaba com a minha irmã, nós somos as mais unidas dos irmãos. Eu trabalhei em vários lugares, trabalhei muito em casa de família, faxina, motel, firma, trabalhei em muito lugar. Teve uma época que fiquei três meses sem trabalhar, daí, fiquei louca atrás de serviço e, como a gente conhecia uma amiga que trabalhava no escritório lá no hospital, ela conseguiu arrumar pra mim lá.

Eu comecei a trabalhar na cozinha, mas, nossa, não lembro o ano. Acho que isso já tem uns quinze anos, vinte anos [início dos anos 2000]. Na verdade, lá dentro, eu nunca entrei, assim, em pânico de ver as pessoas. A gente sabia que era um hospital psiquiátrico, né, então, você já tinha imaginação, às vezes, nem tanto, do jeito que você via as pessoas. Tinha as alas deles e, por ser, assim, não é perigoso, mas por ter muito problema, então ficava na ala 7. A ala 7 era a pior ala que tinha, era a ala que eles comiam até cocô. Cedo, às vezes, tava muito frio, essas coisas, tinha que dar banho neles, era banho frio, eles davam banho frio nos caras. Bem cedo, porque era sete horas da manhã, seis e pouco da manhã, eles tinham que já tá na fila pra gente servir o café pra eles. Eu entrava às seis horas, a dona Cássia entrava às cinco e meia, mas as pessoas já deixavam a vasilhona lá, já fervendo pra fazer o café. Era muito café, era muito leite, nas vasilhas que fazia o feijão, fervia, ali, muito leite, era leite em pó, sabe? E aí, colocava naqueles tamborzões, a gente catava e punha lá e, de lá, ia pondo na caneca pra eles.

Assim, eu não tenho tanta coisa pra falar. Eu sei que eu entrei lá, porque tinha uma vaga na cozinha do hospital e, como a gente sabe lavar louça, sabe cozinhar, eu entrei. Na época, tinha muita marmita que a gente fazia pra paciente acamado, que a gente tinha que fazer o que se chamava de pastosa, você tinha que bater o arroz, o feijão, bater legumes, batia, punha na marmita, pra levarem pra esses pacientes que não podiam andar.

Eu trabalhei um ano lá, um ano só. Ah não deu mais, não consegui ficar mais. Uma que eu comecei a discutir muito, às vezes, brigava até com enfermeiro. Enfermeiro era muito folgado, colocava o pé deles pra paciente poder coçar, a cabeça pra eles coçar, sabe, assim? Fazia os outros de tonto! Até essa mulher da cozinha, a dona Cássia, ela

era até uma boa cozinheira, mas o jeito que ela cozinhava, era horrível. Eu comecei a brigar muito com ela, era eu e a Sandra, a gente brigava muito com ela por causa do jeito que ela fazia aquela comida. Sabe, já jogava na panela sem cuidado! E daí, eu falava pra ela “dona Cássia, agora coma a comida que a senhora vai dar pros pacientes”. Ela não comia, né, que a comida dos outros, a comida dos funcionários, era feita pra pôr naquelas cubas, a comida que os funcionários comiam era feita em outra vasilha, entendeu? Separado da comida dos pacientes.

Na cozinha, era tudo corrido, era muito corrido mesmo, era bastante coisa que a gente fazia, a gente trabalhava muito mesmo. Eu trabalhava todo dia, das seis da manhã às cinco da tarde, trabalhava todo dia e tinha uma folga, né, uma folga durante a semana. Trabalhava no final de semana, eles comiam também, né! Era bem puxado, ficava a manhã inteira naquele, como é que chama aquilo? Naquele cortador, que apertava e saía batata, por exemplo batatinha, acho que chama cabra, cabrita, mas é um quadrado que você põe as coisas, daí vai e corta quadradinho, assim, bem pequenininho. A gente lavava louça, louça que eu falo é aquelas panelas que dava pra gente entrar dentro, pra tomar banho, né. Três tanques gigante pra gente lavar, né, aí a gente lavava. Os braços são tudo queimado, tá vendo? Os braços são tudo queimado de trabalhar lá, queimei tudo os braços naqueles negócios lá, de tão grande. Isso também, porque a gente é meio destrambelhada pra trabalhar, pra fazer as coisas correndo e as coisas lá era tudo gigante, né. Isso daí não vai mudar nunca, eu sou de limpar as coisas, de machucar, andar rápido, porque, às vezes, você quer andar rápido com as coisas e você acaba se matando. Mas lá, eu acho que tinha pessoa suficiente pra trabalhar.

Sabe, era ritmo de cozinha. Mal você terminava de fazer o almoço, lavava tudo e, logo você já tinha que fazer o café, né, pra eles tomar o café de tarde. Era o café e, depois, tinha a sopa, tinha que tá tudo picado pra fazer a sopa, a gente já picava muita coisa, às vezes, até antes do almoço. E as panelas era tudo elétrica, muito grande, era muito grande. Tanto é que teve uma mulher que entrou lá, não tinha um mês, ela se machucou. Assim, tiraram uma panela que cozinhava feijão, pra arrumar, e ficou o cano, deixaram o cano, ninguém colocou nada, ao invés de ter posto alguma coisa ali, não, ficou o cano. E aí, essa mulher nova, ela catou uma panelona dessas de alça, a panela era alta, ela foi de costa, enroscou o pé e caiu a panela, queimou ela inteirinha, queimou tudo. Um mês de trabalho e ela processou o hospital, mas, se ganhou, eu não sei. Foi acidente de trabalho. Nossa, Deus me livre, foi horrível!

Você tinha que tomar cuidado, você tinha que cuidar de você, procurar olhar melhor as coisas, mas não tinha como, né, você sempre tava se sapecando ali. Aí, eu consegui ficar um ano só. E também, com o tempo, uns seis meses, assim, a gente começa a ver as coisas, né... tinha paciente muito agressivo e, cada dia, era uma pessoa que servia. Por exemplo, hoje era eu que servia, outro dia era outro, outro dia era outra e, quando eles não gostavam da pessoa, a dona Cássia mesmo, essa mulher aí, no que ela colocava o café pra eles, eles faziam pá, café quente até, jogavam na cara dela. Eles não gostavam dela e jogavam café quente.

A dona Cássia era, assim, ela não maltratava, mas ela era enérgica, ela era ruim. Ela era ruim porque, é assim, a gente podia dar, podia servir uma caneca pra cada um, nada mais do que uma caneca de café com leite. Só que, na verdade, sobrava muito, às vezes sobrava meio tambor, aí ela mandava jogar e eu não jogava. Aí, eu chamava os caras na janelinha pequenininha, enchia o bule e eles mesmo repartiam, eu dava pro melhorzinho, né. E aí, ela começou a brigar comigo e eu comecei a brigar com ela. Ela jogava fora, imagina! Eu falava pra ela “dona Cássia, dá pros caras beber, dá pros caras comer”. Nossa, que maldade! Ela era má, então, eu comecei a brigar com ela. E eles sabiam, né, eles sabem, eles sentem tudo. Às vezes, são loucos, mas é um louco até meio consciente, louco por algum motivo, assim, mas eles são bem conscientes das coisas, eles eram meio conscientes. Você conversava firme com eles “não pode” e pronto. Mas ela, “ah não vai dar não, joga fora isso daí”, e eu não jogava, eu dava tudo, dava, dava mesmo.

O prato que era servido pra eles era, às vezes, uma ou duas conchas de feijão, já jogava aquele arroz em cima, sabe, colocava aquelas comidas e eles comiam até com a mão. Tinha comida pra todos, que eu me lembre. Aquilo derrubava tudo, Deus me livre, uma judiação, né. Ave Maria, era uma zona, não sabia se fedia xixi, ou se fedia cocô. Na cozinha, era fechado pra eles, mas no refeitório onde eles comiam era terrível. Era muito sujo. Eu lembro que teve um policial que entrou lá disfarçado, ele filmou isso. Ele conseguiu serviço na lavanderia e, na verdade, quem trabalha na lavanderia, não era todo dia, mas tinha o dia certo das pessoas levar as coisas pros quartos, onde ele filmava. Ele levava uma câmara muito pequena e filmava, entendeu? Então, tinha pessoas que foi filmado dormindo em cima de grade, sem colchão, pessoas tudo cagada dormindo, pessoas comendo bosta, louco de comer bosta mesmo, era uma judiação. Era assim, não tinha o que fazer.

A gente já imaginava como que era na psiquiatria, né, pra mim foi normal a adaptação porque, na verdade, a gente ficava na cozinha, né. E eu já tinha passado por bastante coisa na vida. Mas assim, na verdade, tinha paciente que ficava solto, que ficava andando por ali. Eu lembro que a gente sentava embaixo de uma árvore, durante o almoço, e eles ficavam tudo junto com a gente, convivia ali, mas nunca me fizeram nada, né. A gente tinha que saber viver com eles. Eu não tinha nenhum que era mais, assim, chegado, isso não, todos era doido, né. Mas tinha o Cesinha, esse era o da cozinha, o Cesinha já morava lá, entendeu? Ele tinha problema, daí, ele foi melhorando e pegaram ele pra ficar dentro da cozinha, pra ajudar na cozinha.

As alas eram mais restritas, eu nem entrava, nem podia entrar, só entrava a enfermagem. Não podia entrar, uma que era arriscado porque eles não tinham noção do que tava fazendo, não tinha noção. Tanto é que, tinha um cara, não sei se foi um rapaz que se chamava Maurício, ele enfiou o dedo dentro do olho do outro, brigando com o outro, esse outro era um japonês. Com o dedo, esse paciente enfiou o olho do japonês pra dentro. Então, eles não tinham noção da gravidade das coisas que eles iam fazendo. E agora, pra onde esses caras foram? Ninguém sabe. Porque solto, os que viviam nessa ala 7, não tinham condições de ser. Mas outra, eles davam muito remédio, muito remédio, os caras andavam até babando, babava! Acho que era pra não ter reação, pra controlar. Era uma judiação! Era bobo, bobo, vivia babando, babava, babava, eles babavam. Então, depois que fecharam, e aí? Puseram um pouco em cada casa, né, repartiram. De vez em quando, eu vejo uma perua, que eu vejo na cidade. Os que eles conseguiram aposentar tão na casa de repouso. Tem um enfermeiro e uma enfermeira que vai na rua com eles pra comprar as coisas pra eles, mas com o dinheiro deles. Eu ainda vejo, de vez em quando, eu ainda vejo essa perua na rua.

O hospital era bem pra dentro. Nunca tinha nada ali na entrada, na entrada só tinha a portaria mesmo. Tinha a entrada, você entrava lá, daí, já era o escritório ali na frente, aí você descia por trás, já tinha a cozinha e, do outro lado, eram as alas. Na verdade, atrás dos escritórios, essas coisas, era a lavanderia. A cozinha e o refeitório eram um negócio só, mas repartido, era grande. Pra comer, entrava no refeitório uma ala, se fosse a ala 7, parece que era só a 7. A 7 era terrível, né, aí, saía a 7 e entrava a outra. Por exemplo, a ala 2 e a 3, que eles conseguiam se manter, assim, era mais sossegadinha, aí vinha até duas alas juntas, né. A ala 7 andava quase tudo sem roupa, não tinha, eles não ficavam de roupa, eles tiravam a roupa, eles não vestiam.

Lá era bem frio, muito frio mesmo, tanto é que, quando chegava a época mais fria, eu chegava às seis horas da manhã e tinha gelo na entrada. E eles iam pro refeitório tudo pelado. Sabe, davam banho nos pacientes e não secavam eles, eles iam pelado, tudo tremendo. Você via aquilo, nossa, Deus me livre, cheguei a tomar Diazepam pra dormir por causa disso! Nem secavam! Às vezes, muitos fazia cocô pelo caminho e eles catavam o cocô, o enfermeiro vinha com luva querendo abrir a mão deles, assim, pra tirar o cocô, pra lavar. Você não sabia se era fedor de cocô, o que era. Eu, lá, no começo, eu não comia de jeito nenhum, não comia, não tinha como. O cheiro, assim, você sentia aquele cheiro, era forte, muito forte. E não era só no refeitório, era no refeitório e, com certeza, nas alas também, né. Era bicho, era uma judiação.

Não sei se era dos comprimidos, que eles ficavam desse jeito. Sei lá, dá muito remédio pra coisa louca, você fica mais louco ainda. Toma um remédio, assim, um Diazepam hoje, amanhã e depois e depois e depois, e não dorme o suficiente, você fica babando, baba. Medicamento fortíssimo, a quantidade que davam era pra ficar louco mesmo. Ah isso mexe, né, a gente tem dó. Gente, são pessoas, né, são humanos, são humanos! Acho que isso não devia de fazer nem com um cachorro, até o cachorro da gente vive melhor. Meu gato, por exemplo, tá lá tudo estropiado porque ele briga na rua, mas tá lá debaixo do ventilador, dormindo na cama. A gente tinha dó, né, eu tinha dó.

E ali não tinha só essas pessoas loucas, tinha essas pessoas que bebia, os drogados, tinha um lá do Mato Grosso do Sul que mandaram pra cá. Ele era bem consciente esse cara, só que ninguém vinha buscar, entendeu? Ele tava aí, mas ninguém vinha buscar e ele ia ficando. É igual esse Cesinha, a família abandonou, ele não tinha família, ele tinha filha, mas não sabia nem quem era mais, não sabia mais pra onde existia e, aí, ele foi ficando. Na cozinha, ele era o único paciente que trabalhava lá. Não sei pra onde ele foi depois que fechou. O Cesinha, na época que eu cheguei, já fazia muitos anos, muitos anos mesmo, que ele já vivia ali. Quando eu saí de lá, ele ainda ia aposentar, eles tavam arrumando os papéis do coitadinho pra ele aposentar. Ele trabalhava lá de graça, ele levantava primeiro que todo mundo e dormia por último. Isso era um trabalho escravo, né, trabalho escravo, você trabalhava pra comer, beber e dormir, mais nada.

Teve um paciente, depois que ele saiu de lá, a família pegou, mas sei que iam na casa dar a medicação pra ele. Olha só, tinha um enfermeiro, esse enfermeiro era muito folgado, eu lembro bem dele, lembro o nome dele, ele era folgado, novo, era ele que fazia

os pacientes coçar pé e não sei o que, era bem ele que judiava. O que aconteceu? Esse paciente loucão que tava lá, a parente pegou, levou pra casa e ele, o enfermeiro, ia na casa pra fazer as coisas do tratamento pro cara. Esse enfermeiro foi algumas vezes na casa desse paciente, e o que esse paciente fez? Pegou uma faca e matou o enfermeiro. Oh, tá vendo! O enfermeiro judiava dele, tanto que judiava, que esse paciente tinha raiva dele. É louco, mas guarda as coisas que os outros faz.

Olha, que a gente ficava sabendo e, às vezes, até você via alguma coisa, era mais os homens que judiavam dos pacientes. Na verdade, às vezes, a gente ouvia as coisas, que nem eu falei pra você, mas a gente não chegava muito a ver. Quando você via as coisas, às vezes, você não falava, porque era enfermeiro, era médico. Tem aquele ditado, de médico e louco todo mundo tem um pouco ali dentro, entendeu? Eu não tinha tanta convivência com os médicos, essas coisas, mas os médicos tinham mais cara de louco que os coitados dos pacientes. Os médicos tinham mais cara de louco do que os loucos! Acho que, de tanto que eles conviviam com as pessoas, acabavam se transformando quase igual, ou os médicos deixaram os pacientes mais loucos ainda, não sei. Mas você vê, eu não tinha nem medo dos pacientes, eu não tinha medo. Na verdade, tinha hora que você tinha que ficar meio ligeiro, mas era com os enfermeiros. Às vezes, você tinha que ter mais medo de enfermeiro, sabe? Falar as coisas e eles não gostar, “ah você trabalha na cozinha e não entende de nada”. A gente sabia que não podia falar, você sabe que cozinha é cozinha, enfermeiro é enfermeiro, médico é médico.

No hospital, os que eles conseguiram aposentar, eles foram aposentando e, na verdade, eles eram obrigados a dar o recibo de tudo que gastava deles. E levavam os pacientes pra rua, eles comiam, bebiam e compravam uma camisetinha ali, eles vinham tudo feliz. Tinha um que gostava de carrinho, aí, se eles compravam dois ou três carrinhos de plástico, pronto, aquilo ali era a felicidade dele. E ficavam com o resto do dinheiro dos coitadinhos. Mas pagam, viu! Viu, não é depois que morre não! Você vai pagar aqui mesmo pros outros ver. Um pouco da mamata já acabou, né, de eles ficarem com o dinheirinho dos coitadinhos. Eu entendo que não podia dar na mão dos pacientes, mas como é que você vai gastar o dinheiro dos outros? Que eles dessem, vamos supor, cem, duzentos reais pros pacientes, mas cadê o resto? Aí, era só no outro mês que levavam os coitadinhos pra cidade. Tinha uma cantina também, mas só tinha porcariada, só docinho, balinha, as coisas bem ralé. E esses coitados, tudo babava, nem reclamava, porque vai reclamar de que jeito? Não falavam nada. Graças a Deus, eu não sei se é

graças a Deus, que fechou, né, que esparramaram todos, mas deve ter as casas certas pra eles, né!

Quando eu percebo que o negócio tá começando a afetar alguma coisa, eu já sumo, eu não espero acontecer. Foi assim no hospital, eu saí antes. Era seríssimo o que acontecia lá e eu comecei a ter que tomar remédio pra dormir, eu comecei a tomar, quase no final já, mas, depois que eu saí de lá, eu parei. Eu comprava esse remédio, até com um rapaz que era conhecido e ele vendia, eu conseguia pegar com ele uma caixinha por mês. Acabei pegando umas três, depois parei. Parei porque, aí, eu já tava acostumada a dormir só com aquilo, mas eu não dormia o suficiente do comprimido e, se você não dorme o suficiente do comprimido, você começa a ficar mal. Mas sei lá, eu não conseguia dormir. Coisa que você não pode resolver e você continua vendo, é melhor você sair fora, senão você fica doida lá. Naquela época, eu tinha vontade de, assim, alguém chegar e ver mesmo o que tava acontecendo, igual aconteceu com o cara, com o policial que filmou tudo lá.

Hoje, eu ainda trabalho, trabalho num hospital oftalmológico. Eu saí do hospital psiquiátrico, fui trabalhar num motel e fiquei quatro anos. Aí, depois, graças a Deus, eu arrumei lá nesse hospital e tô lá porque eu gosto. Nossa, é muito diferente do hospital psiquiátrico, tá louco! Eu sou da parte da limpeza ali, né, mas ali é muito bom, ali médico gosta de você, enfermeira gosta de você, a atendente gosta de você, paciente gosta de você, paciente te dá presente quando ele gosta de você. Bem diferente, Deus me livre, completamente diferente. Nove anos que eu trabalho nesse hospital e eu pretendo ficar até dez, né, mas vamo ver o que Deus prepara. Eu queria ficar até dez, né, mas eu já tô cansada, cansa, cansa mesmo. Cansa porque você tem o serviço, você tem a sua casa, as coisara toda pra resolver, né, porque é a gente mesmo que resolve tudo.

Então, voltando a falar do “Caridade”, que você quer saber como que eram os pacientes, essa questão racial, né, acho que era tudo misturado. Mas tinha bastante negro, bastante, acho que era mais, sim, uns setenta por cento. Eu acho que lá foi o pior lugar que eu já trabalhei, isso pelos pacientes, né, pelas coisas que a gente via. Não que você não soubesse o que podia vir pela frente, né, mas você imaginando e convivendo, é outra coisa. Eu não gosto de lembrar, me faz mal, porque eu tenho dó. Eu tenho dó, eu fiquei com dó da gente não resolver, eu fiquei com muito dó, mas não teve o que fazer. Dá dó, né, porque são pessoas, tinha pessoa que eu gostava bastante.

Outro dia, eu encontrei um, ali no Mercado, ele pediu um cigarro pra mim e eu dei, você não dá mais com medo, né, de ele não poder fumar. Ele era bem bonzinho. Eu gostava dos pacientes, só não podia catar e trazer embora, né. Tanto é que, quando eles foram transferidos do hospital pra lá [residência terapêutica], tem uma amiga minha que mora lá perto até hoje, daí, eu encontro ela e eu já pergunto pra ela dos pacientes. E ela fala “Ana, eles tão um pouco melhor, eles tomam menos remédio, eles não ficam mais dopado daquele jeito”. Encontro ela, ainda, de vez em quando, é difícil, mas eu ainda encontro e eu sempre tô perguntando e espiculando. Coisa que nem devia, né, tá perguntando, mas tem que dar uma espiculada pra ver se tem alguém sobrevivente. Sobrevivente da psiquiatria.

Igual ali, nesse outro hospital, no “Feliz Destino”, encontraram quantos mortos? Vai saber se não doparam esses coitados que tava dando um monte de trabalho, né? Injeção, “vamo matar mesmo, tá dando trabalho”, vai saber? Você não sabe. Tinha um monte de ossada, quando começaram a cavar ali, pra fazer o supermercado, tinham muitos ali, acharam muitos ossos. Isso mexeu comigo, lógico, gente, nossa senhora! Já pensou, uma pessoa acamada, ruim e só porque tá incomodando “ah vou matar” ou deixa lá de qualquer jeito, e aí, “morreu do que?”. Era fácil, pra todos era só falar “ah infartou”. Nem dava satisfação, porque os pacientes não tinham família, tanto é que enterrava ali, não tinha família, ninguém aparecia. No “Caridade”, eu não me lembro quem foi, mas eu vi duas pessoas que morreram lá, agora do que morreram, a gente não sabe. Só via a funerária vindo buscar, mas nem sei pra onde que levava, a gente não sabia. Quando você ficava sabendo, era assim “morreu lá da ala não sei o que” e a funerária vinha. A gente não ficava nem sabendo direito. Ali na cozinha, você chegava e o corpo já tinha saído. Mas, isso daí, às vezes, quanto que não aconteceu e você não ficava nem sabendo? Nem tudo a gente ficava sabendo.

Ai, tem coisa que, se eu lembrar, assim, eu choro. É que nem eu começar a contar pra você, agora, parece que você tá ali dentro de novo. Eu choro. É muita crueldade! São pessoas, gente! Eu nunca judiei de cachorro, eu nunca matei uma galinha na minha vida, nunca. Naquela época, no hospital não tinha tratamento não, não sei agora como tá, mas, na época, não tinha tratamento. Era assim, eles tavam tipo quebrando galho só, com os coitados. Na verdade, mal davam banho, né, acho que muitos, eles dopavam de remédio pra dormir, pra levantar de manhã e ficar babando e não incomodar eles também, entendeu? Acho que dá pra dizer que era um descuidado. É um descuidado, na

época, foi bem um descuidado. Tem coisa que, às vezes, a gente começa a ver e é bom nem lembrar, né, porque é difícil a gente ter visto isso tudo. Isso pode virar uma história, né? É uma história. Era uma vez, o “Caridade”, que era não sei o que, fechou, mas fechou por falta do que? De cuidado. Isso também não pode esquecer.

Eu imagino, assim, se a gente que não tinha um parente ali dentro, não tinha nada, a gente sente, imagina quem tinha parente ali? E quem tinha? Domingo tinha visita, vinham várias visitas, né, aí, eles pegavam as pessoas das alas e levava lá pro jardim. Vinham mais arrumadinho, né, ficavam no jardim, que era bonito, era cuidado. Mas era a aparência só, né. Vem muita coisa na lembrança às vezes, né. Vem muita coisa. A gente só não tem tempo de ficar remoendo aquele passado, entendeu? Você fala “pronto, pra mim morreu aquilo”, né. Não morreu, mas, de certo modo, também morreu. Morreu pra mim, porque eu trabalhei lá, não tenho mais nada a ver com o hospital, não tinha paciente lá meu, não tinha parente meu, então, eles já resolveram o problema dos pacientes. Mas, se você começa a voltar o filme pra trás, de novo, aí, você começa a lembrar das coisas, dos coitadinhos, porque eram uns coitados. Credo, não é muito bom! Não é muito bom porque não foi um lugar bom.

Não lembro de mais nada agora, não lembro mais.

1.6. Antônia

Eu me chamo Antônia, eu sou uma mulher preta, tenho formação em contabilidade e no Serviço Social. Quando eu entrei no “Caridade”, eu entrei no SAME [Serviço de Arquivo Médico], no final dos anos 80. Eu acompanhava a questão das internações e todo o contato com os familiares, né. Depois de um tempo, do setor do SAME, eu passei pra área administrativa, de segurança do trabalho, mas eu ainda tinha contato com todo mundo.

Eu me formei em Serviço Social há pouco tempo, era meu sonho. Aliás, as assistentes sociais que trabalhavam no “Caridade”, sempre me incentivavam, porque a gente tinha muito contato com as famílias, mas, na época, não dava por causa da condição financeira. Eu fiz Serviço Social na primeira turma que abriu, numa faculdade aqui em Sorocaba. Foi uma luta, mas foi satisfatório, apesar de eu não ter atuado na área. Eu fiz estágio no “Caridade”, mas, aí, a questão financeira não compensava, então, acabei não trabalhando lá como assistente social. E também teve todo aquele processo do fechamento e tudo o mais, né.

Antes de entrar no “Caridade”, eu trabalhei em comércio. Fui pro “Caridade” porque, na época, a gente tava vivendo uma crise também, da questão de desemprego e de inflação. Era a Ditadura. Sorocaba sempre foi uma cidade bem centralizada e, pra nós, negros, era bem mais complicado serviço, porque não era todo lugar que contratava a gente. Eu me formei em Contabilidade, fiz um curso técnico, mas eu não consegui entrar em nenhuma empresa. Tava escrito na frente do lugar que tavam contratando, quando eu chegava no lugar, me falavam “não, já foi contratado”. Sorocaba sempre foi uma cidade provinciana e racista. Mas enfim, eu consegui um emprego no comércio, em um supermercado grande, fiquei trabalhando por dois anos, mas depois eu saí porque, na época, em família, a gente ia montar uma empresinha. E aí, uma prima minha, que trabalha até hoje com um dos médicos, ela já trabalhava lá no “Caridade” e ela me indicou.

Quando eu entrei, a gente trabalhava em quatro ou cinco meninas na secretaria, as meninas eram brancas e eu era a única negra, não, era eu e essa minha prima, que a gente trabalhava junto. Além do SAME, tinham outros setores na parte administrativa, como RH [Recursos Humanos] e Contabilidade. O volume de internações era muito grande, o “Caridade”, ele girava em torno de 600 pacientes por mês. Era muita gente,

era muito paciente, eram muitos funcionários, era muita internação. A área administrativa trabalhava muito, tanto que, até 2012, acho que tinha uma média de uns trinta mil prontuários. Tinha paciente do Brasil inteiro internado no “Caridade”, na verdade, nos hospitais daqui, né. Os pacientes que vieram de longe, principalmente do Norte e do Nordeste, ficaram abandonados porque, imagina, o Brasil é muito grande, se agora é difícil de vir de lá pra cá, antigamente, então, piorou, daí a família não vinha buscar. O “Caridade” atendia menores de dezoito e maiores, acho que foi o único que ficou com pacientes menores de dezoito anos. Muitos pacientes eram classificados como pacientes moradores, os crônicos.

Nós, do SAME, a gente acompanhava desde a entrada do paciente até a saída, seja de que forma fosse, por alta ou por morte. Tinham as altas a pedido, que as famílias pediam, principalmente, no caso dos pacientes alcoólatras e drogaditos. Esses pacientes, os alcoólatras e drogaditos, no primeiro contato com a família, já pediam a alta, a mãe pedia a alta quando via o filho e, alta a pedido, não tinha como questionar. Eu lembro que, no início, a visita só podia ser após quinze dias de internação, mas daí, depois do processo de mudança, já no primeiro dia que internava, a família tava autorizada a visitar.

Pelo SAME, a gente fazia o contato com as famílias dos pacientes pra avisar óbito, conversar e tudo o mais, né, era por telefone que a gente avisava. Era a gente que dava notícia, porque tinha plantão de final de semana, então, se tinha um óbito, a gente que tinha que fazer esse contato e avisar a família. O SAME funcionava de final de semana, também pra atender as visitas, a gente estava ali, na recepção do hospital, né, então, a gente acabava fazendo um pouco de tudo.

Quando eu saí do hospital, nossa, eu saí bem desgastada, porque foi um processo difícil pra nós, do “Caridade”, né. Assim, não que a gente não concordasse com a mudança, lógico que a gente sabia que tinha que mudar, mas é a forma como nos trataram, principalmente nós, funcionários, em contato direto com todo o processo. A gente era, assim, tratado como descarte. Todo o histórico, todo o trabalho anterior que a gente teve, isso não foi valorizado, a gente foi meio ridicularizada, pra dizer a verdade. E a gente sentiu demais, porque a culpa não era nossa. A gente, a vida inteira trabalhou lá, a gente deu a vida, né! Não era pelo salário, até porque o salário sempre foi o menor da saúde, a gente trabalhava por amor mesmo.

No dia que veio a fiscalização pra fechar, polícia e tudo, a gente chegou e tava todo o policiamento lá dentro. A forma que nos trataram, com truculência e tudo, a gente não merecia isso, porque todo mundo sabe o que tinha por trás. Todo mundo, a vida inteira, soube como que era a psiquiatria, então, não precisava daquela truculência. Nesse dia, quando a gente chegou, já teve que descer direto pro refeitório. Tinha polícia federal, polícia militar, tinha tudo, todo mundo lá, com o garruchão. Se precisasse de algum dado, eles não falavam “pega o dado que a gente precisa”, era grito e ameaça, isso com todo mundo, com todos os funcionários, sendo que, a maioria era antigo lá, o mínimo de tempo era gente com dez anos de trabalho, era gente que viveu a vida lá. Gente, a gente não era bandido, a gente é trabalhador, trabalhador sofrido da área da saúde, que a vida inteira sofreu com o menor salário da saúde! Quando precisaram de algo do meu setor, já foram gritando “sobe logo, porque senão a gente vai arrebentar a porta, vamo abrir a porta à força”. Eles não tiveram esse cuidado e, mesmo depois, o instituto terceirizado que assumiu quando passou pra gestão da prefeitura, não teve esse cuidado com os funcionários.

Antes de tudo isso, era muito boa a nossa convivência lá. Lógico que, no início, eu estranhei. Eu sempre tive uma pessoa deficiente na família, tenho uma prima que foi diagnosticada com Síndrome de Down, mas não era, era um retardo leve que ela tinha e também era deficiente visual. Como ela cresceu com a gente, eu já tinha esse histórico na família, do cuidado e da deficiência, né. Mesmo assim, quando eu fui trabalhar no “Caridade”, lógico que, nas primeiras vezes que entrei nos blocos, aquilo foi chocante. Eu nunca tinha entrado no hospital psiquiátrico e, ver aqueles blocos, aquele monte de homens, aquele número de homens nus, aquilo foi bem impactante, né. Em relação aos óbitos, que a gente trabalhava muito com isso no SAME, com a parte burocrática, não que a gente se habituasse, não é isso, não que a gente se acostumasse com tudo aquilo, mas a gente tinha que, de alguma forma, continuar. A gente tinha que trabalhar e fazer o melhor que podia e, assim foi indo, entre altos e baixos, mas foi indo. Nossa, eu lembro que eu tive até pesadelo na primeira semana que eu entrei trabalhar.

Mas foi um período que, assim, era gratificante também, não tinha momento de você estar reclamando por causa dos pacientes, sabe? Acho que o que era mais complicado mesmo era a estrutura, era a relação com os funcionários e tudo mais, mas em relação aos pacientes, era gratificante o trabalho que a gente fazia, era muito gostoso. O povo não entendia, “mas você trabalha na psiquiatria e gosta?”, mas a gente ama,

não tem como, né. As pessoas não entendem, como eu falei, mas era algo satisfatório. No “Caridade”, a Administração era em cima e, embaixo da administração, era o bloco A. Era A, primeiro, e depois virou bloco 1, sempre foi mudando o nome, mas ali ficavam os idosos, os velhinhos, né. Eu me lembro bem, isso marca muito a gente, eu lembro bem a questão do abandono, isso era muito dolorido.

Com os pacientes, eu tinha o contato quando a gente recebia na internação. Quando eles eram encaminhados todos pro bloco, iam pra triagem e, depois, pra serem distribuídos no respectivo bloco, isso era direcionado pelo médico, então, eu acabava tendo mais contato com a família nesse momento da chegada do paciente. Não que não tivesse contato com os pacientes, tipo, os pacientes alcoólatras, os que eram liberados pro jardim, que era mais os do bloco 5, a gente conversava com esses. Agora, com os que não eram liberados, com o pessoal dos blocos 6, 7 e 8, já era menos o contato. Nesses blocos, onde ficavam os mais crônicos, na época que eu trabalhava no SAME, a gente nem podia estar entrando. Eu tinha contato mais com as histórias deles, isso quando a família vinha conversar com o médico, mas a gente nem sabia de muita coisa.

Uma parte do meu trabalho no SAME era organizar o arquivo do hospital e, uma vez, por curiosidade, uma colega e eu mexemos na parte de prontuários de mulheres. Acho que em 1964, quando foi inaugurado o “Caridade”, o hospital recebia mulheres, mas acho que foi por pouco tempo, porque daí, depois, iniciou o “Amável Donzela” e as mulheres foram pra lá. Essa divisão aconteceu, eu acredito, porque devia ser muito mais difícil, né, mulheres e homens juntos, mas eu não tenho certeza se esse foi o motivo. O arquivo existia, ficava lá e, como foi bem no início do “Caridade”, a numeração do 1 até tal número, era apenas de prontuários de mulheres. Acho que chegava em trinta ou quarenta prontuários de mulheres, e a numeração permaneceu, não usávamos o mesmo número pra cadastrar os pacientes, porque o número era daquela pessoa, mesmo que ela saísse e não voltasse. Uma vez, acho que foi depois que eu fiz o Serviço Social, eu li alguns desses prontuários e eu vi que as meninas eram muito novas. Eram internadas com vinte, vinte e poucos anos e, olhando esses prontuários, eu vi o nome de algumas famílias que a gente conhece, as meninas de família tradicional de Sorocaba, lá internadas.

Não que eu tenha lido esses prontuários todos, porque eu não li, mas eu refleti que essas meninas foram internadas no período da Ditadura. Talvez, elas tenham sofrido algum tipo de perseguição, então, me veio essa questão de que aquelas mulheres podem

ter sido internadas por transgredirem a sociedade, quando fugiam dos padrões, ou até quando engravidavam. Quando engravidavam, com certeza, iam pro convento também. Isso não tava lá escrito, mas é uma interpretação minha, por causa da idade delas. Eram meninas que, não sei, talvez, tenham transgredido, principalmente, na questão do casamento, pode ser que não quisessem obedecer pai, ou coisa assim, e acabaram indo parar lá. Não tinham mulheres mais velhas entre essas pacientes, então, eu acredito nisso mesmo, podia ser a questão da gravidez indesejada, do aborto e até depressão pós-parto.

Nos hospitais, teve uma época que se internava direto, era um médico que fazia o encaminhamento, isso se o paciente tinha carteira de trabalho, porque era pelo INSS, então, já fazia toda a documentação necessária pra gerar uma AIH [autorização de internação hospitalar], aí, internava. Antes, era a polícia ou qualquer outro veículo que conseguissem ali, na hora, que levava pacientes para as internações. Então, o “Caridade” internava somente os homens, vinha todo o processo das internações e, os que eram internados eram os alcoólatras, os drogaditos, os que eram de doença mental mesmo, né, mas eram os chamados excluídos da sociedade. Muitas internações aconteciam porque, simplesmente, as pessoas não queriam esse familiar, ou tinham um laudo médico e internavam por questões de herança, então, assim, é muita coisa, é muita coisa, é muita coisa.

Depois que passou pro SUS, já começaram as fiscalizações nos hospitais psiquiátricos. Eu me lembro da primeira fiscalização, porque eu já tava lá, eu entrei em 1987 e, em 1988, acho que teve essa fiscalização. Toda a documentação do hospital era enviada pra DIR [Divisão Regional de Saúde], tudo em relação à documentação, porque todo mês tinha que fazer a renovação das internações. E era um trabalho extenso, porque eram seiscentas, em média, seiscentas AIH por mês. Era bem estressante, porque dependia de o médico preencher essa AIH, dependia das assinaturas, dependia de muita coisa, da equipe também que atendia. Todo mês tinha que ser enviado de todos os pacientes, mesmo dos moradores, com todos os dados, o estado do paciente, se ele tinha melhorado, se ele não tinha, os diagnósticos, tudo. Dos moradores, tinha pouca alteração nesse estado do paciente, crônico era muito pouco, o que mudava era mais no caso dos pacientes agudos. Mas isso tudo precisava ser informado, porque foi determinado menos tempo de internação, então, esses relatórios eram justamente pra evitar de cronificar o paciente. Dos pacientes agudos, a gente enviava AIH no dia da internação e, dos moradores, no final do mês. Quando começaram essas fiscalizações, passaram a exigir

um relatório da equipe inteira, então, controlar tudo isso era bem difícil, era uma papelada. E era tudo datilografado.

Com a regionalização, se chegava alguém direto lá pra internar, pelo SUS, a gente não conseguia, então, tinha que passar pelo Hospital Regional antes, pela central de vagas. Os pacientes passaram a ser levados de ambulância a partir desse período. Às vezes, chegava ambulância do Regional com três, quatro pacientes ao mesmo tempo, porque eles esperavam juntar os do dia, isso acontecia direto. Agora, caso fosse particular ou convênio, porque sempre teve convênio e internação particular, aí, sim, internava direto. Acontecia de a família internar particular e depois tentar transferir pra uma vaga SUS, através da AIH, mas isso era muito raro, era mesmo só se chegasse alguma coisa muito grave lá, que a gente tinha que aceitar, pra não configurar omissão de socorro. Atendimento de convênio tinha muito pouco, até porque, quando a pessoa tinha condição de internar pelo convênio ou particular, a maioria ia pro Bairral. Particular que a gente tinha no “Caridade”, a maior parte era gente que vinha de São Paulo, alguns vinham até pra fugir de alguma coisa, tipo, se esconder porque tava sendo perseguido, e se internavam no particular, mas isso era em menor quantidade.

Uma coisa que me marcou muito é o tanto de internações que vinham da FEBEM. Com a mudança da FEBEM, muitos meninos, negros, abandonados, que eram só surdos, ou tinham algum probleminha no sentido físico, não era nem o mental, eles vieram parar no “Caridade”. Eram crianças que tinham sido abandonadas, que foram pra FEBEM e, de lá, foram transferidas pros hospitais psiquiátricos em 1990, 1990 e pouco, não lembro bem, e ali permaneceram a vida toda. Um desses meninos, que veio da FEBEM, foi o Fábio “jacaré”, que viveu sempre ali, esse era o apelido dele, né. Esses meninos vinham sempre sem muita referência, então, colocavam um apelido, alguma coisa pra poder identificar. Eram, assim, muitos meninos abandonados, ou que a família foi morta, ou que eram da periferia, da favela e, às vezes, eles se lembravam de algum detalhe violento da vida deles. O Fábio mesmo, ele lembrava que, quando ele era pequeno, entraram na casa da família, atiraram na família e ele e a irmã escaparam porque se esconderam embaixo da cama. Eles sobreviveram e foram encaminhados pra FEBEM. Então, é isso que a gente fala sobre a questão dos excluídos, né, principalmente as crianças negras.

Eu me lembro que teve o processo de virem pacientes do Juquery pro “Caridade”, eu acho que foi bem uns cinquenta pacientes. Esses pacientes já eram crônicos e, a maioria, era mais de pardo pra retinto, preto mesmo, né, então, a maioria era de negros.

Agora, eu não tô lembrada o período, mas eu já tava lá, acho que 1990 e pouco, 2000, mas sei que tiveram essas transferências e foi um pouco pra cada hospital. Um pouco pro “Caridade”, pro “Feliz Dia a Pobrezinhos”, um pouco pros outros. Lembro que, depois, as equipes interagiam, porque esses pacientes se conheciam, então, tinha saudade do outro, porque eles tinham convivido muitos anos no Juquery juntos, né. E, viu, a maioria sem dados, a maioria com pouco dado, a gente até questionava “poxa vida, pegam tanto no nosso pé em questão de dados, mas olha o Juquery, que é do Estado, sem dado nenhum”. Pense bem, se em um psiquiátrico normal, já é difícil o contato com a família, imagine um do porte do Juquery, que era manicômio, né? Então, eles vieram sem nada, quer dizer, eram um número e só. Isso que era dolorido de ver.

Esses pacientes do Juquery, já vinha até estabelecido que paciente que vinha, pra qual vaga, pra ficar em qual bloco, conforme a patologia, até porque tinha a questão do número de vagas em cada hospital psiquiátrico. Como o “Caridade” tinha mais rotatividade e era o maior, com mais vagas, talvez, tenha recebido um número maior desses do Juquery. Lembro que eles já vinham com a AIH de moradores. Lembro até do dia que chegaram e do processo de internação deles. Nesse dia, nós ficamos preparadas pra receber esses pacientes, nem foi aberto outro tipo de internação, porque eram muitos do Juquery, então, imagina o trabalho pra gente identificar todos eles, pra não se perder na questão do mínimo de identificação que tinha. Foi feita toda a internação, a anamnese, a prescrição, o relatório de enfermagem, de serviço social, de psicóloga, nossa, foi uma semana intensa. Pra pegar cada paciente que descia [do ônibus], lembro até que a gente pediu que viessem identificados com crachá, pra facilitar, né.

O “Caridade” também funcionou como manicômio judiciário, eu lembro que alguns médicos, dois ou três, eles faziam laudo pericial. Quando eu entrei, toda semana tinha o agendamento dos presos, que iam fazer os laudos periciais lá com eles, porque esses médicos eram peritos. E lá era, sim, manicômio judiciário, tinha bastante que vinha de Franco da Rocha e ficava ali. Esses pacientes eram separados pelos diagnósticos, não era pelo crime que a pessoa praticou, era pelo diagnóstico, essa era a prática habitual, né. Vinha e ficava ali, não tinha tratamento.

Em porcentagem, acho que, por volta de 80% dos pacientes do “Caridade” era preto ou pardo, então, predominava o negro no hospital. A maioria dos pacientes era analfabeto também. Como a gente trabalhava com o Censo, a gente sabia disso. A informação de raça/cor constava na ficha de internação desde que iniciou o hospital,

constava desde sempre, por causa que tinha o Censo, também a questão do atestado de óbito que tinha que estar compatível, então, isso era analisado. Mas o que gente percebia? Nessa questão de fazer a ficha cadastral, de funcionária preencher o campo, essa questão de que cor a pessoa era, isso era problemático, porque muitos que eram pardos, eram colocados como brancos, então, tem essa deficiência de dados. Indígena, então, eu realmente não me lembro de nenhum, mas, talvez, até por não identificar na ficha, porque essa questão do índio, por parecer algo mais longe da nossa realidade, a gente nem lembra, fica mais invisível. É possível que ficassem nesse guarda-chuva do moreno, que era como classificavam os pardos. Acredita que colocavam moreno? Dependendo de quem fazia a ficha, colocava moreno!

Em relação às pessoas negras, algumas não se consideram negras e não consideram o outro também, isso até agora, até na questão de falar, falam que a pessoa era morena, moreninha, se fosse mais clara, então, isso era difícil. O que acontecia também era a própria família falar branco quando a gente perguntava. Essa visão, em questão dos negros, eu acho que tinha isso, tinha esse fato de as pessoas não se identificarem como negro, então, a questão da raça ficava invisível. Eu lembro do último Censo que nós fizemos, eu acho que, depois de alguns anos não teve mais, não sei porque não incluíram a psiquiatria mais, acho que o último foi em 2000, 2000 e pouco, e que cobraram muito a questão da escolaridade, né, porque era um dado que a gente nem considerava antes disso. A escolaridade dos pacientes era baixa, era muito baixa, até mesmo entre os familiares. Teve até um período que foi feito um projeto de escola no hospital, no setor de terapia ocupacional, pra ensinar os pacientes, pra alfabetizar ou pra aqueles que queriam continuar a estudar, então, algumas professoras foram contratadas.

Teve a questão do eletrochoque, eu peguei a fase do eletrochoque, que era bem complicado. A primeira vez que eu vi fazendo, era bem... assim, me marcou muito. Foi um período, 1980 e pouco, eu não lembro muito bem quando foi proibido, mas eu acho que foram alguns anos que a prática do eletrochoque continuou acontecendo. Presenciei uma aplicação em um paciente muito agressivo e aí, como o local que fazia era o local da secretaria, até chamaram a gente pra ver. Eu fui uma vez, mas eu nunca mais quis ver, porque foi muito chocante. Esse paciente era muito agressivo, mas a agressividade, a gente sabe que nem sempre era por causa da doença mental, a agressividade, geralmente, era um pedido de socorro. Eu não tinha essa dimensão, ainda, na época, eu

era nova e tudo, tinha vinte e dois anos e não tinha essa visão mais crítica. Isso vem com o tempo, as coisas vão acontecendo e a gente vai analisando, então, pra mim, aquilo era tratamento.

É interessante porque, agora que você tá me perguntando essas coisas, sobre castigos, punições, se tinha a questão do cuidado ou não, até a questão da higiene bucal eu tô repensando. A higiene bucal era difícil, né, então, segundo alguns dentistas, os pacientes nem tinham tanta cárie, mas eles tinham como prática arrancar os dentes deles. Acho que pode ser pela questão da agressividade, da mordida mesmo, agora que me veio esse pensamento. É algo também que, como a gente não tinha muito contato, né, na época, era difícil de pensar. Mas eu lembro bem que, alguns dentistas, falavam que até que eles não tinham tanta cárie, até porque eles não comiam tanto açúcar, né, eles tinham uma alimentação até que meio saudável, eles não comiam muito doce, a sobremesa era a sobremesa da refeição. Então, provavelmente, a prática era mesmo a de tirar o dente pra não morder, mas que também pode ter a ver com uma prática mais conservadora, né, comum daquela geração. Mas evitar de morder outro paciente e até os funcionários, isso faz sentido, com certeza, pode ser que já fosse uma das práticas também de contenção.

Até a questão da contratação, depois eu repensei isso, porque eu tenho certeza que não consegui alguns cargos por ser negra, tenho bem consciência disso. Eu não consegui entrar no Serviço Social lá. Teve um período que contrataram uma assistente social negra, mas ela ficou poucos dias, porque um dos filhos do médico viu que ela não tinha o perfil. Enfermeira, eu lembro que entrou uma enfermeira negra como responsável técnica, ela tinha anos de experiência no Regional, mas ela não ficou no “Caridade”. Depois disso, entrou uma enfermeira branca como RT [responsável técnica]. É aquele racismo estrutural, né, e a gente percebia muito essa questão do racismo, até nas falas das pessoas. Eu fiquei meio termo, porque, quando você é um negro um pouquinho mais claro, se você é mais clara, você fica naquela fronteira, mas eu me vejo como uma mulher preta e afirmo isso.

No “Caridade” me chamavam de morena, moreninha, isso as famílias, funcionários, tudo. Alguns até falavam “mas você não é negra” e eu falava “eu sou negra, gente! Como que eu não sou negra? Sou filha de negros, meus avós são negros, olha os meus traços, olha o meu cabelo!”. A minha vontade era de dizer que, se eu tive que alisar o cabelo, porque naquela época eu alisava, era pra eu poder trabalhar ali, era

a questão de ter que alisar o cabelo a vida toda pra entrar no perfil. Agora não, eu deixo natural, eu gosto do meu cabelo, mas foi um sofrimento a vida inteira. A gente deixou de participar de muita coisa porque não podia molhar o cabelo, tipo piscina, era sofrimento total! A vida toda gastando dinheiro que não tinha, pra poder alisar o cabelo e ser contratada. Imagina chegar de black? Eu lembro que, teve uma vez, eu cortei o cabelo bem curtinho, deixei ele natural, cortei com maquininha, ficou bem bonitinho e daí, quando eu cheguei no “Caridade”, nossa, foi um espanto. Eu lembro que uma assistente social, que era japonesa, ela chegou, eu tava sentada na administração, batendo documentação, ela chegou, passou a mão no meu cabelo e falou “como é macio o seu cabelo”. É lógico que é macio, gente! Eles acham que o cabelo da gente é o quê?

Eu acho que a consciência de ser negra, de cair a ficha da questão de ser negra, foi mais quando eu fiz dezesseis, dezessete anos, com a questão de procurar emprego. Embora, desde pequena, tipo na escola, ser noiva de quadrilha? Nem pensar. Arrumar um parceiro pra dançar quadrilha? Nunca, ninguém queria dançar com a gente, eu tive até uma experiência no pré primário que, chegou no dia, eu vestida, e o amiguinho não quis dançar. Fanfarra? Desfilarmos com a fanfarra, desfilar com a bandeira, isso nunca, eram só as brancas. Eu queria, mas a gente não era nem chamado, né, então, eram coisas que já foram batendo, já foi batendo que aquele não era o nosso lugar. Um emprego na prefeitura, um emprego mais na área administrativa? Isso não. Era só trabalho de empregada, né. Quando eu vim morar em Sorocaba, quantas vezes, eu no ponto de ônibus, quantas vezes aconteceu de pararem o carro pra perguntar se eu queria emprego de empregada, “você não tá precisando de serviço de empregada?”. Já fui abordada pela polícia em ponto de táxi, gente do céu! Pararam o táxi e eu, mesmo sendo a passageira, tive que levantar, ser abordada e todo aquele processo.

Nós, mulheres negras, também a gente é vigiada, a gente é abordada, a gente entra nas lojas e seguem a gente, isso até agora. Nós, mulheres negras, acham que a gente só pode trabalhar de empregada doméstica. Nós, mulheres negras, a gente também é tratada só como um objeto, só pro homem aproveitar. Quando eu era nova, eu lembro que tinha a mulata do Sargentelli, que era toda linda, mas eu sempre fui firme, sempre pensei “não sou a mulata do Sargentelli”. A gente que é mulher, na saúde, ainda, a gente é sempre assediada, então, eu sempre tive o cuidado pra não cair nesse viés e me empolgar por estar naquele meio e tal. Eu lembro que eu pensava “não tô aqui pra isso”, mas eu percebia que o meu corpo chamava a atenção. Fui assediada muitas vezes,

assedida por médicos casados. Quer dizer, queriam só o que de mim? Era ficar e pronto. Mas eu sempre mantive aquela postura de profissional, se alguém saísse do prumo, eu já desviava o assunto.

Teve um fato que me marcou bastante, depois que eu lembrei, falando do racismo, teve um paciente que internou particular, ele era de São Paulo, e eu tinha a minha prima, que também trabalhava lá. Daí, a minha prima foi conversar com ele alguma coisa, esse paciente tava agitado também, eu lembro dele, era alto, grandão e ele xingou ela de “tiziú”. Ele era branco e xingou a minha prima de “tiziú”, e gritava que ele não queria papo com ela. Então, lembro dessa questão do racismo muito presente, porque tiziú é um passarinho preto. Eu acho que é a visão de mundo que não muda, eu acho que reproduz essa lógica da escravidão.

O racismo, com relação aos pacientes, isso sempre teve também, não dá pra dizer que não, a gente observava bastante essa questão. Tinha um paciente, que era chamado de Fábio “urubu”, porque ele era bem negro, retinto que fala, então, relacionava a urubu por isso, era o Fábio “urubu”, um apelido racista, né. Tinha muito apelido racista, agora não me lembro, acho que, aos poucos, vão voltando as lembranças, mas, sim, tinha muito apelido racista, dependendo da característica do paciente. Nas falas de pessoas brancas, em geral, tinha, era assim “esse negrinho”, “esse fedido”, “só podia ser preto”. Sempre teve, precisa ser sincera, sempre teve racismo! A vida toda, isso aparecia na fala, né, era normal esse tipo de fala. Inclusive, acabou já normalizando na própria inscrição, no próprio cadastro de internação constava, por exemplo, no caso do Fábio, tava lá “urubu”, entre aspas, depois do nome dele. E toda essa questão, isso já vem da história, né, todo mundo já chega com isso em relação à doença mental e ao negro. E a maioria era negro, né, preto ou pardo, a maioria dos pacientes psiquiátricos.

Quando internava alguém que a gente não tinha os dados, a gente colocava “ignorado João”, “ignorado Silvio”, “ignorado isso”, e pegava alguma característica do paciente pra identificá-lo, porque tinham muitos que vinham sem nenhum dado, sem nem o primeiro nome. Os que passavam no Regional, já vinham como “ignorado” na guia de internação, então, no lugar do nome, constava “ignorado”. Era assim, se a pessoa sofreu algum acidente e internou, se tava confusa, se não lembrava mais de onde vinha, ou se tava andando, andarilho, né, que vinha do Norte ou Nordeste andando, chegava aqui e tinha algum surto, alguma coisa, ia pro Regional e, de lá, já era encaminhado pra psiquiatria como “ignorado”. Era isso, os vínculos que se perdiam, do

Hospital Regional já iam pra psiquiatria, internava e aí, depois, o Serviço Social ia fazer a triagem, tentava tirar alguma informação, mas nem sempre era possível nos primeiros momentos. Como a gente tinha o prazo pra entregar a AIH pra DIR, que era de quarenta e oito horas, a gente tinha que cadastrar ele de alguma forma, então, a gente cadastrava com qualquer nome. Alguém dava um nome, via lá o número menor de nomes que tinha no hospital e colocava. Depois, com o tempo, com o mínimo de dados, era possível a gente alterar esse cadastro, mas muitos ficaram como “desconhecido”, “ignorado”, pro resto da vida. Com o processo de Reforma [Psiquiátrica] que foi mudando, foi identificando e tal.

Até hoje, eu tenho pavor de sair sem documento, peguei trauma, não saio de forma nenhuma, justamente por causa do que eu via acontecer no hospital psiquiátrico. Eu tenho certeza que isso era algo também traumático, a questão muito presente, na psiquiatria, da falta de interesse do Estado. Falta de ter uma equipe maior na hora da triagem e de capacitar essa equipe, assim, pra estar procurando, buscando esse paciente, fazendo um trabalho mais intenso de busca. Tudo bem que era tudo mais precário, não era como hoje, mas a gente buscava algumas alternativas, quando era possível. Eu acho que a perda do vínculo tá muito ligada a toda essa questão, que é muito complexa, de fora, que era a questão financeira, porque, a maioria, era a questão financeira que fazia ir pro “Caridade”. Então, a gente acha que, pra fazer a internação... se bem que eu acho que, nesse sentido, o hospital fazia um trabalho, não era assim tão, tão né... só no “Caridade”, tínhamos seiscentos pacientes.

Na questão dos óbitos de pacientes, o diagnóstico que constava nos laudos, geralmente, era insuficiência cardíaca, era o diagnóstico que se colocava, né. Quando acontecia o óbito, a gente precisava fazer uma busca mais criteriosa, principalmente quando a gente tava de plantão e, depois, a gente passava isso pro Serviço Social. Era uma norma, o diretor clínico exigia que a gente fizesse todas as buscas, de toda forma possível, então, a gente anunciava no rádio, a gente mandava telegrama, a gente ligava, a gente tinha tudo registrado, porque, caso fizesse o enterro desse paciente e, depois, a família alegasse que não foi avisada, nós tínhamos tudo isso registrado. Na realidade, na questão do óbito, a gente tinha essa função de se cercar de cuidados para que o hospital não tivesse problemas, essa era a norma, pra comprovar que foi avisado, ou que foi tentado. E, geralmente, os pacientes eram enterrados no cemitério municipal, no Santo Antônio.

No “Caridade”, tinha o necrotério e, daí, quando falecia, tinha que chamar logo a funerária porque não podia ficar lá, no necrotério, então, imediatamente, a gente tinha que acionar os órgãos competentes. Em alguns casos, até fazer essa parte das buscas, enviava pra geladeira da PUC, ficava um período lá, mas não tinha como ficar muito. Ia pra geladeira da PUC e o “Caridade” pagava as diárias, tudo isso, pra se cercar legalmente de que foi tentado avisar a família de todas as formas. Mas olha, que eu saiba, nenhum corpo ficou pra faculdade, que eu me lembre, todos foram enterrados no cemitério. Ficavam pouco tempo na geladeira da PUC, esses que precisavam ficar, até a gente conseguir encontrar algum vínculo, algum contato. Eu conheço aquela história de Barbacena, é isso que você tá querendo saber, né? Mas isso, que eu saiba, não aconteceu aqui. E também, não era um volume tão grande de mortes, um morria num mês, outro morria no outro mês, mas não era direto, eram períodos, eram dois em um mês, dois no outro mês, um no outro, era assim. E aí, que eu saiba, porque, a funerária não ia fazer o óbito de um paciente sozinha, geralmente, o Serviço Social acompanhava o óbito do paciente até o cemitério, então, que eu saiba, todos foram enterrados. Sempre tinha um responsável pra acompanhar essa saída do óbito da PUC, tirar da PUC e tudo, fazer todo o processo. Então, tinha todo esse trâmite com as funerárias e o “Caridade”. Como eu disse, o diretor clínico sempre foi muito rigoroso em relação a isso, ele mandava a gente seguir todas as normas.

Muitas vezes, a gente ia no velório do paciente, porque ficava com dó. A gente achava muito desumano, assim, foi sem nada, né. Um ponto também que eu observava, sobre a questão das mulheres que trabalhavam no hospital, era esse lado mais emotivo, porque as meninas, principalmente as meninas da limpeza e da cozinha, que eram as que tinham muito contato com os pacientes, elas se apegavam muito neles. Essa visão, eu acho que precisa ser bem colocada, em relação às mulheres, que elas tinham muito amor por eles, elas se apegavam mesmo aos pacientes. Os que faleciam e não tinham família, as funcionárias que iam no velório, a gente pedia autorização, pedia pra ambulância levar na funerária. Primeiro era tudo feito por uma funerária, até os anos 1990, depois, quando abriu uma outra, aí revezavam essas duas funerárias pra atender os óbitos no hospital. E a gente ia no velório justamente porque a gente achava muito triste enterrar o paciente sem ninguém, sem uma oração sequer. Não que não tivesse oração no hospital, porque lá sempre teve missa, iam padres no “Caridade”.

Eu via que tinha funcionário ali que gostava dos pacientes. Agora, nós, mulheres, sobre a questão desse afeto que a gente tinha com os pacientes, acho que refletia na questão de que eles nunca nos agrediram. Eu, por exemplo, nunca fui agredida por nenhum paciente nesses meus quase trinta anos de “Caridade”. Quando eu falava “não, agora eu não posso”, eles respeitavam, porque a gente também tratava eles com respeito. Eu acho que a questão desse amor que eu falo, isso que a gente dedicava a eles, acho que era nesse sentido do tratar, da forma como a gente tratava, da forma como a gente se dirigia a eles. Principalmente as pessoas que tinham mais contato com os pacientes, que eram as meninas da limpeza e da cozinha, elas faziam o que podiam. Elas levavam bolo, se eles pediam alguma coisa diferente, elas se reuniam e davam, davam presente e até, na realidade, a gente acabava adotando algum paciente, nesse sentido de servir, porque muita coisa eles não comiam.

A gente tinha alguns pacientes que a gente levava, assim, de licença, levava pra casa da gente. Eu não levava porque eu não morava em Sorocaba, por causa de viajar, pegar ônibus e tudo, era longe, mas eu levava pro shopping, Mcdonalds, essas coisas. Eu me lembro até que as reações das pessoas eram bem complicadas, nessas situações, porque paciente que não come direito, paciente que tinha uma fisionomia... o pessoal não era muito receptivo, as pessoas olhavam bem feio pra gente. E tinham os passeios mesmo, que a gente participava, as festas, passeios nos parques. Todo ano, iam pro Play Center, às vezes tinha uma atividade no Corinthians, em São Paulo. E tudo a gente participava, tudo a gente ajudava como voluntário. A gente não tinha problema de trabalhar e ainda dar continuidade depois do horário, ou ir em um final de semana, que seja, porque era satisfatório ver eles com algo diferente daquela rotina. A gente tentava quebrar aquela rotina institucional, era essa a expressão do amor, era esse o diferencial das mulheres que trabalhavam lá, eu acho, era esse fazer de tudo que podiam pelos pacientes.

Eu tava pensando, principalmente nas meninas da limpeza... gente, limpeza de hospital psiquiátrico, você precisa amar muito! Até me arrepiava, você precisa amar muito pra você trabalhar numa limpeza de hospital psiquiátrico, porque você só trabalha com fezes e urina. Olha, aquelas meninas, elas tinham que ser reverenciadas! O cheiro do hospital psiquiátrico era crônico, não tinha produto que tirasse aquilo, mas você vai, né, se acostumando. Então, tinha a questão da ventilação, porque era aquele corredorzão enorme com muita concentração de paciente. Os blocos mesmo, eles tinham cem pacientes, pra ter uma ideia, então, era muita coisa, né. Tanto é que a gente cria técnicas

de segurar a respiração pra entrar. No começo, lógico que eu senti, mas, depois, eu não tinha mais problema nenhum. Por isso que eu penso muito no trabalho das meninas da limpeza, era um trabalho muito pesado, tanto pela questão da sujeira como do peso mesmo, né, porque era o dia inteiro jogando água e rodando a sujeira, era jogar água de cima até embaixo porque, às vezes, paciente jogava fezes até no teto.

Outro detalhe que me veio também, agora, é que, no início dos hospitais psiquiátricos, só existia o atendente de enfermagem, não era necessário ter o curso de auxiliar de enfermagem. Então, a prática da enfermagem mesmo, as pessoas foram aprender ali, sendo que, a maioria nunca tinha trabalhado na área antes. A maioria das mulheres que trabalhavam como atendentes na enfermagem, eram negras, muitas eram. Mas, teve um período, que davam mais preferência pra homens. No início que eu entrei, eram os atendentes homens, também muitos negros. Teve uma época que os responsáveis pela enfermagem não eram enfermeiros de verdade, eram atendentes que ficaram muito tempo.

O volume de funcionários no “Caridade”, no início, era muito grande, tudo funcionava em sistema de plantão, tinha um número grande de gente trabalhando, de dia e de noite, isso também na limpeza e na cozinha. O que foi acontecendo? Foram feitas muitas mudanças ao longo desses anos e, conforme as exigências foram aumentando, a verba foi diminuindo, e o quadro de funcionários foi se ajustando e diminuindo também. Depois dessas mudanças, na limpeza, na cozinha e na enfermagem, que não podia mais ser os atendentes cuidando de pacientes, tinha que fazer o curso de auxiliar, me parece que ficaram mais mulheres trabalhando.

Eu não me lembro ao certo, mas eu acho que os atendentes eram contratados como auxiliar de serviços gerais, porque, pelo que eu sei, não existia essa categoria de atendente de enfermagem. Acho que era serviços gerais pra todos, porque abrangia tudo, desde a limpeza até os atendentes. Os atendentes faziam até outras funções, além de cuidar dos pacientes, dar medicação e outras coisas, por isso que abrangia tudo. Pensando até na pergunta que você fez, acho que a natureza do serviço era bem próxima com as meninas da limpeza, né, embora tivesse as diferenças também. Mas essa questão de olhar o paciente era parecida, ia abrangendo cada vez mais, então, limpa, cuida, vigia. Eu não tenho bem certeza, mas acredito que era isso.

Agora, a questão de cuidar de paciente com amor, com dedicação, eu acho que eram tanto os homens como as mulheres, acho que isso era uma forma de tratar dessa geração mais antiga de funcionários, essa coisa da doação e tudo. Acho que os funcionários homens, os mais antigos, eles eram assim também, eles tinham esse olhar pros pacientes. Tanto as mulheres quanto os homens atendentes eram pessoas muito simples, muitos com baixa escolaridade, analfabetos, tanto que, às vezes, só escreviam o nome. As mulheres, acho que elas vinham de experiências anteriores como trabalhadoras domésticas, né, faxina, dona de casa, aquela coisa. Os homens, muitos eram de municípios vizinhos, principalmente depois que o hospital “Graciosa Vingativa” fechou, então, muitos vinham de lá porque ficavam desempregados. Então, vinham de cidades menores, provavelmente, na época, regiões mais rurais, né. Eram mais esses homens, que trabalhavam na área rural antes, que entravam. Depois, eles iam pulando de hospital em hospital na região, porque eram os mesmos que trabalhavam em Pilar do Sul, em Piedade, em Salto de Pirapora e em Sorocaba. No caso, esses homens e também as mulheres, com baixa escolaridade, acho que tinha essa questão de não terem conseguido outras oportunidades de trabalho.

Na cozinha também, a maioria era de mulheres, mas tudo simples. Era esse pessoal que não tinha muita escolaridade, que não tinha outros meios. Na limpeza, a maioria eram mulheres, muitas mulheres negras também, né. Até que, na limpeza, tinham alguns homens, mas isso foi se transformando, com o passar dos anos, e foram ficando as mulheres. A limpeza era limpeza pesada, lavar tudo, eram as primeiras funcionárias a entrar, entravam às cinco, seis horas da manhã. Tinham muitas mulheres do Norte e Nordeste que foram parar no hospital, que vieram pra cá por algum motivo e acabaram indo trabalhar na limpeza. Eu sei que eu ficava muito impactada de elas não saberem ler, não saberem escrever e tudo o mais, né, que era o sonho delas também, aprender. Esse projeto de alfabetização dos pacientes que eu comentei era aberto pros funcionários também, mas pense bem, uma pessoa trabalhar o dia inteiro numa limpeza pesada e ainda conseguir estudar? Era aquela coisa também, chegava em casa e ainda tinha muito serviço, filhos, geralmente, morava na periferia, morava longe, então, não tinha muito como conseguir, era uma questão social bem complicada. Eu lembro que essas trabalhadoras, elas até agradeciam porque, o que elas conseguiram trabalhando no “Caridade”, cada uma na sua luta, imagina, elas nunca conseguiriam trabalhando na

região delas. Algumas ainda mandavam dinheiro pra família, imagina, como que conseguiram com aquele salário que era o mínimo?

Quando passou a ser obrigatório o registro de auxiliar pra continuar trabalhando na enfermagem, o hospital não podia ter mais os atendentes, tinha que ter a mão de obra qualificada. A maioria dos atendentes que permaneceu trabalhando teve que fazer o curso, porque o COREN [Conselho Regional de Enfermagem] sempre tava fiscalizando. Essa exigência de ser o auxiliar já fez mudar um pouco o perfil dos funcionários na enfermagem, porque ficaram mais as mulheres trabalhando nessa área. Acho que os homens, com o curso de auxiliar, eles se encaixaram mais fácil em outros hospitais, inclusive, acho que escolheram trabalhar mais nos clínicos, que pagavam melhor que a psiquiatria, ou ficaram na psiquiatria como um complemento, pegando mais o plantão noturno, né. A demanda de trabalho ficou maior em todos os psiquiátricos, por conta das novas exigências e tudo, tanto que chegou a ter um período que sobravam vagas pra auxiliar de enfermagem porque, até as pessoas fazerem o curso, tirarem a carteirinha e tudo, isso demorou um pouco.

O interessante é que isso impactou também as outras áreas do hospital, por exemplo, na limpeza, que, depois desse período que não contratavam mais atendentes de enfermagem sem formação, só ficou mulher trabalhando. No máximo, um ou dois homens, no máximo, mas também de um nível escolar mais baixo ainda, que já tavam acostumados em área rural ou coisa assim. Agora, as meninas da limpeza, elas ajudavam muito a cuidar dos pacientes como eu comentei, tanto que, às vezes, elas até se intrometiam no tratamento, denunciavam o que tava faltando, chamavam a equipe pra ver paciente. Chegava num ponto que elas ultrapassavam muito o limite, a gente precisava até advertir, porque, às vezes, achavam que tavam ajudando, mas, na realidade, tavam atrapalhando o tratamento do paciente, indo contra o que a equipe técnica decidia, essas coisas. Acho que as funcionárias faziam isso, principalmente, porque é histórico, né, tá enraizado nas mulheres esse cuidado também. Agora, a questão racial, eu acho que ficou um pouquinho equilibrada, depois que ficou mais mulher trabalhando na limpeza. Acho que ficou meio a meio, tinham mulheres negras e brancas também. Se eu não me engano, as que já eram mais antigas, elas eram negras, aliás, acho que nem se consideravam negras, com certeza não, que tem essa questão, né.

Eram bem visíveis as questões sociais no hospital, tanto dos internados, que tavam ali por causa da higienização social, né, “vamos limpar a área”, como também os

funcionários, que vinham de histórias difíceis, de falta de condições. E era um volume grande de pessoas nessa situação, olha quantos hospitais! Depois de um certo tempo de trabalho no hospital, eu passei a observar mais a questão do trabalho e dos funcionários, né, porque eu saí do SAME e fui pra área da segurança do trabalho, então, aí, eu tinha que fazer algumas visitas nos blocos e tudo o mais. Lógico, o horário que eu podia entrar nos blocos, era o horário das oito até no máximo às quinze, dezesseis horas, era o horário que os pacientes já tinham tomado o café, então, a maioria dos que podiam sair, que eram liberados, eles saíam e, dentro do bloco, ficavam poucos. Eu tinha que fazer o contato com os funcionários que estavam trabalhando naquele período, no lugar que eles estavam instruindo ou vigiando, que fosse, né.

Na área de segurança, se precisasse de alguma instrução, as enfermeiras apoiavam nesse sentido, porque tinha o pessoal da CIPA [Comissão Interna de Prevenção de Acidentes], né. Mas olha, era difícil, porque o brasileiro já é resistente às normas, né, mas é incrível como na saúde, sendo da saúde, eles mesmos não se protegem. A maioria dos acidentes era com agulha, mas isso era negligência, porque a gente orientava. Tiveram casos de agressão também, alguns foram mais graves, era agressão dos pacientes contra o trabalhador de enfermagem. Alguns casos de acidente na cozinha, nós tivemos uma funcionária que se queimou com água quente, que também não era pra ter feito o que fez. Na manutenção, tivemos alguns também, mas, assim, a gente tava sempre proporcionando orientação pros funcionários.

Nessa área, a gente chega naquele ponto de que muitas informações não chegavam pra nós, do Administrativo. É incrível como funcionário acoberta o outro, então, eu cobrava muito quando algum funcionário vinha relatar alguma coisa e eu perguntava por que aquilo não foi falado antes. Tanto que, muitos, olha pra você ver o que os funcionários faziam, eles falavam assim pro paciente “quando a Antônia ou algum chefe do setor vier, você tem que avisar”. Como mandavam os pacientes avisar, às vezes, se eu tava apontando lá no início do bloco, o paciente já gritava “oi Antônia, tudo bem?”, isso eles faziam pro funcionário ficar esperto, porque tinha funcionário que dormia. Daí, se tava dormindo, acordava, se tava fazendo algo que não era pra fazer, já se organizava ali, então, muitos funcionários faziam isso. Era difícil essa vigilância dos funcionários, principalmente à noite. Eu sempre pedi câmeras no hospital, sempre pedi nos meus relatórios, mas era muito caro, eles até fizeram orçamento uma vez, mas ficava um valor

absurdo. Eu achava que isso ia resolver 90% dos problemas que se tinham no hospital, pelo menos nessa área da segurança do trabalho.

Teve um suicídio de funcionária lá dentro, eu lembro dela como se fosse hoje. Ela era do plantão noturno, negra, muito bonita, jovem. Maria Alice era o nome dela. Na época, devia ter uns trinta e poucos anos e, aí, sei que ela aproveitou que o companheiro foi pro jantar, que eram em dois, e se matou com uma injeção. Quando o companheiro chegou, ela tava morta, caída. Teve até um processo, acho que não faz muito tempo que o processo dela foi finalizado, mas disseram que ela já estava depressiva. Na época, eu não estava ainda na área de segurança, mas o que disseram é que ela tava num relacionamento bem complicado. Acredito que, sem dúvida, o acesso aos medicamentos que ela tinha, o trabalho ali, eu acho que isso facilitou o processo, né. Foi chocante! Ela trabalhava no bloco D, era do lado do SAME, e ela, assim, tinha uma vidinha estável, mas depois eu soube que parece que era relacionamento que levou ela a esse ponto. Aí, cai também na questão da mulher negra, né, a questão da mulher preta invisível, a objetificação, geralmente tem a solidão, né, então tem todo esse viés.

Teve até um período que a gente começou a atender os funcionários, pedir pra o psicólogo dar uma atenção pra aqueles que tavam sofrendo, porque era complicada toda a vivência ali, né, e muitos funcionários precisavam dessa atenção. Essa foi uma luta também constante, tanto que, no meu olhar, na área de segurança do trabalho, a lei trabalhista pra quem trabalhava na psiquiatria deveria ser diferente. Eu não sei o que poderia ser feito, talvez, férias duas vezes por ano, uma retaguarda maior na questão do atendimento, ter uma carga de trabalho menor. Mas não dava pra brigar muito por isso, né. O que a gente conseguiu colocar, que a gente participou de todas as reuniões pra construção da NR32³⁹, e a gente conseguiu, pelo menos, falar da questão da psiquiatria, porque a psiquiatria não era ouvida, era deixada de lado. Então, teve essa conferência trabalhista pra construir a NR32, mas o que prevaleceu foram mais as demandas dos hospitais clínicos, os grandes, os públicos. Complicado, né, porque, se no hospital clínico

³⁹A NR-32 tem como finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. A NR-32 aplica-se aos ambulatórios médicos e odontológicos, clínicas, laboratórios de análises clínicas, hospitais, etc. Para maiores informações, buscar: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadora/normas-regulamentadoras-vigentes/norma-regulamentadora-no-32-nr-32>. Acessado em 18/01/2024.

adoece, imagine no psiquiátrico? É impossível não adoecer, funcionário tava sempre ali no foco, vendo todo o sistema e não podendo mudar o sistema, tendo que se adaptar ao sistema, tudo isso, ainda, junto com a questão da não valorização. Como é que não adoce?

Às vezes, eu até me questionava “poxa vida, a gente quer fazer mais, mas a gente não tem o braço pra fazer mais”. Não que a gente não pedisse, não que a gente não orientasse, mas teve bastante funcionários com problemas psicológicos. E tinha, lógico, a exaustão, por você querer mudar algo e não conseguir. Tinha hora que a gente até pensava “nossa, mas será que é justo a gente receber esse dinheiro?”, isso na época que as coisas foram ficando mais precárias, que teve o corte de verbas, que já tavam na intenção de fechar. A gente tinha esse conflito por ver os pacientes precisando, assim, de algo simples, básico, então, isso mexia muito com a gente. A gente, às vezes, falava “nossa, será que esse salário vem com algo bom pra gente?”, porque era tanto sofrimento que a gente via ali, era tanta dor deles. Eu sempre fui espírita e acabei conversando com um dos dirigentes, uma vez, aí, ele falou “mas a responsabilidade não é sua, você tem a responsabilidade até um certo ponto”.

Uma coisa que me marcou muito, mas isso lá de trás, em 1980 e pouco, na época em que a polícia ainda levava paciente direto pro hospital, foi que teve um paciente que tava muito agitado e ele faleceu na porta do “Caridade”. Disseram que esse paciente tomou a medicação lá no Regional, que a família levou pra lá, mas foi mandado pro “Caridade”. Quando ele chegou, ele veio agitado, tanto que a viatura balançava, lembro que eles chegaram já naquele desespero pra entrar, não podia nem esperar. Esse homem faleceu na frente do hospital, na hora que foram dar a medicação. Só depois eu fui saber que era o irmão de uma amiga nossa, amiga da minha família, então, isso foi muito chocante. Na hora de aplicar a medicação, ele tava muito agitado, agitado demais, desde o Regional, daí ele faleceu na própria viatura mesmo. Os próprios policiais, ninguém conseguia segurar ele, ninguém conseguia tirar ele da viatura. Não sei te dizer se foi ocasionado pela medicação, eu lembro mais da cena, que foi ali na frente.

Algumas fugas de paciente também foram bem marcantes pra mim, porque os pacientes faleceram, né. Tinha um lago lá embaixo e os pacientes acabaram falecendo nesse lago, nas tentativas de fuga. Outro fato foi o suicídio da funcionária, da auxiliar de enfermagem, que a gente queria esquecer, né. Mas, no geral, quando a gente sabia que algo muito grave, muito desumano tinha acontecido, a gente não tava lá, mas a gente

ficava sabendo, né, então, tentava esquecer. Eu tentava também não ficar lembrando da falta de toda a estrutura, da questão da comida, isso a gente também queria esquecer. Então, eu acho que, o que a gente mais tentava não lembrar, era essa questão do trato com o paciente. Acho que isso era o que pesava mais, era ver como eram tratados, principalmente, os que eram agressivos, o jeito que davam a comida pra aqueles pacientes que eram mais dependentes, isso também. Sabe, eu entendo que tinha também todo aquele processo de produção, horário marcado e tal, mas era muito difícil de ver aquilo.

Outra coisa muito marcante também é o estigma da psiquiatria, isso é muito forte até hoje, eu acho. Tem muita desinformação sobre isso, naturalizam essa questão do “louco”, fazem piada, a questão de chamarem as mulheres de “loucas”, acho que tudo isso cai na mesma conotação do racismo, esse preconceito com os pacientes psiquiátricos. Até com a gente, que trabalhava com essa população, parece que as pessoas não validavam o trabalho da gente, não tinham noção do que acontecia. Eu sempre falei “gente, hospital é uma empresa, seja psiquiatria, seja clínico, seja o que for, é uma empresa”, mas era difícil entenderem.

Com relação aos pacientes, então, era mais difícil, ainda, essa questão do estigma. Eu lembro que, as meninas que trabalhavam no encaminhamento, eram em duas, elas já eram antigas, uma delas até tinha vindo desse processo de entrar como atendente e ir fazendo curso, mas você precisava ver as brigas que elas tinham que ter nos hospitais clínicos, pra eles atenderem os pacientes. Nossa, chegava lá e demorava, médico ia deixando, então, elas tinham que brigar pra marcar, brigar pra atender, brigar pra exames, brigar pra agendar cirurgias, tudo tinha que brigar, porque era psiquiatria, então, deixavam de lado. E isso pelas características dos pacientes, pela fisionomia, pelo comportamento, porque não paravam quietos, sentados, esperando numa recepção, era tudo isso, né.

Mas assim, ao mesmo tempo que a gente tentava esquecer essas coisas que eu comentei, a gente não esquecia. A gente não conseguia ir além daquilo, lógico, a gente desejava fazer mais, mas era limitado o que a gente podia fazer, porque tinham as regras, que muitas vezes nem faziam sentido. Tinha a estrutura, e tinham os médicos, que trabalhar com a classe médica é complicado também, né. Eu falo os médicos porque, realmente, era uma classe que prevalecia homem. Na verdade, até 1998 ou 2000 era uma médica a diretora administrativa e esse foi, assim, um período apaixonante. Depois de

2000, mudou a diretoria, mudaram os diretores, daí, todos eram homens, médicos e todos eram brancos. A médica, que foi diretora por um tempo, ela tinha aquela visão mais, né, de mulher, então algumas coisas eram diferentes. A visão dela batia mais com a da gente, até nessa questão mesmo, do direito dos pacientes, então, a gente percebia que ela era um pouquinho mais humana. Mas era aquela coisa, né, as pessoas que poderiam fazer a mudança, nunca fizeram.

Como eu disse, os diretores eram homens, então, não tinha jeito, né, reproduziam essa visão do machismo e do racismo. No “Caridade”, algo muito importante de analisar, era a questão daquilo lá já vir da herança familiar, né. Então, a gente ia notando que ia passando de um pro outro, “você é simplesmente o funcionário, você tá aqui pra me servir”. E até, na questão dos médicos, eu lembro dos debates que eu tinha com alguns que eu era mais próxima, sobre a questão racial, e eles achavam um absurdo os meus questionamentos. Teve uma época, quando se discutia bastante a questão das cotas, eu me lembro que os médicos eram contra a questão das cotas e tudo o mais. Tinha um, que eu lembro até a fala dele, ele falava “se eu tenho uma empresa e eu não quero contratar negro, a empresa é minha e eu não contrato”. Esse tipo de comentário lembra também um outro, que era “eu não namoro negros ou negras”, esse tipo de coisa. A psiquiatria, principalmente a psiquiatria, era muito racista, né. Principalmente a psiquiatria. No curso de Serviço Social mesmo, eram algumas coisas que a gente colocava, que a gente comentava no curso, mas não tinha nada sobre o racismo e a saúde mental, eu colocava algumas coisas nos trabalhos e tal, mas não tinha.

Tinha o lado também que o “Caridade” cumpria todas as normas que eram vigentes, a gente cumpria tudo. Tanto que o “Caridade”, quando foi a fiscalização do Ministério do Trabalho, era o único que tinha laudo, tinha tudo. Em relação a essa organização, a gente sempre trabalhou tudo junto, funcionava a Comissão de Infecção Hospitalar, a gente cumpria as exigências do Ministério da Saúde, do CREMESP [Conselho Regional de Medicina de SP], todas as coisas bem documentadas. Lógico que, não na totalidade, era sempre o mínimo necessário.

Com as novas exigências da Reforma Psiquiátrica, o “Caridade” abriu a residência terapêutica dentro do hospital, depois abriu o CAPS, isso bem antes de fechar. O CAPS do “Caridade” funcionou uns dez anos, isso mais ou menos em 2000. E esse CAPS era pra menores de idade, era o único que tinha o CAPS pra menores de idade, que ficava no bairro Santa Rosália. Na verdade, acho que nessa época, todos os hospitais

psiquiátricos tinham CAPS, porque foi exigido, né, com a mudança da lei. A residência mesmo, no “Caridade”, foi feita dentro do hospital, então, não tinha o processo de eles estarem fora, de serem autônomos, isso não. Era a casinha dentro do hospital, que foi reformada, que tinha até uma rotatividade dos pacientes. Os pacientes eram selecionados pra morar na residência por um tempo, tinha toda a assistência e tudo, mas não era fora e eles continuavam ali dentro. Assim, eles iam pra cidade, né, tinham a liberdade de sair e voltar, de fazer compra e tudo, né, mas não era na cidade, então, mantinha ainda aquele funcionamento institucional, que precisava se libertar.

A gente já sabia que o “Caridade” ia fechar, que os hospitais psiquiátricos todos iam, né. Na época, eu me tratava com uma médica, que também o marido era psiquiatra, então ela era envolvida, né. Quando eu falei pra ela que eu já tava pretendendo sair, ela me perguntou “Antônia, mas você tá preparada? Porque são muitos anos, o vínculo é muito forte e eu não sei como que vai ser tudo isso, porque a vida inteira você vivenciou só o ‘Caridade’”. Eu passava a maior parte do tempo da minha vida no “Caridade”, isso era verdade, né. Eu falei pra ela “eu já tô me preparando psicologicamente e financeiramente, pra eu segurar um tempo até eu me aposentar”.

Desde 2003, estavam discutindo já essas mudanças, mas a maioria dos funcionários que tava lá dentro, no dia a dia mesmo, com os pacientes, a maioria não participou dessas discussões. Esses debates aconteceram nas Conferências de Saúde Mental, nas etapas, né, municipal, estadual e federal. Agora, quem ia na Conferência? Eram mais os diretores, era o administrativo, era a equipe técnica, então, teve esse enfrentamento, no meu olhar, que julgava os funcionários. E os funcionários, na maioria das vezes, tavam completamente por fora do processo. Não foi uma coisa conversada, foi um enfrentamento, foi assim, um lado que quer, outro lado que não quer e, ali no meio, os funcionários rasos, que tinham que tomar um partido. Lógico, não preciso nem dizer, mas é claro que os funcionários iam tomar o partido de onde eles trabalhavam. Como é que não ia? Eu mesma, eu participei das Conferências, até foi muito interessante participar, a gente conheceu pessoas do país inteiro, fui até a etapa nacional, né, mas chegou num ponto que a gente percebeu que tava sendo usada. A gente tava sendo um pouquinho a marionete, sendo usada pra defender o hospital. Eu lembro que nós, funcionários dos hospitais, a gente foi muito vaiado nas Conferências.

De modo geral, acho que foi muito difícil pra funcionário esse processo de fechamento do hospital, até por causa do apego que a maioria teve com os pacientes.

Então, eu acho que essa questão de não ter um olhar mais amplo, pra fora da psiquiatria, era porque a vida de todo mundo era ali. Como eu falei, o mínimo de anos que cada funcionário tinha no “Caridade” era dez, tanto que, quando fechou, tinha gente quase pra aposentar, mais um pouquinho e aposentava. E, quando veio o pessoal da Desinsti, aquele olhar que a gente tinha, de achar que tava protegendo, de achar que dava esse amor, aquela doação, a gente viu que aquilo não foi considerado. E isso foi um choque. Na realidade, acho que a gente não foi instruído, preparado, não foi conversado adequadamente. Então, eu acho, assim, que o olhar do pessoal da Desinsti não entendeu o nosso olhar e essa questão machucou muita gente. Muitos funcionários saíram feridos.

Eu entendo que Sorocaba foi o local mais difícil pra fazer a Desinsti, lógico, eu entendo todas as questões envolvidas. Mas eu acho que os trabalhadores é que sofreram mais, essa é a minha visão, os trabalhadores é que sentiram mais, nesse ponto. A gente sabe que foi necessário, lógico, só se fosse um desumano pra não reconhecer. Mas, assim, por que não foi antes? Por que deixaram as coisas chegarem no ponto que chegaram? Por que não tinha uma fiscalização mais intensa antes? A gente também não é alienado nesse sentido, mas era difícil pra gente assimilar, entender aquilo. Até porque, a gente tava tendo que lidar com um sentimento de que, além de parecer que a gente tinha culpa, a gente sentia um ar de ridicularização do nosso trabalho pela equipe da Desinsti. Olha, isso não era de todos, não posso ser injusta, mas alguns foram bem cruéis. Tudo bem, tem que ter mudanças, mas explique as mudanças, o porquê que tá mudando.

Sabe, quando você trabalha muito tempo de um jeito e você convive com aquilo todo dia? Então, não era que a gente não se importava, não que você não sinta, mas, realmente, você vai convivendo com aquilo e pronto. É como quem trabalha no Regional e viu muita coisa, como quem trabalha na Santa Casa e viu também, e até em outros lugares, como na educação. Então, é como eu falei, eu entrei muito nova e, sabe quando você entra e pensa “vamos ajudar”, “vamos participar”, “vamos fazer”? Eu entrei assim, com aquela vibração e, com o passar do tempo, a ficha vai caindo, e você vai percebendo que aquilo não mudaria. Então, a partir disso, você muda o seu pensamento, você passa a falar “vamos fazer o que dá pra fazer”. A gente agia no limite que a gente conseguia, até pra não adoecer. Acho que, sobre essa visão que a gente fala de normalizar, pra mim, isso é fruto de um desgaste mesmo, dessa ficha que cai, de que nada ali vai mudar. Lógico que a gente não pode romantizar essa coisa de fazer o melhor possível, não vamos romantizar, porque o sistema era complicado. Quantas vezes, se a gente via alguma

atitude, eu nem tanto porque eu não trabalhava na enfermagem, mas quantas vezes a gente via uma coisa extrema? Não, não era uma situação bonita! Tanto que, não era um local que a gente pensava em colocar um parente.

Eu tinha esse olhar do questionamento de tudo, eu pensava “se eu tiver que colocar alguém aqui, eu não tenho coragem”. Então, se eu não tinha coragem, é porque era um ambiente que não servia. Sabe, eu tinha um pai alcoólatra, que eu não tinha coragem de deixar no hospital psiquiátrico, porque eu conhecia de perto aquela realidade. Até um tio, irmão do meu pai, ele faleceu lá. Não, na verdade, meus primos falam que ele faleceu logo que ele saiu do “Caridade”. Eles contam que ele tomou choque elétrico lá, e tudo mais, mas daí, quando ele saiu, ele não resistiu e faleceu. Eu até vi o prontuário do meu tio, mas não tinha nada escrito no prontuário dele, em relação ao choque não constava nada, só tinha a parte da medicação. Agora, eu não sei também se teve a questão das medicações, se ele saiu medicado, porque, às vezes, também bebia junto com as medicações e isso fazia mal, né. A minha prima mesmo, que tinha deficiência, como não tinha irmãos, perdeu pai e mãe, tudo, tenho consciência de que ela teria morrido no hospital psiquiátrico, se ela não tivesse a gente pra cuidar dela. Se ela não tivesse, aliás, a minha mãe, que praticamente cuidou a vida inteira dela, porque eu trabalhei fora desde os quatorze anos.

Eu acho que, essa minha experiência familiar, isso refletia até na forma como eu atendia as famílias dos pacientes, porque eu tinha muita empatia. Eu tinha que fazer o máximo que eu podia por elas, até por eu vivenciar uma situação assim. Como eu falei, de alguma forma, eu tentava amenizar a dor das famílias e a dor de alguns, atendendo bem e acolhendo. Muitas vezes, eu chegava exausta em casa. Muitas vezes, final de semana, eu perdia horário de ônibus porque tava atendendo família.

Quando assinaram lá o termo e teve início a Desinsti, isso foi em 2012, teve a intervenção da Ministério da Saúde e, daí, o hospital passou a ser responsabilidade da prefeitura. Isso, inclusive, foi ótimo pra nós, pros funcionários, porque foi a prefeitura que arcou com as nossas demissões, com as rescisões todas. Imagina, o valor era super alto, porque tinham funcionários que trabalharam a vida toda no “Caridade”, então, a nossa sorte foi a prefeitura ter assumido, senão, acho que a gente ia sair sem nada. Chegou a equipe da Desinsti e o “Caridade” foi recebendo os pacientes dos outros hospitais, vinham nos ônibus. Foi um instituto terceirizado que assumiu essa gestão, a

prefeitura nomeou o instituto e, lógico, que foi feita toda uma mudança no funcionamento dos processos do hospital.

Nessa transição, até o fechamento total e tudo o mais, a gente já foi, como é que fala, já foi se desgastando física e mentalmente. Nossa, eu sofri muito, porque eu continuei trabalhando. Como eu era do administrativo, eu fiquei até o fim da transição, que foi 2014. Na verdade, eu saí, acho que faltando poucos meses pra terminar o processo. Eu lembro que, nós, do “Caridade”, a gente não podia nem conversar com o pessoal do Instituto Morιά, nem pra dar uma ajuda, isso não era permitido. Nossa, foi pesado, a gente era muito mal vista por ser do “Caridade”, mas, como entraram algumas funcionárias que trabalharam no “Caridade”, fizeram a prova lá do instituto e passaram, né, entre aspas, essas eram as únicas que iam pedir alguma ajuda pra gente. Só que teve um momento que o instituto queria que eu desse uma assistência pra equipe deles, que eu pegasse um bloco, né, nessa questão da Reforma. Como eu tinha feito Serviço Social, eles queriam que eu ajudasse nesse processo de atendimento às famílias e tudo o mais, até porque, dos crônicos, eu conhecia quase todas as famílias, né. Mas eu não podia, eu falei “eu não posso trabalhar em duas funções”, “ou vocês me pagam pra ser assistente social ou não dá”. Imagine, eu era da segurança do trabalho, como é que eu ia assumir duas funções? Eu podia ser presa!

O instituto que assumiu fez uma mudança radical em relação ao arquivo, mas eu não sei o que fizeram com os prontuários. Pra ter ideia de como foi o processo, um dia eu cheguei pra trabalhar de manhã e a minha sala tava fechada, a fechadura trocada, toda a minha documentação pra fora da sala. Essa documentação era sobre segurança, sobre a questão do trabalho, era tudo, todos os exames ocupacionais, os laudos, tudo relacionado a essa área. Daí, eu tive que me virar onde deixar a minha documentação e tudo o mais. Então, você vê que o processo foi sendo feito sem respeito algum, porque poderia ter avisado, né. A gente ficou concentrada na sala da minha amiga, que era do RH, sem poder nem mais andar muito por lá, porque a gente não era do instituto. Eu nunca soube nem o resultado do processo judicial contra o “Caridade”, de como que foi, se foi resolvido, não soube de nada. Outra coisa, eu não tenho ideia pra onde foram os 30 mil prontuários do “Caridade”. Quando entrou o instituto, eu não tenho ideia de onde foi parar toda a documentação. Eu bato nessa tecla da questão do arquivo, porque a gente demorou anos pra organizar, anos pra cadastrar, demoramos muitos anos, porque passou de um processo manual, que antes era ficha datilografada, pra computador.

Então, nós passamos anos trabalhando naquilo, pra organizar aquilo, pra deixar tudo em ordem e, de repente, chega uma equipe que muda tudo.

Quando eu saí de lá, não quis saber mais da área, não por falta de convite, mas, justamente, por causa do desgaste que foi esse processo final. Acho até que eu saí com Síndrome de Burnout. Só agora, por causa de terapia e tudo, eu tô digerindo. A minha sensação em relação a tudo que eu vivi nesses quase trinta anos de psiquiatria, acho que é de nadar, nadar, nadar e morrer na praia. Até nessa questão de ver a forma como foi feita essa mudança, depois de 2012, porque, pra mim, era muito mais complexa a mudança que deveria ter sido feita. Então, acho que faltou cuidado com todos, sejam pacientes, sejam funcionários. A minha visão sobre a questão da mudança é que, os pacientes fora do hospital, se não fosse alguém que já tivesse na área, se não tivesse o suporte necessário na residência terapêutica, você também não ia conseguir outro tipo de resultado, se não mudasse essa lógica da psiquiatria. Você sabe que não mudou muito na residência, né? O trabalho da Reforma Psiquiátrica, pra mim, eles começaram do fim, porque fechar o hospital poderia ter sido o final do processo, então, não teve um trabalho pra ir preparando os pacientes, pra ir mudando esse olhar de funcionário, ir mudando o modo de tratar os pacientes e daí, depois, fechar o hospital.

Quando eu saí definitivamente do “Caridade”, eu coloquei, pra mim mesma, que, com o “Caridade”, fechou o ciclo. Eu prometi pra mim mesma que eu ia esquecer tudo do “Caridade”, tanto é que eu não tive mais contato com ninguém de lá, ninguém mesmo, eu não tive nem contato no Facebook. No máximo, eu tinha contato com uma amiga, mas, mesmo com ela, quando ela faleceu, já fazia quase um ano que eu não via pessoalmente, a gente só falava mais por WhatsApp. Nossa, todo esse processo mexeu muito comigo, a forma como nos trataram, que nem eu falei pra você, isso eu nunca vou esquecer. Eu acho que foi bem dolorido, foi muito dolorido o processo, mas passou. A gente enfrentou, como sempre, e tá aqui.

Sabe, mesmo pensando “eu quero fechar o ciclo do ‘Caridade’”, ao mesmo tempo, são muitas informações que eu acho que também não podem ficar só com a gente, entendeu? Esses dias mesmo, eu tava pensando, porque eu tô fazendo terapia, e eu tava pensando “poxa vida, eu trabalhei tantos anos no ‘Caridade’, e será que a nossa história, a história de todos os funcionários, de todos os pacientes, será que não vai ter valor?”. Eu tava pensando sobre isso outro dia, “será que a nossa trajetória profissional também não vai valer de alguma coisa?”. E aí, você me procurou. E acho que foi no momento

certo, porque, se você tivesse me procurado há dois anos, um ano atrás, eu não conseguiria.

Depois da segunda vez que nós conversamos, eu fui até o mercado, que é aqui perto de casa, fui lá pra conversar com uma pessoa que trabalha nesse mercado, mas que trabalhou comigo. Eu fui lá pra entender se eu não tava romantizando muito a história, né, porque, de repente, a gente pode romantizar também. Mas a sensação dela é a mesma da minha, de toda a questão, que é a questão do nosso trabalho ficar invisível, esse ponto que é doloroso. Voltar pra essas histórias gerou algo em mim, já expandiu um pouco essa análise sobre os sentimentos do fechamento e tudo. Porque, analisando agora, na realidade, a gente não tinha outros parâmetros, porque entrava às sete da manhã e saía às seis da tarde. A vida era ali. Era direto ali, era final de semana, escala era direto, eu mesma, eu trabalhei sábado, trabalhei domingo, final de semana, Natal, eu sempre passava o Natal lá, não passava com a minha família. A nossa vida era ali, então, a gente não tinha, a gente que eu digo, era de um patamar pra baixo, mas a gente não tinha aquele outro olhar, né. Quando eu falo de um patamar pra baixo, falo da equipe técnica pra baixo. Médicos e equipe técnica já tavam no patamar de cima, né. Equipe técnica, por exemplo, só atendia os agudos, não atendiam os crônicos, praticamente não atendiam, e também ficavam menos horas ali.

Agora nós, a nossa atenção toda era naquele núcleo, era naquela ilha, né, vamos dizer assim. Mas eu acho que, agora, pra muitos, pode até ter clareado, ter tomado outro formato essa experiência, ou pra outros não também. Mas olha, o que ficou mesmo é aquela coisa de viver exclusivamente aquilo, até porque, se não fosse dessa forma, não teria funcionários com quinze, com vinte anos, não teria. É o amor mesmo, tanto que alguns funcionários até permanecem nos CAPS, muitos tão até hoje. Então, a reflexão, acho que é isso, é o aprendizado, é o amor. Não eram todos, lógico, a gente sabia que tinham alguns que não tinham afeto, que tratava de uma forma que não deveria. Mas, os que estavam lá por amor, esses defendiam os pacientes, tentavam tratar da melhor forma, tentavam aliviar, fazer o que podiam. E também tinham os limites.

Esse trabalho por amor da nossa parte, nossa, hoje eu tenho consciência que isso foi excelente para a parte de cima, para os donos, porque, na realidade, a gente fazia papéis que não eram nossos. Pra qualquer patrão, isso era ótimo, a pessoa ali se dedicando, dando a vida, isso sem dúvida. Eu acho até que, na realidade, eles mantinham essas pessoas pra sempre, né, faziam de tudo pra segurar. E a gente viveu nessa ilha, né,

era o tempo todo ali. Isso é muito complexo. Cada história, cada um, é o ser humano, é família, é a história de uma sociedade que deixa de lado, que não quer saber, que fala “o problema não é meu”.

Eu penso que essa proposta de mudança precisa ainda de muito tempo e muita dedicação, mas acredito que a gente vai chegar lá, né. E assim, até pra você mudar, você precisa resgatar a história, as histórias. Essa questão da memória, isso é fundamental, até eu pensava “nossa, tudo que a gente viveu lá, será que vai morrer?”, isso sempre me vinha na mente. E logo eu pensava, “não teve importância”, “provavelmente o ‘Caridade’ vai virar um condomínio”. Mas não, a gente precisa validar o trabalho que foi feito, mesmo que hoje ele não exista mais. Por exemplo, todo mundo que trabalhou no Carandiru, o Carandiru fechou, mas teve um trabalho intenso antes, tanto que até o Drúzio escreveu o livro, porque isso não pode ser esquecido.

Sabe, a importância dessa história é mostrar tanto o lado negativo quanto o positivo, porque não foram só flores, foi sofrido, foi dolorido, muitas vezes, a gente saiu chorando e não querendo voltar, mas aí, retomava e voltava. Então, me veio essa clareza de que o trabalho que foi feito é o que a gente podia fazer, é o que tava ao meu alcance, o que eu pude fazer, eu fiz e não posso me sentir culpada de nada. Talvez, eu não tivesse esse olhar para o outro lado, que era esse lado da Desinsti, porque a gente vivia naquela ilha, a nossa vida era aquela.

Foi a vida no “Caridade”, né...

PARTE III

OS ALTOS MUROS DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

Capítulo 1. A memória social dos manicômios

Sei ainda ver com um só olho, / enquanto o outro, / o cisco cerceia / e da visão que me resta / vazou o invisível / e vejo as inesquecíveis sombras / dos que já se foram. / Da língua cortada, / digo tudo, / amasso o silêncio / e no farfalhar do meio som / solto o grito do grito / e encontro a fala anterior, / aquela que emudecida, / conservou a voz e os sentidos / nos labirintos da lembrança (Evaristo, 2017b).

De mãos dadas com Conceição Evaristo, como uma das intercessoras de nossas reflexões nesse exercício do pesquisar memórias, nos arriscamos na difícil tarefa de analisar as vozes e os sentidos que emergiram dos labirintos das lembranças das recordadoras, considerando a visão que lhes restou do passado.

Relembramos a metáfora do olhar que retém e revela as marcas indeléveis dos processos de colonização, proposta por Adriana Varejão em *Testemunhas Oculares X, Y, Z*, que reproduzimos na segunda parte dessa tese, e a associamos ao que é possível ser visto com a visão que resta, como o inesquecível do vivido, presente na obra de Evaristo (2017b), a fim de refletirmos sobre os processos de recordação, apagamento e luto que identificamos nas histórias encarnadas pelas recordadoras.



Figura 6: Foto: “Os altos muros do Hospital Jardim das Acácias” – Crédito: Acervo APIS/Divulgação”.
Fonte: Cruzeiro do Sul, 2021⁴⁰.

⁴⁰ Disponível em <https://www.jornalcruzeiro.com.br/cultura/presenca/2021/10/680878-tbt-apis-103-anos.html#&gid=pswg-forced&pid=3>. Acesso em 04/01/2024.

O apagamento das memórias sobre os manicômios, como política que forja a realidade social, pode ser exemplificado pela imagem acima reproduzida. O registro fotográfico, que retrata quatro pessoas (aparentemente quatro mulheres) enfileiradas em local distante em relação à posição de quem fotografou, possivelmente, obedientes ao comando de alguém para permanecerem “congeladas” onde estavam, foi divulgado pela própria associação que fundou o hospício, em tom saudosista.

As representações imagéticas e a linguagem que nomeia o retrato – “Os altos muros do Hospital (...)” – são carregadas de sentidos e podem ser traduzidas como metáfora para a própria existência do manicômio: os altos muros que cercam e impedem a mobilidade da “loucura” se sobrepõem às histórias das próprias pessoas que, por sua vez, são objetificadas e mantidas longe do olhar e dos afetos da sociedade que as exclui.

Em Sorocaba, diferentemente de outras realidades país afora, o hospício invadiu a cidade, porém, isso não significou a construção de um olhar social crítico a essa presença. Esse apagamento e, talvez, a experiência de habitar dois mundos – dentro e fora do manicômio – tenha marcado profundamente as mulheres que trabalharam nessas instituições.

Em seus relatos, Marta e Ana Francisca nos apresentam questões individuais-coletivas que dão pistas sobre a situação vivida na contradição e no conflito desse choque de mundos:

É que nem um negócio, eu falo presídio, todo mundo sabe o que é um presídio, como é que é lá dentro, então, “eu nem quero passar por lá”. Agora, se a gente fala hospital psiquiátrico, todo mundo passa na frente, “aqui é um hospital psiquiátrico”, mas não sabe o que é lá dentro (Marta)⁴¹.

É que nem eu começar a contar pra você agora, parece que você tá ali dentro de novo. Eu choro. É muita crueldade! São pessoas, gente! (...) Era uma vez, o “Caridade”, que era não sei o que, fechou, mas fechou por falta do que? De cuidado. Isso também

⁴¹ Colocamos todos os trechos das falas das recordadoras em itálico, parágrafo simples, sem recuo no corpo do texto. Nossa opção, que é desobediente às normativas de citação formais, se deve ao fato de considerarmos que as mulheres entrevistadas foram coautoras dessa pesquisa.

não pode esquecer. (...) Vem muita coisa na lembrança às vezes, né. Vem muita coisa. A gente só não tem tempo de ficar remoendo aquele passado, entendeu? (Ana Francisca).

Diante desses e de outros relatos fortes, nosso desafio foi o de buscar as questões que emergiram como “memórias emblemáticas” para a história social, numa constante costura do individual com o coletivo (Stern *apud* González, Sandoval, 2012). Nesse intento, cruzamos as recordações de Geni, Helena, Antônia, Ana Francisca, Cristina e Marta (organizadas na terceira parte desse trabalho) com os recortes das lembranças de Nair, Yolanda, Eliana, Neide, Catarina e Maria, conforme sinalizamos anteriormente.

Essas memórias, que reconstróem o possível das histórias dos manicômios e das manicomializações, reunidas a partir de um substrato comum – a vivência do/no hospício –, passam ao largo de revelarem “A História” do polo manicomial de Sorocaba, porém, desvelam uma realidade social que compõe a memória pública (Halbwachs, 1990).

À oralidade das recordadoras, que foi transformada em “escrita morta” no texto (Santos, 2021), tecemos as nossas interpretações, tanto como testemunhas de suas elaborações quanto como responsáveis pelo trabalho de amarrar a memória da pessoa que entrevistamos à memória do grupo, a fim de nos aproximarmos da realidade interpessoal e do contorno das instituições psiquiátricas consideradas nessa pesquisa (Halbwachs, 1990; Bosi, 2023).

Reconhecemos, nesse trabalho de amarração dos elementos interpessoais e grupais, um paradoxo. Consideramos a importante análise de Franco Rotelli (2001), “O manicômio é: *o lugar zero da troca*. A tutela, a internação têm esta única finalidade: subtração das trocas, estabelecer relações de mera *dependência pessoal*” (p. 61, grifos do autor). Recordamos, ainda, as palavras de Maura Lopes Cansado, interna de manicômio e autora do livro *Hospício é Deus*, a fim de seguirmos os fios que se conectam à ideia de uma impossibilidade de construção de relações interpessoais no hospício: “‘NÃO SEI’: Estou no hospício. O desconhecimento me cerca por todos os lados” (2016, p. 31, grifos da autora). E buscamos analisar, complexificando e adicionando outros fios a essa trama, as narrativas que informaram sobre a existência de rachaduras ao cerco a que as palavras e significações foram reduzidas pela/na lógica manicomial. Assim, tentamos escutar a palavra que escapou, a vida que teimou em estabelecer conexões, por mais raras e sutis que fossem, e a memória que ousou subverter a aliança com o silêncio.

“O manicômio não revela a vida real existente no seu interior, mas essa população mora nessas instituições; portanto, há vida no seu interior” (Barros, Bichaff, 2008, p. 49) e essa teimosia em viver foi revelada, poucas vezes, é preciso reconhecemos, nas histórias contadas pelas trabalhadoras entrevistadas neste estudo.

Nesse percurso, tentamos captar os afetos raros, as possibilidades de fuga do cerco manicomial, e também as contradições, as ambiguidades e as mortificações a que foram submetidas as pessoas internadas, bem como a desumanização de quem operacionalizou as violências – essas mais constantes nas dinâmicas institucionais e também em nosso texto –, através dos relatos das entrevistadas.

1.1. Racismo? No manicômio? Quem foi que disse?

Racismo? No Brasil? Quem foi que disse? Isso é coisa de americano. Aqui não tem diferença, porque todo mundo é brasileiro acima de tudo, graças a Deus. Preto aqui é bem tratado, tem o mesmo direito que a gente tem. Tanto é que, quando se esforça, ele sobe na vida como qualquer um. Conheço um que é médico; educadíssimo, culto, elegante e com umas feições tão finas... Nem parece preto (Gonzalez, 2019, p. 240).

Não tinha discriminação, a gente não tinha essa separação, você entendeu? Não tinha esse preconceito, não tinha esse preconceito de ninguém da equipe. Por exemplo, eu era a única negra do grupo, a única da parte técnica, né, só depois que entrou uma outra mocinha, mas eu não me senti, assim, nem um pouco, como que eu vou dizer, não me senti retraída porque eu era negra. Eu tinha que estar tendo pulso pra fazer o que as minhas colegas, tanto a Gisele como a Yolanda determinavam, né, porque nós três éramos, vamos dizer assim, as chefes das monitoras. Eu mesma nunca fui discriminada, sempre fui tratada com muito respeito por todo mundo, seja paciente, seja dono de hospital, seja pelas minhas colegas. Nunca fui chamada de nada, assim... ninguém chamava de [pausa]... essas coisas. E entre eles tinha uma maior concentração de pacientes negros, mas não tinha discriminação, também ninguém se xingava de macaco, nem nada. E cabia a nós também corrigirmos se acontecia de algum deles xingar o outro. Então, eu até comento isso com você, não existe isso, mas eu vou falar pra você... tinham muitos que eram do mulato pro negro. Fundação [Fundação Casa], por exemplo, tem menos, tem mais brancos se você quer saber. O hospital tinha bastante negro, mas tinha

bastante branco também. Por isso que eu falo pra você dos meus loirinhos. Dentro da ala de trinta atrofiados, tinha acho que dois negros, o resto era tudo loirinho dos olhos claros, entendeu? E daí, tinham os alcóolatrás também, tinha bastante de pele clara, mas tinha mulatão e negro. Mas eu digo que não tinha preconceito, não tinha (Nair).

A divisão racial das equipes

Sobre a constituição étnico-racial das equipes dos manicômios pesquisados, a consideramos em intersecção com as relações de gênero, raça e classe social. Cientes da indissociabilidade dessa trama e da não hierarquização das opressões estruturais e estruturantes das/nas relações sociais, nessa seção focalizamos nas relações raciais apenas como uma estratégia assumida para a organização do texto.

Nesse sentido, em relação às equipes dos hospícios, colhemos algumas informações sobre os dados raciais (interseccionados com gênero e classe) que seguem narrados pelas recordadoras, lembrando que partimos da fala de Nair sobre ser ela a única pessoa negra a trabalhar na equipe técnica do hospício.

A fala de Nair revela aspectos importantes sobre os processos de racialização e sobre o racismo. Embora tenha formulado a questão do racismo no negativo, Nair fez referência à sua identidade racial antes de informar os dados de raça/cor da população internada, o que interpretamos como possível efeito dos processos histórico-estruturais de nossa formação social, sendo a racialização tomada como uma questão de negros/as em nosso país. Isso não se repetiu quando fizemos a mesma pergunta às mulheres brancas entrevistadas.

Desde o nosso primeiro contato com a Nair, percebemos que ela parecia não se sentir autorizada ou confortável para falar sobre as questões que testemunhou no hospício, especialmente, no tocante às violências. Esse posicionamento pode estar associado tanto aos processos de negação daquilo que é de difícil identificação e significação, por uma aliança com o mundo do manicômio, como ao processo de silenciamento, possivelmente refletindo as desigualdades nas/das relações sociais.

A fala de Nair sobre ter pulso firme para sustentar o que as duas colegas, que eram brancas, determinavam, sendo que as três eram chefes de setor, chamou a nossa atenção; e isso se repetiu em outro momento da conversa, quando a entrevistada relatou ter

encontrado uma monitora que respondia hierarquicamente a ela no hospício e que a chamou de chefe, o que pareceu ter lhe provocado um estranhamento, ao qual ela respondeu com uma brincadeira – “hum, chefe?”, disse a entrevistada sorrindo.

Neusa Souza Santos (2021), em sua obra *Tornar-se Negro*, analisou a ascensão social de pessoas negras e identificou o custo emocional da sujeição, da negação e do apagamento das identidades, como consequências da brutalidade do racismo e da introjeção do padrão branco como único caminho de mobilidade social. Sobre essa introjeção do mundo branco pelas pessoas negras, Fanon (2008) problematiza o uso de “máscaras brancas” por aquelas que necessitam se assujeitar e/ou assimilar o universo racista para sobreviver, o que consideramos pertinente para análise das experiências de funcionários/as de hospitais psiquiátricos.

Os dados sobre raça/cor interseccionados com gênero e classe (considerando a categoria profissional) dão pistas sobre uma divisão de corpos presente entre os/as profissionais do quadro de funcionários/as dos hospícios. Essa divisão, que carrega as marcas das ficções de raça e gênero que as forjou (Quijano, 2005b; Lugones, 2020), refletiu em experiências diferentes e desiguais, hierarquias e separações no interior das equipes.

Ela era Enfermeira Padrão, ela já era de cargo mais elevado (...). Essa enfermeira negra sofria, não que fosse notório, isso não, mas era mais valorizada uma branca do que uma negra. E se você fosse falar, se fosse tocar nisso e falar “isso daí é racismo”, a pessoa ia dizer “não, eu não sou racista” (Marta).

(...) se eu não me engano, devia ter uns cem funcionários e, desses cem, acho que vinte ou trinta funcionários eram de cor (...). Só tinha um médico negro, isso, era o único negro que eu me lembro. (...) Nos outros setores, a psicóloga, assistente social, terapeuta ocupacional, todas eram brancas. Agora, na parte da cozinha, tinha pessoa de cor. (...) na limpeza, tinham poucas pessoas negras também, era aquela coisa também, de quinze ou dezesseis funcionários, quatro ou cinco era de cor⁴² (Cristina).

⁴² O termo “de cor” é mais utilizado nos Estados Unidos. No Brasil não há consenso em relação ao uso deste termo e, no campo das diferenciações de raça/cor, as fragmentações vêm funcionando eficazmente como elementos de divisão da identidade negra, coibindo que essa se transforme em fenômeno aglutinador no campo político das reivindicações coletivas (Carneiro, 2011).

Voltando ao século XIX, mais especificamente ao ano de 1852, ano de fundação do Asilo Provisório de Alienados de São Paulo, recuperamos a memória de que a maioria dos/as funcionários/as desse depósito de pessoas inferiorizadas e desumanizadas era formada por pessoas negras libertas e egressas de prisões (Barbosa, 1992).

Desde os primórdios da psiquiatria moderna/colonial, tanto as pessoas encarceradas nos asilos para alienados e hospícios, como aquelas atingidas pela exploração do trabalho estavam inseridas nas complexas relações forjadas pelos conflitos raciais e sociais. Isso se revela como marca presente e indelével do processo de colonização, marcado por quase quatro décadas de escravização e de extermínio dos indivíduos considerados inferiores nas hierarquias do humano como uma política institucional.

Do século XX ao XXI, os/as profissionais de nível superior representavam uma categoria formada majoritariamente por pessoas brancas nos manicômios da região de Sorocaba. As pessoas brancas ocuparam os cargos técnicos de medicina, psicologia, terapia ocupacional e serviço social; enquanto as pessoas negras estavam presentes em funções mais subalternizadas do cuidado, como monitoria, serviços relacionados à limpeza, cozinha e lavanderia.

Os médicos, não tinha nenhum negro e eram mais homens. Nos funcionários de nível superior, predominava o branco, na verdade, a gente só tinha uma funcionária negra, ela era a única, é, só ela. As monitoras eram mais afrodescendentes, mas não eram negras, entendeu? Eu sei que não usa mais o termo, mas era mais pra parda, eram mais claras (Geni).

Em relação à equipe de enfermagem, considerada pelas recordadoras como as pessoas que permaneciam mais “próximas” à rotina dos pavilhões, não foi possível inferirmos se havia predominância de uma determinada identidade étnico-racial e de gênero, porém foi apontado por uma delas que todas as enfermeiras-chefes eram mulheres e brancas.

Sobre a composição das equipes de limpeza e serviços gerais, ficou evidenciado, pelas falas das entrevistadas, sua constituição quase que exclusivamente feminina e a presença de mulheres negras nessas funções mais subalternizadas.

Na limpeza, na cozinha, na lavanderia também tinham mulheres negras. Qual que deve ter sido a experiência anterior? Empregada doméstica, né. E daí a condição, assim, o salário um pouquinho melhor no hospital psiquiátrico, então elas faziam essa opção. E qual que era o pré-requisito: saber cozinhar, ou ser auxiliar de cozinha, limpar, né (Yolanda).

O racismo e a exploração do trabalho também se cruzaram na realidade das profissionais da monitoria e de auxiliar de terapia ocupacional – categorias responsáveis pela retirada das pessoas internadas dos pavilhões a que pertenciam (literalmente) e por sua condução e acompanhamento nas atividades e atendimentos realizados pela equipe técnica –, cuja constituição racial e de gênero era marcada pela predominância de mulheres negras.

(...) das monitoras, eu tenho contato com uma, mas eu esqueci o nome dela porque a gente chamava ela de “loira” porque ela é loira... e as outras monitoras eram negras. Era a única branca, então, as meninas apelidaram ela de “loira”, porque as outras todas eram negras (Yolanda).

Agora, como auxiliar de terapia ocupacional, eu não sei o porquê de serem mais mulheres negras, não sei. Era a parte mais perigosa do serviço, né (Marta).

O racismo estrutural, na visão de Lélia Gonzalez (2019) seria o sintoma não visto, não nomeado ou não discutido pela sociedade. Gonzalez descortina uma realidade social que nega a história vivida, o que impede a construção de espaços de discussão e elaboração das memórias da colonização e da escravização.

A importância das políticas de memória, dentre outras questões, reside na identificação dos impactos desses fenômenos do passado nas dinâmicas sociais e culturais do presente, bem como na instrumentalização da luta por reparação, transformação e justiça social. Gonzalez (2019) revela a extensão e a persistência dessa ferida do racismo e a nomeia como a “neurose cultural brasileira”. A falácia da “democracia racial” e da “cidadania de papel” disfarçam o poder do *continuum* que se estabelece como “(...) ideologia que domina a sociedade brasileira, a ideologia da hierarquia mesmo, cada coisa no seu lugar, cada um no seu lugar” (Gonzalez, 2020, p. 233).

(...) os diretores eram homens, então, não tinha jeito, né, reproduziam essa visão do machismo e do racismo. (...) algo muito importante de analisar, era a questão daquilo

lá já vir da herança familiar, né. “(...) você é simplesmente o funcionário, você tá aqui pra me servir” (Antônia).

Em relação às trabalhadoras entrevistadas, observamos que algumas mulheres não hesitaram em afirmar a sua pertença racial ao grupo branco, ainda que tenham atribuído gradações à sua brancura. Lia Schucman (2020), uma das autoras de referência nos estudos sobre branquitude no Brasil, analisa o fenômeno das gradações na autoidentificação de sujeitos brancos dentro da constituição da “identidade racial branca”, de forma relacional, individual e coletiva sob a ótica da psicologia histórico-social. Para Schucman (2020), a “(...) identidade é semelhança e diferença ao mesmo tempo” (2020, p. 149), sendo as diferenças de classe, de gerações, de gêneros e de territórios fundamentais para a conformação de diferentes níveis de identificação com a “branquitude”⁴³.

No campo de nossa pesquisa, encontramos alguns exemplos de fronteiras dentro da branquitude, conforme os estudos de Schucman (2020) apontaram: Geni (psicóloga) se autodeclarou “caucasiana”, o que remete à ideologia do “branco original”, associado ao mito de uma origem “pura” vinculada à etnia europeia e ao eurocentrismo, portanto, destacada do contexto da brancura brasileira; já Cristina (auxiliar de enfermagem) se autodeclarou branca, “*apesar de ser, assim, queimadinha de sol*”, o que falou apontando para o seu braço, como se revelasse a compreensão de ocupar uma posição mais distante do “branco original” na hierarquia dos fenótipos brancos.

Algumas das entrevistadas que se autodeclararam pardas e pretas – Helena, Marta, Antônia – indicaram a pertença racial de forma imediata, afirmando a identidade racial tanto em relação à origem familiar quanto em relação à demarcação de fenótipos associados cultural e historicamente à negritude, como traços, tom de pele e cabelo, por exemplo. Cabe ressaltarmos que encontramos as temáticas sobre raça, processos de racialização e racismo de forma mais espontânea nos relatos dessas três mulheres em comparação com as outras entrevistadas, as quais tivemos que questionar mais

⁴³ Lia Vainer Schucman definiu branquitude como: “(...) uma posição em que sujeitos que a ocupam foram sistematicamente privilegiados no que diz respeito ao acesso a recursos materiais e simbólicos, gerados inicialmente pelo colonialismo e pelo imperialismo, e que se mantêm e são preservados na contemporaneidade. Portanto, para se entender a branquitude é importante entender de que forma se constroem as estruturas de poder concretas em que as desigualdades raciais se ancoram” (2020, pp. 60-61).

intensamente sobre as relações raciais para que a temática tivesse lugar em suas narrativas.

Na minha certidão de nascimento consta parda e eu me considero parda, negrinha mesmo, cabelinho tererezinho e me amo. A minha mãe era branquinha, o pai negrão, no entanto, eu sou a mais clarinha de todos os filhos. Eu tô dentro de uma família que tem negros, negros mais negros, mas também eu caio lá pro loiro do olho azul, que é primo de primo de primeiro grau (Helena).

A opacidade dos processos de racialização e a negação do racismo, como processos e produtos da “neurose cultural brasileira”, no contexto de uma sociedade estruturalmente racista (Gonzalez, 2020), também puderam ser sentidas nos relatos das recordadoras. Uma das entrevistadas (Geni) utilizou, na mesma frase, o discurso aparentemente equivocado de que as monitoras seriam “afrodescendentes”, mas “não seriam negras”; posteriormente, as mesmas trabalhadoras foram identificadas como “pardas” pela recordadora. Duas recordadoras que se autodeclararam pardas, Eliana (cozinheira) e Ana Francisca (cozinheira), disseram que achavam ser essa a sua identidade racial, porém, demonstraram pouca identificação com relação a esse grupo racial.

Para Sueli Carneiro, o termo “pardo” parece agregar as pessoas que tiveram as suas identidades étnica e racial destroçadas pelo racismo (2011).

Um dos aspectos mais surpreendentes de nossa sociedade é o fato de a ausência de identidade racial ou confusão racial reinante ser aceita como um dado de nossa natureza. Quando muito, à guisa de explicação, atribui-se à larga miscigenação aqui ocorrida a incapacidade que demonstramos de nos autotransclassificar racialmente. É como se a indefinição estivesse na essência do nosso ser. (...) Diferentemente de outros lugares, a nossa identidade se definiria pela impossibilidade de defini-la. No entanto, a identidade étnica e racial é um fenômeno historicamente construído ou destruído (pp. 63-64).

Jurandir Freire Costa (*apud* Carneiro, 2011) afirma que “(...) ser negro é ser violentado de forma constante, contínua e cruel, sem pausa ou repouso por uma dupla injunção: a de encarnar o corpo e os ideais de ego do sujeito branco e a dor de recusar e anular a presença do corpo negro” (p. 80). Nesse sentido, a desconstrução do branco como ideal de ego da sociedade é fundamental para a libertação de todas as pessoas (Fanon, 2008; Carneiro, 2011).

No “Caridade” me chamavam de morena, moreninha, isso as famílias, funcionários, tudo. Alguns até falavam “mas você não é negra” e eu falava “eu sou negra, gente! (...) A minha vontade era de dizer que, se eu tive que alisar o cabelo, porque

naquela época eu alisava, era pra eu poder trabalhar ali, era a questão de ter que alisar o cabelo a vida toda pra entrar no perfil. Agora não, eu deixo natural, eu gosto do meu cabelo, mas foi um sofrimento a vida inteira” (Antônia).

Retomamos as contribuições de Carneiro (2003, 2011), Saffioti (2013) e Fanon (2008), anteriormente citadas, a fim de reafirmarmos que, nas sociedades multirraciais e multiculturais onde localizamos a realidade brasileira, em especial, como fruto de séculos de escravização, a raça é fortemente definidora da classe social. E a manutenção das desigualdades sociais de raça e classe, por sua vez, demarcam os contornos da divisão dos espaços das/nas cidades, o que possui relação direta com a criação das instituições de sustentação da violência colonial no sistema capitalista.

Mesmo não sendo algo declarado oficialmente, as exigências educacionais do mercado de trabalho formal brasileiro mascaram, por meio do discurso da “qualificação profissional”, a exclusão histórico-estrutural operada pelo “(...) filtro de natureza racial, definindo os que preferencialmente serão alocados” (Carneiro, 2011, 114). E isso pode ser observado no relato de Antônia:

Até a questão da contratação, depois eu repensei isso, porque eu tenho certeza que não consegui alguns cargos por ser negra, tenho bem consciência disso. (...) É aquele racismo estrutural, né, e a gente percebia muito essa questão do racismo, até nas falas das pessoas (Antônia).

De acordo com Grada Kilomba (2019), o silêncio sobre o passado colonial que estrutura o mundo ocidental e/ou ocidentalizado representa o “medo branco” de ouvir o que poderia ser revelado pelo sujeito negro, como o medo do conhecimento desse “Outro”, com as suas verdades desagradáveis e censuradas sobre o sujeito branco, que são reprimidas e mantidas em segredo. A autora aponta que alguns desses segredos seriam o colonialismo, a escravização e o racismo. É imprescindível a reflexão de que o colonialismo e a colonialidade alçaram o/a negro/o à figura do/a racializado/a no mundo branco, quando, na realidade, “(...) a maior racialização que a humanidade já teve notícia é o identitarismo branco” (Faustino, 2023, p. 17).

Se a pessoa era de outra classe, ela não faz parte do grupo e não pode ficar. (...) Eu nunca fui bem-aceita no grupo da enfermagem porque eu tinha vindo da faxina (Helena).

Embora Helena não tenha se referido às relações raciais em sua afirmação sobre não ser bem-aceita no grupo da enfermagem, por ser egressa do setor da faxina, a exclusão racial se revela nessa experiência. Lembramos que, anteriormente à sua entrada no hospício, ela trabalhava como operária na indústria automotiva, onde ganhava um salário bom, segundo disse, porém, como estava desempregada, implorou para a representante do setor de Recursos Humanos do hospital contratá-la como faxineira (palavras dela), mesmo com um salário bastante inferior ao que constava em seu último registro em carteira. Como uma das profissões mais diretamente associadas à herança colonial escravocrata, o serviço doméstico “profissional”, que será discutido posteriormente nesse texto, é marcado pela majoritária presença de mulheres negras.

Talvez, o “segredo oculto” (Kilomba, 2019) na rejeição de Helena pelo grupo da enfermagem do hospício em que trabalhou, para além da questão de classe por ela apontada, seja a fixação das mulheres negras e populares nas posições mais subalternizadas dos espaços profissionais, onde raça e classe aparecem imbricadas com gênero (Carneiro, 2011).

A classe das/os trabalhadoras/es da enfermagem, segundo os relatos das recordadoras, em geral, era equilibrada em termos de sua constituição étnico-racial (presença de pessoas negras e brancas) e possuía certa equidade de gênero (constituída por homens e mulheres), porém, enquanto categoria profissional, a exigência de uma qualificação (formação como auxiliar ou técnico/a) pareceu representar algum grau de ascensão dessas/es profissionais nas hierarquizações do hospício.

Nesse sentido, os cargos de auxiliar de serviços gerais, monitoria e auxiliar de terapia ocupacional eram posicionados como mais próximos aos “pacientes” e, talvez, a enfermagem gostaria de ser vista como mais próxima à classe médica, o que, na realidade, parecia ser impossível – lembramos a figura dos “senhores proprietários” médicos. E a visão da classe médica, em sua maioria formada pelos proprietários e diretores dos hospícios, era uma visão distorcida do real – uma visão colonizadora e manicomial, que não cessou de produzir repercussões na realidade social mesmo após o fechamento dos hospícios, contribuindo para a constituição e o aprofundamento de uma espécie de luto associado ao fim das instituições psiquiátricas que compuseram o polo manicomial.

Como a identidade é relacional, construída nas dinâmicas de reconhecimento e validação pelo outro, e a visão do branco (colonizador) sobre si mesmo é distorcida

(complexo de superioridade), a visão do negro (colonizado) sobre si (complexo de inferioridade) é forjada pela distorção do sujeito branco. O/a branco/a racializado/a (colonizador/a) opera, nesse sentido, uma interdição de reconhecimento que empurra o/a negro/a racializado/a (e toda sorte de colonizados) ao lugar de objetificação, aproximando-o da natureza, do/a primitivo/a, do/a infante, do animal, do corpo, portanto, daquele/a que precisa ser marcado/a, educado/a e dominado/a pela racionalidade branca civilizatória (Fanon, 2008; Faustino, 2020; Kilomba, 2019)

“Assim a Europa multiplicou as cisões e oposições, forjou classes, e às vezes racismos, tentou por todos os meios provocar e ampliar a estratificação das sociedades colonizadas” (Fanon, 2022, p. 335). E todas as tentativas de rompimento com essa lógica colonial, deflagraram uma espécie de resistência e luto – luto colonial.

A fantasia colonial e a necessidade de manutenção das hierarquizações, mesmo nas experiências de mundo marcadas por explorações e opressões, como é o caso das/os trabalhadoras/es de manicômios que alimentaram uma fantasia de superioridade (de classe, de raça, de capacidade) em relação aos/às “Outros/as” aviltados – pessoas internadas sob alegação de “tratamento” da loucura e trabalhadoras/es ainda mais explorados – são reveladoras da perpetuação do trauma colonial, que pode ser desdobrado no trauma manicomial.

Aos poucos, vamos adentrando as camadas dessa espécie de luto baseado nas distorções do real, o qual nomeamos nessa pesquisa como “luto manicomial”.

A divisão racial das pessoas internadas

A maior parte das entrevistadas nessa pesquisa reconheceu a prevalência da população negra internada nos manicômios masculinos e nos manicômios mistos da região de Sorocaba, lembrando que esses dados complementam a análise de Nair, que abriu o nosso debate:

(...) os pacientes eram todos homens, a porcentagem de negro era maior, com certeza era maior, eu acho que, em termos de proporção, (...) 70 ou 73% de negros e pardos (Geni).

Tinha muito mais pessoas negras, tanto mulheres quanto homens, isso era muito marcado no hospital psiquiátrico (Yolanda).

(...) tinha bastante negro, bastante, acho que era mais, sim, uns 70% (Ana Francisca).

O perfil racial deles, vou te dizer que a maioria dos pacientes eram negros, eu acho, assim, que a grande maioria era de pessoas morenas, negras (Marta).

(...) acho que era mais uma mistura mesmo. Tinha negro, tinha branco, tinha pardo, tinha olhinho puxado, né, japonês, tinha de tudo. (...) o que tinha, eu acho, era mais moreno (Catarina).

Eu nunca vi tanto paciente, tanto paciente, assim, realmente, os homens eram mais de cor negra. Você perguntando, eu recordei que tinham muitos pacientes negros. Ali no “Caridade”, receberam os pacientes do “Amável Donzela”, o restante que ficou do “Feliz Destino”, foi recebido do “Boa Intenção”, então, assim, foi muito, muito paciente e muitos eram negros (Cristina).

Em relação aos hospícios exclusivamente femininos, as recordadoras disseram:

Mas olha, fia, essa coisa de cor, tinha de tudo, tinha de tudo. Tinha morena, tinha clara, tinha bem branca de olho verde, tinha de tudo (Eliana).

Parecia que, entre pacientes brancos e negros, era a mesma quantidade, não tinha mais de um ou mais de outro, não havia essa diferença (Cristina).

Duas outras recordadoras analisaram a prevalência de pessoas brancas nos hospícios, tendo a primeira referenciado um manicômio misto e a segunda (com percepção acerca dos grupos raciais que nos pareceu problemática), um masculino:

Você foi falando e eu fui puxando aqui na minha memória os pacientes negros daquela época e negro era o “Chita” e o “Xuxa”. (...) Mas eu acho que a maioria dos pacientes eram brancos (Helena).

Olha, na minha lembrança, na minha memória, a população do hospital é de maioria branca. Tudo bem que eles tomavam sol indiscriminadamente, então, eles eram morenos de sol, mas de cabelo liso. Poucos negros, poucos negros em números, vamos pensar 20% negros, 30% mulatos e a grande maioria brancos (Maria).

A questão do consenso acerca da constituição racial de um grupo sofre o impacto dos processos históricos de negação da raça e do racismo em nosso país, fundado sob o mito da “democracia racial” (Nascimento A., 2016), conforme citado anteriormente.

Em porcentagem, acho que, por volta de 80% dos pacientes do “Caridade” era preto ou pardo, então, predominava o negro no hospital. A maioria dos pacientes era analfabeto também. Como a gente trabalhava com o Censo, a gente sabia disso. (...) muitos que eram pardos eram colocados como brancos, então, tem essa deficiência de dados. Indígena, então, eu realmente não me lembro de nenhum, mas, talvez, até por não identificar na ficha. (...) Acredita que colocavam moreno? Dependendo de quem fazia a ficha, colocava moreno! (Antônia).

Consideramos fundamental o dado de que a população internada nos manicômios da região de Sorocaba era, sim, majoritariamente negra, o que foi apontado na maioria dos relatos que colhemos.

Na comparação do Censo Psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do estado de São Paulo de 2008 com os do Censo Demográfico do IBGE de 2000 (Barros *et al*, 2014), constatou-se que “(...) 61,3% dos moradores são identificados como de cor branca, 22,0% pardos, 16,4% negros, 1,24% amarelo e 0,11% é indígena” (Barros, Bichaff, 2008, p. 115). Essas taxas, ao serem comparadas ao quadro da população geral do estado de São Paulo, revelam que “(...) há proporcionalmente uma maior presença de negros (pretos e pardos) moradores dos hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo” (Barros *et al*, 2014, p. 1239).

Essa realidade pouco se modificou ao longo da história da psiquiatria paulista. Recuperando os dados étnico-raciais da gestão Franco da Rocha do hospício Juquery, que retrata o período entre o final do século XIX e os primeiros anos do século XX, temos que “(...) negros e pardos eram internados em proporção mais de duas vezes superior à parcela que representavam na população total da cidade” (Barbosa, 1992, p. 98).

Adentrando a realidade do território pesquisado neste estudo, recuperamos os dados do Censo do IBGE de 2022, que indicou que, do total de pessoas sorocabanas entrevistadas, 66,6% se autodeclarou branca, sendo esse número 10,29% maior em relação aos dados do Censo 2010 (Cruzeiro do Sul, 2023). Ao cruzarmos esse dado étnico-racial da população geral com os dados da população encarcerada nos manicômios

pesquisados, entendemos que havia uma porcentagem maior de pessoas negras dentro dessas instituições em comparação à porcentagem de negros na população geral.

A prevalência de pessoas negras entre as encarceradas nos manicômios é um dado incontestável mesmo diante do contraditório, nesta pesquisa representado por relatos de recordadoras que interpretaram que, na história dos hospitais psiquiátricos, era maior a presença de pessoas brancas e/ou que havia equilíbrio entre as taxas de pessoas brancas e negras internadas. O olhar sobre a centralidade da perspectiva racial nos dados do Censo Psicossocial de 2008, pautado por Barros (2014), a partir da interpretação dos índices de pessoas negras nos hospícios paulistas comparados à população geral do estado, se aplica à realidade da região de Sorocaba, conforme já citamos.

Observamos como as repetições das exclusões e violências nos processos históricos da psiquiatria moderna são reveladores da “ferida colonial” não tratada, sendo a “colonialidade da razão” um desdobramento da dominação colonial (Kilomba, 2019; David, 2022). Importa reiterarmos que, como o trauma colonial está na fundação do mundo capitalista e este, por sua vez, cria o manicômio, isso se traduz na retroalimentação dos circuitos de desumanização. O navio negreiro antecede o manicômio, nos ensina Passos (2018), sendo a ferida colonial do racismo um elemento incontornável para a análise do sofrimento psicossocial e das manicomializações.

Olhando para o outro lado da sociedade cindida, sobre a divisão colonial dos corpos a partir da perspectiva da “norma” e do “universal”, Fanon (2008) analisou criticamente a localização da brancura nas zonas de possibilidade de Ser: a “zona do ser” como atributo exclusivo das pessoas brancas. Concomitantemente ao processo de se tornar referência do Ser, a “branquitude” omite e/ou nega que esse protagonismo social-epistêmico se constituiu/constitui como reflexo das relações de “(...) violência que impuseram e impõem valores (...), saberes, modelos político-econômico-estéticos que definiram e definem o lícito e o ilícito, o normal e o anormal, tomando a si e às suas práticas como ponto de referência narcísico” (Pires, Queiroz, Nascimento, 2022, p. 11). No mesmo sentido, Silvio Almeida afirma:

O racismo é, no fim das contas, uma forma de racionalidade, (...) o “preconceito” não é um problema de ignorância, mas de algo que tem sua racionalidade embutida na própria ideologia. No caso do Brasil, o racismo contou com uma inestimável participação das faculdades de medicina, das escolas de direito e dos museus de história natural. (...) Sobre o racismo científico e a relação entre raça e biologia, o desenvolvimento do capitalismo

e os avanços tecnológicos da sociedade industrial fizeram emergir um tratamento mais sutil, mais “fino”, da questão racial. (2018, p.54-55).

O contexto de exclusão racial do/a “Outro/a” da branquitude, como um dos reflexos dos sistemas de poder exercidos na “zona do ser”, foi nomeado por Cida Bento (2014) como “pacto narcísico da branquitude”: uma herança colonial positiva de beneficiamento material e simbólico do grupo racial branco. A autora analisou que os pactos narcísicos da branquitude são articulados de modo consciente e/ou através de alianças inconscientes, sempre voltadas à manutenção da política de privilégios. Conseqüentemente, o pacto narcísico da branquitude opera e/ou se beneficia da exclusão e do aniquilamento dos/as negros/as (e colonizados), produzindo e reproduzindo relações sociais desiguais e racistas. Tais relações são, ainda, marcadas pela negação do racismo, pela exclusão moral das pessoas negras do universo social e pelo silêncio em torno do beneficiamento das pessoas brancas frente à realidade de segregação racial (Bento, 2014).

Em relação às divisões do humano, uma entrevistada branca assim descreveu um “paciente” branco que parecia não pertencer ao lugar onde estava – o manicômio:

Muitas histórias me marcaram nesse sentido do abandono familiar, a história do seu Benjamin era uma delas, tanto que, eu ficava pensando, “por que esse homem tá aqui?”. O seu Benjamin era um paciente muito querido, era um idoso e tava lá há muito tempo. Era o tipo de paciente que todo mundo queria levar pra casa. Ele era doce, escrevia poesia, era educado, ele era, assim, limpinho, ele era muito cuidadoso. (...) Ele era branco, polaco, polaco, polaco, lembro que tinha até o olhinho claro, cabelinho bem branco, ele era bem branco. Acho que não era pela aparência dele que ele era tão querido, mas pela forma que ele tratava a gente. A assistente social comentou que, uma vez, ela conseguiu falar com uma filha dele e essa filha, segundo a assistente social, contou que o seu Benjamin batia muito na mãe dela, que era muito agressivo. Mas eu não conseguia enxergar o seu Benjamin daquele jeito. Eu perguntava para os outros funcionários e ninguém via o seu Benjamin dessa forma também (Catarina).

Do outro lado do mundo apartado, em oposição à “zona do ser”, está localizado o “contingente que sobra e que não pode ser” – “zona do não ser” (Fanon, 2008). As heranças coloniais materiais e simbólicas desse grupo, que é formado por negros/as, indígenas e demais povos considerados racializados pela branquitude (que não vê a si como racializada), são reveladoras da cisão do mundo em categorias sociais-raciais

perpetuadas pela/na “colonialidade do poder”. Nesse sistema-mundo, as diferenças se transformam em desigualdades que oprimem aqueles/as que não correspondem aos ideais do grupo branco dominante (Fanon, 2008; Quijano, 2005a, Bento, 2014).

Fanon (2008) afirma que, aos olhos do branco, os negros não têm resistência ontológica e não têm sistemas de referência – destroçados que foram por estarem em contradição com a “civilização” branca –, sendo submetidos a uma violenta homogeneização, onde o seu esquema corporal é atacado, cedendo lugar a um esquema “epidérmico racial”. “Nenhuma chance me é oferecida. Sou sobredeterminado pelo exterior. Não sou escravo da ‘ideia’ que os outros fazem de mim, mas da minha aparição”, disse Fanon (2008, p. 108). O pensador analisa, no tocante à relação entre os processos de racialização e a psiquiatria, a partir do maquinário racista que funda as relações sociais e as instituições, que “(...) a colonização, em sua essência, já se apresentava como uma grande fornecedora dos hospitais psiquiátricos” (Fanon, 2022, p. 251).

Nesse debate, recuperamos a imagem do Brasil, que se vendeu como a maior “democracia racial” do mundo (Nascimento A., 2016), a fim de encararmos de frente os “segredos ocultos” dessa e de outras ideologias de dominação, onde localizamos a história da psiquiatria brasileira, conforme defendemos ao longo desses escritos.

Os manicômios, como parte do aparato de produção e reprodução das “zonas do não ser” pela via da manicomialização de corpos e comportamentos, operavam/operam a exclusão e o extermínio dos/as considerados/as indesejáveis sociais. Fanon descreveu como uma linguagem da violência colonizadora o que observou nas instituições psiquiátricas: “(...) a linguagem do colono, quando fala do colonizado, é uma linguagem zoológica” (Fanon, 2022, p. 39). A análise fanoniana sobre a linguagem da violenta desumanização nos ajuda a interpretar os achados do campo que revelaram os apelidos racistas atribuídos às pessoas internadas nos hospícios de Sorocaba, tais como “chita”, “urubu”, “jacaré”, dentre outros.

Então, o Fabinho, que era o “urubu”, ele tinha os dentes maravilhosos, branquinho, branquinho, só que ele era preto, preto, preto. Aí, o “urubu” eu acredito que seja por isso (Nair).

Um desses meninos, que veio da FEBEM, foi o Fábio “jacaré” (...). Eram, assim, muitos meninos abandonados, ou que a família foi morta, ou que eram da periferia, da favela e, às vezes, eles se lembravam de algum detalhe violento da vida deles. (...) Então, é isso que a gente fala sobre a questão dos excluídos, né, principalmente as crianças negras (Antônia).

De acordo com o trabalho de memória de Antônia, os apelidos racistas constavam na ficha cadastral das pessoas internadas:

Tinha um paciente, que era chamado de Fábio “urubu”, porque ele era bem negro, retinto que fala, então, relacionava a urubu por isso, era o Fábio “urubu”, um apelido racista, né (...) acabou já normalizando na própria inscrição, no próprio cadastro de internação constava (...), tava lá “urubu”, entre aspas, depois do nome dele (Antônia).

Para analisarmos as questões abordadas por Nair e Antônia, acionamos o conceito de biopolítica de Michel Foucault (1999). A biopolítica se constitui pelos mecanismos de controle de todo o corpo social que emergiram com a modernidade, que vão desde as tecnologias de maximização da vida até o poder regulamentador de todas as relações e instituições, sendo o racismo o elemento de corte para regular a distribuição das mortes dos indivíduos considerados inferiores (Foucault, 1999).

As duas pessoas que estiveram presentes nas lembranças de Antônia e Nair, coincidentemente de mesmo nome – Fábio –, sendo ambos homens negros “rebatizados” com apelidos racistas – “jacaré” e “urubu” –, foram internadas ainda crianças no hospício. E nada pode justificar o nível de violência e desumanização a que foram submetidas. Não há significante social que dê conta de explicar tamanha brutalização. O que fica em evidência, nessas histórias narradas, é a aniquilação social a que foram submetidos os dois “Fábios”, como processo e produto do corte social e racial operado pelo poder inferiorizante e assassino do Estado na sociedade capitalista (Foucault, 1999).

Para Foucault, a psiquiatria teve/tem um importante papel na sustentação dos sistemas de poder, por meio da criação das noções de degeneração e de hereditariedade constitutiva dos estados anormais, aliando-se ao racismo – racismo não apenas étnico, mas também aquele delineado pelo viés evolucionista e biológico –, o que resultou no racismo científico (Foucault, 1999, 2001). Nesse sentido, a biopolítica, esse poder sobre

a vida de todo o corpo social, se fundou sobre a ideologia de que existiria uma raça ruim, um tipo biológico inferior, passível de ser eliminado, o que Foucault (1999) nomeou como a legitimação do poder assassino do Estado.

O direito de matar, como poder exercido sobre a fictícia sub-humanidade, desde os diversos tipos possíveis de extermínio, do assassinato até a aniquilação subjetiva, representa algo que extrapola a eliminação desse “Outro” como indivíduo, pois, matar esse “tipo biológico inferior” deixaria a sociedade, em geral, mais pura e mais sadia (Foucault, 1999). Assim, esse modelo cognitivo forjado pela organização social (racial) e subjetiva do capitalismo, eurocêntrico e moderno, resultou na exclusão dos corpos com deficiência, dos racializados, homossexuais, loucos, degenerados e anormais (Foucault, 1999).

No contexto dos hospitais psiquiátricos, os experimentos realizados pelo corpo clínico **contra** as pessoas internadas – aplicação de choques elétricos, prescrição de medicamentos para testes em “humanos”, uso da camisa de força e toda sorte de castigos – são alguns exemplos da normalização das práticas de tortura a que os “tipos biológicos inferiores” foram submetidos.

O diretor clínico do hospital, ele gostava muito de fazer experimentos com os pacientes, ele era o papa, né, o papa da psiquiatria, ele era titular da cadeira de psiquiatria da PUC. Ele fazia uma pesquisa com um adolescente do hospital (...). Eu presenciei a aplicação de eletroconvulsoterapia, que não era uma coisa muito discutida, era mais discutida a questão do uso do macacão de força do que a eletroconvulsoterapia (Geni).

Tinha, assim, um rapaz, ele ia pra terapia ocupacional com aquela camisa de força. Ele era muito agressivo, inclusive, ele participou daqueles choques, né. E aí, me convidaram se eu queria ver como que era e eu participei. É horrível, o eletrochoque é horrível! É uma coisa que eu falo, na época, não que esse mocinho precisava mesmo do choque... e isso daí foi o que me deixou mais, assim... e tinha que andar com esse paciente amarrado porque, no hospital, assim, não tinha outro jeito. (...) Então, pra mim, foi, assim, curioso, né. Ele foi muito famoso, esse menino, tanto que, na época, apareceu até na televisão porque ele era agressivo demais e a família não aguentava mesmo (Nair).

Recuperamos uma história brutal a que foi submetido um adolescente, contada por Marcos Garcia (2018) a partir de relatos que colheu de três profissionais (uma enfermeira, uma psicóloga e um médico) que trabalhavam em um dos hospitais psiquiátricos de Sorocaba:

Alexandre tinha um “dom” que causava admiração a todos (...) na década de 80: diagnosticado como autista, conseguia fazer contas mentalmente, relacionando um determinado dia da história ao dia da semana correto. (...) Seu “dom” fez, inclusive, com que fosse objeto de reportagem televisiva na época. (...) A agressividade de Alexandre, todavia, suscitava na equipe médica medidas de contenção física e química, como o uso de camisas-de-força e de ECT (...). Um dos proprietários do local, também professor de uma faculdade de medicina da região, resolveu submetê-lo a um procedimento “definitivo”: uma psicocirurgia experimental, no início da década de 90. Há dúvidas nas narrativas em relação ao tipo de psicocirurgia a que Alexandre foi submetido, mas o mais provável é que tenha sido uma modalidade da lobotomia frontal, conforme o relato de uma das pessoas que o conheceram. Cabe lembrar aqui que, embora tenha sido utilizada maciçamente entre as décadas de 40 e 60 do século passado em diversos locais do mundo, a lobotomia frontal foi abandonada pelos efeitos deletérios que causava, dentre eles a elevada mortalidade durante o procedimento. Alexandre voltou ao manicômio logo depois da cirurgia. Totalmente apático (...), ficou com sequelas neurológicas graves do procedimento, o que inclui tetraplegia. Passou a se alimentar apenas por meio de sonda. Em condições precárias de cuidado, viveu menos de um ano, falecendo de infecção respiratória (Garcia, 2018, pp. 63-64).

A brutalidade das histórias ocultas por detrás dos altos muros dos manicômios nos faz acionar Achille Mbembe (2018), pensador da contemporaneidade, a fim de aprofundarmos o olhar sobre o poder de morte exercido pela psiquiatria moderna/colonial.

Partindo do conceito foucaultiano de biopolítica, Mbembe (2018) aprofundou a discussão sobre as questões raciais dentro das políticas operadas pelo Estado moderno/colonial e suas instituições, considerando imprescindível a centralidade da escravização para a análise do poder de morte. Ao pensar a necropolítica, o autor considerou fundamental o entendimento de que as políticas de morte são as tecnologias adotadas para o controle das populações, especialmente, por meio das desigualdades de raça nos contextos dos territórios colonizados. Mbembe propôs um olhar sobre a submissão da vida ao poder da morte pela via da imposição de um “terror social” e, dentre as análises profundas realizadas pelo autor, que, inclusive, acreditamos se aplicarem aos contextos brasileiros, destacamos a discussão que associa o racismo, a dominação e o terror como marcos da civilização moderna. Ouçamos Mbembe:

Qualquer relato histórico do surgimento do terror moderno precisa tratar da escravidão, que pode ser considerada uma das primeiras manifestações da experimentação biopolítica. Em muitos aspectos, a própria estrutura do sistema de *plantation* e suas consequências manifesta a figura emblemática e paradoxal do estado de exceção. [...] a humanidade do escravo aparece como uma sombra personificada. De fato, a condição de escravo resulta de uma tripla perda: perda de um “lar”, perda de direitos sobre seu corpo e perda de estatuto político. Essa tripla perda equivale a uma dominação absoluta, uma alienação de nascença e uma morte social (que é expulsão fora da humanidade). Enquanto estrutura político-jurídica, a *plantation* é sem dúvida um espaço onde o escravo pertence ao senhor. Não é uma comunidade porque, por definição, a comunidade implica o exercício do poder de fala e de pensamento (2018, p. 27).

A análise de Mbembe (2018), guardadas as proporções das diferenças de contextos, considerando que o sistema de *plantation* nem foi a principal estratégia organizativa dos processos escravocratas brasileiros – aqui conviveram diferentes regimes escravistas –, nos aponta, sim, para caminhos convergentes. E um dos pontos de intersecção entre os regimes escravistas no mundo colonial e no mundo moderno, sob as insígnias da necessidade de dominar, civilizar e enfrentar o “terror”, foi a centralidade do poder dos senhores de escravos e, posteriormente, dos capitalistas sobre a vida e a morte em suas propriedades, o que incluía as pessoas submetidas à escravização e às explorações no mundo do trabalho no sistema mundo moderno/colonial (Cardoso, 2014; Quijano, 2001). Essa condição foi descrita por Mbembe (2018) como uma “morte-em-vida”, o que nos levou à associação com os signos relacionados às condições de morte e/ou mortificações a que foram submetidas as pessoas encarceradas nos manicômios.

Com Mbembe (2018), Fanon (2022) e Grada Kilomba (2019), fazemos alusão ao poder dos senhores de escravos sobre a vida e a morte em suas propriedades, à verdade do “caminho do senhor” e ao conceito de “senhor branco simbólico”, a fim de refletirmos metaforicamente sobre o papel social desempenhado por décadas pelos proprietários dos manicômios de Sorocaba (quase todos privados, com exceção de um, que era filantrópico) – “os senhores-proprietários” dos hospícios.

Diante da repetição de cenas coloniais no mundo moderno/manicomial – trauma colonial / trauma manicomial –, a dominação de poucos “escolhidos” – os “senhores” – definiu a sobrevivência, a morte e a mortificação de muitos. Destacamos algumas das vantagens sociais dos “senhores proprietários” dos hospícios da região de Sorocaba: eram, em sua maioria, homens, cisgênero, brancos, proprietários, sem deficiência, ocupantes de cargos na universidade de medicina local e na gestão das políticas públicas de saúde a nível municipal.

Uma das entrevistadas neste estudo, inclusive, denunciou que, possivelmente, o poderoso grupo formado por médicos e donos dos hospícios teria ajudado a eleger um deputado federal que “lutava por eles em Brasília”, o que pode ser interpretado como um esquema de troca de favores entre esses atores.

Haviam também as mulheres administradoras e/ou sócias, que foram identificadas, em alguns relatos, como mãe e esposas – as “Outras” dos “senhores proprietários”. Os discursos sobre as mulheres com poder e privilégios dentro das hierarquias da estrutura manicomial as identificaram como “mais humanas” ou mais “cuidadas”, o que pode ser analisado com as lentes dos estudos de gênero e das perspectivas críticas sobre o “ser mulher”. Esse assunto será analisado na próxima seção desse texto.

Voltando nosso olhar ao maquinário manicomial e a produção de corpos manicomializados, reiteramos que as pessoas internadas estavam cercadas não apenas pelos muros e grades dos hospitais psiquiátricos, mas, ainda, pelo cerco brutal da imposição de uma “morte-em-vida” (Mbembe, 2018) produzida pelos maus tratos e pela violenta cronificação. Elas eram/são reduzidas aos seus corpos biológicos (Agamben *apud* Mbembe, 2018), através da profunda alienação do ser, enquanto sujeito e parte de um coletivo (Fanon, 2008).

Para aprofundarmos a análise sobre a constituição e a permanência desse maquinário manicomial como um dos pilares de estruturação da sociedade capitalista, seja materialmente como instituição de privação de liberdade, seja como lógica enraizada que sequestra a nossa imaginação e nos impede de criar formas de cuidar em liberdade, acionamos René Kaës (2014), que analisa as alianças conscientes e inconscientes que mantêm intactas determinadas conformações da realidade social.

Kaës (2014) afirma serem as alianças sociais, políticas ou religiosas dependentes de avalistas para a fundamentação de seus objetos e objetivos. Esses avalistas podem ser “Deus” (nas sociedades teocráticas) ou equivalentes plenos, que exercem a função de enquadrar e assegurar a estabilidade das alianças inconscientes, a fim de evitar os conflitos sociais. “No regime totalitário, o equivalente pleno dessa função última deve ser buscado no âmbito da causa última que encarna a trilogia suprema: Ideia, Ideal, Ídolo” (Kaës, 2014, p. 37).

No caso do polo manicomial de Sorocaba, que funcionou por décadas associado a uma “natureza benevolente”, podemos destacar a atuação de alguns “avalistas” que sustentaram a manutenção do modelo de “tratamento” vigente por décadas. Recordamos que as instituições psiquiátricas eram frequentadas por padres que, inclusive, realizavam missas no manicômio. As (auto)proclamadas pessoas “de bem” frequentavam os hospícios e/ou faziam doações aos/às pobres “loucos/as”, bem como alguns empresários e atores políticos que atuavam no território. E, como avalistas do chamado “tratamento psiquiátrico”, estavam posicionados os médicos, muitos dos quais eram “senhores-proprietários” dos hospícios.

Assim, foi estruturada a institucionalidade e a ampla aceitabilidade social dos hospícios, ainda que seus muros ocultassem uma política de “fazer viver e deixar morrer” em relação à população “atendida”. Os denominados “pacientes crônicos” (cronificados) permaneceram por décadas encarcerados como “sombras personificadas”, aprisionadas a um quadro cotidiano de destruição humana (Mbembe, 2018; Foucault, 1999).



Imagem 6. Foto: Reprodução de cena do documentário A casa dos esquecidos. Fonte: SBT Repórter, 2013⁴⁴.

A imagem acima reproduzida representa uma pequena amostra da condição em que se encontravam os/as “pacientes” encarcerados nos hospícios de Sorocaba: pessoas nuas, perambulando como “sombras” por um corredor, concentradas como animais em

⁴⁴ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=UZBMaKNxua0>. Edição nossa. Acesso em 10/05/2023.

um confinamento. Essa realidade cruel e desumanizante, aceita por diversos setores sociais no território (reiteramos o papel dos avalistas da tragédia manicomial) também foi marcante em outras localidades de nosso país. Inclusive, a imagem recuperada do interior do hospício sorocabano retrata uma cena que se repetiu em outros manicômios brasileiros.

Saindo de Sorocaba e do estado de São Paulo rumo a Minas Gerais, destacamos uma memória emblemática da história da psiquiatria brasileira do século XX: o genocídio de 60 mil pessoas no maior hospício do país, conhecido como Hospital Colônia, narrado por Daniela Arbex (2019) no livro *Holocausto Brasileiro*. Palco de horrores e torturas, no Colônia:

Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças (Brum, 2019, p. 14).

As milhares de mortes no Colônia, inclusive, foram convertidas em lucro, uma vez que, entre 1969 e 1980, em plena Ditadura Empresarial Militar, os corpos dos “pacientes” foram vendidos para dezessete faculdades de medicina, sem qualquer questionamento de ninguém e de parte alguma (Arbex, 2019). Em Barbacena, o Cemitério da Paz, símbolo do genocídio que aconteceu nos porões da loucura (contemporâneo aos porões da ditadura), encontra-se em estado de abandono.

“Enterradas em covas rasas, as vítimas de tratamento cruel não alcançaram respeito nem na morte. (...) nem mesmo os ossos revelados conseguiram reverter o descaso” (Arbex, 2019, p. 69). Esse triste local, que constitui a prova material de um genocídio, encontra-se desativado desde o final da década de 1980 devido a saturação do terreno, que se tornou o “destino” de grande parte dos 60 mil mortos do Colônia. O psiquiatra Jair Toledo, que respondeu pela direção do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena até março de 2013, em depoimento à Arbex disse, sobre o cemitério: “O cemitério foi criado praticamente junto com o hospital, por isso, a leitura que faço é que os doidos, assim como os negros, não eram enterrados junto com os normais” (Arbex, 2019, p. 69). A prefeitura de Barbacena chegou a lançar, em 2007, um edital para a criação

de um memorial no local, o Memorial das Rosas⁴⁵, porém isso não saiu do papel – o que é só mais um dos inúmeros exemplos de descaso com a memória pública em nosso país.

Nessa pesquisa, a reflexão sobre a necessidade de mantermos vívidas as memórias desse e de outros cemitérios, bem como de outros locais que nos ajudem a testemunhar a história dos genocídios, para resistirmos ao apagamento histórico como enfrentamento necessário ao fortalecimento das lutas por reparação social, nos povoou. Nesse sentido, contar a história dos mortos, voltar aos cemitérios e às covas clandestinas para testemunhar as tragédias de nosso país se faz necessário para a compreensão do lado obscuro de nossa sociedade, onde determinados corpos sequer são passíveis de vida e de luto. Rachel Passos (2023), inspirada por Judith Butler, sobre os poderes do luto e da violência, afirma que os corpos passíveis de um enterro digno e do luto são aqueles passíveis de vida e de cuidados.

Adentrando em algumas questões relacionadas ao genocídio operado no hospício de Barbacena, nos ocorreu um pensamento relacionado ao nome pelo qual o Centro Hospitalar Psiquiátrico ficou nacionalmente conhecido: Colônia. Para além de enunciar o modelo de “tratamento” proposto à loucura – adequado, pois era uma colônia agrícola mesmo –, o nome Colônia também nos remeteu aos símbolos da violência colonial nas instituições psiquiátricas. Nada mais propício do que nomear como Colônia o “centro hospitalar” que sequestrou a liberdade, dominou milhares de “sombras personificadas”, funcionou como um campo de trabalho forçado, torturou e matou 60 mil pessoas.

Conforme analisou David (2023), que utilizou como uma de suas fontes históricas os registros fotográficos do Colônia recuperados do já citado livro *Holocausto Brasileiro* (Arbex, 2019), a prevalência da população negra na maioria dos “presídios manicomial” era/é reveladora da intersecção entre o racismo e as manicomializações. O autor faz uma associação interessante entre esses registros fotográficos do Colônia e os relatos de Lima Barreto (2017) nos livros *Diário do hospício* e *O cemitério dos vivos*, afirmando que os escritos de Lima poderiam “servir de legendas para as fotos (...), pois evidenciam, como

⁴⁵ Arbex explica, em seu livro, que o projeto uniria a história manicomial de Barbacena com a produção de rosas, que se constitui como outro destaque do município no cenário nacional, por isso, recebeu o nome de Memorial das Rosas. O cemitério continua abandonado pelo Estado e se encontra fechado para visitação (comunicação pessoal, 20/08/2023).

as fotos, a realidade racial dos hospitais psiquiátricos” (David, 2023, p. 73-74), o que concordamos.

Em *Diário do Hospício*, além de denunciar ser o negro a cor mais presente no manicômio, Lima Barreto (2017) associou o “tratamento” por ele recebido às relações forjadas pela escravização: “(...) na Seção Pinel, aconteceu-me coisa mais manifesta da estupidez do guarda e de sua crença de que era meu feitor e senhor” (p. 66). O escritor parece encontrar as palavras certas para nomear de forma crítica as relações no hospício, no contexto das repetições e reencenações da dominação colonial, às quais ele se opôs. Lima Barreto, com a sua escrita, resistiu ao silenciamento e aniquilamento do eu imposto pela violência manicomial.

Em nossa pesquisa, observamos que, de forma geral, as recordadoras construíram poucas lembranças sobre as resistências das pessoas institucionalizadas, por elas denominadas “pacientes da psiquiatria”. Ao se referirem aos episódios de violência e aos conflitos no cotidiano das relações manicomiais, muitas atribuíram “agressividade”, “agitação” e o “desequilíbrio” a esse/a “Outro/a” institucionalizado/a. Este/a, por sua vez, na condição de paciente em “crise”, conseqüentemente, deveria ser controlado/a, contido/a, encaminhado/a para o isolamento e medicado/a até se “acalmar”.

Retomamos o conceito de luto manicomial defendido neste estudo, a fim de analisarmos essa espécie de conformação das memórias das trabalhadoras às cenas de violência deliberada, ao significarem as situações vividas na contradição e no conflito, a partir do exercício de seus papéis nas dinâmicas institucionais, por meio do uso da própria linguagem manicomial. Lembramos que essa linguagem é marcada pelo uso da força, pelo apagamento do/a “Outro/a” e pela violência.

Um dos desdobramentos da linguagem manicomial, que é colonizadora do imaginário e dos afetos, pode ser observado no esforço de defesa do manicômio, sob a justificativa de que as pessoas internadas preferiam o hospital psiquiátrico à liberdade, ou que necessitavam da instituição como local de moradia. Essa questão emergiu nas narrativas de Catarina e de Cristina de forma mais estruturada e estiveram presentes, ainda, nas memórias de Nair e Maria.

Na época, se você conversasse com esses pacientes, até com esses pacientes da unidade 1, que não podiam sair, que eram os psicopatas, eles não tavam presos, eles não se sentiam presos. Você conseguia ver, nos momentos de lucidez deles, que eles sabiam que eles precisavam daquilo. Alguns pacientes tinham resistência em ter que sair, tinha paciente que não queria sair, que queria ficar ali. Talvez se sentissem protegidos, não sei (Catarina).

A gente tem que entender que tem a parte administrativa e tem a parte do hospital, então a gente tem que entender que cuidados com o paciente, todos esses foram impecáveis, a gente fazia tudo que podia. (...) A gente tentava mostrar pros pacientes... eles tavam internados? Tavam, mas a gente tentava transformar ali no lar deles, né. Tem pacientes ali que tavam internadas há trinta anos (Cristina).

Se esse que tava no hospital, lá ele tomava seu banho, almoçava, jantava, entendeu? Então, são algumas coisas que você fala “nossa, então o que é maltratar dentro do hospital? Se eles eram pessoas que não tinham família, eram moradores e lá eles tinham as coisas” (Nair).

De volta à história de Lima Barreto, em suas duas passagens pelo Hospício Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro, recuperamos as datas de suas internações: 1914 e 1919 que, inclusive, coincidiu com a fundação do Instituto Dr. Luiz Vergueiro, o primeiro manicômio de Sorocaba.

Na biografia de Lima, a historiadora Lilia Schwarcz (2017) destacou a diferença de “tratamento” recebido por ele nos dois momentos de sua admissão no hospício, de acordo com os registros que constam nas fichas de internação. Na primeira vez (1914), ao se apresentar como escritor e jornalista, Lima Barreto foi identificado como branco – era alguém; no contexto da segunda internação (1919), conduzido até o hospício pela polícia, internado como um anônimo, como mais um “degenerado” pelo vício do álcool a perambular pela rua, ele foi identificado como pardo – sendo considerado mais um dos “desajustados” sociais do pós-abolição. Lima Barreto “escureceu”, escreveu a historiadora, que reconheceu no escritor um “triste visionário” que antecipou, em muitos aspectos, a leitura crítica sobre a eugenia e o abandono, sendo ele próprio afetado por essa política de Estado.

Lima Barreto, nos livros já citados nesse capítulo, faz uma importante crítica à “herança de taras ancestrais”, bem como nega a autoridade do médico que exerce sua profissão no ‘vago e nebuloso céu da loucura’. Contudo, por haver muita ambivalência nessa situação, (...) admite ser um “náufrago”, “um rebotalho da sociedade”, um “doente indigente”, um “**pária social**” (Schwarcz, 2017, p. 398, grifo nosso).

Consideramos, junto com Schwarcz (2017), que os escritos de Lima Barreto em *Diário do Hospício e Cemitério dos vivos* contribuem para a análise crítica da construção da “ciência eugênica”, ao revelar seu caráter forçado, ideológico e nada científico de atribuição de uma inferioridade aos/às negros/as, miscigenados e toda sorte de indivíduos relegados à “zona do não ser” (Fanon, 2008). E isso foi valioso ao período de consolidação do poder das classes dominantes brancas do “pós-abolição” formal da escravização.

Em relação a sua condição de pessoa institucionalizada, nas mãos de diversos médicos que passavam pelos pavilhões do hospício, Lima Barreto denunciou:

Essa sua falta de método, junto a minha condição de desgraçado, davam-me o temor de que ele quisesse experimentar em mim um processo novo de curar alcoolismo em que se empregasse uma operação melindrosa e perigosa. Pela primeira vez, fundamentalmente, eu senti a desgraça e o desgraçado. Tinha perdido toda a proteção social, todo o direito sobre o meu próprio corpo, era assim como um cadáver de anfiteatro de anatomia. Felizmente, fui logo transferido, mas não sem passar dolorosos minutos à espera de ser vítima desse vício mental dos nossos métodos (Barreto, 2017, p. 194).

Com Lima Barreto, é possível associarmos esse “vício mental dos nossos métodos” com o “vício” em diagnosticar, inferiorizar, excluir e exterminar. “Loucos somos nós”, afirmou Eliane Brum (2019) no prefácio do livro *Holocausto Brasileiro*.

Longe da pretensão de aprofundarmos no pensamento de Lima Barreto, dadas as limitações dessa pesquisa, registramos a força de sua crítica à “prisão”, ao “sequestro” e à “detenção” operadas pelos hospícios, bem como a voz do autor contra as mensurações antropométricas e outras ideologias eugênicas, que propagavam as suas “técnicas” como eficientes para a indicação de traços de degenerescência “próprios” aos/às miscigenados/as – a ele. É interessante (e triste) pensarmos que, décadas após as críticas feitas pelo visionário Lima Barreto, pouca coisa se modificou.

A linguagem manicomial e as políticas eugenistas a elas relacionadas continuaram a ser propagadas nas instituições do passado (no território pesquisado) e nas falas institucionalizadas de trabalhadoras/es dos antigos hospícios no presente, o que pode ser analisado no relato de Maria, que segue transcrito:

(...) eu sou grata a todos os pacientes em surto que eu tive a oportunidade de ver, acompanhar e aprender deles, porque a gente via ali e depois ia pro nosso reservado, e discutia “ele tinha isso”, “ele tinha esses traços físicos”, “ele fez assim”, “ele gritou”, “ele chorou”, “ele rasgou” (Maria).

A linguagem manicomial

É preciso reiterarmos a participação da psiquiatria moderna/colonial nas políticas de extermínio no Estado brasileiro, pois as histórias dos processos desumanizantes e o exercício do poder assassino do Estado não se constituem como fenômenos fragmentados.

Recuperamos a história da cova coletiva encontrada em 1990 no distrito de Perus, na Grande São Paulo: em 2022, 32 anos após a cova clandestina ser descoberta, a primeira parte da pesquisa do Centro de Antropologia e Arqueologia Forense (CAAF) destinado à identificação de ossadas de presos políticos durante a Ditadura Empresarial Militar, revelou que, das mais de mil pessoas ali encontradas, apenas cinco eram militantes políticos desaparecidos, sendo o restante, a maioria dos corpos ali abandonados, pertencentes a pessoas pobres e moradoras das periferias de São Paulo (Piauí, 2022).

No Brasil, não há uma estatística sobre covas rasas, covas coletivas ou cemitérios clandestinos (Piauí, 2022). Recordamos um caso emblemático que foi a localização de uma cova clandestina no município de Sorocaba: em 2014, a assessoria de imprensa de Izídio de Brito (PT), à época vereador, divulgou o recebimento de denúncias sobre a descoberta de ossadas nas escavações das obras do empreendimento “*Tangará Shopping*”, local em que funcionava, anteriormente, o hospital psiquiátrico Jardim das Acácias (SMETAL, 2014). O hospital psiquiátrico em questão, que era alvo de investigações por mortes e desaparecimentos de pessoas internadas juntamente às outras instituições do polo manicomial, foi demolido após a venda do terreno onde, posteriormente, foram encontradas as ossadas humanas (Jornal Zona Norte, 2014). O

empreendimento do *shopping center* foi descontinuado e, atualmente, no terreno do antigo manicômio funciona um hipermercado. Embora o resultado da denúncia sobre as ossadas não tenha sido divulgado pela mídia local, essa memória apareceu nas recordações de uma das mulheres que entrevistamos:

Igual ali, nesse outro hospital (...) encontraram quantos mortos? (...) Tinha um monte de ossada, quando começaram a cavar ali pra fazer o mercado, tinham muitos ali, acharam muitos ossos. Isso mexeu comigo, lógico, gente, nossa senhora! Já pensou, uma pessoa acamada, ruim e só porque tá incomodando “ah vou matar” ou deixa lá de qualquer jeito, e aí, “morreu do que?”. Era fácil, pra todos era só falar “ah infartou” (Ana Francisca).

Nas instituições da violência, de acordo com as contribuições de Franco Basaglia (2010) sobre os graus de administração dos controles, dos atentados brutais, das punições e das mortes e mortificações, deve permanecer em relevo em nossas análises as suas funções sociais em intersecção com os seus avalistas sociais, econômicos e políticos.

O manicômio, assim como outros aparatos de controle e de repressão, além de cumprir seu papel de apartar do restante da sociedade os indivíduos indesejáveis e ameaçadores da coesão da ordem hegemônica, operam pedagogias que “educam” quem está dentro e também quem está fora das “zonas do não ser” cidadão. Para uns (os “anormais”), há o destino incontornável do não-poder e, para outros (os sujeitos da norma), há sempre o perigo iminente de extrapolar os limites da “zona do ser” (Basaglia, 2010; Fanon, 2008).

Uma das características mais bizarras, não sei se é bizarra a palavra, uma das características, assim, do ponto de vista da aprendizagem, tudo o que eu falar, atente-se para o ponto de vista da aprendizagem..., mas a população masculina era primitiva, era o lado primitivo desses pacientes que predominava. Por exemplo, a alimentação, ela era bizarra, ela era sem controle, era pouco treinada, então, comia-se com a mão, tinha bandeja, tinha talher, mas do nada a bandeja, que era de aço inox, podia voar. Isso é agressividade (Maria).

A fala sobre o possível comportamento “primitivo” do “paciente” como algo “bizarro” ou anormal parece se constituir na perspectiva da “linguagem zoológica”, que foi descrita por Fanon (2022) como a linguagem do colonizador contra o colonizado.

Assim, aquele que possui comportamentos que seriam “pouco treinados”, exemplificados por Maria como o ato de jogar a bandeja no chão, passa a ser nomeado como “crônico”, “primitivo” e “sem consciência”, desconsiderando-se o próprio contexto institucional que o produziu.

Com Antonio Bispo dos Santos (2023), entendemos que o colonizador é um educador, o que nos permite estender aos colonizadores-educadores de todos os tempos o papel de uma pedagogia do treinamento, por meio do adestramento dos corpos para a manutenção do poder e das opressões histórico-estruturais (Freire, 2005; Bispo dos Santos, 2023). Citamos Bispo dos Santos (2023):

Quando completei dez anos, comecei a adestrar bois. Foi assim que aprendi que adestrar e colonizar são a mesma coisa. Tanto o adestrador quanto o colonizador começam por desterritorializar o ente atacado quebrando-lhe a identidade, tirando-o de sua cosmologia, distanciando-o de seus sagrados, impondo-lhe novos modos de vida e colocando-lhe outro nome. O processo de denominação é uma tentativa de apagamento de uma memória para que outra possa ser composta (pp. 11-12).

A pedagogia da desumanização desse/a “Outro/a” (não eu) contribuiu para que pessoas fossem parar nos hospícios da região de Sorocaba e lá morressem, sem qualquer questionamento da sociedade e até mesmo de parte das equipes que atuavam nas instituições sobre tamanha brutalidade. As pessoas manicomializadas, consideradas “inferiores” nas hierarquias do humano, não tinham biografia, não tinham nome próprio, não tinham laços e não tinham memória, de acordo com os valores dos avalistas e os operadores do encarceramento em massa dessas populações já tão vulnerabilizadas.

Pra comer, os pacientes que conseguiam andar pra ir até o refeitório, lógico, eles iam mesmo nus, eles comiam com as mãos. Então, abria a porta e falava “ala 8”, a enfermagem tocava, parecia gado, parecia gado. (...) Apesar de eu contar todas essas coisas pra você e agora parecerem tão absurdas, o gatilho foi um final de ano que eu fui até a cozinha e tinha sido comprado peru pros pacientes (...). Eu fui na cozinha nesse dia e todas as coxas e sobrecoxas estavam bichadas, os bichos assim, arrgh só de lembrar disso me dá agonia! E, como eles não eram vistos como gente, nem pelas cozinheiras e nem por ninguém, aquilo foi feito pros pacientes (Geni).

Eu vi até, no refeitório, paciente morrer engasgado, isso eu vi. Foi com ovo, foi cozido o ovo. Mulher, foi mulher. O ovo coisou e tampou, minha filha. Mas foi uma

agonia pra mim, eu fiquei agoniada, aquele dia pra mim não prestou. E era uma loucona bem agressiva, sabe? Nossa, eu vi muita coisa, a gente via muita coisa ali na hora da comida, a gente ia servindo a comida e você via (Eliana).

O Censo Psicossocial revelou que 90% da população encarcerada nos hospitais paulistas apresentava apenas um diagnóstico psiquiátrico, sendo provável que “(...) grande parcela da população de moradores encontrava-se internada com diagnóstico de Retardo Mental, o que, visto isoladamente, não justificaria a internação psiquiátrica” (Barros, Bichaff, 2008, p. 75). Do conjunto da população moradora, existiam 144 pessoas que sequer possuíam diagnósticos psiquiátricos, “(...) o que pode sugerir processos de institucionalização motivados por outras questões, como, por exemplo, as situações de precariedade social ou de cuidados de outra natureza, além de indicarem a necessidade imediata de reversão desses processos” (Barros, Bichaff, 2008, p. 74).

Sobre a constituição da população encarcerada no polo manicomial da região de Sorocaba, as recordadoras disseram:

Primeiro que essas pessoas eram internadas por qualquer coisa, era por abandono, muitos foram por abandono das famílias, assim, que estavam em albergues sabe? Por que onde tinha vaga? No hospital psiquiátrico. Vinham dos orfanatos. E o diagnóstico era sempre de retardo mental, esquizofrenia, todos tinham que ter um diagnóstico, né, e, quando não era, assim, uma doença mental específica, então vinha como retardo mental (Yolanda).

Tudo ia parar na psiquiatria mesmo, era alienação violenta, vamos excluir! Virou uma coisa meio como saída pra tudo. (...) o que fazer com andarilho, por exemplo? Tinha S.O.S. [Serviço de Obras Sociais de Sorocaba], então se o S.O.S. não tinha dinheiro pra pagar passagem, porque S.O.S. só fazia isso, se tinha verba, mandava de volta pra Bahia, por exemplo, se a pessoa fosse da Bahia, se não tinha verba, mandava pro “Caridade” (Geni).

Os adolescentes, tinha um grupinho que a gente tinha muita pena porque não tinha nem porquê eles ficarem lá (Yolanda).

(...) os que eram internados eram os alcoólatras, os drogaditos, os que eram de doença mental mesmo, né, mas eram os chamados excluídos da sociedade. Muitas

internações aconteciam porque, simplesmente, as pessoas não queriam esse familiar, ou tinham um laudo médico e internavam por questões de herança, então, assim, é muita coisa, é muita coisa, é muita coisa (Antônia).

Junto com esses indicadores citados pelas entrevistadas, recuperamos os dados do Censo Psicossocial que acusavam a existência de “(...) diagnósticos psiquiátricos do grupo F00 a F09 (21,61%) que indicam quadros orgânicos, em especial aqueles provavelmente relacionados à epilepsia, que mereceriam também uma avaliação apurada quanto ao controle dos sintomas” (Barros, Bichaff, 2008, p. 75). E costumamos esse dado à questão problemática da massificação das internações e homogeneização do “tratamento” em psiquiatria, como fatores de risco às pessoas internadas que apresentavam quadros orgânicos e que eram abandonadas nas instituições:

(...) teve o caso de um paciente que eu lembro que tinha epilepsia, ele tinha uns dezessete anos... sabe, não tinha funcionário suficiente (...), então, esse paciente teve uma crise convulsiva, caiu de boca numa poça d'água e morreu afogado. Esse rapaz tinha a pele clara, mas ele tinha um olho bem puxado, acho que tinha descendência indígena (Geni).

A população que foi identificada com algum tipo de deficiência no contexto dos hospícios, de acordo com o Censo Psicossocial de 2008, apresentou pequena diferença entre os índices de homens e mulheres. O Censo revelou, comparativamente à prevalência de deficiências na população em geral indicada pelo Censo do IBGE, índices mais elevados para deficiências físicas e auditivas, e menor índice para deficiência visual entre os/as moradores/as dos hospitais psiquiátricos (Barros, Bichaff, 2008).

Em Sorocaba, o campo revelou a presença de pessoas com deficiências de natureza física, mental, intelectual e sensorial dentre as internadas nos hospícios. Essa população estava em condições extremamente precárias de existência, conforme podemos observar nas lembranças que seguem:

Tinha uma ala que a gente falava que era a ala das crianças, trinta tinha essa ala, mas eles não eram crianças, já eram adultos, mas era criança que ficou atrofiada e não teve desenvolvimento físico e nem mental, entendeu? Esses ficavam em cadeira de rodas, todos eles usavam fralda. Fralda que eu falo, não era fralda geriátrica, era fralda

de pano, então, eram lençóis, entendeu? As cadeiras de rodas eram, assim, cadeiras normais de você sentar, mas fizeram os braços, os rapazes da manutenção fizeram uns braços de ferro e colocaram um estofadinho pra apoiar o braço (Nair).

(...) tava tudo eles espalhado no pátio (...) tudo que tá aqui é mudo (Marta).

Era assim “tenho um psicótico na família, não vou ficar”, “tenho um deficiente mental na família, não vou ficar” e internava mesmo. (...) Tinha (...) deficiência mental profunda, cego, surdo, mudo, neurológicos profundos e com deficiências múltiplas (Geni).

Marta faz uma análise pertinente sobre a intersecção entre raça e deficiência em seu processo de recordação:

E eu sei que o negro, por muitas dificuldades que ele teve no passado, devido a tudo o que ele passou, essas coisas, então, dá uma menor condição pro negro em cuidados. Eu acho que, por exemplo assim, quando brancos, porque eu não vou dizer que lá não tinha crianças brancas, tinha, e muita também, mas, vamos dizer assim, nasce um filho com problema, ele é branco, então, ele tem escola especial, ele tem uma pessoa que vai lá e cuida dele e coisa e tal. Então, eu acho que era menor o índice da criança branca ir parar lá. Não é criança, tá? Criança que eu falo era essa coisa dos pacientes mais prejudicados, mas não eram crianças, eram as pessoas ali, tinha gente até mais velha que eu (Marta).

Para Barros e Bichaff (2008), os índices superiores de deficiências físicas e auditivas na população institucionalizada podem ser interpretados “(...) como resultado de processos de segregação, além de prováveis situações de precariedade sanitária e social” (p. 79), enquanto a menor prevalência de deficiência visual entre as pessoas internadas em comparação à população em geral pode ser um indicador da ausência da realização de diagnósticos adequados.

Durante o desenvolvimento da pesquisa de campo, questionamos as recordadoras sobre as condições de existência das pessoas internadas, no que diz respeito às instalações e ao cenário de privações a que eram submetidas cotidianamente. Comentamos sobre as informações que havíamos acessado anteriormente, por meio de estudos publicados e matérias veiculadas na mídia desde a época em que as denúncias de violações de direitos

nos hospícios começaram a ganhar cada vez mais espaço. E recolhemos algumas respostas interessantes:

(...) não era uma prisão, era um hospital, embora era uma semi prisão, sabia? Não eram prisioneiros, mas eles eram contidos, tipo ofereceu o jantar, tomou o banho, aí você já fecha por um corredor feio, coletivo, que tinha um cheiro característico, toda instituição tem o seu cheiro, né, então, tinha um cheiro característico por mais que limpasse e, depois, começava o povo da medicação. Começava a medicação pra acalmar e fazer com que esses pacientes também tivessem menos excitabilidade e fossem acalmando, pra que fossem dormir. Esses pacientes, aspas, precisavam dormir, tanto pela parte bioquímica do organismo quanto pela gestão. Como é que ia dar conta com eles todos em polvorosa? (Maria).

No hospital, sempre faziam o que era o mais fácil para a instituição. Na instituição total não tem desejo, né, então, o paciente precisa ser dependente e ter, assim, uma relação de poder dos profissionais. No “Feliz Destino”, eles trabalhavam com os pacientes muito com premiação e castigo. Sem contar que você tinha que obedecer, vamos dizer assim, entre aspas, o encaminhamento que o psiquiatra fazia, inclusive da atividade que o paciente ia fazer na oficina, porque vinha assim “encaminho o paciente pra produzir tapete”. (...) Os pacientes que eram considerados mais difíceis, às vezes, nem saíam do pavilhão (Yolanda).

Goffman (2007) conceituou os manicômios, dentre outros espaços, como instituições totais, que podem ser definidas como locais de moradia e trabalho de grande número de indivíduos em situação semelhante. Privados do contato com a sociedade por considerável período e submetidos a uma vida institucionalmente administrada, o uso da privação era o principal recurso de controle dos/as “pacientes”: privações da liberdade, da identidade, da nutrição adequada, da sexualidade, da possibilidade de se relacionar em qualquer nível e dos direitos de cidadania.

De acordo com Carolina Duarte (2018), era de conhecimento público que três pessoas ligadas à direção dos manicômios de Sorocaba mantinham a curatela de mais de 150 pessoas institucionalizadas. Nesse sentido, além de exercerem o poder de diretores dos hospícios, os “senhores-proprietários”, ainda, foram legalmente nomeados como curadores de “seus/suas” “pacientes”, o que representa uma duplicação desse poder sobre

as vidas por eles geridas. “Na região de Sorocaba houve a decretação em massa de interdição, sem preocupação com a nomeação de curadores adequados, bem como inexistindo qualquer esclarecimento aos interditados (...) sobre este instituto jurídico, o que criou uma hipervulnerabilidade jurídica-social” (Duarte, 2018, pp. 13-14). Essa hipervulnerabilidade fica bastante evidente no relato de Ana Francisca:

No hospital, os que eles conseguiram aposentar, eles foram aposentando (...). E levavam os pacientes pra rua, eles comiam, bebiam e compravam uma camisetinha ali, eles vinham tudo feliz. (...) E ficavam com o resto do dinheiro dos coitadinhos. (...) Eu entendo que não podia dar na mão dos pacientes, mas como é que você vai gastar o dinheiro dos outros? (...) E esses coitados, tudo babava, nem reclamava, porque vai reclamar de que jeito? Não falavam nada (Ana Francisca).

Ana Francisca, ao elaborar a questão sobre os sujeitos encarcerados não conseguem falar em defesa própria diante das injustiças manicomiais a que estavam submetidos, traz luz à problematização dos efeitos da linguagem colonizadora e do isolamento social nos corpos dos indivíduos. O modo como as pessoas internadas eram “ditas” ou nomeadas no contexto do tratamento violento que era cotidianamente a elas imposto, refletiu tanto nas barreiras levantadas aos dizeres e querereres próprios, como no esvaziamento das possibilidades de exercício da cidadania e de acesso a direitos. Assim, a rotina institucional feria a humanidade e produzia as condições para a segregação, o enlouquecimento, a cronificação e a criação de existências vegetativas.

De acordo com Fanon (2020, p. 135):

Em termos práticos, (...), o isolamento, a contenção, a utilização dos métodos coercitivos pela instrumentalização sádica que é empregada provoca, ou pelo menos, precipitam e aprofundam a regressão. O pensamento fugidio é aprisionado no fluxo das imagens sem nenhuma possibilidade de escapar dele sem o auxílio benfazejo e objetificante de outra pessoa. Confinar o paciente, isolá-lo, prendê-lo no leito, tudo isso significa criar as condições de existência de uma atividade alucinatória.

E a permissão para alucinar foi mais do que concedida nos hospícios da região de Sorocaba, em função da precariedade, da miséria e das violências a que foram submetidas as pessoas internadas, que representavam um terço dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo, não é demais repetirmos esse dado que bem retrata o território que pesquisamos (Barros, Bichaff, 2008).

A parcela altíssima de pessoas internadas na região de Sorocaba foi objeto de questionamento de algumas das recordadoras, porém, as suas interpretações do passado traduzidas em recordações no presente convergiram em análises que se reduziram a considerar que, enquanto trabalhadoras com pouco (ou sem nenhum) poder de decisão, elas fizeram o melhor que puderam, em termos do “cuidado”. Uma delas disse “já que estavam ali, vamos cuidar” (Geni). Nos relatos de várias entrevistadas, observamos que elas acreditavam, inclusive, que as pessoas que estavam há anos internadas sem apresentar qualquer crise, estavam bem apenas porque eram mantidas dentro daquela rotina institucional, reproduzindo a linguagem manicomial da vigilância e do controle como imprescindíveis à vida daquela população.

A ideia de que muitas famílias não queriam esses/as “pacientes” circulou por muitos relatos, com histórias de que os familiares jogavam fora as receitas das medicações que o hospital fornecia quando o/a “paciente” tinha alta, que não davam o suporte adequado às pessoas consideradas loucas e outros discursos que, posteriormente, serão abordados. Essas e outras interpretações da realidade vivida nos causaram a impressão de que algumas recordadoras aceitavam as condições dos hospícios como um “mal necessário” e, assim, seguiram em aliança adaptativa a “não importa a quê” mesmo nos seus processos de recordação, já fora do manicômio (Kaës, 2014).

Algumas recordadoras não reconheceram o sofrimento e a desumanização das pessoas internadas como produto do massacre institucional, atribuindo apenas aos quadros orgânicos das psicopatologias a grave cronificação em que se encontrava grande parte das pessoas presas nos hospícios. O auxílio benfazejo e objetificante, como disse Fanon (2020), era mais uma das faces perversas do racismo e da prisão dos/as “inferiorizados/as”, produzindo os/as “cronificados/as” nos/dos hospitais psiquiátricos.

A (re)construção das memórias de algumas das entrevistadas continuou em aliança com o manicômio, reproduzindo a linguagem manicomial – colonizadora do/a “Outro/a” no passado e no presente. Essa aliança é reveladora de uma marca não elaborada do passado traumático, que se perpetua nas repetições dessas vivências, muitas delas insuportáveis à consciência pelo grau de violência que expõem. E essa barreira à elaboração, pela via da construção de memórias e sentidos limitados e limitantes, nos indicam que as distorções da história que colonizaram o passado invadem o presente, como algo que não passa.

A ferida social não tratada – como uma reencenação do passado colonial, nos ensina Grada Kilomba (2019) – em seus aspectos individuais e coletivos, evidencia, como já foi dito, um luto não elaborado devidamente, que é onde localizamos essa tese sobre o luto manicomial.

Nas encruzilhadas dos processos desumanizantes

Se eu disser pra você que eu me importava com os crônicos, apesar de ver a situação, não me importava, não me afetava. Eu acho que a gente já vai criando uma armadura pra se proteger e, como eles já tinham condições bem precárias, você nem criava vínculo (Geni).

Basaglia (2010) analisou o papel social atribuído à equipe técnica dos manicômios na sociedade capitalista, destacando que esse “tratamento” estaria associado à execução do “trabalho que sujaria as mãos” da sociedade, protegendo-a da revelação de “(...) sua face violenta abertamente, para não criar contradições demasiado evidentes em seu seio” (Basaglia, 2010, p. 94). Portanto, as equipes eram/são responsabilizadas por um “trabalho sujo”, justificado como um cuidado assistencialista e civilizatório necessário, o que as torna “operadoras” da violência nos hospícios (Basaglia, 2010).

Em relação ao hospital psiquiátrico onde atuou, Basaglia (2010) apontou que o mesmo “(...) apresentava-se altamente institucionalizado em todos os seus setores: doentes, enfermeiros, médicos” (p. 111). Em diálogo com Basaglia (2010) sobre a ampla cronificação de todas as categorias de pessoas dentro dos hospícios, ao ouvirmos Geni comentar que não se importava com os “crônicos”, consideramos que a recordadora denuncia e denuncia a grave cronificação das equipes no/do manicômio.

As funções das equipes técnicas, constituídas por profissionais da medicina, psicologia, serviço social, terapia ocupacional e enfermagem, foram descritas por Basaglia (2010) como uma orientação para adaptar as pessoas privadas de liberdade à condição de “objetos de violência”. De acordo com o autor, os/as profissionais ocupariam o lugar de “empreiteiros/as da violência”, sem perder de vista que estariam também submetidos/as aos mesmos sistemas de poder e de dominação (Basaglia, 2010). Fazemos a ressalva sobre o papel dos/as médicos/as, nesse estudo, pois essa categoria se dividia

entre aqueles/as contratados/as como plantonistas e aqueles/as que eram proprietários/as das instituições.

Reiteramos que a população que foi historicamente (e ainda é) a mais atingida pelos manicômios e manicomializações, conforme discutimos nessa seção, é a população negra (David, 2022; Passos, 2018). E recuperamos a análise de Passos (2023) sobre a realidade das violências estruturais e estruturantes da sociedade brasileira, executada pelos/as “empreiteiros/as da violência”: “O terror de Estado executado pelos seus múltiplos braços – assistencial, curativo ou punitivo – encontra terreno fértil no silêncio proporcionado pelo racismo” (p. 68).

Separamos um trecho das memórias de Geni para ilustrar a negação da relação entre raça, racismo e manicomialização, onde o silêncio acerca do racismo segue inabalado, mesmo diante de nossos questionamentos sobre o dado por ela mesmo trazido de que 70% das pessoas internadas eram negras:

Mas não existia a discussão sobre isso, sobre a raça ou sobre o racismo, porque no tratamento, no empenho que a gente tinha nos atendimentos, isso não era relevante. Eram todos taxados de psiquiátricos e não havia essa questão, não (Geni).

E buscamos colocar esse discurso de negação do racismo em contato com recortes da narrativa de outra recordadora, a Helena, cujo processo de recordação sobre a realidade racial dos hospícios, provocada por nossos questionamentos, se revelou ambíguo. A ambiguidade de Helena fornece pistas sobre a dificuldade de realização de uma leitura do manicômio a partir da realidade social e racial. Tanto Helena como Geni falam desde a experiência de trabalhadoras da instituição total, portanto, submetida às fortes políticas de cronificação em âmbito profissional, conforme apontado por Basaglia (2010). Ouçamos Helena:

Agora, com relação ao hospital psiquiátrico, é difícil analisar. É aquela história, é dado um ponto e você quer continuar dando os pontos, mas você não sabe como foi dado o primeiro ponto, com qual intenção. A intenção era de ficar pretinho mesmo ou depois vinha e dava outro ponto com uma linha branca e a situação ia mudando? Se você não perguntasse pra mim sobre essa questão do racismo, eu nunca tinha parado pra pensar nisso, pra analisar. Olha, eu trabalhei lá há vinte e cinco anos e eu nunca analisei isso, nunca vi dessa forma, nunca vi. Dá até pra fazer um outro estudo. Quem sabe? (Helena).

Outra lembrança emblemática de Helena faz referência a um espaço nomeado como “porão”, nos transportando para outro período histórico fundante da realidade brasileira: a escravização.

Na divisão do espaço aonde os pacientes ficavam (...), tinha o que a gente chamava de porão, que era pra aqueles mais ruins mesmo, os crônicos. (...) Só tinha essa diferença de andares por causa da melhora física, da melhora mental, por isso que tinha essa diferença entre eles. (...) E o porão era imenso, tinha quarto dos dois lados, os quartos eram grandes, ficavam de quatro a seis pacientes por quarto. (...) O porão era praticamente pra aqueles que não tinham visitas e não pegava alta, que a família não ia. Se saíssem dali eles iam pra onde? (Helena).

Diferentemente da maioria das entrevistadas, Antônia denuncia o racismo no hospício:

Nas falas de pessoas brancas, em geral, tinha, era assim “esse negrinho”, “esse fedido”, “só podia ser preto”. Sempre teve, precisa ser sincera, sempre teve racismo! A vida toda, isso aparecia na fala, né, era normal esse tipo de fala (Antônia).

A lógica concentracionária do navio negreiro, nos ensina Passos (2018), se desdobra, ao longo da nossa história, em várias formas de desumanização, tortura e extermínio. A construção social permanente da raça “(...) obedece ao propósito de subjugação, subalternização e expropriação. Se é da ordem racial que emana a ordem carcerária, esta última realimenta, recria e reproduz aquela. E a ordem racial é a ordem colonial” (Segato, 2021, pp. 298-299).

Recordamos, aqui, os porões dos navios negreiros, os porões das ditaduras e os porões da loucura como lógicas articuladas pela/na colonialidade. “O expurgo, a exclusão e o aprisionamento não são dirigidos prioritariamente ao outro indígena ou africano, mas ao outro que tem a marca do indígena ou do africano, a marca da subordinação histórica” (Segato, 2021, p. 306). As políticas de encarceramento atingem de forma direta as pessoas negras e lidas como racializadas nesse país – lembrando que a branquitude se autoproclama como “universal” e nega a sua racialização – e, indiretamente, outros grupos inferiorizados e oprimidos (Kilomba, 2019; Faustino, 2023).

Jurema Werneck (2010) analisou que os senhores de escravos ofereciam o mínimo do mínimo para não perder os seus “produtos perecíveis” – os/as escravizados/as –, o que pode servir de analogia com o pouco que os “senhores proprietários” faziam em relação ao seu “produto” – o/a “louco/a” – no mercado da loucura.

Na época, se via assim “ah coitado, tá tirando ele da rua”, você via aquela pessoa com distúrbio mental, realmente, esquizofrenia, barbudo, com roupa em farrapo, desnutrida e aí, mandava pro hospital, então, a visão da época era que se estava fazendo um bem. (...) A gente pensava que, pelo menos, ali era um lugar pra pessoa se alimentar, tomar um banho, ser feito cabelo, ser feito a barba, dar vitamina pra ela, e todas essas coisas eram realmente feitas. (...) Nós, profissionais da área, a gente não tinha essa análise de que tá excluindo da sociedade, isso não, só depois você pensa sobre isso” (Geni).

Nos cenários de manutenção da “ordem” e do “progresso” das cidades cindidas, a tutela desse produto, esse/a “Outro/a” desistoricizado/a e desumanizado/a, resultou/resulta na criação e no enquadramento de “atos, atitudes, hábitos, comportamentos, crenças e valores desviantes”, com destaque à apropriação de temáticas sobre “(...) a civilização, a raça, a sexualidade, o trabalho, o alcoolismo, a delinquência/criminalidade, o fanatismo religioso e a contestação política” (Engel, 1999, n.p.).

Feitas essas considerações, defendemos, junto com pensadores/as contemporâneos da saúde mental (Passos, 2018b, 2023; David, 2023; Faustino, 2020, 2023), que o manicômio necessita ser nomeado como instituição racista e os/as profissionais como produtores e/ou reprodutores de violência racista.

As entrevistadas que negaram as intersecções entre o racismo e as manicomializações, ainda que tenham reconhecido a prevalência da população negra nos hospícios onde trabalharam, revelam como os apagamentos históricos ainda repercutem em nossa (não) visão de mundo. Negar que o manicômio era, ainda é e sempre será uma instituição violenta, segregadora, racista e patriarcal, além de nos parecer uma repetição das distorções e cisões histórico-estruturais entre o “eu” e o/a “Outro” (não eu), como herança colonial, é revelador da forte presença da denegação como mecanismo de defesa

psíquica e social de pessoas e grupos que desempenharam o papel de operadoras das economias de exclusão (Fanon, 2008; Kilomba, 2019; Gonzalez, 2020).

Em momentos diferentes de seus discursos, algumas recordadoras hora se identificaram com o “nós” que representava o aparato manicomial, demarcando a sua pertença ao grupo de trabalhadoras/es e até, em alguns casos, a identificação com os/as dirigentes (“senhores-proprietários” e “sinhás”); e hora se destacaram dessa aliança com a instituição, em especial, nos momentos em que denunciavam alguma violência e, aí, o manicômio, a sua estrutura, a equipe e os dirigentes se tornaram “eles”.

Agora, como que era lidar com a morte dos pacientes? É... a gente chegava e sabia, né. Tinha uma ala de idosos, né, ala 4 era idosos, e cada dia era um dia. Tomava “x” remédio, já uma quantidade a muito tempo; outro porque engasgou com um pedaço de carne, porque eles não mastigavam, assim, comiam alvoroçados a comida; um enfarto..., mas ahn, era uma coisa que era de conhecimento de todo mundo, né. Nossa, a pessoa tá tão idosa, tá ali, tá tão... e cadê família? Não tinha, né, mas tinha o pessoal, tinha a gente. Então, a gente pegava e falava “ah vamos lá no módulo 4”, que era o bloco dos idosos, né. A gente ia lá e falava boa tarde pra todo mundo, a gente ia na hora do cafezinho da tarde, sabe, e daí, davam cafezinho da tarde para os idosos e a gente ia lá só pra falar um oi para os vizinhos. Um vizinho mais lindo que o outro! Mas, assim, é... era a vida, né! A gente falava “oh meu Deus, né, oh meu Deus. Mas é isso (Nair).

O relato de Nair acima retratado revela a forte presença da denegação em seu processo de significação do alto índice de mortes nos manicômios.

Com Lélia Gonzalez, recordamos a categoria freudiana da denegação, como “o processo pelo qual o indivíduo, embora formulando um dos seus desejos, pensamentos ou sentimentos, até aí recalcado, continua a defender-se dele, negando que lhe pertença” (Gonzalez, 2020, p. 151). De mãos dadas com Gonzalez (2020, p. 127), analisamos as alianças alienantes do “racismo por denegação”, a fim de olharmos para a formação histórico-cultural brasileira:

(...) que, por razões de ordem geográfica e, sobretudo, da ordem do inconsciente, não vem a ser o que geralmente se afirma: um país cujas formações do inconsciente são exclusivamente europeias, brancas. Ao contrário, ele é uma América Africana cuja latinidade, por inexistente, teve trocado o T pelo D para, aí sim, ter o seu nome assumido com todas as letras: Améfrica Ladina (não é por acaso que a neurose cultural brasileira tem no

racismo o seu sintoma por excelência). Nesse contexto, todos os brasileiros (e não apenas os “pretos” e os “pardos” do IBGE) são ladino-amefricanos. (...) Enquanto denegação de nossa ladino-amefricanidade, o racismo “à brasileira” se volta justamente contra aqueles que são o testemunho vivo da mesma (os negros), ao mesmo tempo que diz não o fazer (“democracia racial” brasileira).

Pensamos que uma das formas de se voltar contra os/as negros/as foi a sua institucionalização nas prisões manicomiais (David, 2023), lugar onde essa população foi mortificada e/ou deixada para morrer (Goffman, 2007; Mbembe, 2018). Esse massacre manicomial racista ficou encoberto pelos muros altos dos hospitais psiquiátricos, conforme retratado na foto que abriu esse capítulo e pelos véus das ideologias do alienismo, da “ciência positivista” e da “psiquiatria moderna”.

1.2. Pedagogias coloniais/manicomiais de gênero e sexualidade

Maria Cecília Madalena, 53 anos, paciente do Hospital Psiquiátrico (...) fez questão de oferecer um poema, como disse, "com muito amor e carinho".

"O perfume da rosa branca / Espalhou pela cidade / Eu ofereço à Daniela / Muita saúde e felicidade", recitou, fazendo questão que fosse anotada cada palavra.

Maria Cecília, que aproveitou uma pausa da banda para lancher, disse que estava feliz por participar do Carnaval. “Mas minha vontade é sair do hospital e trabalhar na casa de alguma família”, confidenciou (Cruzeiro do Sul, 2013).

Tinha muitas pacientes que ficavam só deitada, já outras, tinha outras que conversava. Tinha umas que tava lá porque não tinha família pra ficar, era só, filha única. Era assim, a mãe morreu, o pai morreu, ela não casou, aí, não tinha família pra ficar e ia parar lá no hospital, ficava lá. Isso eu achava uma injustiça, né. Por que colocar lá? Mas não é a gente que manda. (...) Lá tinha as que eram boa, bem boa mesmo, que era, assim, como eu. Tô falando pra você, era bem boa mesmo, que andava, que era cabeça mais boa. Então, pra essas, tinha o T.O. que bordava, fazia muita coisa no T.O., tinha esse pessoal que fazia as coisas. Essas pacientes não reclamavam de ficar lá. Olha, pra dizer a verdade, elas tavam lá porque elas não tinham pra onde ir, então, era lá que tinha que ficar. Essas paciente já era bem mais velha, de trinta e cinco pra lá. Elas ajudavam a cuidar das outras, que era mais debilitada, mas todas tomavam, eu acho que tomava, eu não tenho certeza, eu não posso falar pra você, porque eu não tenho certeza se todas tomava remédio, mas a maioria devia tomar. A maioria delas era morena,

morena, assim, igual eu. Lá não podia ter cabelo comprido, era cabelo curto, nenhuma podia ter cabelo comprido (Eliana).

Cerceamentos, trabalho análogo à escravidão e as tarefas de reprodução social

Eliana, assim como outras recordadoras, em seu trabalho da memória, se referiu à utilização da mão de obra das pessoas internadas no cotidiano do manicômio (e até fora dele, em benefício das equipes e dos “senhores proprietários”).

Sobre essa questão da exploração da mão de obra de pessoas institucionalizadas, comumente nomeada como “laborterapia”, Goffman (2007) descreveu essa prática nos hospitais para doentes mentais – implantada pela psiquiatria moderna/colonial desde as colônias agrícolas de trabalho forçado – como a realização de atividades inferiores. Para Goffman (2007), a “laborterapia” forçada contemplaria as necessidades do estabelecimento, mesmo sendo apresentada aos sujeitos como tarefas que, quando assumidas voluntariamente, comprovariam a melhora de seu quadro psiquiátrico.

Vale o destaque, na qualificação deste debate, que o trabalho forçado e praticado em contexto de privação de liberdade do/a trabalhador/a, marcado pela ausência de pagamento pela prestação de serviços, fere o Artigo 149 do Código Penal Brasileiro⁴⁶.

Ao escutarmos os relatos das entrevistadas sobre a temática da “laborterapia” nos manicômios, observamos que, enquanto algumas utilizaram um tom de denúncia em seus discursos, outras descreveram a exploração do trabalho dentro (e até fora) das instituições psiquiátricas de forma acrítica.

Algumas recordadoras atribuíram à realização de atividades laborais um caráter de escolha ou até de gosto por parte das pessoas institucionalizadas, tendo o discurso sobre os/as “pacientes” gostarem de ajudar e/ou de trabalhar sido repetido em várias entrevistas. Outras apontaram o trabalho no hospício como uma espécie de preparação para a saída do hospício (alta), como se aquilo garantisse ao/à “paciente” a ruptura com a

⁴⁶ **Art. 149.** Reduzir alguém a condição análoga à de escravo, quer submetendo-o a trabalhos forçados ou a jornada exaustiva, quer sujeitando-o a condições degradantes de trabalho, quer restringindo, por qualquer meio, sua locomoção em razão de dívida contraída com o empregador ou preposto: (Redação dada pela Lei nº 10.803, de 11.12.2003). Disponível em: www.jusbrasil.com.br/topicos/10621211/artigo-149-do-decreto-lei-n-2848-de-07-de-dezembro-de-1940. Acessado em 28/10/2020.

carreira de “doente mental”, o que praticamente não acontecia, pois, as pessoas não recebiam alta.

Um ponto importante a ser considerado nesse contexto de exploração das pessoas internadas é o caráter gendrado do trabalho, ou seja, o fato de sua atribuição estar diretamente associada a perpetuação dos papéis de gênero estereotipados e socialmente construídos. A fim de aprofundarmos sobre o caráter gendrado do trabalho forçado no cotidiano dos manicômios, destacamos, inicialmente, os relatos de várias recordadoras sobre as atividades que eram distribuídas entre os homens internados, revelando, dentre outras questões, os impactos destas tarefas em suas “carreiras” institucionais:

No “Caridade”, por exemplo, a horta era a atividade mais importante pros dependentes químicos. E por que eles gostavam? Porque eles iam, eles desciam lá na horta que um pouco mais longe do pavilhão e eles ficavam o dia lá. Então, eles não precisavam viver com aquele controle o tempo todo, né. No “Feliz Destino”, os pacientes homens que estavam em melhores condições, então, eles trabalhavam nas reformas do hospital. Sabe, então por que não tinha alta, né? Até porque se eles teriam condições de trabalhar lá como pintor, pedreiro, podiam ter alta e viver fora dali (Yolanda).

(...) tinha o Cesinha, esse era o da cozinha, o Cesinha já morava lá, entendeu? (...) Ele trabalhava lá de graça, ele levantava primeiro que todo mundo e dormia por último. Isso era um trabalho escravo, né, trabalho escravo, você trabalhava pra comer, beber e dormir, mais nada (Ana Francisca).

É lógico que os pacientes que tinham melhores condições faziam as vezes de auxiliar de enfermagem, cuidavam de paciente. A grande parte das vezes, se o paciente tinha uma agitação psicomotora, que eram os registros em pasta, pra colocar a camisa de força eram outros pacientes que ajudavam a colocar, né. Até porque não tinha mão de obra suficiente pra fazer aquilo e nem especialidade (Geni).

Os alcoolistas ajudavam a dar banho, ajudavam as enfermeiras a trocar (...), eles gostavam de cuidar, principalmente os que tem consciência e estavam naquele momento só pra desintoxicar. Eles ficavam seis meses, depois saíam, já bebiam e entravam em outro hospital (Nair).

Tinha um outro que era completamente esquizo, mas leve, leve... leve que ninguém queria. Mas o apelido dele era “Dorinha”, ele era mulato, de cabelo crespinho colado

na cabeça. O “Dorinha” era um frequentador do pátio, tipo um office boy de levar papéis e trazer papéis, um mensageiro (Maria).

Tinha paciente que conseguia até trabalhar, então, eles faziam um trabalho de varrer a rua, daí, tinha uns comercinhos que o paciente acaba criando um vínculo, acabava que ajudava lá e ganhava um dinheirinho (Catarina).

Nos manicômios pesquisados, observamos a reprodução patriarcal/colonial da divisão dos corpos, onde os homens que estavam em condições “melhores” tinham “*um pouco mais de independência e autonomia, mas isso ainda estava longe ser liberdade*”, conforme análise de Yolanda.

De acordo com Engel, o doente mental do sexo masculino era visto, essencialmente, como alguém que falhou ou se recusou a cumprir os papéis sociais atribuídos ao homem – relacionados ao trabalho, ao provimento da família e à heterossexualidade –, sendo algumas das funções do aparato manicomial a punição e a correção dos corpos e comportamentos masculinos considerados desviantes (Engel, 2004).

Por meio de uma pedagogia de gênero fortemente sexista, a condição dos homens internados pareceu ser submetida a uma rotina institucional menos rígida em relação às mulheres encarceradas, desde que se aproximassem, de algum modo, de papéis de gênero estereotipados atribuídos ao masculino. Assim, a execução do trabalho na horta e nas reformas do hospital psiquiátrico, bem como o uso da força para o auxílio na contenção dos/as “pacientes” que eram submetidos à tortura da camisa de força, dentre outros exemplos, representam tal aproximação. Interessa destacarmos, no entanto, que, nos manicômios exclusivamente masculinos, os homens também realizaram tarefas historicamente relacionadas à feminilidade, como o cuidado de pessoas com menor nível de autonomia e o trabalho na cozinha.

No caso das mulheres internadas, mesmo aquelas consideradas pelas entrevistadas como “pacientes melhores” ou “melhoradas”, estas desenvolveram tarefas restritas ao trabalho doméstico e foram submetidas a um contexto de maiores privações nas instituições. As mulheres eram mantidas, inclusive, por mais tempo trancadas e limitadas nos pavilhões em comparação aos homens internados. Sobre o trabalho forçado de mulheres encarceradas nos manicômios, destacamos os seguintes relatos:

O bloco B era o bloco do Projeto. O Projeto era o trabalho que era feito com as pacientes que já eram super independentes, pra você incentivar o paciente. (...) a gente começava a preparar elas pra sociedade, pra uma futura alta ou, como é que fala, como houve agora, que os pacientes foram pra residências [terapêuticas]. (...) elas já sabiam arrumar a cama, tinham umas que ajudavam na limpeza do bloco, na limpeza do refeitório, tinha algumas que já iam até ajudar na cantina que havia no hospital. (...) tinha algumas que saíam do bloco, que gostavam de trabalhar, que ajudavam na limpeza, que ajudavam na lavanderia (Cristina).

No trecho da fala de Cristina, destacamos o uso do pronome pessoal no masculino como atribuição de uma identidade geral das pessoas institucionalizadas no hospício, embora ela estivesse falando do cotidiano de um manicômio exclusivamente feminino. Essa generalização, assim, no masculino, sem cor/raça, sem história, sem nome, sem rosto – “o louco” – foi observada nas narrativas dela e de outras recordadoras, o que contribui para o processo de “(...) invisibilizar e deixar de fora diversas relações sociais que dão o tom no e do manicômio em seus múltiplos formatos e braços. Mulheres, em especial as negras, transexuais, lésbicas, em especial da classe trabalhadora, encontram-se (...) de maneiras muito diversas e adversas” (Pereira, Passos, 2017, p. 10).

Tinha a Olívia, mas ela era bem doidinha, assim, sabe? Até levei ela uma vez em casa, pra posar em casa comigo. A gente era muito apegada com ela, porque ela trabalhava na cozinha direto com a gente, ela ajudava a gente a limpar, só não mexia com faca, essas coisas a gente não deixava, mas ela catava lixo também. Quando eu trabalhava lá, a Olívia tinha mais ou menos uns 58 anos, por aí. Ela era morena, bem moreninha, mais escurinha, bem mais morena do que eu, era negra. Todo mundo que trabalhava lá sempre levava ela uma noite pra ficar em casa, sabe? Todo mundo levava, quase todo mundo levava a Olívia, as enfermeira levavam também, porque ela ajudava todo mundo, sabe? Ela era uma pessoa esperta, ela ajudava todo mundo, ajudava nós, ajudava as enfermeira se precisasse. E ela gostava de ir, mas tinha vez que ela tinha surto, assim, de noite, tinha um surto, levantava falando, falando, falando. A gente tinha que chegar e falar pra ela “fica quietinha, Olívia, dorme”. Daí ela acalmava (Eliana).

Maria Cecília Madalena (referida na matéria do jornal conservador local e que possui três nomes próprios e nenhum sobrenome), negra, disse ter vontade de sair do hospício para trabalhar em casa de família; Olívia, negra, foi narrada pela entrevistada

como uma “paciente” que gostava de ser levada por várias funcionárias do hospício para posar em suas casas, o que representava realizar tarefas domésticas sem remuneração fora da instituição; as mulheres internadas no bloco B de um hospício feminino eram submetidas à contenção de seus corpos e comportamentos no cotidiano asilar.

Às mulheres, nos pareceu ser imposta uma dura domesticação – se tornaram domésticas no plano das atividades laborais de reprodução social e no plano do controle manicomial-patriarcal –, como se pertencessem ainda mais ao mundo fechado da instituição. E, mesmo seguindo (à força) os ditames dos papéis de gênero estereotipados, ao realizar tarefas e performar comportamentos essencializados como atributos femininos, essas mulheres permaneceram por décadas presas nos manicômios.

Sobre esse tema, Rachel Passos e Melissa Pereira dizem: “Destacamos que o corpo das mulheres negras sempre sofreu intervenções, sejam psiquiátricas ou judiciárias, do senhor do engenho ou dos patrões, o que significa que muita coisa ainda não mudou desde a abolição da escravatura” (2017, p. 43).

Sobre as altas, mesmo a gente trabalhando pra preparar essas pacientes do Projeto, né, do bloco B, na verdade, as que recebiam alta eram aquelas que tavam muito agitadas na triagem, ou as drogaditas que entravam e já saíam. Dos outros pavilhões, não tinha paciente que recebia alta, era praticamente uma alta celestial, né, vamos dizer assim, infelizmente (Cristina).

A trajetória de doente mental das mulheres, de acordo com o campo, pareceu revelar uma institucionalização ainda mais profunda, talvez, como fruto da invenção da necessidade de maior “domesticação” e controle de seus corpos pelo aparato manicomial, como processo e produto de nossa realidade social. A “loucura” feminina foi/é associada às falhas relacionadas ao “ser mulher” na sociedade de classes, patriarcal e racista. Nesse sentido, as “mulheres loucas” não puderam sequer ser imaginadas em outro lugar que não o hospício, questão que pode ser ilustrada pela fala de Cristina:

(...) pacientes que eram mais difíceis, a gente fica com a curiosidade de saber como é que tão fazendo e, essa curiosidade, até agora ninguém conseguiu me sanar. Tem duas ou três que eu queria saber como elas tão nas residências. Tinha até uma, em especial, que eu queria saber, porque ela era só pela misericórdia de Deus! (Cristina).

Esse (não) lugar social das mulheres consideradas “loucas”, como impossibilidade de pertencimento a qualquer relação que superasse o aniquilamento do eu, donde a “loucura” aparece como rótulo indissolúvel, pode ser analisado como desdobramento das opressões e violências sexistas e racistas.

Lélia Gonzalez (2020), ao discorrer sobre o racismo estrutural, afirma que cada coisa é colocada no seu lugar, e cada pessoa é enquadrada no seu devido lugar; e, quanto a ser negra e mulher no Brasil, a autora analisa que os estereótipos gerados pelo racismo e pelo sexismo a colocam no nível mais alto de opressão. Sendo assim, a questão que nos inquieta é: as mulheres, especialmente as negras, são “loucas” ou foram “enlouquecidas” na/pela sociedade capitalista-patriarcal-racista?

Patrícia Godinho Gomes e Angela Figueiredo (2016, p. 922) afirmam que, no caso brasileiro, “(...) a colonização pressupôs, sobretudo, o controle do corpo das mulheres e o domínio de seu destino e, com isso, o controle de seu futuro e da sua posição na sociedade”. Em confluência com o pensamento das autoras citadas, bell hooks (2020) problematiza que são infindáveis as armadilhas que amarram com um laço bem apertado as mulheres aos modos opressivos antigos.

E o manicômio, como um dos braços do Estado capitalista, patriarcal e racista, apertou as amarras de antigos modos opressivos produtores das desigualdades de gênero, com repercussões e violações específicas relacionadas ao “ser mulher” e “louca”. Desde os primórdios da medicina moderna/colonial, prevaleceu a associação entre a histeria (diagnóstico dominante atribuído ao “ser mulher” baseado na não utilização adequada do útero) e a “natureza feminina”.

Franco da Rocha, por exemplo, atribuiu à histeria “(...) a exacerbação de traços tradicionalmente atribuídos à mulher normal: fraqueza de vontade, hipersensibilidade, emotividade, imaginação ‘desregrada’, ‘incapacidade de esforços acurados do pensamento’, predomínio dos reflexos sobre a reflexão e o juízo, vaidade, leviandade, sugestibilidade (*apud* Engel, 2004, p. 288). O cérebro feminino, nesse sentido, seria frágil, dominado pelo útero e pelos instintos e não pela razão. O famoso psiquiatra brasileiro atribuiu aos desvios na função sexual feminina “(...) a ‘anestesia’ e também o ‘exagero’, que ‘converte mulheres casadas em verdadeiras Messalinas’ (*apud* Cunha, 1989, p. 224).

Segue outra memória emblemática do racismo e do sexismo presentes no pensamento de Franco da Rocha:

(...) das observações que temos sob os olhos, um fato se destaca imediatamente: o número de dementes do sexo feminino é superior àquele do sexo masculino. É o contrário do que se observa entre os brancos. Não há nada de estranho nisso. A mulher branca é menos exposta do que o homem às contingências da vida (...). Isto não acontece para a mulher negra; esta se expõe não somente aos trabalhos como aos desvios de conduta e às extravagâncias de toda espécie. O alcoolismo, por exemplo, é a mais frequente entre as negras que entre os negros (ao menos nas minhas 285 observações); entre os brancos, ao contrário, este último é mais frequente entre os homens (Franco da Rocha *apud* Cunha, 1989, p. 126).

No final do século XIX e início do XX, a medicina eugênica considerou, sobre as mulheres negras, que a “(...) sua inferioridade entre os inferiores revela-se como algo inscrito em sua própria condição biológica, na natureza feminina que ela, em alguma medida, compartilha com as mulheres brancas”, associada à sua condição de subalternidade que a tornaria exposta ao trabalho e às atividades que seriam “naturalmente” destinadas aos homens (Cunha, 1989, p. 127). Por outro lado, para Franco da Rocha, as mulheres brancas enlouqueceriam menos que as mulheres negras e os homens brancos e negros, por se encontrarem mais protegidas das “contingências da vida” nos lares burgueses (Cunha, 1989).

As teorizações de Franco da Rocha, que eram compartilhadas por outros alienistas e psiquiatras de sua época, resultaram em práticas cruéis, racistas e misóginas contra as mulheres. Paradoxalmente, tais violências institucionais foram nomeadas como práticas “terapêuticas” nos asilos de alienados e nos hospitais psiquiátricos.

Magali Engel (2004) revela que, mesmo quando a “natureza feminina” foi situada na encruzilhada dos saberes e das ideologias modernas, momento em que a ciência médica localizou a sede da histeria no cérebro e não no útero, a psiquiatria não desinvestiu da relação entre o útero e a “loucura” feminina.

Os estudos de Engel (2004) apontam que os registros psiquiátricos da virada do século XIX para o XX também identificaram uma histeria masculina, que regulava as performances de homens considerados desertores dos estereótipos sociais de gênero e sexualidade. E os homens apontados como desertores da masculinidade hegemônica eram aqueles a quem eram associadas as falhas em performar o papel de provedores “naturais” e de “caçadores” de mulheres para o sexo, como sinais de doença mental.

Com Engel (2004), acessamos que as degenerações nos homens foram apontadas, principalmente, como resultado de uma herança materna e, ainda, relacionadas às emoções fortes, às privações e hostilidades a que estariam expostos os sujeitos miseráveis (homens que fracassavam no mundo do trabalho) e à frustração das paixões amorosas (justificativa para os feminicídios?). A partir das contribuições da autora, podemos analisar que os diagnósticos que acometiam os homens estavam relacionados às mulheres de suas vidas, associados às mães (herança materna) e/ou parceiras (frustrações amorosas); bem como à aproximação de suas experiências às condições historicamente associadas ao feminino, como o “não lugar” no mundo do trabalho formal, a atribuição de uma fragilidade emocional (corpo) como o avesso da razão (pensamento), e a violência homofóbica que é, sobretudo, misógina.

Assim, mesmo que os homens tenham sofrido os impactos da psiquiatria moderna/colonial, seja por meio de diagnósticos desumanizantes, seja pelas condições degradantes a que foram submetidos aqueles que permaneceram encarcerados nos hospícios, podemos afirmar que existem diferenças significativas em relação à realidade de violências e violações a que foram submetidas as mulheres manicomializadas.

A análise da historiadora Eliza Toledo (2019), que realizou importante pesquisa em 431 dossiês clínicos sob a guarda do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Hospício Juquery, revelou que mais de 95% das psicocirurgias realizadas entre os anos de 1941 e 1956 foram realizadas em mulheres, sendo que a população feminina representava apenas 39% das pessoas internadas.

Em consulta aos prontuários dessas mulheres lobotomizadas, Toledo (2019) constatou que essas mulheres haviam sido vítimas de abusos cometidos pelos parceiros, violências físicas e psicológicas. “São documentos recheados de sofrimento. O processo de leitura dessa documentação foi difícil. São relatos de vida muito tristes” (Toledo *apud* Rodrigues K., 2020, n.p.).

A lobotomia foi considerada uma intervenção “auspiciosa” contra a turbulência, a insubordinação, a agressividade, a perversidade e a excitabilidade de mulheres. Ainda de acordo com Toledo, “Jovens moças cuja sexualidade era considerada desviante ou anormal também acabaram por ser lobotomizadas” (Toledo *apud* Rodrigues K., 2020, n.p.).

Feitas essas considerações, analisamos que, diferentemente da doença mental masculina, que era atribuída às ditas falhas no cumprimento de papéis associados à masculinidade hegemônica – trabalhar, prover e performar a cisgeneridade e a

heterossexualidade –, no caso da “loucura feminina”, prevaleceram os diagnósticos que a relacionavam às próprias condições consideradas inerentes ao “ser mulher”.

Para as mulheres cisgênero, os denominados “ciclos críticos” de seus corpos, como a puberdade, a menstruação, a gestação, o parto, o puerpério e a menopausa foram/são usadas como explicações orgânicas para o sofrimento mental. Destacamos, ainda, a recusa da maternidade, o exercício considerado “não conforme” da sexualidade e as performances de gênero dissidentes como experiências sociais que vulnerabilizaram as mulheres no tocante aos diagnósticos psiquiátricos e às internações em manicômios (Engel, 2004; Cunha, 2022; Ongaro Basaglia, 1986).

Cabe ressaltarmos, porém, que as diferenças de visões e de significados atribuídos pela psiquiatria para a “loucura feminina” e a “loucura masculina” não se esgotam nas distinções sexuais, “(...) devendo, portanto, ser buscados no emaranhado múltiplo, complexo e, muitas vezes, contraditório, das diversidades sociais, étnicas, religiosas, regionais, enfim, culturais (Engel, 2004, p. 279).

Consideramos imprescindível a análise das manicomializações à luz da normalização de conceitos como cisgeneridade, heterossexualidade e família, concomitantemente à perpetuação dos apagamentos e violações contra corpos e comportamentos patologizados como o avesso dos sistemas normativos.

Nas encruzilhadas do contrato cisheterossexual: gêneros, sexualidades e violência sexual

De acordo com as análises de Franca Ongaro Basaglia (1986), as assimetrias presentes nos casamentos higiênicos e nas relações amorosas heterossexuais colocam a mulher numa posição de “existir não existindo”, posto que ela deve dedicar a vida ao amor e ao cuidado em favor das necessidades de seus esposos e de suas proles.

Para Franca Basaglia (1986), o primeiro nível de opressão a que as mulheres estariam submetidas, de modo geral, seria o lugar social desprestigiado dentro da sociedade machista. A mulher, associada ao corpo, à natureza e à uma essência feminina, seria marcada por experiência no/de mundo estruturada em um corpo que não é próprio, objetificada como um “*cuerpo-para-otro*”, sendo este voltado ao casamento, à procriação

e ao exercício de cuidados. Um corpo, portanto, impedido de ser histórico, social e desejante. Cabe assinalarmos que, embora existam denominadores comuns sobre o “ser mulher” na sociedade capitalista, sendo um desses denominadores uma margem menor de erro para as mulheres em relação aos homens, existem desigualdades fundamentais nos contornos de privilégios e liberdades, de níveis de opressão, níveis de consciência, direitos e oportunidades. (Ongaro Basaglia, 1986).

O conceito de “*cuerpo-para-otro*” (Ongaro Basaglia, 1986) representa uma crítica importante ao trabalho de reprodução social imposto às mulheres, a partir da construção de papéis sociais de gênero estereotipados e significados pela/na diferença sexual. A ideologia da diferença sexual produz/reproduz o controle dos corpos, das sexualidades e dos comportamentos, afetando de modo negativo, especialmente, aqueles lidos socialmente como femininos.

As pacientes, principalmente as mulheres, entravam pra dormir às cinco da tarde. Jantavam às quatro horas e às cinco horas da tarde elas já estavam no pavilhão e, assim, todos os dias tinha quebra-quebra. Elas se cortavam, quebravam a janela, quebravam o vidro, era um horror! E aí, ficavam nos quatinhos, presas, em situação de castigo mesmo. Acho que esse quebra-quebra era uma reação delas, sabe, em relação à violência da falta de história, à questão de ficarem mais presas que os outros. Imagina isso, o apagamento, o isolamento? (Yolanda).

Em seus estudos sobre a história da sexualidade, Foucault (2001) conceituou o dispositivo de sexualidade, que pode ser compreendido como o conjunto de diferentes estratégias de gerenciamento e controle de corpos, por meio daquilo que o filósofo nomeou como biopoder. Assim, seria possível controlar e definir as formas legítimas e as formas ilegítimas de exercício da sexualidade. E essa gestão das sexualidades encontrou/encontra na família burguesa o seu lócus de captação dos sintomas relacionados aos denominados estados anormais.

A família burguesa teria, portanto, um papel de destaque na intervenção sobre a “loucura”, desempenhando o papel de identificação e codificação das diversas dissidências aos padrões normativos como estados anormais. À família caberia/cabe, por exemplo, a solicitação do sequestro (internação) de seus membros nas instituições psiquiátricas, bem como a atuação social de denunciar aqueles/as que representavam uma

ameaça à ordem civilizatória burguesa e aos “bons costumes” (loucos/as, bêbados/as, vadios, prostitutas, militantes políticos, etc.). “A família se configurou como instrumento privilegiado para identificar os ‘tipos perigosos’, intervir nos comportamentos sexuais, no casamento e reprodução, na saúde, mortalidade e natalidade, como observa Foucault” (Barbosa, 1992, p. 101).

Assim, a sobreposição das engrenagens psiquiátrico-familiares (que se ocuparam do pecado da carne) e psiquiátrico-judiciárias (que se ocuparam do pecado aberrante) determinaram as análises sobre a sexualidade e as suas irregularidades, com base nas modalidades dos espaços moralizados da sexualidade e das interdições sexuais nos modos de sexualização das famílias. E essa tecnologia de poder da sexualidade contribuiu para um ganho extraordinário no domínio de ingerências da psiquiatria (Foucault, 2001).

Sobre essa parte da sexualidade deles, desejo sexual todos os pacientes tinham. Eles são até mais aguçados do que um ser humano, do que um ser humano não, do que uma pessoa em boas condições (Marta, grifo nosso).

Dentro das instituições asilares, a psiquiatria se ocupou do regramento e/ou impedimento da expressão dos afetos e do uso dos prazeres, o que emergiu nas narrativas que colhemos no campo:

Lembro que a gente levava os pacientes, na época de Carnaval, fazia Carnaval no hospital, fazia lá no “Amável Donzela”, porque tinha essa integração da psiquiatria. (...) E a gente fazia bailinho, punha homem e mulher junto, por causa do hospital “Feliz Destino”, que tinha mulher e homem, tinha esse “Amável Donzela”, que era só mulher, então, fazia os bailes. Nossa, eles se beijavam, se abraçavam, falavam que tavam namorando. E era muito engraçado isso, porque a gente falava “olha, eles têm amor por eles”, né (Nair).

No “Feliz Destino”, as pacientes, elas até podiam ficar no pátio de mãos dadas, alguma coisa assim, então, elas falavam que estavam namorando fulano, ciclano, isso tudo bem, mas que não passasse disso. Até porque as pacientes também eram muito infantilizadas, né. Acho que o tratamento, na psiquiatria, uma grande violência que ele também comete é a infantilização do paciente. A sexualidade dos pacientes era reprimida, inclusive, com medicação, então, tinha paciente, assim, homens e mulheres

que não conseguiam subir o quarteirão pra chegar na Oficina. Chegando na Oficina, era uma escadaria imensa, então a pessoa não conseguia subir de tão medicada que tava (Yolanda).

Olha, eu escutava mais relatos das meninas do que dos meninos nessa questão da sexualidade. Dos meninos parecia que, talvez, eles fossem mais cuidadosos, não sei, mais na deles. As meninas, não, elas eram mais encantadas, acabavam falando. A gente, enquanto mulher, fala muito mais do que os homens, né? Com eles não é diferente. Tinha paciente que queria namorar, mas, naquele momento, o paciente de desintoxicação só queria se aproveitar delas. E tinha namorado, tinha paciente morador, que falava que era namorado, mas era uma situação totalmente diferente, né. Não teve gravidez de paciente, porque davam remédio, né. Elas tomavam injeção, porque, certamente, poderia acontecer algum caso. É o que eu te falei, a sexualidade é muito aflorada, elas são fogosas. Era preocupante não só pela possibilidade de engravidarem as pacientes, mas também porque os homens poderiam passar uma doença pra elas. Eles não tinham, ali, nada pra se prevenir, até porque eles não tavam ali pra isso (Catarina).

O manicômio, como instituição de privação da liberdade à serviço das normas colonizadoras de corpos e subjetividades, cuja representação ideal seria o modelo da família burguesa higiênica, não fugiu ao seu papel social de segregação, controle, punição e correção das dissidências aos conhecidos mapas que fixaram os gêneros e as sexualidades como categorias binárias forjadas na/pela diferença sexual.

Das encruzilhadas entre os gêneros, as sexualidades, o contrato cisheterossexual e as manicomializações de corpos e comportamentos que romperam com os padrões normativos, acionamos o conceito do dispositivo da sexualidade, proposto por Foucault (2001), a fim de recuperarmos a análise da tecnologia política que forjou os contornos dos micropoderes exercidos sobre os indivíduos e sobre o corpo social. Para Foucault, as tecnologias sexuais foram exercidas a partir de quatro grandes conjuntos estratégicos: o controle sobre o corpo feminino, a pedagogização do corpo das crianças, a socialização de padrões associados à procriação e a psiquiatrização do prazer perverso (Foucault, 2001; De Lauretis, 1994).

Teresa De Lauretis (1994), uma importante autora do campo dos estudos dos gêneros, interrogou e complexificou a análise foucaultiana sobre o dispositivo da

sexualidade. Para De Lauretis (1994), Foucault, ao falar em tecnologias sexuais (e não tecnologias de gênero) e equiparar as experiências de homens e mulheres, teria considerado como centro os homens, não escapando a um campo androcêntrico de formulações. Fazemos menção à dobra do pensamento que a autora faz em relação às contribuições de Foucault, destacando que a análise por ela proposta é profunda, complexa e pertinente. Consideramos importante, especialmente, as contribuições de De Lauretis sobre a ideologia dos “papéis normais de gênero” (De Lauretis, 1994).

Junto com De Lauretis (1994), consideramos que a construção dos gêneros se realiza ao nível da subjetividade e da autorrepresentação, “(...) cruzando e recruzando as fronteiras – e os limites – da(s) diferença(s) sexual (ais)” (De Lauretis, 1994, p. 237). Esse vai-e-vem entre a representação do gênero e o que essa representação exclui, nas tensões e tramas das contradições, das multiplicidades e das heteronomias, configura o outro lugar a ser habitado pelas pesquisas que se pretendem feministas. Nesta perspectiva de análise, nos posicionamos com e contra as representações de gênero, valorizando as autorrepresentações, considerando as diversidades e adversidades e, acima de tudo, interrogando o gênero, sempre, em suas fronteiras e cruzamentos.

Como defendemos anteriormente, as representações de gênero, de raça/etnia e de classe social necessitam ser pensadas como tramadas e indissociáveis, para que possamos compreender como se estruturam as divisões raciais e sexuais dos espaços a partir de uma perspectiva ampliada, considerando os cruzamentos, os pontos de tensão e as saídas possíveis. Por isso, relembramos que, embora todas as pessoas sejam marcadas pelas ficções de raça/etnia, gênero e classe social, nem todas são dominadas e/ou igualmente vitimizadas nessas relações (Lugones, 2020).

Nesse sentido, os valores e as categorizações sociais apreendidos desde a colônia são reeditados nas margens das existências e dos sofrimentos na modernidade, forjada pela colonialidade, onde a psiquiatria atua na perpetuação da patologização das diferenças, que são, então, transformadas em doenças (Quijano, 2005a; Kilomba, 2019; Passos, 2023). E essa distorção das diferenças “(...) rebate diretamente na imagem que o indivíduo constrói de si” (Passos, 2023, p. 31).

Acreditamos que o reconhecimento sobre as autorrepresentações de gênero e as diversas formas de performar os desejos e as sexualidades foi enredado e determinado pelas mortificações do eu impostas aos sujeitos nas instituições asilares.

(...) no “Caridade”, eu encontrei muitas dessas pacientes frágeis, até porque, lá, tinham os homens. Eu acabei escutando de uma outra funcionária, que a maioria das nossas pacientes, que a gente cuidava tanto, preservava tanto, que elas acabaram sendo abusadas por outros pacientes, sabe? Tinham umas que realmente gostavam, mas tinham aquelas que não, então, tudo isso me doeu muito. (...) pra mim, a gente teria que preservar a paciente como ela entrou ali (Cristina).

As recordadoras mencionaram, em seus exercícios de memória, questões que podem ser relacionadas às tecnologias de gênero, tais como: a necessidade de que as “pacientes” do hospício fossem “preservadas” (Cristina); a repetição da ideia de que as pessoas estariam no hospital para “tratamento”, portanto, a equipe deveria impedir que se relacionassem sexualmente (Catarina, Cristina, Maria, Geni); e até a surpresa na constatação de que as pessoas internadas expressavam seus desejos e afetos (Nair).

Nas relações estabelecidas nos hospícios, as diferenças, os desejos e as sexualidades foram transformadas em sintomas da doença mental. A ação conservadora de deixar tudo e todas as pessoas exatamente como entraram representa uma memória emblemática do massacre institucional, atravessando as carreiras do/a doente mental e do/a trabalhador/a de manicômio, em suas interdependências.

Adicionamos outra camada de complexidade ao debate sobre a ação conservadora que revela a vocação manicomial de deixar tudo em seu devido lugar, recuperando um recorte do discurso de Cristina:

Mas olha, eu vou falar também que as pacientes eram terríveis! Elas não podiam ver um funcionário homem (...), talvez, se a mulher causa aquela situação, é lógico que ele vai ter alguma reação. Não é defender o homem que tá fazendo coisa errada, eu quero que você siga a minha linha de raciocínio, mas o homem é um instinto, o homem é um animal, então, você vai estar aguçando aquele instinto dele, né. Mas eu nunca vi acontecer nenhum abuso sexual, lá eu nunca vi isso (...), a gente não deixava que a coisa acontecesse. (...) Se a gente via que a paciente tava provocando, principalmente aquelas mais danadinhas, então, o que você fazia? A gente retirava a paciente daquele local, porque o funcionário tava ali fazendo o serviço dele (Cristina).

Ao considerarmos a trama indissociável das questões sociais, raciais, étnicas, religiosas, culturais e gendradas, destacamos a perpetuação da cultura do estupro como importante analisador da realidade social. Cultura essa que moraliza e culpabiliza os corpos e comportamentos das mulheres, o que necessita ser considerado a partir de suas interseccionalidades (hooks, 2020).

O discurso de Cristina nos aponta, por exemplo, que a saída para o enquadramento e a “proteção” das mulheres contra o crime do estupro nos manicômios teria sido a adoção, por parte das mulheres trabalhadoras, de pedagogias de gênero e de sexualidade extremamente rígidas, moralizantes e culpabilizantes das mulheres internadas. Por outro lado, em relação aos homens trabalhadores, as medidas adotadas para a prevenção de que estes cometessem os estupros contra as “pacientes”, também seriam a contenção dos corpos e comportamentos das mulheres internadas. Um crime perfeito, onde as vítimas, as mulheres internadas, seriam alçadas ao papel de “pacientes terríveis”, que despertariam o instinto animal dos homens.

Nos caminhos da significação das marcas traumáticas coletivas produzidas pela cultura do estupro, com vistas à reparação e à transformação dessa violenta relação estrutural e estruturante das desigualdades de gênero em nossa sociedade, concordamos com bell hooks (2020), que afirma que proteger as mulheres ou ensiná-las a se “(...) defender contra estupradores não é o mesmo que trabalhar para (...) que os homens não estuprem” (p. 301).

A narrativa de Yolanda complexifica a análise sobre os estupros cometidos contra as mulheres privadas de liberdade:

Tinha também o caso do abuso sexual cometido pela equipe. Os homens cometiam os abusos e os alvos eram mais as mulheres. Mas geralmente, quando era denunciado, por exemplo, daí o auxiliar, geralmente era o auxiliar ou técnico de enfermagem, mas tinha caso de médico também... então, era mais assim, a pessoa recebia uma repressão da administração, uma coisa mais verbal, mas nada muito sério, sabe? Uma outra coisa, tinham os homens, os pacientes homens que estavam em melhores condições, até poderiam estar de alta como eu disse, mas ainda permaneciam no hospital. E eles tinham as chaves dos pavilhões, então eles tinham acesso como se eles fossem funcionários do

hospital, entendeu? Eles também cometiam os estupros contra as mulheres que estavam trancadas nos pavilhões (Yolanda)

As questões apontadas por Yolanda nos fazem pensar que, mesmo os homens que ocupavam um lugar mais baixo nas intersecções entre raça, classe e capacidade, tiveram acesso a alguns privilégios do “patriarcado” – conceito aqui utilizado numa perspectiva crítica (Vergès, 2020) –, fossem eles auxiliares e técnicos de enfermagem, que ocupavam os cargos mais subalternizados na hierarquia institucional entre os funcionários, fossem eles os próprios homens internados.

O (não) tratamento conferido ao crime do estupro nos manicômios, no contexto da normalização do “instinto masculino” de caça de mulheres para o sexo e da desumanização e objetificação das mulheres manicomializadas, evidencia como tais relações reproduziram e intensificaram os atenuantes para tão grave violação. Assim, mais uma vez, o manicômio cumpriu o seu papel de sustentação e conservação da realidade social, como um dos pilares da sociedade capitalista-colonial-patriarcal, reproduzindo a misoginia. O apagamento das violências cometidas contra as mulheres por detrás dos muros das instituições psiquiátricas representou, especialmente, a brutalização das mulheres marcadas por raça e classe, as quais formavam majoritariamente a população feminina nas instituições de privação de liberdade.

Outras memórias sobre as tecnologias de gênero nos manicômios requerem a nossa análise:

Os pacientes que eram melhores, os que a gente chamava de agudos, na época, tinham acesso às enfermeiras, às auxiliares de enfermagem, às ajudantes. Na época, existia uma perversidade, uma promiscuidade bastante grande que a gente sabia, principalmente os que eram “medida de segurança”, porque lógico, eles tinham uma capacidade manipulativa muito maior e, às vezes, até mais inteligência que a funcionária, então acontecia (Geni).

Os relatos reproduzidos são reveladores da assimetria nas relações de poder entre as pessoas internadas, o que comprova uma condição que não era homogeneizada, contradizendo a ideia de que os/as “pacientes” seriam todos considerados psiquiátricos, e, portanto, tratados da mesma forma, conforme retratado por Geni.

Considerando as cenas até aqui narradas, constatamos a permissão de acesso dos homens aos corpos das mulheres internadas – tanto os homens internados como os homens trabalhadores –, sem qualquer consequência aos abusadores. Destacamos, ainda, no caso dos homens institucionalizados, a possibilidade de permanecerem menos controlados no interior dos hospícios pela via da prestação de serviços e também pela possibilidade de se relacionarem sexualmente com as trabalhadoras que ocupavam cargos subalternizados nas hierarquias institucionais.

Assim, a partir das tramas engendradas por racismo e heterossexismo – que não apenas criam as exclusões na intersecção das relações, mas moldam as relações sociais e os padrões subjetivos (Vergès, 2020) –, interpretamos que as mulheres internadas possuíam uma condição particular que as vulnerabilizava no contexto dos manicômios pesquisados, como um ponto extra no cenário dos horrores vividos pela população encarcerada: a violência sexual. Desse modo, as mulheres privadas de liberdade nos manicômios, que eram predominantemente negras, representavam os corpos-alvo dos estupros, praticados tanto por funcionários e médicos como pelos homens internados que tinham o *status* de “melhorados”.

Sobre a questão emblemática dos estupros, atribuímos o apagamento e/ou relativização dos estupros no discurso das entrevistadas ao trauma manicomial. A introjeção do discurso patriarcal dominante para a significação dos crimes de estupro cometidos contra mulheres (as “pacientes”) por outras mulheres (as “recordadoras”) nos parecem ser reveladoras das marcas traumáticas que colonizam o imaginário, os processos de recordação e de atribuição de sentidos aos acontecimentos, como resíduos das violências histórico-estruturais que forjam a realidade social.

Para aprofundamento nas questões sobre as manicomializações, nas intersecções dos gêneros e sexualidades, que não ocorrem de forma homogênea (Pereira, Passos, 2017; Garcia, Mattos, 2019), recuperamos outro ponto indispensável para a compreensão do “tratamento” conferido às pessoas privadas de liberdade nos hospícios: a violência contra as identidades de gênero e as sexualidades dissidentes ao inventado padrão cisheteronormativo.

Ochy Curiel (2013) afirma que um dos sustentáculos do modelo de família “civilizada” é a heterossexualidade que, para além de se configurar como uma prática sexual normativa, funciona como um regime político. Regime político esse que articula

diversas instituições, relações sociais e culturais, enquanto elemento chave do contrato social, o que contribui para a produção de exclusões, dominações, apagamentos, subordinações e opressões no interior dessas relações.

O apagamento das sexualidades, como mais uma faceta da violência institucional de mortificação dos sujeitos, pode ser observado na fala que segue transcrita:

Já pessoas LGBT eu não lembro de ter. Assim, de terem falado, não lembro, não lembro mesmo. Mas eu nunca consegui identificar essa questão não, de preferências sexuais, isso não consegui identificar (Catarina).

Sobre a homossexualidade masculina, por exemplo, muitos psiquiatras “(...) não deixaram de estabelecer um vínculo, mais ou menos explícito, entre a histeria masculina e a sexualidade”, com destaque para a impotência sexual e a homossexualidade como efeitos da condição de anormalidade no homem (Engel, 2008, p. 176).

Engel (2008), apesar de não ter encontrado registros sobre a associação entre homossexualidade e loucura masculina nos prontuários do Hospital Nacional de Alienados (RJ), citou que Maria Clementina Cunha os encontrou nos arquivos do Juquery e James Green no acervo do Hospital Psiquiátrico Philippe Pinel (SP). Engel destaca que, nos achados de Cunha (1989), os diagnósticos registravam como sinais de “desvio mental” a “pederastia passiva” e o “comportamento efeminado”.

Nas primeiras três décadas do século XX, o debate sobre as homossexualidades se consolidou como objeto médico-psiquiátrico e criminológico. A partir desse período, as práticas médicas e jurídicas manicomializaram e criminalizaram as sexualidades masculinas classificadas como anormais, mas isso não representou a homogeneização das práticas classificatórias e corretivas contra os homossexuais, na medida em que os diagnósticos e medidas corretivas e punitivas estavam interseccionadas com as desigualdades de classe e raça (Engel, 2008).

(...) a gente tinha pacientes que visivelmente eram homossexuais e, quando se percebia que tinha uma afinidade maior com outros pacientes, eram separados pra evitar que se relacionassem. Não era permitido, até porque, tinha muito pouco tempo que havia sido retirada a homossexualidade como patologia, né, e os médicos eram dinossauros, podia ter sido tirado do CID, mas na formação deles isso ainda ficou. Então, até existiam alguns casos de relacionamento sexual, mas a grande parte dos pacientes crônicos não

sabia nem que era pra fazer xixi aquilo. (...) Existiam alguns outros casos de relações sexuais entre eles, mas não na frente dos funcionários (Geni).

Tinha o caso de pessoas homossexuais internadas também, que a família internava e a gente via, depois, médico e psicólogo, tudo comentando de curar isso (Helena).

Com Curiel (2013), entendemos que o regime político da heterossexualidade não se limita ao campo das sexualidades, afetando diferentemente as mulheres em relação aos homens, em especial, as mulheres lésbicas. Essa questão é representativa da regulação misógina sobre os corpos e comportamentos de mulheres. No hospício, por exemplo, o selo de irrecuperáveis foi atribuído às mulheres que não se submetiam à maternidade compulsória e/ou àquelas que apresentavam um exercício “não conforme” da sexualidade. Uma vez manicomializadas, essas mulheres foram moral e cientificamente condenadas pela devassidão, pelo onanismo e pela homossexualidade (Engel, 2004).

Sobre a manicomialização de corpos e comportamentos, falando desde o hospício exclusivamente feminino, recolhemos relatos fortes, que seguem parcialmente recuperados:

Chegavam também algumas pacientes, assim, de rua, ou que estivesse meio alta, meio bêbada. (...) e o carro da polícia chegou lá com uma paciente (...), a mulher tava com uma mini saia, descalça, né, toda com o cabelo despenteado e ela falou “eu já vim aqui nesse hospital” (...). Aí, eu falei “olha, tem que ficar muito esperta porque, hoje em dia tá assim, se você tiver na rua fora de hora, descalça, com o cabelo desarrumado, a polícia te pega e te leva pra psiquiatria”. (...) a pessoa tava ali, não sabia qual quer era a história dela, ele já pega e já leva na psiquiatria (Cristina).

Sobre elas se relacionarem sexualmente, não era permitido no hospital. Eu creio que tinham umas medicações lá que ajudavam a dar uma inibida (...). Tinha uma porcentagem muito minúscula, era muito pouca, mas tinha sim, essa coisa de a paciente... a gente já chegou a pegar, a internar pacientes, eu não sei o termo correto, é lésbicas que fala? A gente já chegou a internar pacientes assim. (...) nós precisamos mudar a paciente de bloco, separar pra não ficar uma coisa muito junta, né (Cristina).

E esse paciente foi internado lá como mulher, entregou lá o RG... isso, era trans. (...) Ele passou o resto da noite e, de manhã, a enfermeira RT e a assistente social foram

e encaminharam ele pro “Caridade”. (...) Ele não podia ficar lá porque, assim, se a gente for analisar, era um homem, né. Ele só tava com a documentação como mulher, mas, como o hospital “Amável Donzela” era feminino, então, ele não poderia ficar com as pacientes (Cristina).

Do hospício exclusivamente masculino:

A ereção sexual deles, isso eu vi bem pouco, porque eu acredito que era tratado na medicação, em outras palavras, era meio que proibido ter esse estímulo físico, até porque você não sabe como é que o paciente ia se revelar, ou como é que ele ia se satisfazer, então era uma coisa mais medicamentosa, era uma contenção grande. Ai eu pergunto, que alegria que tinha um cidadão dessa natureza? (Maria).

Do hospício misto:

*E eu vou falar pra você, eu fiquei muito traumatizada com o pavilhão 6 (...). Quando eu cheguei no quarto, a cena que eu vi eu não esqueci (...). Esse paciente, que era o mais quietinho, o mais bonzinho, tinha outro paciente que era, assim, paciente forte, negro, tava em cima dele tendo relação sexual com ele. (...) **Eu saí branca de lá.** (...) E eu acho que o outro paciente já tava tão acostumado, o que era fraquinho, calminho, que ele tava, assim, aceitando numa boa. (...) Se a gente começa a analisar, quando a gente vê esses casos de abusos com crianças, sei lá, eu associo, eu fecho o olho e eu imagino aquele paciente pegando uma criança e estuprando. (...) pra mim, aquilo não era natural (Cristina, grifo nosso).*

As marcas da colonialidade de gênero são gritantes nos quatro relatos acima reproduzidos, ao considerarmos as opressões e violências racistas, homofóbicas, lesbofóbicas, transfóbicas e misóginas (Lugones, 2020).

No último relato, por exemplo, observamos que o alvo da preocupação “protetora” da trabalhadora branca foi o homem a quem ela não atribui uma identidade racial e se refere como pessoa, como “paciente”, provavelmente, internado em função de seus traumas. A “invisibilidade” da raça pode ser um dos enunciados que consideram a brancura como algo “natural”, “normal”, que nem precisa ser dito, dependendo da situação (Schucman, 2020). Já o “Outro”, o racializado, foi identificado como negro e a ele a recordadora atribuiu a imagem de um estuprador, inclusive, de criança.

Achamos interessante a trabalhadora dizer que saiu “branca” da cena, como sinônimo de traumatizada, após testemunhar a relação sexual entre dois homens. Não sabemos se o sexo foi consentido ou não, tampouco a recordadora soube dizer, pois ela não conversou com esses homens após o episódio por ela testemunhado. O homem negro se tornou um estuprador de criança, reiteramos o campo de significações aqui consideradas, a representação do genital, da força bruta, da perversão e do instinto sexual não-educado. Sobre esse discurso, recordamos, junto com Fanon (2008, p. 160), que o “(...) arquétipo dos valores inferiores é representado pelo negro”, o que protege a consciência moral, a imagem e a racionalidade do grupo racial branco, que se livra de suas sombras ao projetá-las, todas, no seu “Outro”.

Os crimes das mulheres manicomializadas

Acionamos, novamente, as análises de Franca Basaglia (1986) para pensarmos a relação tecida entre distúrbio psíquico, diagnóstico, gênero e as sanções relacionadas aos desvios ameaçadores da “normalidade” e, portanto, passíveis de aprisionamento nos manicômios. A autora se refere a uma repressão da sexualidade e a uma margem de erro menor para as mulheres, especialmente quando agem com agressividade e violência contra as invasões de seus corpos, o que pode ser observado nos relatos que seguem reproduzidos.

Naquela época, eu lembro que também tinha paciente que cometia algum crime (...) muitas vezes era, assim, depois de algum abuso que ela tinha sofrido, né. Tinha uma lá que matou o esposo, ela era uma mulher negra. (...) Até que um dia eu perguntei “Leuza, por que você matou seu esposo?”, aí ela falou “olha, mãe Cristina”, ela me chamava assim, “eu tinha meus filhos, eu tinha a minha casa, mas o meu marido chegava bêbado todo dia e ele me pegava à força”. E o sexo sem consentimento é estupro, né. (...) falaram pra ela que ela era doída da cabeça, deram medicação e internaram (Cristina).

Tinha uma lá, que foi internada porque ela matou o bebê recém-nascido (...). Um dia ela me relatou que ela foi estuprada por uma pessoa e ela teve aquele filho, que não era um filho que ela queria porque ela e a família dela é toda branca, então, a preocupação era com a cor da criança. A criança nasceu negra, então, ela achou que a família não ia aceitar (Cristina).

As histórias das duas mulheres narradas por Cristina, consideradas as diversidades e as adversidades que marcaram as suas trajetórias, denunciam as marcas produzidas nas intersecções entre racismo e sexismo na produção da “loucura feminina”.

Com Fanon (2008), resgatamos a análise de que o racismo funda subjetivamente pessoas brancas e negras, afetando a vida de todas as pessoas, obviamente, de modos distintos. Essa fundação racista das subjetividades e das relações intersubjetivas, somada à visão moralista e culpabilizante da mulher na cultura patriarcal, pode ter contribuído com a produção do sofrimento psíquico no caso da mulher branca. Essa mulher, além do estupro que sofreu, teve que lidar com o medo de sua família não aceitar uma criança negra e, talvez, a ela própria, dentro de um processo de revitimização persistente na cultura do estupro. Assim, podemos relacionar o sofrimento com a perpetuação das heranças coloniais, racistas e patriarcais na manicomialização dessa mulher.

Recorremos às contribuições de Lugones (2020) para a análise da posição da mulher negra, estuprada pelo companheiro e considerada “louca” por ter colocado um fim à vida de seu algoz, que também era o pai de seus filhos. Para Lugones (2020), o sofrimento das mulheres negras é estrutural e histórico, sendo reproduzido desde as experiências de aniquilação das mulheres escravizadas, que “(...) foram caracterizadas ao longo de uma vasta gama de perversão e agressões sexuais e, também, consideradas fortes para aguentar qualquer tipo de trabalho” (p. 75). Segundo a autora, o lado oculto/obscuro do sistema de gênero foi (e é) totalmente violento, reduzindo os indivíduos colonizados, não brancos e escravizados “(...) à animalidade, ao sexo forçado com os colonizadores brancos e a uma exploração laboral tão profunda que, no mínimo, os levou a trabalhar até a morte” (Lugones, 2020, pp. 78-79).

Retomamos a discussão sobre os estupros nos hospícios como parte do trabalho de reprodução social intrínseco ao brutal contrato heterossexual, aqui tomado como regime político (Curiel, 2013). Nessa etapa do percurso, buscamos nos deslocar da reprodução das discussões que atribuem ao homem o papel de estuprador, que pune e prende a mulher no seu devido lugar, que seria o seu corpo; e à mulher, então reduzida em sua humanidade, como alguém que perderia a própria personalidade (Segato, 2022). Isso não quer dizer, no entanto, que concordamos com Helena:

Na minha opinião é assim, o auxiliar de enfermagem, ele não é nem macho nem fêmea, e o paciente também não é nem macho nem fêmea, precisou de ajuda, pede, entendeu? (Helena).

Não estamos aqui a negar a raça e a racialização – “eram todos psiquiátricos”, portanto a raça não importava, como disse Geni – e nem os gêneros – “paciente não é nem macho nem fêmea”, como afirmou Helena –, mas tentaremos complexificar a análise sobre os aprisionamentos baseados em anatomias e fenótipos a partir de uma posição na história, cuja origem remonta ao empreendimento de invasão e de colonização de territórios e corpos.

Para Frantz Fanon (2008), a “zona do não ser” representa uma indeterminação essencial que precede qualquer definição, como possibilidade de conviver com as contradições para transformá-las no viver, no vir a ser. É no Ser que a vida se efetiva, é na “zona do ser” que é possível se reconhecer naquilo que se define (Faustino, 2022). Porém, no racismo – que estrutura a subjetivação de todos os seres no mundo colonial/moderno –, as pessoas negras não encontram um conflito social, mas o processo social onde não conseguem se relacionar com os seus próprios conflitos. Uma vez que lidar com as angústias se apresenta como parte do processo de desenvolvimento do indivíduo e da sociedade, a violência brutal do racismo impede a experiência vivida das pessoas negras, que são, então, desumanizadas e animalizadas na alienação colonial (Fanon, 2008; Faustino, 2022).

Sobre a ficção de gênero, María Lugones (2020) analisou a utilidade de sua invenção na desintegração das relações comunitárias e comunais praticadas entre os povos antes do empreendimento colonial. Segundo Lugones (2020), os povos iorubás, por exemplo, não se organizavam socialmente a partir de uma categorização de gênero e somente passaram a fazê-lo quando os “homens” não brancos desses povos se aliaram aos colonizadores, incorporando seus valores patriarcais, a fim de dominar os grupos. A partir dessa incorporação do patriarcado, eles teriam se tornado indiferentes às violências cometidas contra as mulheres, dentre as quais, a violência do seu afastamento da tomada de decisões coletivas.

Durante um longo período da humanidade, que se estende até a era colonial, esses eram e continuam a ser dois posicionamentos na ordem comunal, embora não necessariamente dois corpos: os posicionamentos que emanam da divisão

sexual do trabalho, dos papéis e dos afetos, e que emanam de duas histórias interligadas como masculino e feminino, não em essências engessadas por um tipo de corpo. (...) Assim, pode-se dizer que, como ocorre com a raça, a invasão e a colonização atribuem uma “natureza” e, depois, uma biologia ao posicionamento do dominado (Segato, 2022, p. 15).

Com a colonização, portanto, nasceram os binarismos, sendo que “(...) o binarismo é o mundo do Um e dos Outros – a mulher, assim, se converte no outro do homem; o negro, no outro do branco; a sexualidade homoerótica, no outro da heterossexualidade” (Segato, 2022, p. 16). Dentre as muitas possibilidades de existência social e as muitas cosmopercepções que foram destruídas pelas visões monoteístas e binárias da “civilização” europeia, a “(...) racialização e a genderização deixam de ser diferenças num ordenamento hierárquico e tornam-se restos, margens do sujeito” (Segato, 2022).

O sistema moderno/colonial de gênero, de acordo com María Lugones (2020) tem, além do lado obscuro anteriormente citado, um lado visível/iluminado, responsável pela construção hegemônica do gênero e das relações de gênero. Ao organizar as vidas de homens e mulheres brancos, apenas, esse sistema delimita o significado colonial/moderno das categorias “homem” e “mulher”.

Tão importante quanto à pureza e a submissão sexual das “fêmeas burguesas brancas” seria a sua exclusão da esfera das decisões coletivas e do controle dos meios de produção. Assim, a ficção de sua fraqueza corporal e de sua fragilidade intelectual cumpria/cumpra “(...) um papel importante na redução da participação e retirada dessas mulheres da maioria dos domínios da vida, da existência humana” (Lugones, 2020, p. 78). Cabe destacarmos, ainda, com base no sistema de gênero proposto por Lugones (2020), que a heterossexualidade é compulsória e perversa, violando direitos e escolhas, em prol da reprodução e do controle patriarcal e racializado da produção.

Adentramos e insistimos nestas problemáticas, dado que os manicômios foram e são instituições completamente conformadas à colonialidade do poder, aos sistemas racistas de produção do “não ser” e à colonialidade de gêneros, assim como outras instituições totais, incluindo os conventos, as prisões e os orfanatos, cujos funcionamentos estiveram/estão diretamente ligados à manutenção da ordem social hegemônica colonial/moderna (Goffman, 2007; Lugones, 2020). E isso significa que

reproduzem a máxima do par colonizador – colonizado, uma lógica que não cessa de produzir mortes e mortificações.

A realidade produzida pelo trauma manicomial, como desdobramento do trauma colonial (Kilomba, 2019), revela uma de suas faces mais perversas no âmbito da brutalização das experiências de mulheres.

(...) uma coisa que, assim, até hoje eu penso, não só pacientes que tavam internadas, mas eu vejo agora, aqui fora, com essa questão das drogas e tal, eu penso que se tivesse uma lei pra aquela drogadita, que fica presa por causa de droga, que fizesse uma cirurgia pra não ter filho, né. (...) tinha bastante paciente que era internada grávida. (...) Nossa, é muito triste uma paciente, que seja psiquiátrica ou essas drogaditas, que ficam aí, andando pelas ruas e é só filho, filho e filho (Cristina).

Pelo menos trinta bebês foram roubados de suas mães. As pacientes conseguiam proteger sua gravidez passando fezes sobre a barriga para não serem tocadas. Mas, logo depois do parto, os bebês eram tirados de seus braços e doados. Esse foi o destino de Débora Aparecida Soares, nascida em 23 de agosto de 1984. Dez dias depois, foi adotada por uma funcionária do hospício. A cada aniversário, sua mãe, Sueli Aparecida Resende, epilética, perguntava a médicos e funcionários pela menina. E repetia: “Uma mãe nunca se esquece da filha”. Só muito mais tarde, depois de adulta, Débora descobriria a sua origem. Ao empreender uma jornada em busca da mãe, alcançou a insanidade da engrenagem que destruiu suas vidas. / Esta é a história que Daniela Arbex desvela, documenta e transforma em memória (Brum, 2019, p. 15).

Para Rachel Gouveia Passos, existe uma ferida colonial aberta de forma permanente no “(...) imbricamento entre racismo, sexismo e classismo na constituição do ‘não-ser’ (mulher) negra” (2023, p. 44), que é a marca do permanente aniquilamento das mulheres negras. Segundo a autora, o controle, a submissão e a sujeição a que são submetidas as mulheres negras as reificam no lugar de imobilidade e servidão à família branca. Passos problematiza que, a partir dessa posição de “não-ser” (mulher) negra, as mulheres negras se tornam o alvo permanente do maquinário histórico-estrutural colonial/moderno, “(...) já que é pelo seu ventre, colo, cuidado e afeto que se perpetua o que se quer negar” (2023, p. 44).

Seguimos com Passos (2023), que nos apresenta o conceito de “colonialidade do cuidado”, analisando como as expressões do cuidado se manifestam nas cenas contemporâneas da sociedade moderna/colonial. Para Passos, existem ao menos três

elementos que constituem a colonialidade do cuidado: 1) a incorporação do desejo de maternar, baseado na maternidade compulsória e no mito do amor materno; nesse sentido, a maternidade, ao ser buscada pela mulher negra, lhe colocará em contato com a dura realidade de “não-ser”(mulher) negra, o que dificulta que ocupe esse lugar; 2) a descoberta da inferioridade do corpo negro, maximizada pela possibilidade de ser um corpo matável e exterminável; 3) objetificação das mulheres negras, no imbricamento dos discursos racistas e sexistas, sendo a ela atribuída a capacidade de suportar mais dor em relação às outras mulheres.

Cabe destacar que esse mito se manifesta cotidianamente na experiência do “não-ser” (mulher) negra que sempre precisou gerir a perda dos filhos, companheiros, familiares e permanecer realizando o trabalho de reprodução social para a perpetuação da família branca. Como objeto estereotipado, há um lugar social importante para o funcionamento das forças reprodutivas, tendo como preço a destruição do seu corpo, da sua subjetividade e da negação de projetos de vida (Passos, 2023, p. 43).

As questões que emergiram no campo e as contribuições de Passos (2023) nos trouxeram à lembrança o documentário *Procura-se Janaína*, de Miriam Chnaiderman (2007). O filme conta a história de Janaína Aparecida da Silva e de outras crianças que, como ela, carregavam muitas marcas de exclusão: eram pobres, pretas e psicóticas.

“Ela tinha uma hipersensibilidade sensorial e emocional, como se não tivesse pele para suportar as dores da vida”, analisou uma das profissionais que atendeu Janaína nos serviços pelos quais ela passou. A protagonista do filme ingressou ainda bebê na extinta FEBEM (Fundação do Bem-Estar do Menor) na década de 1980 – em período anterior à promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁴⁷ –, aos quatro meses, no contexto de vida de uma mãe em desalento, sem emprego e sem condições de criar, sozinha, os dois filhos.

Na instituição total, as chances de morte para crianças tão pequenas como Janaína eram altíssimas, dadas as condições de extrema precariedade e a superlotação próprias à lógica concentracionária: morrer era até um fato aceito, como retratado no documentário.

⁴⁷Lei nº 8.069/1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em 20/01/2024.

Na história de Janaína (e de outras tantas crianças), após período de tentativas de visitas, mudança dos filhos de unidade de internação e o difícil acesso às informações, a mãe, em sua experiência de “não ser (mulher) negra”, perdeu a guarda dos filhos para o Estado. Logo depois dessa perda, o irmão de Janaína foi adotado, porém, a menina não. Janaína ficou só e seguiu institucionalizada.

Em sua carreira institucional, Janaína, ainda na infância, foi parar em um hospício de Sorocaba, em 1988. Uma médica psiquiatra do hospício, que foi entrevistada no documentário na década de 2000, afirmou que as condições em que as profissionais que cuidaram de Janaína a encontraram – sem repertório verbal, regredida e cronificada – se justificavam pelo seu quadro nosológico e por seu histórico de abandono. A médica informou que a “paciente” fazia uso de medicação para adequar o comportamento de autoagressividade (mordidas no próprio braço), mas que, naquele momento, não apresentava quadro de psicose.

A história de Janaína e de outras “Janaínas”, sobreviventes e não sobreviventes da psiquiatria e de outras instituições de controle social, revelam mais capítulos da história brutal da separação das vidas que importam e das vidas que não importam em nossa sociedade. Acreditamos que a mãe de Janaína, a própria Janaína e outras tantas crianças e mulheres negras empurradas à “zona do não ser” foram vítimas da “colonialidade do cuidado” (Passos, 2023).

Voltando no tempo, recuperamos a memória sobre a atuação do psiquiatra Pacheco e Silva, que desenvolveu estudos e práticas voltadas ao controle eugenista das infâncias, via “projeto de melhoramento racial” (Serra, Scarcelli, 2014) e localizamos com nitidez a colonialidade na internação em massa de crianças negras, medida eugenista que interceptou muito cedo a vida de Janaína.

Como sobrevivente da psiquiatria de Sorocaba, Janaína chegou a morar por alguns anos em uma das quase 40 residências terapêuticas do município. Ela faleceu há pouco tempo, durante a participação em um grupo de caminhada promovido pelo serviço de saúde mental que frequentava, no ano de 2021, de acordo com informações de trabalhadoras da rede de atenção psicossocial. Morreu jovem, com pouco mais de 30 anos, porém, estava na rua, caminhando. Talvez, as marcas dos anos de internação e de luta

pela sobrevivência tenham abreviado a sua caminhada. Não será esquecida: Janáina,
presente!

Capítulo 2. A memória política



Figura 7. Reprodução de obra da artista Adriana Varejão: *Extirpação do mal por incisura*, 1994. Crédito/Foto: Sergio Guerini ⁴⁸.

Com uma série de trabalhos com o prenome *Extirpação do Mal – Extirpação do Mal por Incisura*, *Extirpação do Mal por Overdose* e *Extirpação do Mal por Revulsão* –, Adriana Varejão estabelece uma relação com a medicina e as intervenções realizadas no corpo vivo em cuja superfície a história está “impressa, impregnada, incorporada como uma tatuagem⁴⁹” (Almeida E., 2017, p. 217).

Na obra *Extirpação do Mal por Incisura* acima reproduzida, ao rasgar a “pele” construída na tela, Varejão faz uma importante crítica ao registro científico documental e à relação forjada entre a imagem, a história e o real. A artista desvela como a poderosa narrativa científica produz/reproduz um “(...) desaparecimento perverso, provocado pela opressão, pelo descaso, pelo autoritarismo, pelo policiamento higienista e/ou moralista que frequentemente se exerce para silenciar as insurgências daquilo que está vivo, que é

⁴⁸ “Em 1994, fui convidada a participar da 22ª edição da Bienal de São Paulo, que teve curadoria de Nelson Aguilar, com o tema ‘Ruptura com o suporte’” (Adriana Varejão). Disponível em: <https://dasartes.com.br/materias/adriana-varejao/>. Acesso em 20/01/2024.

⁴⁹ Adriana Varejão conta que as tatuagens começaram a aparecer quando notou alterações provocadas na azulejaria do convento de São Francisco, em Salvador. “Imagens que representavam o mal, como faces demoníacas, caveiras, a medusa, mamilos etc. estavam riscadas dos azulejos. Como, por que, quando e quem realizou tais ocultações? Que processos estético-políticos se operaram ali? (Varejão *apud* Almeida E., 2017, p. 219)

menor e que se inflama sob a superfície domesticada da existência” (Almeida E., 2017, p. 218).

As extirpações e as demais violências exercidas pela ordem hegemônica e normativa (colonial/moderna), conforme defendemos nesta tese, repercutem em cadeias de produções subjetivas que transformam a brutalização em algo invisível, indizível e impensável: o luto impedido pela invasão colonial e manicomial do imaginário social. E, nessa lacuna de produção de sentidos a partir do real encarnado – extirpado –, são produzidas as distorções do pensamento sobre o real vivido, conforme podemos observar no relato que segue transcrito:

No [pavilhão] 4, eram os específicos e, alguns pacientes, eles eram tão agressivos, assim, a ponto de dizer “ele vai arrancar teu olho”. E teve, teve mais de um episódio. Como os pacientes não tinham uma manipulação de objeto, de cadeira, de escova, essas coisas, então, as mãozinhas eram finas, finas de pele e de desenho mesmo, então, essas garras poderiam te atingir. E era comum morrer ali, viu (Maria).

A descrição de seres “específicos” e “agressivos” pela recordadora, cujas mãos seriam semelhantes a garras que poderiam arrancar olhos e matar, nos conectou com a pintura de Varejão. Na obra aqui reproduzida, vemos a intervenção para a “extirpação do mal” via extração da cabeça (colonialidade da razão) e da genitália (colonialidade de gênero) de uma figura desprovida de características humanóides, o que podemos associar ao campo imagético do significante “louco/a”. Inclusive, a figura retratada por Varejão aparece com mãos finas que se assemelham a garras, conforme ouvimos no relato da recordadora e observamos na pintura.

Como metáfora para o domínio do “mal da loucura”, imaginamos, em um exercício despretensioso de atribuição de sentidos à obra de Varejão, a função da extirpação da outra figura retratada na tela. A extração dessa figura, cujos aspectos “demoníacos” (possui chifres) podem ser observados, nos remete à fantasia colonial de destruição daquilo que ameaça a ordem colonial eurocristã. Essa fantasia colonial, que se desdobra em diversas violências estruturais, como o racismo, a misoginia e a manicomialização, sustenta diversas narrativas, sejam científicas ou não, que ocultam verdadeiros genocídios contra o/a “Outro/a” desumanizado/a.

Com Mbembe (2014), aprendemos que nunca “(...) é demais lembrar que terá sobrado qualquer coisa, das fendas e até das lesões da crueldade colonial, para dividir,

classificar, hierarquizar e diferenciar. Pior ainda, a clivagem criada permanece” (p. 21). Em diálogo com Mbembe (2014), seguimos fluxos de pensamentos e produções artísticas em confluência, da qual destacamos os questionamentos de Eduardo Almeida (2017) sobre série *Extirpação do Mal*, de Varejão:

Que mal é esse a ser arrancado do corpo e da imagem? Quem o determina? Quais subjetivações, quais jogos de poder, quais diretrizes atravessam essas decisões? O que acaba silenciado, ocultado, não questionado? Que História se constrói a partir desses fatos? Quais histórias não se inscrevem? Se não se inscrevem, são ainda histórias? De que maneira essas não inscrições sustentam aquela construção?

As linguagens científicas, sejam cartográficas, médicas ou antropológicas, entre outras, vão aos poucos sendo apropriadas, transtornadas, profanadas. Elas se despem da assepsia e confessam suas ficções, a saber: os moralismos, os autoritarismos, os interesses políticos (p. 220).

Partindo dessas reflexões iniciais, buscamos construir, nas próximas páginas, análises que possam contribuir para desvelar o real encarnado, como tentativa de resistência às mortificações e apagamentos das histórias pelas ficções moralistas, autoritárias e conservadoras dos poderes dominantes. Nesse sentido, seguimos pelos caminhos da produção de memórias sobre os manicômios e as manicomializações, ainda não suficientemente inscritas no real social.

2.1. Intersecções de gênero, raça e classe e os regimes de tortura, mortificações e mortes

Se o hospício é colonial, maiormente as instituições asilares acabavam atuando como incubadora de sintomas psiquiátricos, uma vez que as pessoas consideradas loucas eram retiradas de seu ambiente usual para viver reclusas em ambientes institucionalmente controlados; o hospício não tem cura (Faustino, 2023, p. 18).

Acho que em 1964, quando foi inaugurado o “Caridade”, o hospital recebia mulheres, mas acho que foi por pouco tempo, (...) eu li alguns desses prontuários e eu vi que as meninas eram muito novas. Eram internadas com vinte, vinte e poucos anos e, olhando esses prontuários, eu vi o nome de algumas famílias que a gente conhece, as meninas de família tradicional de Sorocaba lá internadas. (...) Não que eu tenha lido esses prontuários todos, porque eu não li, mas eu refleti que essas meninas foram internadas no período da ditadura. Talvez, elas tenham sofrido algum tipo de

perseguição, então, me veio essa questão de que aquelas mulheres podem ter sido internadas por transgredirem a sociedade, quando fugiam dos padrões, ou até quando engravidavam (Antônia).

A ordem sociopolítica hegemônica e a família burguesa

Apenas duas recordadoras entrevistadas – Eliana e Neide – trabalharam nos manicômios de Sorocaba a partir do final da década de 1970, portanto, nos anos finais da Ditadura Empresarial Militar (1964 – 1985). E Antônia foi a única entrevistada a mencionar diretamente esse período de horror da nossa história em seu trabalho de memória. Em seu discurso, ela mencionou como as relações de classe, de raça e de gênero estavam tramadas no cenário político, econômico e social onde se proliferaram os manicômios pesquisados, cujo exponencial crescimento se deu nesse período.

Para que não esqueçamos jamais, a América Latina, entre o final da década de 1960 e a década de 1970, foi palco de sangrentas e cruéis ditaduras. Por força da instituição da Doutrina de Segurança Nacional em todo o continente, toda e qualquer oposição aos regimes ditatoriais foi considerada crime e, como tal, foi duramente punida (Coimbra, 2004). Essa ferida social, junto àquelas produzidas pelos genocídios coloniais que fundaram o mundo Ocidental e ocidentalizado, ainda está em vias de ser elaborada.

As heranças coloniais, portanto, patriarcais, marcaram a invasão de corpos sob o regime do terror de Estado, sendo os corpos das mulheres aviltados de acordo com algumas particularidades:

Os policiais fizeram muitas provocações em cima de nossa condição de mulheres. Como mulher, tínhamos de ser amantes de alguém, ou senão éramos lésbicas; se tinham família ou se não tinham, finalmente tudo girava em torno de um ponto fundamental que era a família como célula da pátria. E se eu não era casada (como não era), estava ali a razão de ser terrorista. De outro lado, conversando com companheiras que também estavam sendo torturadas, chegamos à conclusão de que havia gozo desses policiais em nos torturar. O problema de ficar nua, ou não, não era o mais chocante (Jornal Brasil Mulher, 1979 *apud* Rago, 2013, p. 78).

Com Grada Kilomba (2019), aprendemos que existem marcas que coexistem como fenômenos atemporais, o que reflete na constituição de um presente marcado por “memórias coloniais intrusas” e por repetições de sintomas sociais não tratados indefinidamente, que renovam a experiência coletiva traumática das opressões e

desigualdades de classe social, de raça/etnia, de gêneros, sexualidades e de outras relações “Outrificantes”. Ouçamos Grada:

A ideia de um enterro impróprio é idêntica à ideia de um episódio traumático que não pôde ser descarregado adequadamente e, portanto, hoje ainda existe vívida e intrusivamente em nossas mentes. Assim, a atemporalidade, por um lado, descreve o passado coexistindo com o presente e, por outro lado, descreve como o presente coexiste com o passado (Kilomba, 2019, p. 224).

As intersecções entre os regimes autoritários, os autoritarismos enraizados nas subjetividades e a função social dos manicômios representam atualizações da “ferida colonial” (Kilomba, 2019), na medida em que criam condições ideais para a aceitabilidade social da existência do corpo torturado, explorado e aviltado, seja de forma consciente ou alienada, dentro do enquadramento de pactos que legitimam e conservam as relações e as organizações sociais (Kaës, 2014).

A memória histórica “oficial”, para Cecília Coimbra (1999, p. 1), é perversa, pois “(...) tem sido produzida pelas práticas dominantes no sentido de apagar os vestígios que as classes populares e os opositores vão deixando ao longo de suas experiências de resistência e luta num esforço contínuo de exclusão destas forças sociais como sujeitos que forjam a história”. E a censura às histórias que nunca foram narradas oficialmente representa uma das formas de apagamento das existências, o que foi (e é) uma realidade persistente na história brasileira que, obviamente, repercutiu/repercute na história dos manicômios e nas (não) existências das pessoas manicomializadas.

Às vezes, as pacientes escreviam carta e a assistente social não encaminhava e, quando chegava carta pra elas, geralmente a assistente social lia primeiro pra ver se podia entregar ou se era melhor não entregar. Então, assim, era uma falta de comunicação como se elas não tivessem nenhuma história (Yolanda).

Outra coisa, eu não tenho ideia pra onde foram os 30 mil prontuários do “Caridade”. Quando entrou o instituto [que passou a gerir o hospital psiquiátrico], eu não tenho ideia de onde foi parar toda a documentação (Antônia).

No Brasil, em 1968 foi instaurado o AI-5⁵⁰, momento em que “a ditadura se impõe sem disfarces – a repressão age sem limites (...). Nesse campo fértil, a tortura passa a ser

⁵⁰ Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ait/ait-05-68.htm. Acesso: 24/01/2024.

prática ‘comum’ e oficial, disseminando terror em toda a sociedade brasileira: pelo medo, pela cala, levando a um torpor, a omissões e cumplicidades” (Coimbra, 2004, p. 45).

Os atos institucionais viabilizaram o cerceamento das liberdades, a censura, o exílio, a extinção de partidos políticos, o fechamento de sindicatos e entidades de classe, as perseguições, torturas, prisões e assassinatos brutais dos opositores ao regime militar. Tudo isso aconteceu em meio a um simulacro de “bom funcionamento” institucional do Estado, como se a vida estivesse acontecendo normalmente. Como os órgãos da censura avaliavam em detalhes tudo o que chegava ao público, sempre balizados pelo respeito à “moral”, aos “bons costumes” e à proteção da “célula familiar”, foi sistematizado um duro combate cotidiano de tudo e de todos/as que eram considerados/as “subversivos/as” (Coimbra, 2004).

Na agenda moral/moralizante de vigilância à indústria cultural e/ou às produções intelectuais, por exemplo, qualquer temática que envolvesse gênero, sexualidade, aborto, homossexualidades, relações raciais, uso de álcool e drogas, tudo era classificado como subversivo e, conseqüentemente, censurado. Segundo Cecília Coimbra (2004), foram repaginadas no imaginário social as figuras dos “terroristas”, “subversivos” e “drogados” associadas, especialmente, aos jovens militantes que lutaram contra a ditadura. Nas palavras da autora, militante e sobrevivente desse período:

O subversivo não está somente contra o regime, mas contra a religião, a família, a pátria, a moral e a civilização. Está contaminado por “ideologias exóticas”, por mandatários de fora. “(...) o subversivo tem tanto possibilidades de contaminar, como de enfeitiçar. Ele está contaminado e pode passar a doença, e ao ser enfeitiçado adquiriu a capacidade de enfeitiçar” (Velho, 1987, p. 6). No drogado, o aspecto de doença já está dado: é um ser moralmente nocivo, pois tem hábitos e costumes desviantes. Na época, as drogas são associadas a um plano externo para minar a juventude, tornando-a presa fácil das ideologias “subversivas”. Assim, juntam-se drogado e subversivo, o que se torna perigosíssimo, pois apresentam problemas psicológicos graves e sérios ao fugirem às suas obrigações e questionarem os planos e projetos de ascensão social de suas famílias (p. 46).

Aqui, nos encontramos novamente com a ideia de um binarismo fundante da historiografia colonial/moderna: a ideologia do “bem” contra o “mal”, em defesa da pátria militarizada, da família higiênica, da moral cristã, do progresso, da civilização, da razão e do capital (Segato, 2021; Cunha, 1987). Junto com Coimbra (2004), entendemos que, no contexto sociopolítico dominado pela censura, ocorreu a propagação do terror em

todos os espaços institucionais e relacionais possíveis, ocupados, a partir daí, pelo medo e/ou pela cumplicidade da sociedade civil.

Nesse cenário de propagação de um terror social que, ao final e ao cabo, era processo e produto do terrorismo do Estado militar, fortaleceu-se a ideologia do familiarismo e da maximização do investimento na vida privada em detrimento da vida pública como avalistas do autoritarismo, o que contribuiu para a imobilização da estrutura social (Pichón-Rivière, 2009; Kaës, 2011).

Durante o regime militar, foi considerável a participação de grupos sociais médios e abastados que contribuíram e/ou foram cúmplices da instauração dos discursos e intervenções autoritárias. Como exemplo, Coimbra (2004) refere que, caso os/as filhos/as das classes privilegiadas fossem por elas percebidos como “desviantes” ou “diferentes”, se eles/elas fizessem oposição ao regime e até mesmo se fossem torturados/as, sequestrados/as, estuprados/as e assassinados/as, a responsabilidade seria deles/as (dos filhos/as) e delas (das famílias). Nessa conjuntura, qualquer “deficiência moral” deveria ser rapidamente identificada na família, que deveria ser “uma célula da pátria” e não uma fábrica de “desajustados” (Coimbra, 2004).

No Brasil do “milagre”, do “progresso” e da guerra contra os comunistas e outros grupos considerados “inimigos da pátria”, a família branca e burguesa foi acionada a fazer o seu papel, assim como fizera em séculos passados nos regimes de escravização, de eugenia e de caça aos anormais.

E olha, tinha gente de família de muito dinheiro de Sorocaba e de outros lugares também, que internava lá e nem ia visitar, viu? (Geni).

Como fruto da organização social de seu tempo e parte da organização espacial de uma cidade, o “(...) hospício tem lugar no imaginário coletivo, é depositário das mazelas das quais pensa estar livre quando não se está sob seu domínio” (Scarcelli, 2002, p. 232), não sendo ao acaso, portanto, que os manicômios brasileiros se consolidaram e se fortaleceram durante os anos do regime militar.

Assim, com o autoritarismo, o familiarismo, a capitalização da saúde e as políticas de exclusão e morte perpetradas como política de Estado ocorreu o salto do número de leitos psiquiátricos privados de três mil para cinquenta e seis mil (Amarante, 2015). A maioria desses leitos privados foram ocupados, no caso dos hospícios de Sorocaba, “(...)

por pacientes do então Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) por meio de convênios. Uma parte substancial destes leitos passou a ser ocupada por ex-internos dos grandes hospitais públicos, como é o caso do Juquery, no Estado de São Paulo” (Garcia, 2012, p. 108).

Eu me lembro que teve o processo de virem pacientes do Juquery pro “Caridade”, eu acho que foi bem uns cinquenta pacientes. Esses pacientes já eram crônicos e, a maioria, era mais de pardo pra retinto, preto mesmo, né, então, a maioria era de negros. (...) sem dados, a maioria com pouco dado, a gente até questionava “poxa vida, pegam tanto no nosso pé em questão de dados, mas olha o Juquery, que é do Estado, sem dado nenhum”. (...) Lembro que eles já vinham com a AIH de moradores (Antônia).

Historicamente, a manutenção de uma “educação-adestradora” e colonizadora (Bispo dos Santos, 2023), a negação da diferença e a rejeição do “Outro” – relegado à zona de “não ser” humano –, forjam o imaginário social, fixando determinados corpos aos papéis que “naturalmente” lhes caberiam. Ao menor sinal de ameaça à coesão da unidade (da instituição, do grupo dominante, da família burguesa, do cristianismo, da nação), o combate e/ou a correção das “falhas” eram realizados pelas/nas instituições que exerciam/exercem poder (Fanon, 2020; Foucault, 2007, Kaës, 2014).

Para Kaës (2011), são criadas ilusões e idealizações grupais, tanto pelas instituições como pelas equipes e pessoas institucionalizadas que as compõem, como uma espécie de defesa contra a angústia acionada em situações diversas. “O grupo organiza-se para estereotipar-se como defesa diante da ansiedade”, nos ensinou Enrique Pichón-Rivière (2009, p. 148). E, como exemplo dessa complexa formação do imaginário, Kaës (2011) problematizou os sentidos atribuídos às pessoas “conservadas” por longo período em uma determinada instituição. Para o autor, o fato de serem “(...) fetichizados como ‘enfermos ancestrais’, na ilusória esperança de voltar ao tempo da fundação ou conservar o objeto das origens, como relíquias”, representaria a manutenção das estruturas estabelecidas pelo e com o fundador, como saída “(...) contra os desligamentos e as desorganizações psíquicas” (Kaës, 2011, p. 71).

Em relação à manutenção das alianças estabelecidas com o “fundador” ou o “senhor” (Kaës, 2014), recordamos três situações interessantes para pensarmos sobre a colonização das memórias e as produções de sentidos, que reproduzimos a seguir. São

três memórias públicas do período compreendido entre as fiscalizações dos hospitais psiquiátricos e o fechamento do polo manicomial de Sorocaba.

Primeira memória pública: uma matéria foi veiculada pela mídia local em comemoração ao centenário da associação responsável pela fundação do primeiro manicômio de Sorocaba. O texto, que assumia um posicionamento panfletário, valorizava o “pioneirismo” desta instituição e mencionava que, à época, em 2018, essa empresa seguia no ramo da “psiquiatria” como responsável pela gestão dos contratos de um terço dos 40 serviços residenciais terapêuticos do município (Cruzeiro do Sul, 2018a). Essa memória apareceu no discurso das entrevistadas de formas diferentes:

Eles fazem questão de continuar afirmando essa ideia do hospital psiquiátrico bom, mas que era assistencialista né, na verdade. Qual o cuidado que era oferecido, gente? Se a gente for ver não era nada de diferente. O número de funcionários que tinha no hospital e que tinha nos outros hospitais era muito parecido, tinha uma ou outra coisa diferente, né. Os diretores tinham a mesma, sabe, a mesma atuação, do mesmo jeito... assim, os pacientes altamente medicados, a questão do castigo, da violência. Sabe, eles, os diretores, eles achavam que o hospital era hospital de ponta e a prefeitura apostava nisso, viu. Mas não tinha nada de diferente do outro (Yolanda).

Como eu te disse por telefone, eu não vivi essa questão dos maus tratos, eu não tinha essa referência de manicômio, embora eu saiba o quanto que era dura a vida de paciente psiquiátrico em hospitais, porque eu cheguei a conversar com todas as assistentes sociais dos hospitais de Sorocaba. E olha, na área da psiquiatria, tinha uma resistência em falar, não tem como dizer que não. Eu percebia, mesmo com essas resistências dos hospitais em falar, o quanto que o trabalho executado no “Feliz Destino” era diferente. Em relação aos outros hospitais, a nossa diferença era perceptível. Então, a minha referência de hospitais era uma referência boa, né, por isso que eu comentei que, o “Feliz Destino” era hospital psiquiátrico e não manicômio. (...) o trabalho que todos os profissionais faziam lá era espetacular (Catarina).

Segunda memória pública: um jornal local, através de uma nota, informou que o secretário de saúde do município de Sorocaba foi exonerado após ter sido denunciado como sócio de três hospitais psiquiátricos na região. À época, foi formada uma comissão parlamentar especial para averiguação das condições dos hospitais psiquiátricos após a divulgação de dados sobre o elevado número de mortes e as violências cometidas pelos

hospícios da região pelo Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba (Flamas, 2011). O então secretário de saúde foi acusado de conflito de interesse, o que culminou em sua exoneração do cargo. “Em nota enviada à imprensa (...) o secretário confirmou ser sócio dos hospitais e afirmou não ter qualquer participação na administração de nenhum deles. (...) sentindo-se ofendido e atingido profissional e moralmente” (Cruzeiro do Sul, 2011).

Em Sorocaba, assim como em outras localidades do país, o poder financeiro dos donos e diretores de manicômios esteve ligado ao poder político, “(...) e cargos públicos de gestão foram ocupados por essas pessoas, o que facilitava a manutenção desse modelo através dos repasses de recursos financeiros e no agendamento de fiscalizações que sempre mostravam conformidade com as regras estabelecidas em contratos com a Prefeitura” (Goto, 2018, p. 147).

Os fiscalizadores eram todos comprometidos porque todos tinham relacionamento com os donos de hospital (Geni).

Terceira memória pública: foi noticiada no mesmo jornal a nomeação do ex-secretário municipal da Saúde, o mesmo que foi exonerado do cargo em 2011 por ser sócio de três manicômios na região de Sorocaba, como novo diretor do Departamento Regional de Saúde 16 (DRS-16) em 2019. O então diretor do DRS-16 foi retratado pelo jornal como alguém com “ampla experiência em gestão de saúde pública” (Cruzeiro do Sul, 2019). Destacamos que essa terceira memória publicizada não citou a exoneração do cargo na secretaria municipal de saúde no ano de 2011 como uma das “experiências em gestão pública” desse senhor que era sócio de manicômios.

Lembramos que, por décadas, a história “oficial” contada pela mídia sorocabana produziu uma imagem “positiva” sobre os hospícios do território, destacando o seu papel assistencialista como algo importante para as pessoas que estavam internadas. Para a fixação dessa imagem, divulgavam os momentos de confraternização dos hospitais psiquiátricos, as festas e outras ações que contribuíssem para a construção de uma boa imagem.

Uma vez, a gente resolveu fazer uma competição na piscina. (...) E eu morrendo de medo! Medo de se afogarem. (...) Nós convidamos dez hospitais de Sorocaba e região, aí podia ser tanto mulher como homem. Nossa, ficou chique! Saiu até no jornal de Sorocaba, o Cruzeiro do Sul, na época, era bem famosinho e também foi pra lá filmar pra gente (Nair).

Para Goffman (2007), o esquema de interpretação da instituição total começa a ser construído a partir da admissão da pessoa internada, na medida em que essa entrada seria a prova de que essa pessoa deve ser justamente o tipo de indivíduo que a instituição trata/corrige/pune: “Um homem colocado em prisão política deve ser traidor, um homem na cadeia deve ser um delinquente; um homem num hospital para doentes mentais deve estar doente. Se não fosse traidor, delinquente ou doente, por que estaria aí?” (pp. 77-78).

Eu faço ressalva de novo, esse ser humano não ia se enquadrar nesse modelo de sociedade, né, ele é próprio daquele ambiente e daquele status social. Não sei se ainda existe, existe hospital psiquiátrico ainda hoje? (...) Mas eu acho que é um mal necessário ter, é um mal necessário que o governo federal investiu e que, parcialmente, eu acho que deu um ânimo pra muitas famílias. Não era assumido nada, nada, mas era isso que acontecia (Maria).

Em alianças que necessariamente se efetuam pelo exercício da violência, a tônica do combate à exceção como justificativa para os meios – institucionalização da tortura e do extermínio como políticas de Estado, guerra ao comunismo, guerra às drogas – e para os fins – defesa da pátria, defesa da família –, se espalha pelos diversos grupos sociais, fortalecendo políticas de subjugação forjadas sob o pano de fundo do terror social.

Sob o regime do terror, a exceção se transforma em regra e deflagra uma perversa política de desumanização e produção de morte de forma legalizada e culturalmente incorporada (Mbembe, 2018). Surge, então, todo um regime de significações distorcidas que resultam na aceitação do corpo torturado como parte de um sistema que não teve alternativa a não ser produzir a sua morte ou mortificação. Esse regime do terror se efetiva por meio das várias formas de encarceramento, da sistematização de uma economia de privações, da aplicação de castigos físicos e psicológicos, da estigmatização cada vez mais elástica dos grupos vulnerados e da constituição do papel intransponível de grupos “inimigos” da “boa” sociedade (Goffman, 2007; Pichón-Rivière, 2009; Cardoso, 2010).

Durante a Ditadura, sob o véu da defesa da pátria, da família burguesa e da manutenção da vida privada livre do terror social e do risco da não ascensão econômica, as ideologias familiaristas, burguesas e brancas contribuíram para a desarticulação dos movimentos de resistência ao regime autoritário.

A ciência hegemônica também fez o seu papel, mais uma vez contribuindo para a manutenção desse circuito de produção de terror e morte, ainda que disfarçado sob a

aparência de critérios técnicos. As ciências da saúde foram recrutadas para o fornecimento de laudos, análises de “perfis psicológicos”, relatórios, diagnósticos psiquiátricos, treinamentos para os torturadores, encaminhamentos para a internação dos/das militantes nos manicômios e atestados de óbito falseados (Coimbra, 2004).

“À doença (diagnóstico, prognóstico e terapia), às suas consubstanciais relações de causa e efeito correspondiam instituições coerentes” (Rotelli, 2001, p. 91). Na conjuntura da Ditadura Empresarial Militar, todo um campo “psi” – psicólogas/os, psicanalistas, psiquiatras – foi acionado para o exercício do papel de guardiães da ordem, da família e da pátria⁵¹. Como parte desse maquinário à serviço do terror, o domínio da psicologia experimental positivista, com suas características de cientificidade, neutralidade, objetividade e tecnicismo assumiram o lugar de “avalista” do empreendimento militar. E as tarefas assumidas por esse campo foram o esquadrinhamento da sociedade e a “libertação” de sujeitos e famílias das classes privilegiadas em relação ao sofrimento, à culpa e ao compromisso com a mudança do cenário político de horror, o que culminou na “psicologização” da vida social e política (Coimbra, 2004; Pichón-Rivière, 2009).

Para os “filhos de ninguém” e os “donos de nada”⁵², especialmente marcados pela pertença a outros grupos brutalmente minorizados – negros/as, mulheres, pessoas com deficiência, pessoas Lgbtqiap+, crianças, pessoas em situação de rua, gente que fazia uso prejudicial de álcool e drogas –, era imposto um caminho mais rápido rumo aos lugares

⁵¹ De acordo com Coimbra (2004, p.48), um aspecto “(...) das práticas “psi” que não pode ser esquecido refere-se à participação direta de alguns de seus profissionais no aparato repressivo da ditadura militar brasileira. Essa participação assemelha-se àquela que vários médicos tiveram, não só “acompanhando” presos políticos torturados, como também dando treinamento a torturadores e elaborando laudos psiquiátricos e psicológicos de presos políticos”.

⁵² *Os ninguéns*, por Eduardo Galeano (2005):

Os ninguéns: os filhos de ninguém, os donos de nada.

Os ninguéns: os nenhuns, correndo soltos, morrendo a vida, fodidos e mal pagos:

Que não são embora sejam.

Que não falam idiomas, falam dialetos.

Que não praticam religiões, praticam superstições.

Que não fazem arte, fazem artesanato.

Que não são seres humanos, são recursos humanos.

Que não tem cultura, têm folclore.

Que não têm cara, têm braços.

Que não têm nome, têm número.

Que não aparecem na história universal, aparecem nas páginas policiais da imprensa local.

Os ninguéns, que custam menos do que a bala que os mata.

de exclusão largamente experimentados na sociedade colonial/moderna. Falamos dos asilos, prisões, manicômios e instituições de internação de crianças e adolescentes, onde as pessoas institucionalizadas pouco ou sequer eram “vistas” pelos profissionais “psi”.

O poder des-historicizante e institucionalizante, como já mencionamos, acomete principalmente aqueles/as que não têm outro lugar para estar no mundo: pessoas a quem é demasiado fácil rotular como “doença” cada ato e cada reação, como processos irreversíveis e discriminatórios que as objetificam desde a saída – uma violência original de nosso sistema social (Basaglia, 2001).

Como em todos os tempos de repressão social, os “anos de chumbo” produziram um cruzamento das histórias dos/as “presos/as políticos/as” de sua época e das pessoas historicamente manicomializadas por força da propagação da ideologia da “periculosidade”. “À periculosidade era dado o manicômio” (Rotelli, 2001, p. 91), o que produziu o enquadramento dos/as diversos/as “inimigos/as” da sociedade pelos julgamentos técnico-especializados (Basaglia, 2001). Isso, porém, não resultou em percursos institucionais iguais, consideradas as intersecções de raça, gênero e classe social.

As famílias, nas memórias sobre os manicômios, foram descritas pelas recordadoras de forma ambígua, ora alçadas ao posto do sofrimento e/ou da vitimização frente à “loucura” de seus/suas “Outros/as” (loucos/as); ora apontada como protagonista das cenas de abandono que resultaram nas institucionalizações de longa permanência, responsáveis, então, pelas duras condições de (não) existência nos hospícios.

Mas era um abandono, a sensação que eu tinha é que aqueles pacientes lá eram abandonados pela família. Tinha pessoa lá que nunca sabia se tinha irmão, se tinha mãe, isso era meio doído (Neide).

Mas também tinha alguns casos que você via que a família não queria o paciente, não queria no convívio. São casos e casos, né. (...) Eu falo da controvérsia de fecharem o hospital, porque tinha paciente, sim, que tinha condições de ficar em casa, mas a família não queria e, a família não querendo, a família não trata, e a família não tratando, a doença volta. (...) Muitas vezes, a família não tinha condição nenhuma, como o meu caso, na época que o meu irmão ficou doente (Helena).

As famílias de muitos pacientes meio que descansavam um pouquinho, depois que entregavam pro “Caridade”, mas algumas depois iam buscar. Ficavam indo e voltando, “ah, voltou”. Aquelas psicoses mesmo, complicadas, de fazer agressividade, de destruir dentro de casa, a família não suporta. Então, falar em psiquiatria, nossa, é muita coisa, gente! E isso não acabou, viu, esses pacientes ainda existem, não sei onde estão. Então, assim, quantas famílias puderam respirar, fechar suas portas e dormir? Quantas famílias puderam descansar sabendo que fulaninho não ia quebrar a casa, a televisão, fogão, geladeira? E as famílias? E olha, a família que abraça uma missão dessa, finalizou aí, né, o casamento dessa mãe, o marido, irmão, festas, vida social, vida profissional. Então, eu respeito muito isso (Maria).

Ao ser questionada sobre o elevado número de óbitos no hospital psiquiátrico onde trabalhou, Nair disse que era de conhecimento de todos e questionou: “e cadê a família?”. Antônia, Catarina e Eliana demonstraram pesar ao relatarem que muitas famílias, por diferentes motivos, não compareceram ao chamado do hospital psiquiátrico mesmo diante da comunicação do óbito de familiares que estavam internados. As famílias das pessoas institucionalizadas também foram qualificadas por várias recordadoras como “desestruturadas”, por não estarem aptas e/ou se recusarem ao exercício do cuidado de “pacientes psiquiátricos”.

Então, vamos falar de humanização? Assim, se a gente for parar pra pensar, se o paciente é morador do hospital, o dinheiro tinha que ficar com o paciente no hospital. Ele é morador, não vai pra casa, então, por que essa família ficava com o dinheiro? E isso acontecia, tá, acontecia. Tinha família, inclusive, que a gente tinha que dar uma ameaçada, porque a família não ia ver, mas ficava com o dinheiro do paciente (Catarina).

Em poucos casos, a família foi elevada à redenção. Como exemplos de famílias em redenção, recordamos os casos narrados por Geni e Helena, respectivamente, sobre a internação de um homem cuja crise de asma foi confundida com um surto psicótico e de uma senhora que havia sofrido um mal súbito na rua e foi internada porque estava sem documentos. Em ambos os casos, o resgate do encarceramento indevido no manicômio por familiares foi positivo para as vítimas da psiquiatria e suas respectivas famílias.

A família, ainda, foi tratada como grupo penalizado pelo processo de desospitalização das pessoas internadas, nomeado como “despejo” por Geni, sob a alegação de que as/os “pacientes” teriam sido “largados/as” na porta da casa de seus familiares quando teve início o desmonte do polo manicomial.

Em alguns trabalhos de memória, as narradoras chegaram a passear por diferentes polos, onde a família entrava e saía de cena com certa variação nos níveis de responsabilização e culpa que lhes eram atribuídos em relação às condições aviltantes de seus membros nos hospícios.

A gente sabe que a família precisa ser cuidada, acolhida porque, às vezes, acaba ficando doente tanto quanto o paciente. Então, a gente também sabe, sem julgamento, que a família não tinha, assim, interesse. A maioria que foi encontrada não queria manter o vínculo, até porque tinha uma lembrança da pessoa em surto, então, tinha tudo isso. E tinha a questão de que a maioria das famílias nem daqui era, moravam longe e isso dificultava também (Catarina).

Acho, assim, que nós temos ainda uma dificuldade muito grande, porque ainda a gente tá falando de um camarote superior da vida, então, eu imagino que tenha pessoa que precise, ainda, de uma clínica. Hoje em dia, tem os CAPS, que funcionam muito legal, graças a Deus. Mesmo assim, eu acredito que com a pobreza, com a falta de recurso, tem muita família passando perrengue com pacientes desequilibrados totais, sem estrutura. Antigamente, eu já sou lá atrás, a minha avó morava numa fazenda e os meus avós eram pessoas muito católicas e muito boas e eles adotavam muito, eles criaram treze filhos e adotaram nove. Dos nove, tinha uma doida de pedra que ficava dentro de um quarto, nunca vou esquecer dela. Só quem tinha acesso a ela era minha avó e essa menina, ela gritava o dia inteiro, então seria uma paciente para um hospital psiquiátrico, você entendeu? É que, na época, era muito longe, só tinha longe. Eu acho que é um problema que tem a ver com vários problemas, tanto endógenos como exógenos, você sabe disso (Neide).

Em seus relatos, as recordadoras pouco refletiram sobre as estruturas histórico-estruturais que forjaram/forjam as instituições totais, sobre a família como instituição e sobre a institucionalidade dos papéis assumidos por cada partícipe nas engrenagens de poder da sociedade moderna/colonial/manicomial. Sobre essas questões, Basaglia (2001)

afirma que “(...) nossa sociedade necessita de áreas de descarga e compensação, onde abandona e esconde as próprias contradições” (p. 109), o que nos ajuda a analisar as lacunas e as ambiguidades que marcaram os discursos das recordadoras.

Eu não percebia casos de que a institucionalização deixou mais afetados ou não, até porque, eu penso que existia uma certa harmonia e uma certa familiaridade desses pacientes com a instituição. (...) Existia uma institucionalização bem marcada, bem fácil de perceber, uma acomodação total que era assim “nós podemos cuidar de você” e “você precisa do hospital”, então, se estabelecia essa condição e se ficava nisso (Geni).

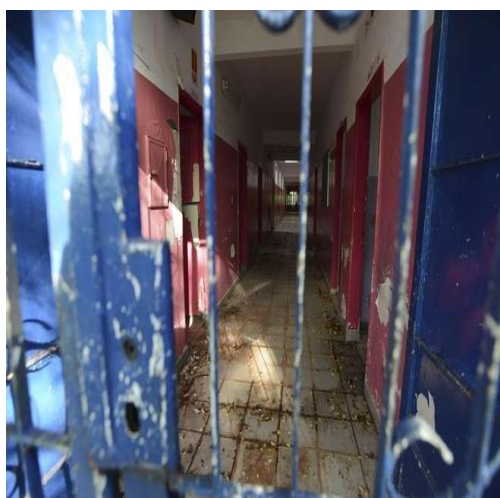


Figura 8. Foto/reprodução: *Ato solene marca hoje o fechamento do Vera Cruz*. Cruzeiro do Sul, 2018b⁵³.

Dentre as etapas da carreira institucional de doente mental, destacamos como um dos primeiros rituais institucionais a destruição do mundo anterior à experiência da internação, onde logo se instauram vários processos de rebaixamentos, tais como: corte do cabelo, nudez coletiva, imposição do uso de uniformes, tempo e ritmos ajustados ao que é melhor para a instituição, isolamento, premiações e castigos e toda a sistematização das ações que culminam na morte social desse sujeito.

Antes da internação, o indivíduo pode ter vivido experiências marcantes de um “mundo de família”, que logo são atacadas pela maquinaria manicomial, pois ele passa a pertencer à instituição (Goffman, 2007). Inclusive, nos relatos das entrevistadas,

⁵³ Disponível em: <https://www2.jornalcruzeiro.com.br/materia/866222/ato-solene-marca-hoje-o-fechamento-do-vera-cruz>. Acesso em 20/01/2024.

observamos certa angústia relacionada à quebra dos vínculos familiares, o que representava a realidade da maior parte dos/as “pacientes”. Algumas entrevistadas, inclusive, revelaram que eram chamadas de “tia” e até de “mãe” pelas pessoas internadas.

No hospital, já era triste saber que tá num lugar desse, saber que não tem uma família pra te dar um oi, de ir lá falar um oi, porque não tinha visita, não tinha nada. Então, visita éramos nós, isso durante a semana, tanto é que eles vinham no portão correndo pra receber a gente e isso era muito bom (Nair).

Mas a gente via que a situação deles era uma situação sub-humana. Era sub-humana porque eles não têm uma casa, que, por mais simples que seja, ali a gente tem a comida da gente, tem o trato da mãe, que seja bom, que seja ruim, mas tá ali, tratando. E ali não, eles ficavam à espera das mãos de cada dia uma pessoa (Marta).

Eu era conhecida lá por ser muito mãezona, sabe? (...) É a mesma coisa, como se estivesse cuidando de um familiar seu, de um ente querido seu, entendeu? (...) Eu ficava pensando “e se eu tivesse uma filha e precisasse internar?”, então, eu sempre me punha no lugar do outro (Cristina).

Você chegava lá num domingo de visita, então, quem são os pacientes que sobem? Sobem aqueles que vão receber visita. (...) No dia da visita, também sobem aqueles que não vão receber visita e estão melhores, aqueles que são crônicos, mas não são agitados. Eles deixavam subir, mas sempre ficava um enfermeiro “não amola a família” porque, pro paciente, a família era uma coisa diferente “nossa, é mãe” e fazia muito tempo que ele não ouvia essa palavra “mãe”, “filho” (Helena).

Ao ser “colonizado” pelo mundo da instituição total, “(...) o pouco do mundo externo que é dado pelo estabelecimento é considerado pelo internado como o todo, e uma existência estável, relativamente satisfatória, é constituída com o máximo de situações possíveis na instituição” (Goffman, 2007, p. 60).

A pesquisa de Thaís Ribeiro (2019) contribui para compreendermos os simulacros que constituem o maquinário manicomial, dos quais destacamos a pequena “prova” de inclusão no mundo social oferecida a algumas pessoas privadas de liberdade pela via da “educação formal”. Ribeiro (2019), em sua investigação sobre o lugar da educação na vida das pessoas egressas de manicômios, revelou que ocorreram experiências escolares extramuros durante o período de internação nos hospícios de Sorocaba, sendo este um dado que também apareceu em nossa pesquisa de campo.

Segundo Rute, “quando tava no (...) eu estudei até a quarta série. Eu sei fazer conta de mais, de menos. Era pra eu ter ido pra quinta, mas daí não deram

diploma.” Ela contou que chegou a frequentar uma escola no centro da cidade, contudo não recebeu seu diploma e, por isso, precisou recomeçar, após sua alta hospitalar. Rute não soube explicar por que não ficou registrado em seu prontuário suas conquistas escolares, lamentando ter que recomeçar (Ribeiro, 2019, p. 12).

Quando a gente saía com os pacientes, né, pra dar uma volta com os adolescentes, descobrimos que tinha uma escola na frente do “Caridade” e aí, eu acho que dois pacientes começaram a frequentar a escola ali da frente. A gente conseguia atravessá-los na pista, combinamos lá com a professora e com a enfermagem. Então, assim, as estratégias eram no sentido de pensar em alguma coisa que saísse um pouco do padrão da violência. A gente tentava estabelecer, assim, alguns rituais, alguns espaços voltados pro paciente sair um pouco do hospital (...). Pra instituição, a terapia ocupacional tava lá distraindo os pacientes, era isso que eles pensavam, mas a gente, os profissionais que tentavam fazer alguma coisa diferente (Yolanda).

Outro ponto levantado pela pesquisa de Ribeiro (2019), que também esteve presente nas recordações das nossas entrevistadas foi a criação de espaços de “educação” dentro dos manicômios, conforme podemos observar a seguir:

(...) Bianca também contou sobre um tipo de “aula” que frequentou durante o período de internação, o que demonstra certa tentativa de se criar ambientes dentro do hospital que reproduzissem as experiências fora da instituição (Ribeiro, 2019, p. 12).

A maioria dos pacientes era analfabeto. (...) Teve até um período que foi feito um projeto de escola no hospital no setor de terapia ocupacional pra ensinar os pacientes, pra alfabetizar ou pra aqueles que queriam continuar a estudar, então, algumas professoras foram contratadas. (...) Esse projeto de alfabetização dos pacientes que eu comentei era aberto pros funcionários também (Antônia).

Podemos associar esse debate àquilo que Goffman (2007) analisou como a gestão do “tempo morto”. Provavelmente, as atividades escolares e artísticas ofertadas às pessoas institucionalizadas representavam uma estratégia de controle do tempo e dos corpos destas, além de baixar o nível de frustração e angústia das pessoas contratadas, o que explicaria o valor atribuído às “atividades de distração”.

Nas instituições totais, problematiza Goffman (2007), se é possível dizer que as atividades usuais da rotina institucional “torturam o tempo”, as outras atividades, mais

criativas e abertas às experiências positivadas, seriam aquilo que “o matam misericordiosamente” (p. 65).

Nesse sentido, tomamos emprestadas as palavras de Antônio Bispo dos Santos (2023), que bem traduzem a educação-adestradora dos corpos e subjetividades nos manicômios: “Há adestradores que batem e há adestradores que fazem carinho; há adestradores que castigam e adestradores que dão comida para viciar, mas todos são adestradores. E todo adestramento tem a mesma finalidade: fazer trabalhar ou produzir objetos de estimação e satisfação” (p. 12).

A saúde e a institucionalização da tortura

Voltando nosso olhar às questões relacionadas à tortura, após realizarmos uma breve análise sobre a função das ideologias familiaristas e educacionais-adestradoras como engrenagens da maquinaria do poder na sociedade capitalista-colonial, cruzamos os estudos que se debruçaram sobre o complexo da saúde e o complexo da economia na Ditadura Empresarial Militar. Destacamos, a partir desse cruzamento, a precariedade das condições de vida e a sistematização dos sistemas de exclusão na macroestrutura sociopolítica do/no regime de terror, o que segue em análise nas páginas seguintes.

O médico sanitário Nelson Rodrigues dos Santos (*apud* Mathias, 2018) analisou que, sob a ditadura, o Brasil vivenciou o acirramento de seus contrastes e desigualdades. A partir da década de 1970, período de ápice e também de início do declínio do chamado “milagre econômico”, as classes médias ascenderam socialmente e, logo depois, começaram a sentir os efeitos das crises que foram se agravando.

O “milagre econômico”, que não foi assim tão milagroso, grosso modo, foi estruturado pela mecanização do campo, pelo êxodo rural, pelo crescimento do setor industrial nas cidades e pelo incentivo ao consumo de bens e serviços (Mathias, 2018). Embora tenha apresentado um dos maiores crescimentos econômicos do mundo, a economia brasileira resultou em melhorias que, no final das contas, beneficiaram apenas os setores mais privilegiados da população (Paim *et al*, 2011). Nesse sentido, o Brasil do “milagre econômico” produzido artificialmente se desenvolveu, porém, a velha ideia do “(...) círculo vicioso entre pobreza e doença” perdurou, segundo David Capistrano (1977),

colocando em relevo quem efetivamente se beneficiou com o aumento do PIB (Produto Interno Bruto) durante o regime militar (*apud* Mathias, 2018, n/p).

No final da década de 1970, o Brasil apresentava uma elevação nas taxas de mortalidade infantil e declínio na expectativa de vida do brasileiro médio (Mathias, 2018). Os índices de saúde eram péssimos, o que se agravou em decorrência de uma epidemia de meningite durante a década de 1970, que o governo militar tentou omitir. Além de impedir a adoção de medidas de cuidado adequadas, a omissão dos militares golpistas repercutiu na censura dos dados sobre o número de infectados e mortos, dados estes não recuperados até o presente (Mathias, 2018).

Com os militares, a vida no Brasil teve uma piora drástica para a maioria da população. “Em 1970, apenas 33% dos domicílios tinham água encanada, 17% possuíam saneamento básico e menos da metade tinha eletricidade” (Paim *et al*, 2011, p. 12). A saúde, nesse período, estava organizada de forma a alcançar apenas quem tinha carteira de trabalho assinada. O restante da população, que não recebia essa concessão de cidadania, era atendida em algumas unidades públicas e hospitais universitários, alguns como indigentes, outros nas filas do setor de medicina previdenciária, e outros, ainda, nas instituições filantrópicas. Sobre esses atendimentos, as instituições filantrópicas atendiam a toda a população, porém, as pessoas eram enquadradas na condição de indigentes, explica Ligia Bahia (*apud* Mathias, 2018).

Françoise Vergès (2023) analisa que a filantropia se alimenta das precarizações operadas pelo próprio sistema que a inventou, acumulando prestígio por conta de suas ações humanitárias, enquanto os serviços públicos padecem na miséria.

No século XVIII, o papel pernicioso da filantropia foi apontado sobretudo pela feminista Mary Wollstonecraft, que afirmava que a doação privada é o “sistema mais capcioso de escravidão”. Desde então, o papel das fundações na pacificação política – demonstrando certo esforço caritativo e filantrópico para reduzir a precariedade e a vulnerabilidade, mas sem poder mudar as relações de produção – vem sendo analisado de maneira crítica” (p. 108).

Inserida nos ciclos de repetições históricas, observamos a força política da filantropia, o que contribui para que haja passado no presente, bem como presente no passado (Kilomba, 2019; Vergès, 2023).

Voltando à Ditadura de 1964, destacamos que o Ministério da Previdência e Assistência Social, que encampou a saúde, criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, sendo substituído pelo Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), em 1974. Em ambos os projetos voltados à saúde predominaram a privatização da assistência e a capitalização do setor da saúde (Paim *et al*, 2011). Muitas instituições privadas de saúde prosperaram, tendo os médicos se tornado “(...) capitalistas no sentido literal do termo: saem do esquema de autofinanciamento e passam a tomar empréstimos e créditos do governo”, conforme pontuou Ligia Bahia (*apud* Mathias, 2018, n/p).

Diante desse cenário socioeconômico altamente favorável à expansão do mercado da doença, os donos de hospitais psiquiátricos se inseriram e se constituíram como um grupo econômico poderoso, atuando como fortes defensores da manutenção do modelo de encarceramento nos hospícios não apenas durante o regime militar, mas também nas décadas seguintes (Yasui, 2008; Garcia, 2012). Assim, proliferaram e prosperaram as “instituições da violência” no país (Basaglia, 2010).

Como produto das violências e punições desumanizantes, seja por ação própria, por comportamentos “desajustados” e/ou pelo simples existir, a pessoa privada de liberdade nos manicômios, nos ensinou Basaglia (2010), antes de ser institucionalizada enquanto doente mental, carrega a marca da objetificação. A pessoa internada, como alguém sem poder – social, econômico, contratual -, representa “(...) uma simples presença negativa reduzida a ser aproblemática e acontraditória para mascarar a contradição da nossa sociedade” (Basaglia, 2010, p. 108).

Nas instituições da violência, as relações são marcadas pelo abuso e pela exclusão do não-poder por parte do poder, onde

(...) os graus em que essa violência é administrada variam segundo a necessidade do detentor do poder no sentido de velá-la e mascará-la. Daí nascem as diversas instituições, que vão da família e da escola às prisões e manicômios: a violência e a exclusão justificam-se no plano da necessidade, como consequência da finalidade educativa, no caso das primeiras, e da ‘culpa’ e da ‘doença’, no das outras. Essas instituições podem ser definidas como instituições da violência (Basaglia, 2010, pp. 93-94).

Sobre o caminho para as internações nos manicômios,

(...) teve uma época que se internava direto. Era um médico que fazia o encaminhamento, isso se o paciente tinha carteira de trabalho, porque era pelo INSS, então, já fazia toda a documentação necessária pra gerar uma AIH [autorização de internação hospitalar], aí, internava. Antes, era a polícia ou qualquer outro veículo que conseguissem ali, na hora, que levava pacientes para as internações (Antônia).

Nos relatos das recordadoras, observamos que a natureza da instituição psiquiátrica era aproximada a uma totalidade, que operava tanto pela execução das funções do aprisionamento dos indesejáveis como das ações pedagógicas, no pior sentido possível, dentro da maquinaria de sujeição do projeto capitalista-colonial racista, predador e destruidor, ancorado no encarceramento, na militarização da vida e no controle social (Basaglia, 2010; Vergès, 2023). A colonialidade, perpetuadora de séculos de destruição e expropriação, não cessou de produzir os contextos de exclusão, brutalidade e violência (Quijano, 2005b).

Nesse sentido, recuperamos mais uma história do hospício Juquery, publicada na pesquisa de Douglas Sakaguchi e João Marcolan (2016), que destaca o expressivo aumento de internações psiquiátricas no período da Ditadura. De acordo com os pesquisadores, as internações no Juquery passaram de 7.099 em 1957 para 14.438 em 1968. Esses dados, para os autores, são reveladores do papel do hospício na produção de respostas de exclusão e tortura frente à necessidade do regime ditatorial de utilização de espaços legitimados para a limpeza social.

A psiquiatria e outras ciências da saúde esculpidas por ideologias escravocratas e eugênicas foram “avalistas” (Kaës, 2014) do empreendimento empresarial-militar, tendo o Juquery e outros manicômios, incluindo o manicômio judiciário, se tornado grandes aliados do Estado para a manutenção da Ditadura. As pessoas consideradas “inimigas” da ordem instaurada, de acordo com a pesquisa acima citada, foram levadas aos manicômios por agentes militares, sem nome e sem qualquer informação biográfica, sendo, inclusive, recolhidas como “ignoradas”, com hematomas e ferimentos, e até, em muitos casos, prestes a morrer.

De acordo com ex-funcionários do Juquery entrevistados por Sakaguchi e Marcolan (2016), os médicos registravam como causa da morte “hemorragia interna”, sem qualquer investigação sobre o óbito, o que, provavelmente, caracterizaria a

participação dos manicômios no ocultamento das mortes de presos políticos durante o regime militar. “De 1967 a 1972, criaram-se inúmeros outros aparelhos repressivos” (Coimbra, 1999, p. 7) contra os grupos insurgentes, lembrando que existem os grupos que foram/são alvo das violências de Estado de todos os tempos, como perpetuação da colonialidade do poder em nossa constituição histórico-estrutural (Quijano, 2001).

Muitas foram as vítimas do terror de Estado no contexto da Ditadura de 1964, sendo as prisões e extermínios dessa época, tanto em relação aos denominados “presos comuns” como aos militantes políticos, crimes de caráter político que o regime militar buscou ocultar. “Aos ignorados restou o desaparecimento” (Sakaguchi, Marcolan, 2016, p. 480). E essa prática de ignorar os grupos vulnerados foi reproduzida nos manicômios, como parte desse maquinário de controle social que historicamente foram e são.

Quando internava alguém que a gente não tinha os dados, a gente colocava “ignorado João”, “ignorado Silvio”, “ignorado isso” e pegava alguma característica do paciente pra identificá-lo, porque tinham muitos que vinham sem nenhum dado, sem nem o primeiro nome. (...) a gente tinha que cadastrar ele de alguma forma, então, a gente cadastrava com qualquer nome. Alguém dava um nome, via lá o número menor de nomes que tinha no hospital e colocava (Antônia).

Evocamos uma história que aconteceu no Recife em 1964, mas poderia ter acontecido em qualquer lugar (Fanon, 2022), que retrata grave episódio de violência manicomial diretamente associado às práticas de tortura do regime militar. O episódio ocorreu no manicômio da Tamareira, que ainda está em funcionamento, rebatizado de Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano. A história da militante política Silvia Montarroyos foi uma das histórias reveladas por Amanda Rossi (2021) em pesquisa realizada pelo Universo Online (UOL)⁵⁴ sobre uma série de documentos produzidos durante a Ditadura Empresarial Militar. A pesquisa consistiu em analisar os processos da Justiça Militar e buscar informações levantadas por comissões da verdade, especialmente divulgadas pela biblioteca digital do Brasil Nunca Mais⁵⁵. Costurou, ainda, os achados

⁵⁴ Empresa brasileira pertencente ao grupo Folha de São Paulo.

⁵⁵ Disponível em: <https://bnmdigital.mpf.mp.br/pt-br/>. Acesso em 10/01/2024.

desta análise documental com entrevistas realizadas com os/as militantes contra a Ditadura que foram presos/as e/ou com os familiares dessas pessoas.

Silvia, branca, à época (1964) com menos de 20 anos, foi levada ao manicômio da Tamarineira inconsciente e muito machucada após ter sofrido todas as formas de tortura infligidas às mulheres, inclusive, o estupro, que foi praticado por agentes do regime militar. O crime de Silvia: oposição ao regime militar e alfabetização de lavradores no Recife. Um médico entrevistado pela reportagem, que trabalhava no manicômio à época da internação da jovem, acredita que ela havia sido mandada à instituição para morrer.

Em entrevista ao UOL, Silvia referiu que, como “tratamento” no manicômio, recebeu eletrochoques e insulinoaterapia⁵⁶. "Dos choques elétricos eu não lembro, mas está no laudo médico. Já a insulina eu lembro ligeiramente. Precisavam me amarrar na cama, senão eu caía, de tanto que me debatia com as convulsões. Eram formas de tortura", relatou. Ao retornar ao manicômio muitos anos depois, a fim de buscar provas documentais sobre o “tratamento” cruel a que foi submetida, Silvia encontrou apenas o registro da data da sua admissão, sob alegação de que os documentos haviam se perdido após uma enchente. Nos bastidores do hospício, alguns funcionários confidenciaram a ela que a documentação dos presos políticos havia sido destruída (Rossi, 2021)⁵⁷.

Como um dos braços do Estado repressivo, os hospícios se mantiveram longe dos olhos, mas perto, muito perto da população considerada “desviante”, contribuindo para organização e o regramento da nova (velha) ordem social, ao participarem ativamente do regime militar enquanto mais uma das instituições de tortura. E o território de Sorocaba não passou incólume ao *boom* de criação de leitos em hospitais psiquiátricos durante esse período, se transformando no maior polo manicomial do Brasil durante os anos mais duros do regime militar (Garcia, 2012).

⁵⁶ A insulinoaterapia consiste na aplicação de doses excessivas de insulina para provocar convulsões, o que pode até mesmo levar ao coma.

⁵⁷ A reportagem completa pode ser recuperada em: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2021/06/14/ditadura-militar-presos-politicos-internacao-manicomios.htm>. Acesso em 10/01/2024.

O fenômeno de expansão dos hospícios na região de Sorocaba nos fez recordar os outros momentos históricos em que os processos de interiorização da economia e da repressão privilegiaram a região. No caso do aumento expressivo dos leitos psiquiátricos no país durante a Ditadura de 1964, inclusive, como ponto de apoio à maior metrópole paulistana e uma das regiões mais importantes de recebimento de “pacientes psiquiátricos/as” vindos de outras regionais de saúde do interior paulista (Barros, Bichaff, 2008).

O tempo que o hospital, a hospitalzaiada era muito farturento, era muito bom, era o tempo do Maluf⁵⁸. O tempo do Maluf, nossa, o hospital era bom, tinha verba, mas depois que saiu o Maluf, aí, as coisas foi espremendo. Não que faltou coisa, falar que faltava comida pros pacientes, não faltou, mas já modificou, né (Eliana).

Embora não possamos afirmar a ligação direta dos hospícios da região de Sorocaba com os aparatos da repressão militar, porque não tivemos acesso a nenhum documento e poucas foram as menções a esse período nos trabalhos de memória das entrevistadas, seguimos a hipótese de Antônia que abriu essa seção. Lembramos que a recordadora inferiu, em observação às datas e motivos de internação que constavam em alguns prontuários, que pessoas que transgrediram as normas sociais podem ter sido encarceradas nos manicômios à época da Ditadura. E mais, consideramos a hipótese não tão remota de que, outra vez, a história do Juquery pode ter se entrelaçado à história manicomial de Sorocaba, na medida em que os hospícios da região foram construídos à época da superlotação do “hospício modelar” e receberam pessoas cronificadas do Juquery em vários episódios ao longo de sua história.

De acordo com pesquisa de Maria Clara Suarez (2017, p. 68):

Em 1969, dois deputados de São Paulo solicitaram ao Dr. [...], a abertura de outro hospital psiquiátrico. O Vera Cruz foi construído “com a finalidade de abrigar pacientes oriundos do desmembramento do Hospital Juquery”, e foi inaugurado em 29 de junho daquele ano. No início, o Vera Cruz contava com apenas 85 leitos destinados a pacientes de ambos os sexos. Com o passar dos anos, o hospital cresceu, chegando a ter capacidade para abrigar 594 pessoas. A partir de 1972 passou a atender exclusivamente internos do sexo masculino, de todas as idades.

⁵⁸ Paulo Maluf foi governador do estado de São Paulo entre os anos de 1979 e 1982, portanto, escolhido pelos ditadores para estar à frente do governo estadual durante os anos da Ditadura Empresarial Militar.

Presos e/ou manicomializados de todas as épocas, nesta pesquisa, são considerados presos e/ou internados políticos, pois consideramos que todas as formas de institucionalização se enquadram como ação política de apartamento dos considerados indesejáveis sociais, relegados à zona do “não ser” (Fanon, 2008).

O “Caridade” também funcionou como manicômio judiciário, eu lembro que alguns médicos, dois ou três, eles faziam laudo pericial. Quando eu entrei, toda semana tinha o agendamento dos presos, que iam fazer os laudos periciais lá com eles, porque esses médicos eram peritos. E lá era, sim, manicômio judiciário, tinha bastante que vinha de Franco da Rocha e ficava ali. Esses pacientes eram separados pelos diagnósticos, não era pelo crime que a pessoa praticou, era pelo diagnóstico, essa era a prática habitual, né. Vinha e ficava ali, não tinha tratamento (Antônia).

Voltando à história da constituição do polo manicomial, na década de 1960 já existiam dois manicômios em Sorocaba e, até o final dos anos 1970, foram abertos mais dois no município, além de outros dois em Salto de Pirapora, um em Piedade, um em Pilar do Sul, um em São Roque e um em Itapetininga, totalizando 10 manicômios em um raio de 60 quilômetros. A maioria dessas instituições foi criada em regime de sociedade entre médicos (Garcia, 2012).

No ano de 2011, de acordo com os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) levantados por Marcos Garcia, a região ainda contava com sete manicômios:

Quatro deles se localizam no município de Sorocaba: Vera Cruz (com 512 leitos SUS), Mental (com 363 leitos SUS), Teixeira Lima (com 254 leitos SUS) e Jardim das Acácias (com 240 leitos SUS). Outros dois situam-se na estrada que liga Sorocaba à cidade de Salto de Pirapora, distando aproximadamente 15 km de Sorocaba: Santa Cruz (com 503 leitos SUS) e Clínica Salto (com 455 leitos SUS). O sétimo (Vale das Hortências) situa-se município de Piedade, a cerca de 30 km de Sorocaba e tem 465 leitos SUS. Com exceção do Jardim das Acácias, que é gerido por entidade beneficente sem fins lucrativos, os demais são empresas privadas. Com relação à esfera de gestão do SUS, os quatro situados na cidade de Sorocaba são de gestão municipal e os demais de gestão estadual. (...). Os resultados divulgados em relatório com indicadores dos manicômios da região de Sorocaba, baseado em bancos de dados públicos (Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba [FLAMAS], 2011), mostram que os 2792 leitos psiquiátricos do SUS existentes na região correspondem a um índice de 2,3 leitos psiquiátricos para cada 1000 habitantes (...). Estes dados mostram que a região tem mais de cinco vezes mais do que o preconizado pela legislação vigente, que determina um número máximo de 0,45 leitos psiquiátricos por 1000 habitantes (2012, p. 109).

Em resposta ao nosso pedido para descreverem o hospital psiquiátrico, de forma geral, as recordadoras disseram:

Entrando no hospital, era assim: ala 1, 2, 3, 4, 5 e 6, 7 e 8. Então, era classificado as alas por eles serem mais comprometidos, vamos usar essa palavra. Esses pacientes não tinham nenhum contato com a gente, não que a gente não fosse lá, é que eu acho que eles nem sabiam quem era a gente. Contato que eu digo é no sentido de interagir, né. Então, o bloco 8 era mais comprometido, era aquele paciente que fazia as fezes e vamos se dizer, não tava preocupado, ainda tirava e mexia. Nessa ala, toda hora tinha alguém pra estar orientando e avisando “fulano sujou todo lá, tá tudo embosteado e tem que lavar de novo”, então, vai as senhoras da limpeza lá lavar. Pra gente da parte técnica ir lá nos pavilhões, tinha que esperar um determinado horário pra entrar. A gente entrava só depois de limpo (Nair).

Nessa época, separava os pacientes por ala, dependendo da patologia. Então, tinham os crônicos, os agudos, que eram os alcoolistas e dependentes químicos, pacientes que tinham deficiência física, idosos, ala infantil, ala dos iniciantes e aí, conforme ia sendo a cronificação, eles iam pra ala 6, 7, 8, ia aumentando os números. A ala 5 era a que tinha maior mobilidade. A ala 1 era a ala dos pacientes que tinham que ter maior monitoramento, mas eram agudos. A ala 2 era a triagem e a 3 era a ala infantil. A ala 4 era de idosos e também a ala clínica. As alas 6, 7 e 8 eram dos crônicos. (...) No hospital era muito comum uma média de duzentos pacientes, duzentos e poucos pacientes ficarem andando, soltos, no jardim (Geni).

(...) com os que não eram liberados, com o pessoal dos blocos 6, 7 e 8, já era menos o contato. Nesses blocos, onde ficavam os mais crônicos, (...), a gente nem podia estar entrando. Eu tinha contato mais com as histórias deles, isso quando a família vinha conversar com o médico, mas a gente nem sabia de muita coisa (Antônia).

Em meio às descrições mais gerais sobre o funcionamento da instituição, sobre o grupo de “pacientes” de cada ala e sobre a organização dos pavilhões e pátios, algumas recordadoras mencionaram cenas associadas às memórias traumáticas dos manicômios, as quais exemplificamos com o relato que segue reproduzido.

Uma coisa que me marcou muito, mas isso lá de trás, em 1980 e pouco, na época em que a polícia ainda levava paciente direto pro hospital, foi que teve um paciente que tava muito agitado e ele faleceu na porta do “Caridade”. Disseram que esse paciente

tomou a medicação lá no [hospital geral], que a família levou pra lá, mas foi mandado pro “Caridade”. Quando ele chegou, ele veio agitado, tanto que a viatura balançava, lembro que eles chegaram já naquele desespero pra entrar, não podia nem esperar. Esse homem faleceu na frente do hospital, na hora que foram dar a medicação. Só depois eu fui saber que era o irmão de uma amiga nossa, amiga da minha família, então, isso foi muito chocante. (...) ele faleceu na própria viatura mesmo. (...) Não sei te dizer se foi ocasionado pela medicação, eu lembro mais da cena, que foi ali na frente (Antônia).

Cenas de tortura pareciam ser cotidianas nos hospitais psiquiátricos, desde os processos de admissão, descritos por Goffman (2007) como o início dos rituais institucionais de humilhação e despersonalização, até as marcas profundas da violenta cronificação. Encontramos, nas palavras de Franco Basaglia, uma análise precisa sobre a responsabilidade da psiquiatria moderna, aliada dos aparatos militarizados da repressão social, em relação às mortes e mortificações das pessoas sob sua ingerência:

Quando tudo já aconteceu, é difícil reconstruir os pedaços daquelas necessidades sem resposta, juntar novamente aquelas demandas para que sejam reformuladas – num momento em que a esperança que poderia cimentá-los já desapareceu, frustrada que foi por demasiado tempo. Primeiro mata-se o homem ou impede-se que ele viva, e depois a “ciência” – a psiquiatria e as ciências humanas – piedosamente, preocupa-se com as reações de impotência e desespero, ou de apatia, recusa, associalidade que acompanha a morte por asfixia (Basaglia, 2010, p. 298).

Sobre a morte do homem na viatura da polícia sob manejo dos profissionais da segurança pública após a intervenção médica de profissionais de um hospital geral e de um hospital psiquiátrico, que foi denunciada por Antônia, acreditamos que, provavelmente, esta tenha se dado em decorrência de superdosagem medicamentosa. Pelo que tudo indica, o homem foi vítima de tortura química, tendo se debatido até a morte.

Essa memória nos fez recordar a recente morte por asfixia de Genivaldo de Jesus dos Santos, que foi nomeada por Rachel Passos e Márcia Eurico (2022) como “asfixia manicomial”. Genivaldo, homem negro, pessoa com transtorno mental, foi assassinado aos 38 anos por policiais rodoviários federais de Sergipe no ano de 2022. O assassinato por asfixia com gás lacrimogênio dentro do porta-malas da viatura policial, após ser contido, amarrado e agredido, foi filmado e ocorreu à luz do dia. Segundo as notícias veiculadas à época, a justificativa para a brutal violência seria a necessidade de contenção de um suposto surto psiquiátrico (Passos, Eurico, 2022). As marcas da tortura, como podemos observar, coexistem como fenômenos atemporais (Kilomba, 2019).

A história de outros assassinatos manicomialmente foi revelada pela pesquisa sobre o índice de mortalidade nos manicômios da região de Sorocaba, anteriormente citada, realizada por meio da consulta em banco de dados públicos do DATASUS. Os dados foram divulgados pelo Flamas em 2011 como resultado parcial do levantamento em desenvolvimento, demonstrando que “(...) os indicadores obtidos a respeito dos manicômios de Sorocaba e região mostram, em seu conjunto, uma situação gravíssima, em todos os aspectos investigados” (Flamas, 2011, p. 23).

Os achados desse levantamento apontavam para a alta taxa de leitos psiquiátricos por habitante, o elevado índice de moradores dos hospitais que não possuíam documentos, um número de funcionários que não atendia ao determinado pela lei e o mais elevado índice de mortes, quando comparado com os outros manicômios do estado de São Paulo (Flamas, 2011). De acordo com coordenador da pesquisa, Marcos Garcia (2012), o polo manicomial de Sorocaba apresentou “(...) mortalidade 118 % maior do que a dos outros grandes manicômios do Estado de São Paulo para o período entre 2004 e 2011, e o forte aumento das mortes nos meses mais frios do ano, sugestivo de negligência em relação aos cuidados adequados em relação ao frio” (p. 118).

Quando eu cheguei no hospital, que eu fui conhecer o hospital, lá era um frio, um inverno bravo, mas as pacientes, porque era só feminino do lado que eu trabalhava, ficavam muitas nuas, andando pelo corredor e fumando. Fumando que nem loucas! E eu ainda falei “meu Deus do céu, aonde é o pronto socorro?”, “vai ter muita gente que vai precisar, que deve sofrer de bronquite e de pneumonia” (Neide).

E perdia-se muitos pacientes nos hospitais. Um dia, por exemplo, eu cheguei na sala de psicologia do hospital e tinha um corpo (...). Perdia-se muitos pacientes, por exemplo, com tuberculose no meio do ano, muito, muito de tuberculose na época do inverno. (...) A primeira vez que eu vi um banho, também foi bem difícil. O “Graciosa Vingativa” era muito frio, ficava numa cidade que faz mais frio do que em Sorocaba e lá, no hospital, o pátio era de barro, de terra. Os pacientes eram tirados às cinco da manhã dos leitos, nus, os que ficavam em pé, lógico, e davam banho neles de mangueira. Tinham oitenta toalhas pra cerca de quinhentos pacientes (Geni).

Você imagina, os pacientes e as pacientes tomavam banho às cinco da manhã, às quatro da manhã! Como todo mundo tinha que tomar banho, então, pavilhão 5, por

exemplo, qual era o horário do banho? Quatro e meia! Então ia todo o pavilhão, todo mundo ficava nu numa fila, esperando pro banho, igual campo de concentração (...) e nem todos os banheiros tinham energia, então, olha só a situação (Yolanda).

Lá era bem frio, muito frio mesmo, tanto é que, quando chegava a época mais fria, eu chegava às seis horas da manhã e tinha gelo na entrada. E eles iam pro refeitório tudo pelado. Sabe, davam banho nos pacientes e não secavam eles, eles iam pelado, tudo tremendo. Você via aquilo, nossa, Deus me livre, cheguei a tomar Diazepam pra dormir por causa disso! Nem secavam! (Ana Francisca).

Lima Barreto, em seu livro *Diário do Hospício*, descreveu os jatos de água dos banhos no hospício como “banho de ducha de chicote”. Na biografia escrita por Lilia Schwarcz (2017), *Lima Barreto: triste visionário*, a historiadora associa a “ducha de chicote” citada por Lima com o açoite que supliciava publicamente os/as negros/as escravizados/as – no hospício, era o chicote de água. Sobre os banhos e a nudez no hospício, Lima denuncia: “Tínhamos que tirar as roupas e ficarmos, portanto, nus, uns em face dos outros. Quis ver se o guarda me dispensava do banho, não pelo banho em si, mas por aquela nudez desavergonhada, que me repugnava (Barreto, 2017, p. 147).

Dentre os diversos castigos e torturas praticados nos manicômios, a reencenação do passado colonial via “banho de ducha de chicote” e nudez – imposta e/ou fruto do abandono – se mostrava extremamente degradante, reproduzindo os signos da humilhação pública e da perda de individualidade. “Todos passavam pelo banho coletivo, muitas vezes gelado. Os homens tinham ainda o cabelo raspado de maneira semelhante à dos prisioneiros de guerra” (Arbex, 2019, p. 29).

As memórias emblemáticas dos banhos coletivos como uma linha de produção – os/as “loucos/as” eram passados de mão em mão nas etapas de ensaboar, enxaguar e enxugar, isso quando havia toalhas –, da ducha de chicote, da saída do banho tremendo de frio, da falta de toalhas e outros sinais do abandono, tudo isso nos remete a uma brutal desumanização. E essas cenas de torturas cotidianas não representam um simples descaso, mas, sim, uma ação sistemática e deliberada de “deixar morrer”: uma necropolítica (Mbembe, 2018).

A fome, substantivo feminino

“Como é horrível levantar de manhã e não ter nada pra comer. Pensei até em suicidar. Eu suicidando-me é por deficiência de alimentação no estomago. E por infelicidade eu levantei com fome” (Jesus, 2014, p. 99). Carolina Maria de Jesus, em seu diário datado de 1955 – um livro que não é de ontem, é de hoje, considerando que o Brasil voltou ao mapa da fome⁵⁹ –, nos aponta para os limites do pacto civilizatório e os seus efeitos na produção de um sofrimento inerente aos ataques a que as vidas vulnerabilizadas pelas desigualdades e hierarquizações raciais, de classe e de gênero cotidianamente estão submetidas.

Até os dias de hoje, as complexas questões relacionadas à realidade da fome são insuficientemente analisadas na apresentação dos dados estatísticos. Nas intersecções das relações de opressões histórico-estruturais, é possível inferirmos que a fome representa uma violência antiga que acomete de modo singular as mulheres. As mulheres, muitas vezes, deixam de comer para alimentar os seus filhos (Agência Pública, 2023).

Nesse sentido, é necessário complexificarmos as análises sobre a fome para que essa violência extrema não seja apenas retratada como ausência de comida (o que já seria muito grave), mas como a ausência de toda uma rede de direitos. Carolina Maria Carolina de Jesus se tornou uma das importantes vozes que se levantaram para descortinar essa lacuna de amplo acesso aos direitos sociais, o que resulta na fome como uma forma de tortura e como política de morte.

A fome foi a dura realidade que muitas pessoas privadas de liberdade nos hospícios também enfrentaram. Sob a tutela do Estado e/ou dos “senhores proprietários” de hospitais psiquiátricos privados ou filantrópicos, as pessoas encarceradas nos hospícios padeceram da fome de comida e de direitos. No contexto das privações e torturas que caracterizam os manicômios, a descrição das reações das pessoas privadas de liberdade frente à fome foi relatada em uma ação civil pública movida pelo Ministério

⁵⁹ A pesquisa “Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil”, elaborada pela Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (PENSSAN) mostra que: “(...) o Brasil retrocedeu 15 anos em cinco, voltando a ter a fome como problema estrutural” (Brasil de Fato, 2021).

Público do Estado de São Paulo contra o município de Sorocaba-SP e o maior manicômio da região:

Chegou ao conhecimento do GAECO (...), do Núcleo de Sorocaba, informação de que (...) os pacientes estariam sendo torturados, agredidos e mantidos sem assistência médica, chegando, inclusive a óbito. Na ocasião foram apresentados 8 (oito) DVDs com imagens obtidas no interior do Hospital. Neles constatou-se que diversos pacientes se encontravam nus, deitados no chão, em meio a muita sujeira, sem condições de higiene e em violação ao princípio da dignidade da pessoa humana. O ambiente estava totalmente tomado por urina e fezes, além de insetos, como baratas e ratos. Verificou-se, ainda, que muitos dos pacientes estavam se alimentando de fezes e vômitos (Sorocaba/SP, 2012, p. 6).

Ainda, na dispensa e na câmara fria, constatou-se piso molhado, sujeira, desorganização e a presença de poucos alimentos em estoque, para a população de 450 pacientes, além do acondicionamento irregular dos mantimentos. (...) Nos refeitórios, (...) mesas sujas, restos de comida do dia anterior sobre estas e pisos molhados, sendo visualizado, pelo Grupo, pacientes que lambiam e comiam os restos de alimentos deixados sobre as mesas (*Ibidem*, p. 11).

O campo da nossa pesquisa revelou muitas questões relacionadas à fome nos manicômios. Com a palavra, as recordadoras:

Você via, assim, que tinham pacientes com condições de desnutrição severas (...) A comida era muito precária, eu acho que era insuficiente, era na questão de qualidade mesmo e a higiene era péssima (Geni).

O que acontecia era, assim, aqueles pacientes que tavam já muito debilitados, que já tinha uma patologia clínica além dessa parte psiquiátrica, que precisavam de uma sonda pra alimentação, que precisavam, às vezes, de oxigênio, esses, sim, morriam (Cristina).

Pra gente, eles não tinham consciência (...). Era pessoa que não pedia comida, era pessoa que não pedia pra ir no banheiro, que não pedia nada, então, pra gente, eles não tinham consciência (Marta).

Um das comidas, a maioria cozidas, até por conta do trato digestivo. A questão da alimentação era feia de ver, mas eu ia, eu precisava ver aquilo. Entrar num refeitório e os pacientes em fila, pra pegar uma gororoba sem cor, nossa, eu tinha dó. Não sei, era um sentimento esquisito, mas eu tinha dó mesmo. E também, quanto mais doente, mais pastosa a comida. Poucos dentes, porque os dentes não eram tratados, não tinha higiene

habitual. Então, piorava os dentes, ia lá e arrancava, mordida o fulaninho, tirava os dentes, se mordida, ia lá e tirava os dentes (Maria).

(...) podia servir uma caneca pra cada um, nada mais do que uma caneca de café com leite. Só que, na verdade, sobrava muito, às vezes sobrava meio tambor, aí ela mandava jogar e eu não jogava. (...) O prato que era servido pra eles era, às vezes, uma ou duas conchas de feijão, já jogava aquele arroz em cima, sabe, colocava aquelas comidas e eles comiam até com a mão. (...) O cheiro, assim, você sentia aquele cheiro, era forte, muito forte. E não era só no refeitório, era no refeitório e, com certeza, nas alas também, né. Era bicho, era uma judiação (Ana Francisca).

A nutricionista do “Caridade” contava que, quando ia na feira, ela que tinha que ir no final da feira e, aqueles alimentos que iam ser vendidos para os porcos, era isso que ela tinha que comprar pro hospital (Yolanda).

(...) quando a gente sabia que algo muito grave, muito desumano tinha acontecido, a gente não tava lá, mas a gente ficava sabendo, né, então, tentava esquecer. Eu tentava também não ficar lembrando da falta de toda a estrutura, a questão da comida, isso a gente também queria esquecer (Antônia).

A questão de deixar paciente passar fome que falaram... eu sei que, lá no “Amável Donzela”, tinha umas pacientes que a gente tinha que controlar, acho que tinham um distúrbio de comer tudo que viam pela frente. Se deixasse, elas ficavam o dia inteiro no refeitório comendo, queriam comer em demasia e a nossa responsabilidade era controlar, até pra evitar que passasse mal e vomitasse (Cristina).

Stela do Patrocínio (2001), outra grande referência no campo da literatura, mulher, negra, que ainda jovem foi parar no hospício e lá permaneceu até a sua morte, nos faz pensar sobre a fome de direitos:

Eu já não tenho mais voz / Porque eu já falei tudo o que tinha que falar / Falo, falo, falo, falo o tempo todo / E é como se eu não tivesse falado nada / Eu sinto fome matam minha fome / Eu sinto sede matam minha sede / Fico cansada falo que tô cansada / Matam meu cansaço / Eu fico com preguiça matam minha preguiça / Fico com sono matam meu sono / Quando eu reclamo (Patrocínio, 2001, p. 142).

Ao denunciar que o hospício mata a sua fome, mata a sua sede, mata o seu sono, mata a sua preguiça, Stela do Patrocínio nos revela a desumanização e mortificação a que

estava submetida. O sequestro do tempo e do desejo da pessoa privada de liberdade, cuja existência permanece fixada em um tempo-espaço que não possibilita qualquer mudança e que se repete cotidianamente, impõe dificuldades para a construção de condições autônomas de vida, modulando, desse modo, comportamentos cada vez mais regredidos e cronificados.

A ocorrência de uma ruptura total entre o público e o privado, observadas na aparência, no modo de comer, no ato de urinar e defecar em qualquer lugar, associada à infantilização e desumanização dos corpos, pode produzir, assim, o desenraizamento do tempo e o não pertencimento a outro lugar que não seja o manicômio (Scarcelli, 2011).

A realidade da fome e/ou da alimentação precária a que eram submetidas as pessoas internadas movimentou reflexões em praticamente todas as mulheres entrevistadas durante os seus trabalhos de memória. Algumas recordadoras, por exemplo, se lembraram de episódios onde buscaram suprir as faltas de alimentos e/ou de referências afetivas no cotidiano dos hospitais psiquiátricos.

(...) as meninas da limpeza e da cozinha, elas faziam o que podiam. Elas levavam bolo, se eles pediam alguma coisa diferente, elas se reuniam e davam, davam presente e até, na realidade, a gente acabava adotando algum paciente, nesse sentido de servir, porque muita coisa eles não comiam (Antônia).

Consideramos importante demarcar a angústia das mulheres entrevistadas frente à desumanização das pessoas institucionalizadas, inclusive, pela falta de comida como mais uma das formas de tortura nos manicômios.

Para a filosofia e a medicina da modernidade/colonialidade, as mulheres seriam “(...) mais sensíveis devido à maternidade, as mulheres seriam também mais dotadas de sentimentos morais”, especialmente dedicadas às ações piedosas e aos cuidados com os mais necessitados (Martins A., 2013, p. 147). A ideologia da feminização da bondade que se constituiu desde o século XIX, de acordo com Ana Paula Martins (2013) esteve na origem não só da limitação das mulheres aos espaços que circunscrevem a benemerência dentro das linhas da dominação de classe e de gênero, mas, ainda, representam um marco na organização das profissões femininas. Essa temática será retomada em nosso debate sobre o significante “trabalho por amor”, que marcou o discurso das recordadoras.

Problematizamos a questão de que a benemerência, a bondade ou a caridade, a despeito de representarem ações que podem amenizar a dor de alguns seres “inferiorizados”, não abalam as estruturas sociais das desigualdades, das segregações e dos extermínios (Martins A.,2013). Nesse sentido, é significativa a parcela de pessoas vulnerabilizadas que ficam de fora das relações assistencialistas e/ou caridosas.

No manicômio isso pode representar uma situação bastante perversa, dado que, por sua natureza, o hospício objetifica o/a “louco/a”, tornando-os/as abjetos/as e desumanizando-os/as, o que pode ser, ainda, agravado quando se operam as exclusões dentro da exclusão. A parcela de pessoas vulnerabilizadas que não são vistas pelos olhares empáticos e caridosos pode sofrer consequências bastante graves, dependendo de seu grau de “coisificação”, podendo ser esquecidas, mortificadas e mortas.

Então, teve morte? Teve, mas é uma coisa que tem que investigar, tem que ver direitinho o que causou, né. Na época, por exemplo, falaram também da questão de amarrar o paciente, mas isso não acontecia. A gente não amarrava o paciente, a gente continha os pacientes, porque tinha paciente lá que quebrava os vidros, que se cortava inteiro, tinha paciente com risco de suicídio, (...) a gente não tava maltratando, mas parece que ninguém queria entender isso. E não morria muito paciente (Cristina).



Figura 9. Foto/Reprodução: Silhueta do corpo de uma mulher abandonada na cela forte do hospital psiquiátrico. Fonte: *Livro Lugares da memória* (Amarante, 2017, p. 25).

A foto acima reproduzida foi recuperada do livro *Lugares da Memória* de Paulo Amarante (2017) e representa o registro de uma violência brutal do manicômio. Uma mulher que havia sido colocada na cela forte de um manicômio (Hospício de Jurujuba, Niterói-RJ), provavelmente, em decorrência de alguma “desobediência” ou “agitação” – o que podemos entender como expressão de vida dentro de uma instituição que mortifica –, foi esquecida nesse lugar. Infelizmente, não descobrimos nada sobre o seu nome, sobre quem ela era, por que estava lá, ou qualquer outra informação sobre a sua história. O que pudemos acessar é que o corpo dessa vítima de um assassinato manicomial, um corpo de mulher, foi encontrado petrificado, ressecado e aderido ao piso de cimento da cela forte. Mesmo diante da tentativa de apagar a marca no piso, por meio do uso de produtos químicos, ela não saiu, se tornando uma marca indelével do abandono e da crueldade do modelo asilar. “Ela havia morrido em posição fetal, provavelmente de fome, frio e abandono” (Amarante, 2017, p. 24).

E não é uma situação simples não, é uma situação complicada ter que cuidar desse espaço. E sobre a questão das mortes, era uma coisa, assim, pelo número de pacientes, não era nada, assim, de absurdo, porque tinha em torno de quatrocentas pacientes (Neide).

Terminamos essa seção com a questão elaborada por Hèlene Piralian (*apud* Seligmann-Silva, 2022, p. 145): “como viver diante da morte da própria morte?”

2.2. O manicômio não tem cura

Desde o final da década de 1970, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) discutia como o hospital psiquiátrico e o chamado “tratamento” psiquiátrico “(...) eram utilizados como forma de tortura e de contenção de presos políticos” (Scarcelli, 2011, p. 19). Nessa época, 97% da verba pública era destinada aos manicômios, sendo apenas 3% distribuída entre ambulatórios e outros espaços extra-hospitalares (Pereira, 2020).

Frente a essa realidade de violações de direitos humanos e de exclusão social massificada, inicialmente, os objetivos do MTSM eram a humanização dos hospícios e a reorganização da gestão e do financiamento dos serviços de saúde mental. Porém, logo percebeu-se que, embora pudessem ser propostas melhorias nas condições de trabalho, na

relação “paciente” – trabalhador/a, nas condições de hotelaria e até mesmo no redirecionamento do financiamento, “(...) não se transforma o hospital psiquiátrico” (Barros *apud* Ballan, Batista, 2021, p. 133).

A partir do ano de 1987, sob o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, foi realizado o II Congresso do MTSM em Bauru-SP, que reuniu trabalhadores/as, usuários/as, familiares e movimentos sociais: um manifesto que redirecionou a luta pelos direitos das pessoas institucionalizadas, ampliando e articulando a luta antimanicomial com outras pautas estruturais e movimentos sociais (Scarcelli, 2011; Pereira, 2020).

O Movimento da Luta Antimanicomial, a partir do Manifesto de Bauru, passou a demarcar a relação entre as instituições psiquiátricas e as ideologias manicomiais (lógica manicomial) com a sociedade capitalista, racista, misógina, homofóbica, classista, capacitista e excludente (Manifesto de Bauru, 1987; Pereira, 2020). Dentre as importantes contribuições do Manifesto de Bauru, destacamos: “O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres” (Manifesto de Bauru, 1987).

Historicamente, o campo da saúde mental foi forjado por grandes embates e lutas, marcado por grandes dilemas que emergiram nas quase quatro décadas de disputa pelo modelo de cuidado em saúde mental – modelo de sociedade. Nesse sentido, “(...) os dilemas não se limitam ao desmonte do hospital psiquiátrico, mas aos vários aspectos emblemáticos que o manicômio carrega” (Scarcelli, 2011, p. 20). As lutas do campo antimanicomial se cruzaram com as lutas de redemocratização do Brasil e passaram a incidir sobre os processos políticos (Pereira, 2020).

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a publicação da Lei Orgânica de Saúde que instituiu o SUS, a Lei 8080/90 (Brasil, 1990), foram constituídos grupos de trabalho para a produção de manuais sobre as políticas de Saúde Mental e da Atenção Básica. No final dos anos 1980, teve início o processo de normatização da Reforma Psiquiátrica Brasileira, sendo apresentado o projeto de Lei 3.657/89 pelo deputado Paulo Delgado (PT). Tal projeto de lei aglutinava uma série de propostas para o campo da saúde, como o fechamento de leitos psiquiátricos e a abertura dos serviços comunitários substitutivos (Pereira, 2020).

Segundo Melissa Pereira (2020), os processos de reformas psiquiátricas

“(…) nos trazem à tona esses tensionamentos e conflitos no interior da sociedade capitalista. (...) a década de 1960 transcorreu mergulhada em um contexto de ebulição de movimentos sociais e questionamentos diversos sobre as instituições e mesmo sobre as tradicionais estruturas de luta e organização política. Nessa conjuntura, os olhares sobre os manicômios e as relações com a loucura ganharam ênfase através de série de tendências e caminhos, desde setores da esquerda comunista – como a Reforma Psiquiátrica Italiana, a partir de figuras como Franca e Franco Basaglia –, passando por setores que se constituíram a partir de importantes críticas ao marxismo, como as produções mais próximas às obras de Michel Foucault, Gilles Deleuze e Felix Guattari, e até mesmo a partir das contradições das relações com os Estados e o liberalismo, como a experiência estadunidense (p. 69).

Uma das participantes desse estudo comentou sobre o seu contato com o processo de reforma psiquiátrica italiana:

Eu tive a oportunidade de ir viajar pra Itália. Eu tinha uma paciente que era psicóloga, em Veneza e lá eles já estavam fazendo as reformas, quebrando a coisa de clínica fechada. Isso foi nos anos 90, foi a primeira experiência que eu tive de imaginar que daria pra sair, né. Mas depois eu voltei, voltei pro fechado, né, daí também eu não fiquei por muito mais tempo, eu saí meio logo, entendeu? Aí, começou a ficar cheio de muitas burocracias, entendeu? Então, eu não sei como é que funciona o mundo, mas, na época que eu fui pra Itália, que a filha do dono de uma empresa muito boa de Sorocaba estava lá fazendo um estágio, ela mostrou isso, mostrou aquilo, mas ela também tava muito preocupada, porque tava no começo ainda dessa coisa de acabar com o hospital. Mas eu falo que, nesse hospital que nós trabalhamos, em especial, eu acho que as coisas funcionavam bem (Neide).

No Brasil, quando teve início o processo de normatização da Reforma Psiquiátrica, algumas transformações começaram a ser propostas, conforme aponta Sônia Barros, que participou dos “primeiros grupos de avaliação de hospitais psiquiátricos, em 1992/1993, e das primeiras portarias que regulamentaram a assistência na perspectiva dos direitos, como a Portaria/SNAS nº 224, de 1992” (apud Ballan, Batista, 2021, p. 138). A regulamentação da assistência nos hospitais psiquiátricos foi tema de alguns relatos que colhemos, conforme segue reproduzido.

Quando as coisas começaram a mudar na psiquiatria, em 1990 e pouco, esse fluxo começou a mudar, aí, tinha o embasamento, que era norma realmente do SUS, que era a guia de transferência e contratransferência. Não internava mais direto, não era mais só

chegar com paciente na porta do hospital e pronto, porque tinha uma central de vagas. E isso gerou bastante resistência, principalmente fora do hospital. Teve o caso de uma juíza que ligou pro dono do hospital e falou que ia me processar, porque ela mandou internar um adolescente no hospital e eu não deixei (Geni).

(...) quando houve a reforma, você ver aquilo dali mudando, você entendeu? Mudando, mudando o trato, mudando o jeito, mudando as condições, as condições de trabalho, as reformas que começaram a ser feitas. Eu achei aquilo muito bacana de ver, de ter feito parte daquela turma que não tava ali pra fazer as mesmices. Eu acho que a reforma que começou já em 1992, por aí, eu acho que passou a ser uma coisa mais humanizada (Marta).

Depois que passou pro SUS, já começaram as fiscalizações nos hospitais psiquiátricos. (...) Toda a documentação do hospital era enviada pra DIR [Divisão Regional de Saúde], tudo em relação à documentação, porque todo mês tinha que fazer a renovação das internações. (...) Com a regionalização, se chegava alguém direto lá pra internar, pelo SUS, a gente não conseguia, então, tinha que passar (...) pela central de vagas. Os pacientes passaram a ser levados de ambulância a partir desse período. Às vezes, chegava ambulância do Regional com três, quatro pacientes ao mesmo tempo, porque eles esperavam juntar os do dia, isso acontecia direto (Antônia).

Depois de 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, foi aprovada a Lei 10.216/2001 (Brasil, 2001), conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira. Como desdobramento dessa normativa, a Portaria 336/2002 propôs a construção de uma rede de atenção psicossocial e o fechamento progressivo dos leitos psiquiátricos, representando uma importante mudança de paradigma, com a articulação da proposta do cuidado em rede através dos serviços territoriais de saúde, de assistência social, educação, cultura e lazer (Pereira, 2020). O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar Psiquiátrico (PNASH) teve início em 2002 e, de acordo com Sônia Barros, sua articuladora, foi “(...) um grande avanço, porque definiu uma grande redução de leitos, número e tamanho de hospitais” (*apud* Ballan, Batista, 2021, p. 141).

No “Graciosa Vingativa”, chegou uma hora que, realmente, não deu, lá era o pior e eu denunciei pro Conselho de Psicologia. (...) Esse “Graciosa Vingativa”, primeiro ele se transformou em outra coisa até conseguir mandar todos os pacientes pra outros,

eu cheguei a participar lá, nesses três anos que eu fiquei, eu cheguei a pegar o começo dos ônibus indo embora com os pacientes, isso em 1999, 2000 (Geni).

Nesse período de fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos e de construção das políticas de cuidado em saúde mental, Sônia Barros (*apud* Ballan, Batista, 2021) aponta que o campo de álcool e drogas era disputado por outros setores e, até aquele momento, não tinha projetos específicos, sendo marginalizado no sentido dos investimentos.

O cuidado voltado às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas se localiza em um campo de intensas disputas no passado e no presente. Não podemos deixar de registrar que os processos de criminalização e manicomialização das pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas estão diretamente relacionados com a “guerra às drogas”, uma guerra contra os corpos negros e periféricos, que se configura como uma necropolítica (Passos, 2020b; Mbembe, 2018).

Nos relatos das entrevistadas, colhemos pistas sobre a complexidade que envolveu, no passado, a institucionalização de pessoas que faziam uso prejudicial de álcool e outras drogas nos manicômios de Sorocaba. De acordo com as narrativas, nos pareceu que, talvez, não houvesse consenso entre o próprio grupo formado pelos “senhores-proprietários” dos hospícios sobre a internação dessa população. Embora os manicômios não tivessem projetos específicos para o sofrimento decorrente do uso prejudicial de álcool e drogas, a não ser a velha exclusão e a imposição do trabalho forçado, as pessoas internadas sob essas condições tiveram maior possibilidade de circulação nas dependências das instituições.

Algumas recordadoras disseram que a psiquiatria não seria o local adequado para o “tratamento” de “dependentes químicos”, tendo atribuído a estes as qualificações de manipuladores e/ou abusadores. Teve uma entrevistada, inclusive, que chegou a confessar que agrediu um homem “alcoólatra” que estava prestes a estuprar uma mulher e que não concordava com a “mistura” entre “doentes” e “drogados”.

Uma coisa, assim, que eu sempre fui contra é alcoólatra num hospital psiquiátrico. Alcoólatra e viciado, uma psiquiatria jamais deveria atender! Não que eles não precisem de tratamento, mas, por não terem problemas mentais, eles aproveitam dos que têm e aproveitam da situação, aproveitavam dos funcionários. (...) ele pegou uma paciente muito doente, ela era totalmente doidinha, e levou no banheiro. Então, eu fui

atrás e, quando eu cheguei lá, ele já tava tirando a roupa dela. (...) Ah, mas eu dei um pau nesse paciente, mas eu dei tanto, eu dei tanto, mas eu arrebentei ele! Não deveria, mas não consegui (Helena).

Com relação à internação de crianças e adolescentes que faziam uso prejudicial de drogas e/ou estavam em situação de rua, uma recordadora denunciou a condição de maior abandono dentro do cárcere manicomial a que foram submetidos.

Mas teve outro exemplo importante, que foi a situação de quando começou o uso de crack nas ruas e Ribeirão Preto fez uma higienização na cidade (...) nós recebemos umas vinte crianças que tinham dez, onze, doze, treze anos. Eram todas usuárias de droga. Isso deve ter sido mais ou menos em 1994, 95. (...) E aí, dividiram a ala 8 em duas partes, ou seja, pegaram todas essas crianças que vieram de Ribeirão Preto, colocaram na ala dos pacientes mais crônicos do hospital, no fundo do último bloco e essas crianças ficavam lá (Geni).

Observamos que o período de reformas nos hospitais psiquiátricos emergiu nas narrativas das recordadoras, porém, a maioria delas não associou esse processo às lutas do Movimento da Luta Antimanicomial, à normatização da Reforma Psiquiátrica Brasileira e aos debates nacionais sobre a mudança do paradigma do cuidado em saúde mental.

Não tinha nenhuma discussão sobre esse novo paradigma na saúde mental. Os médicos nem discutiam isso, longe de discutir isso. As reuniões de equipe eram reuniões de equipe sem médico, sempre discutindo a questão do adoecimento, só as questões da patologia mesmo, da psicopatologia mesmo (Yolanda).

Naquela época [2008 / 2009], ainda não se falava sobre a desinstitucionalização, isso só aconteceu muito depois que eu saí, né, muito depois mesmo. (...) O que era interessante no hospital é que já se falava em residência terapêutica, como eu te disse, aqui em Sorocaba, o “Feliz Destino” foi o pioneiro. Acho que já existia em outros lugares, talvez, em outros estados, eu não lembro bem, mas já existia em outros hospitais de fora (Catarina).

Embora as discussões e críticas sobre o modelo manicomial estivessem aquecidas no país, a região de Sorocaba vivenciou pouco esse movimento. Reforçamos a memória

(tratada na seção anterior) sobre o debate antimanicomial ter encontrado pouca reverberação e/ou ter sido dificultado em Sorocaba em função de as instituições psiquiátricas serem blindadas pela mídia local e por gestores que também ocupavam cargos na gestão das políticas públicas municipais (Goto, 2018).

Todos eles ficaram muito mobilizados por conta de ter que pagar, por conta das mudanças na legislação. Eram muito empenhados, por isso que eu acho que demorou tanto tempo pra fecharem os hospitais daqui (Geni).

Na década de 1990, algumas cidades do estado de São Paulo, como a capital, Campinas e Rio Claro já realizavam as experiências de fechamento de leitos psiquiátricos e, nesse contexto, os hospitais psiquiátricos da região de Sorocaba passaram a receber as pessoas egressas dessas instituições, em um processo de transinstitucionalização (Goto, 2018).

Recuperamos uma imagem que foi rapidamente enquadrada pela câmera no documentário *Procura-se Janaína*, anteriormente mencionado, que foi lançado no ano de 2007 e ilustra o empenho dos “senhores-proprietários” dos hospícios de Sorocaba contra o fechamento dos leitos psiquiátricos:

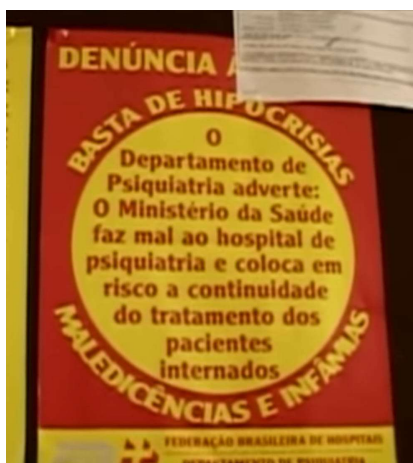


Imagem X. Foto/Reprodução: Documentário *Procura-se Janaína*. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=IWsgu5VORTc>. Acesso em 04/05/2022.

No panfleto afixado no mural do hospital psiquiátrico está escrito: “Basta de hipocrisias, maledicências e infâmias. O departamento de Psiquiatria adverte: o Ministério da Saúde faz mal ao hospital de psiquiatria e coloca em risco a continuidade do tratamento dos pacientes internados”. A mensagem é atribuída ao departamento de

Psiquiatria da Federação Brasileira de Hospitais. E esse período de intensas disputas é citado no campo dessa pesquisa.

Quando começou a vir o Ministério da Saúde, tudo era ameaça de fechamento. A gente tinha grandes reuniões, vinha o pessoal de Brasília, vinha o pessoal de São Paulo, vinham grandes comitivas de fiscalização e tinha sempre essa ameaça de fechar. Isso começou já nos anos 2000, era assim “ó, ou vocês seguem os protocolos ou fecha”. O Ministério da Saúde lançava as normas e a gente tinha que atingir aqueles protocolos (Geni).

Desde 2003, estavam discutindo já essas mudanças, mas a maioria dos funcionários que tava lá dentro, no dia a dia mesmo com os pacientes, a maioria não participou dessas discussões. Esses debates aconteceram nas Conferências de Saúde Mental, nas etapas, né, municipal, estadual e federal. Agora, quem ia na Conferência? Eram mais os diretores, era o administrativo, era a equipe técnica, então, teve esse enfrentamento, no meu olhar, que julgava os funcionários. E os funcionários, na maioria das vezes, tavam completamente por fora do processo (Antônia).

Sobre o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, Passos (2017) problematiza que existem ao menos três projetos em disputa no campo da Saúde Mental, Álcool e Drogas: “1º) a proposta radical de Reforma Psiquiátrica, pautada na Luta Antimanicomial; 2º) a proposta de manutenção da perspectiva manicomial tradicional; 3º) a proposta de uma Reforma Psiquiátrica “simpática” às mudanças de carácter meramente legislativo e assistencial” (p. 58). Para a pesquisadora, o não aprofundamento do lema “*Por uma Sociedade Sem Manicômios*”, no contexto de enfraquecimento das bases do Movimento da Luta Antimanicomial no cenário de institucionalização da militância e dos ajustes à lógica neoliberal na gestão das políticas públicas, são fenômenos que comprometem a defesa radical dos pressupostos pactuados no *Manifesto de Bauru* (Passos, 2017).

Para Luciana Surjus e Soraya Rosa, a reforma psiquiátrica chegou tardiamente a Sorocaba e teve como uma de suas particularidades o fato de a diretriz da rede de atenção psicossocial ter despertado os interesses dos “(...) empresários da loucura, que expandiam seus negócios montando também serviços ‘territoriais e comunitários’, como CAPS e SRT” (2018, p. 58).

(...) em meados de 2010, 2011, isso já começou, as pacientes já começaram a sair. Na época, era uma associação que abriu as residências e, não sei se você já chegou a ouvir, mas essa associação, quem tava fazendo toda a parte de gerenciamento deles era o antigo diretor nosso (Cristina).

Os “senhores-proprietários” dos hospícios eram defensores da manutenção da perspectiva tradicional manicomial, porém, como ficaram sem saída diante da mudança na legislação, buscaram se adequar a uma reforma psiquiátrica simpática ao neoliberalismo, de forma semelhante ao que foi apontado por Passos (2017).

À medida que esses pacientes iam pra residência, os monitores, que ficavam na residência, ajudavam a organizar como é que tinha que ser gasto aquele dinheiro. Então, quando a gente fala “acabou o hospital psiquiátrico”, na verdade, ele só foi transferido, foi transferida essa responsabilidade, mudou essa nomenclatura de hospital pra residência terapêutica. Só que, na residência, é um trabalho de monitoramento mais pontual. No hospital, era um trabalho contínuo, né, era o dia todo, dia e noite, dia e noite (Catarina).

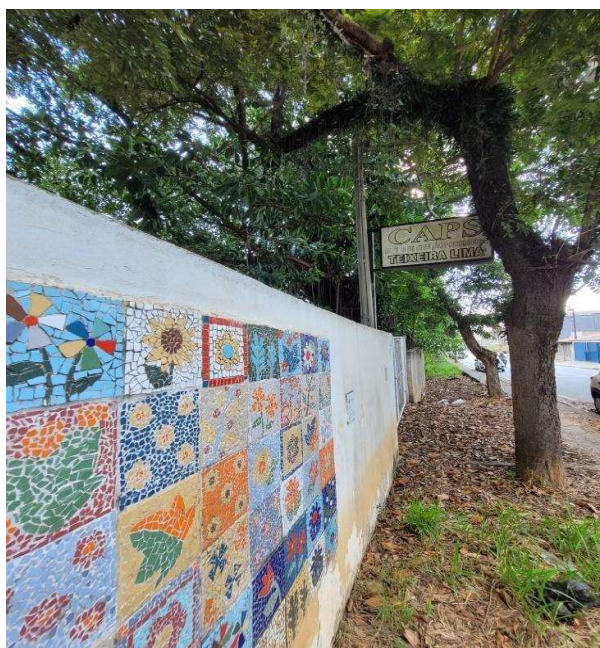


Figura 10: Foto da fachada do Caps Teixeira Lima, separado apenas por um muro do Hospital Psiquiátrico Teixeira Lima. Fonte: arquivo pessoal. 26/09/2023.

Com as novas exigências da Reforma Psiquiátrica, o “Caridade” abriu a residência terapêutica dentro do hospital, depois abriu o CAPS, isso bem antes de fechar.

O CAPS do “Caridade” funcionou uns dez anos, isso mais ou menos em 2000. E esse CAPS era pra menores de idade, era o único que tinha o CAPS pra menores de idade (...). Na verdade, acho que nessa época todos os hospitais psiquiátricos tinham CAPS, porque foi exigido, né, com a mudança da lei (Antônia).

No contexto da privatização das políticas públicas, os “senhores-proprietários” investiram nesse novo “nicho” da saúde mental, assumindo os contratos terceirizados de serviços substitutivos completamente descaracterizados em relação às propostas radicais do *Manifesto de Bauru*. Nesse sentido, observamos a reprodução da lógica manicomial nos Centros de Atenção Psicossocial e nos Serviços Residenciais Terapêuticos por eles geridos.

Por um tempo, coexistiram os manicômios e os serviços substitutivos, que eram administrados pelo mesmo grupo poderoso no território pesquisado. Nesse período, os Centros de Atenção Psicossocial funcionaram como porta de entrada para as institucionalizações nos hospitais psiquiátricos, acolhendo os “pacientes” que estavam internados que passaram, então, a fazer atividades no CAPS para passar o tempo (Goto, 2018).

Entre os anos de 2004 e 2009, período de coexistência dos manicômios e dos primeiros CAPS e SRT no território pesquisado – sendo os serviços comunitários fruto de uma mudança fictícia no modelo de atenção à saúde mental, por terem sido implantados pelos próprios donos e/ou gestores dos hospícios –, recordamos a memória traumática que não deve ser jamais esquecida: uma pessoa morreu a cada três dias nos manicômios de Sorocaba (Garcia, 2012).

Quando questionadas sobre essa grave realidade, algumas recordadoras revelaram – de forma consciente e/ou deixando algumas palavras escapar – que as torturas praticadas intramuros causaram parte significativa dos óbitos.

Eu tive uma paciente, nossa, a morte dessa me marcou muito! Era uma paciente bem grandona, assim, gorda, cor negra (...). (...)saí de manhã e ela tava no isolamento, mas ela não tava muito bem, ela sentia muita falta de ar. Aí, foi passado ela no clínico, fez raio x e tudo, e aí, como ela tava agressiva há alguns dias, ela tinha ficado no isolamento. (...) Ela teve uma parada cardiorrespiratória nesses dias que eu não fui e

morreu. (...) cheguei e fui direto pro quartinho onde ela estava pra levar a comida. Fui pro isolamento e chamei “Ana Maria”, mas apareceu outra paciente (Cristina).

Algumas fugas de paciente também foram bem marcantes pra mim, porque os pacientes faleceram, né. Tinha um lago lá embaixo e os pacientes acabaram falecendo nesse lago, nas tentativas de fuga (Antônia).

(...) a gente via muitas situações, o número de suicídios era muito alto e, assim, era tudo justificável, né. Os boletins de ocorrência, o hospital já fazia lá, então, o suicídio já era embasado pelo prontuário, pelo histórico médico e, assim, nenhuma família teria condições de questionar se houve negligência, se houve falta de atenção, se houve falta de cuidado, se houve falta de monitoramento (Geni).

Para refletirmos sobre os suicídios como mortes manicomiais, nos apoiamos na análise de Bruna Benevides (2020) sobre a violência da cisheteronormatividade e os seus efeitos na produção do sofrimento psíquico e nas taxas de suicídios entre as pessoas trans e travestis no Brasil – taxas estas que são elevadas e invisibilizadas. Acreditamos que as contribuições da autora sobre a naturalização das violências sofridas por essa população podem nos ajudar na compreensão sobre as altas taxas de suicídios nos hospícios que pesquisamos, como uma questão coletiva e social relacionada à desumanização dos sujeitos.

Benevides (2020) problematiza o suicídio como resposta às violências sociais, institucionais e cotidianas que afetam determinados grupos sociais. Na análise da autora, as pessoas seriam “suicidadas” pela sociedade. “Podem as pessoas se suicidar a partir da violência que terceiros imprimem sobre ela?”, nos provoca Benevides (2020, p. 119). E refletimos que sim.

Adicionamos mais uma camada a essa complexa questão, embora isso pareça bastante arriscado – sem a pretensão de esgotar o assunto, até porque as pessoas que poderiam dizer melhor sobre o tema não sobreviveram às violências da psiquiatria –, e questionamos: seria o suicídio uma tentativa de ruptura com a vida vegetativa imposta pela instituição total e, nesse sentido, uma afirmação da vida?

Ficamos muito tocados por essa temática tão delicada que emergiu no campo, no sentido de que os suicídios, que obviamente estavam relacionados à institucionalização – desassistência em saúde, racismo, violências de gênero, intolerância às sexualidades que

não correspondem a heteronorma, abandono social, etc. – também poderiam se configurar como um ato de resistência à experiência de uma “morte-em-vida” (Mbembe 2018).

Sobre a vida institucionalizada como uma “morte-em-vida”, reproduzimos uma história de encenação sobre a experiência de (não) ser “louco/a”, que terminou em ruptura com o silenciamento e a invisibilidade impostas a essa condição:

Tive duas alunas que pediram lá no “Feliz Destino” se elas podiam vivenciar uma experiência como se elas fossem se internar. Uma ia filmar, ia fazer o vídeo, e a outra ia ser a paciente. Então, ela ia chegar de manhã, aí, como que seria o atendimento, né, a condução? E ela fez esse vídeo. Mas o que aconteceu? Logo depois do almoço, a aluna teve uma crise de choro tão grande, que ela teve que voltar pra casa. E esse vídeo, a gente apresentou na “Semana de T.O.” na universidade. (...) a gente chamava os hospitais psiquiátricos pra participar das atividades, inclusive, os pacientes. No vídeo, a aluna filmou paciente amarrada na grade, paciente nos quatinhos reclusa, paciente suja que tinha feito sua necessidade e ficou horas com aquilo, com um monte de mosquito em cima, filmou o pavilhão, o momento da alimentação, paciente jogando a baixela no chão e se deitando pra comer, isso era normal lá, né. E aí, imagina só o fuzuê que deu? Tanto é que esse vídeo foi a causa da minha demissão do hospital psiquiátrico, depois de dez anos de trabalho. Durante a apresentação do vídeo, vários pacientes que tinham ido, eles iam reconhecendo “aquela é fulana, ela fica mesmo trancada”, os próprios pacientes também denunciando! Na verdade, a aluna pediu pra fazer esse trabalho para o diretor do hospital, não foi pra mim, e ele autorizou. Mas aí, como é que foi? O diretor me chamou, dizendo “que barbaridade” aquilo ter acontecido. Então, imagina a guerra! (Yolanda).

Em um contexto de disputas que não eram apenas técnico-assistenciais ou jurídico-políticas, mas representavam a confrontação de modelos de mundo, destacamos a importância dos movimentos sociais antimanicomiais que lutaram de forma aguerrida pela desconstrução da cultura manicomial (Scarcelli, 2011).

No território que pesquisamos, o Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba e o Loucos pelo Mundo lutaram pelo fechamento dos manicômios e também protagonizaram uma difícil disputa com as narrativas hegemônicas dos “senhores-proprietários” (dos hospícios, da “loucura” e dos/as “loucos/as”), produzindo fissuras na normalização da

existência dos hospitais psiquiátricos no território. Sobre as denúncias dos movimentos antimanicomiais, Carine Goto (2018) disse:

Importante dizer que as denúncias do movimento social e as reportagens televisivas sobre as violações que ocorriam no interior dos manicômios foram acontecimentos que chocaram a população e deixaram a cidade em uma situação bastante complicada, de modo que, tirando as pessoas diretamente envolvidas com os manicômios, dificilmente se encontraria quem defendesse a permanência dos internos naquele ambiente. No entanto, a população tinha dúvidas sobre a possibilidade de os internos retornarem ao convívio em meio aberto, e essas dúvidas eram influenciadas pelos defensores dos manicômios, pela justificativa da periculosidade (p. 150).

Recordamos que o polo manicomial da região de Sorocaba sofreu importante abalo após a divulgação do dossiê sobre o índice de mortalidade nos manicômios (Flamas, 2011; Garcia, 2012), o que possibilitou que outras brutalidades viessem à tona. Dentre as narrativas que emergiram, citamos os depoimentos de familiares das vítimas dos manicômios – como as denúncias da mãe de Daniela Caldeira, morta aos 30 anos, e da mãe e da irmã de Rodrigo Silva, morto aos 25 anos⁶⁰ –, além de testemunhos anônimos de funcionários/as dos hospitais psiquiátricos⁶¹.

Eliana Delaneze, mulher, branca, pessoa com transtorno mental, morreu aos 41 anos em 2011, onze dias após a sua internação em um manicômio da região de Sorocaba.

Conforme declaração feita por Rosana na delegacia, sua irmã estava completamente dopada, com marcas marrons semelhantes a sangue coagulado na boca e na língua, com a garganta inchada, marcas roxas no braço e calçando um sapato número 37, quando o correto seria número 39/40. Foi informada, ainda, que, independentemente do frio que estava fazendo, Eliana não estava usando roupas dentro do hospital e que a vestiram rapidamente apenas para a visita. Questionadas pelo estado de Eliana, as enfermeiras disseram que essa situação era totalmente normal, pois o surto era de difícil controle e ela estava sob efeito de forte medicação", diz o documento (TV TEM, 2020).

⁶⁰ Trechos de depoimentos de familiares de pessoas mortas nos manicômios da região de Sorocaba para a Comissão da Câmara Municipal de Sorocaba ocorrida em 15/04/2001: da mãe de Daniela Caldeira, morta aos 30 anos; e da mãe e da irmã de Rodrigo Silva, morto aos 25 anos nos manicômios da região de Sorocaba-SP. Disponíveis, respectivamente, em <https://www.youtube.com/watch?v=76h7pER16IU> e <https://www.youtube.com/watch?v=A-fXGVU7sZM>. Acesso em 24/01/2024.

⁶¹ Ex-funcionários denunciam condições precárias em hospitais psiquiátricos. Matéria veiculada em 07/04/2011 no telejornal Noticidade, da TV Sorocaba/SBT. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=7QoKbCVfmTk>. Acesso em 24/01/2024.

Capítulo 3. A memória do trabalho

3.1. As barreiras que se levantam no hospital psiquiátrico

Eis um dos mais cruéis exercícios da opressão econômica sobre o sujeito: a espoliação das lembranças (Bosi, 2023, p. 460).

Com Maria Sueli Rodrigues (2022), analisamos que a ontologia moderna/colonial tem por finalidade produzir riquezas por meio da dominação da natureza pelo trabalho, produzindo com isso, objetivamente, uma tendência alargada de tornar indesejado todo/a aquele/a que representar um obstáculo à produção, ao acúmulo e ao consumo de riquezas.

E não há como consultar cada corpo para saber se é desejado ou indesejado, há uma classificação moral dos corpos indesejados: os corpos negros que se destinam principalmente às sobras, assim como as pessoas não valoradas no patamar de superioridade moral: as que não acumularam patrimônio, mulheres, pessoas não hetero, jovens negros e empobrecidos, ou seja, as inferiorizações que o sistema construiu moralmente, que atacam identidades quando o eurocentrismo se faz pela valorização das subjetividades: nasceu branco, tem grandes chances de se dar bem na vida (Rodrigues M., 2022, pp. 55-56).

No contexto de criação cada vez mais alargada de indesejados/as e de sobras da sociedade da produção, do acúmulo e do consumo, recordamos que Basaglia (2010) analisou que o hospício é construído justamente para a contenção e controle de trabalhadores/as que não conseguiram corresponder aos interesses capitalistas de produção. Deste modo, o “trabalho sujo” realizado intramuros nos manicômios – controle, repressão e massacre – se justificaria como um assistencialismo necessário ao equilíbrio das relações sociais neste modelo de sociedade (Basaglia, 2010).

A “velha psiquiatria”, como vimos na seção anterior, persistiu mesmo após a normatização e a aprovação da Reforma Psiquiátrica no Brasil. De acordo com Joel Birman e Jurandir Freire Costa (1994), a Psiquiatria vive um contexto de crise relacionado à mutação no seu campo epistemológico e no campo de sua práxis. Em relação a sua episteme, de instrumento de cientificidade sobre a instituição “doença mental” pretensamente passa a figurar como definidora da “saúde mental”; quanto a sua práxis, o novo objeto de sua clínica, a saúde mental, opera um conflito entre as novas práticas exigidas e as práticas anteriormente edificadas pelo antigo objeto, a “doença mental”. Dessa crise, emergem contradições relacionadas ao que necessita ser desinvestido e/ou

transformado para a (re)construção de uma psiquiatria que se pretenda descolada dos males da antiga instituição psiquiátrica (Birman, Costa, 1994).

A crise citada pelos autores acima mencionados nos interessa nesse estudo, sobretudo, no tocante à significação das experiências de trabalho nos manicômios do passado no presente das memórias colhidas em nosso campo. Para isso, consideramos, ainda, a particularidade do trabalho feminino nessas “instituições da violência” (Basaglia, 2010), na esteira de autoras que se debruçaram sobre a exploração do trabalho de mulheres no campo da saúde mental (Passos, 2017a, 2018; Pereira, Passos, 2017; Pereira, 2020).

A fim de problematizarmos a institucionalização das mulheres pela via da precarização dos seus processos de trabalho, a partir de reflexões sobre as contradições e dilemas relacionados às experiências de ser trabalhadora de manicômio, realizamos breves considerações sobre o trabalho no Brasil, como processo histórico que pode nos guiar nas análises seguintes.

De acordo com Adalberto Cardoso (2010), o Brasil é marcado por uma ética de desvalorização do trabalho, cuja raiz remonta ao passado escravagista, o que resulta em uma permanência secular de desigualdades na formação de nossa sociabilidade e na constituição da denominada sociedade do trabalho brasileira, que não reconheceu o trabalho escravizado como trabalho.

A constituição de uma sociedade do trabalho foi associada apenas ao fenômeno da imigração europeia, portanto, ancorada no processo de branqueamento da população brasileira à serviço da consolidação da ideologia da “democracia racial” (Cardoso, 2010; Gonzalez, 2020). Esse processo, que caracteriza o esforço do apagamento histórico das marcas da negritude e de tudo que está a ela associado, nos revela a permanência de uma colonialidade que se espalha por todas as relações e instituições sociais brasileiras (Nascimento A., 2016).

(...) a imagem do trabalho e do trabalhador consolidada ao longo da escravidão fez-se da sobreposição de diferentes hierarquias sociais: de cor, religiosa, de status social associado à propriedade, de dominação material e simbólica, numa mescla de sentidos que apontavam, todos, para o mesmo conceito: o de degradação do trabalho manual. Ou, dizendo de maneira mais enfática: a ética do trabalho oriunda da escravidão foi uma ética de desvalorização do trabalho (Cardoso, 2010, p. 57-58).

O Brasil não teve um único regime escravagista, havendo variações e particularidades associadas às regiões onde se desenvolviam as atividades econômicas. Isso refletiu na coexistência do trabalho escravizado e dos regimes não escravistas de trabalho desde o século XVIII, sendo que o marco convencional de uma transição para o trabalho livre (ou não-escravizado) em 1850, com a proibição internacional do tráfico negreiro, não representou o fim dos trabalhos forçados nas diferentes regiões do país (Cardoso, 2010).

A escravização não representou apenas a negação do/a escravizado/a como pessoa, mas, sim, a sua negação como ser vivo, dilapidando seus corpos por séculos. “Em um sentido importante, a escravidão longa terminou por abstrair o rosto do escravo, despersonalizando-o e coisificando-o de maneira reiterada e permanente. Ao final, restava apenas sua cor, associada definitivamente ao trabalho pesado e degradante” (Cardoso, 2014, p. 54).

Com a abolição apenas formal da escravização (Nascimento A., 2016), os/as negros/as não eram mais escravizados/as enquanto propriedade de um senhor, porém, se tornaram escravos/as das necessidades, reunidos/as sobre a denominação de “povo”. Tal fenômeno atendia aos interesses das classes dominantes, na medida em que estas poderiam, via exploração e subjugação, enquadrar o “povo” como um conjunto de indivíduos resignados e controlados. E isso representou a transposição do imaginário sobre a escravidão para a ordem capitalista, sendo essa nova/velha ordem caracterizada pela manutenção das classes subalternizadas em seu devido lugar; pela permanência da classe dominante-proprietária-branca nas instituições de poder; e, no âmbito das forças populares, pelo temor da ação coletiva popular (Cardoso, 2010).

A herança escravista brasileira perdurou durante o processo de desenvolvimento industrial no século XX, por meio da manutenção do ideal nutrido pelas classes dominantes, que se constituiu no mesmo campo semântico de uma escravidão sem resistência por parte dos escravizados: a consideração do trabalhador brasileiro como “pacífico” e “cordial”. Nessa equiparação ou continuidade da ordem social de exploração e repressão, os/as trabalhadores/as escravizados/as e os/as trabalhadores/as livres (re)conheceriam, enquanto classe subalternizada, o seu devido lugar (Cardoso, 2010; Gonzalez, 2020).

As fictícias “cordialidade” e “passividade” do “povo” brasileiro são reveladoras da perversidade da ideologia dominante, que operou a docilização e a exploração dos corpos de trabalhadores/as pelo uso da repressão, da força, da exploração da miséria, da ameaça do encarceramento e de outras brutalidades.

Beatriz Nascimento (2019) analisou que o maior dinamismo associado à diversificação das atividades produtivas, como efeito do processo de industrialização e da expansão do setor de serviços, buscou ressignificar a estratificação social, outrora profundamente polarizada entre senhores e escravizados/as. Assim, sob o verniz de uma aparente mudança, seria conferida uma certa flexibilidade e gradação dos lugares sociais. “No entanto, esta maior flexibilidade manteve muito profundamente marcadas as diferenças de papéis atribuídos aos vários grupos da sociedade” (Nascimento B., 2019, p. 260). Diversos fatores contribuíram para essa falsa possibilidade de ascensão social, sendo um deles o fator racial, “(...) como não poderia deixar de ser em uma sociedade constituída de diferentes grupos étnicos” (Nascimento B., 2019, p. 260).

Fui pro “Caridade” porque, na época, a gente tava vivendo uma crise também, da questão de desemprego e de inflação. Era a ditadura militar. Sorocaba sempre foi uma cidade bem centralizada e, pra nós, negros, era bem mais complicado serviço porque não era todo lugar que contratava a gente (Antônia).

Eu estava formada já há três anos sem conseguir emprego em nada e isso tava começando a me dar angústia. Aí, eu engravidei, tive minha filha e, quando ela ia fazer nove meses, uma amiga minha, que eu estudei com ela e trabalhei também com ela na mesma empresa, ela me ligou e me indicou pro hospital, ela já estava trabalhando lá e disse que tavam precisando de uma psicóloga. Eu falei assim: “vou pôr a minha filha no ombro e vou, vou arriscar”. Mudei de cidade sozinha com a minha filha, deixei o pai dela lá e vim (Nair).

Eu trabalhei em vários lugares, trabalhei muito em casa de família, faxina, motel, firma, trabalhei em muito lugar. Teve uma época que fiquei três meses sem trabalhar, daí, fiquei louca atrás de serviço e, como a gente conhecia uma amiga que trabalhava no escritório lá no hospital, ela conseguiu arrumar pra mim lá (Ana Francisca).

A divisão racial do mundo do trabalho forjada na colonialidade se desdobra em contextos de exclusões e assédios permanentes. Leitora de Aníbal Quijano, Maria Sueli

Rodrigues (2022) afirma que o nosso pensamento foi invadido “(...) com o assédio e com o discurso permanente de que as pessoas colonizadas eram inferiores” (p. 54).

Como um dos representantes dessa cultura do assédio, trazemos Gilberto Freyre citado por Cardoso (2010), que situou de forma positiva aquilo que descreveu como o “sadismo do mando”, em referência à dominação imposta pelos senhores de engenho (senhores de escravos) significada como algo bom para a nação. Sob alegação de que os senhores escravagistas se ocupavam da preservação das tradições conservadoras, a eles Gilberto Freyre atribuiu o equilíbrio da vida política no Brasil, positivando as raízes coloniais, patriarcais e escravocratas na constituição das hierarquias sociais (Cardoso, 2010).

As palavras de Lélia Gonzalez (2020) são precisas para denunciar a brutalidade desse projeto societário capitalista/colonial, que perpetua a violência e o extermínio através dos cortes populacionais: “(...) além das prisões, que se atente para a população dos nossos hospícios, do ponto de vista racial” (p. 59).

Em relação à cultura do assédio e a organização do trabalho nos manicômios, questionamos: quem eram os/as trabalhadores/as dos/nos manicômios? E, ainda, seriam as pessoas institucionalizadas e mortificadas na instituição tão distantes, assim, da classe trabalhadora?

Partimos do ponto de que, como os empreendimentos coloniais operaram o massacre da vida comunal, diversa e compartilhada, negando a intersubjetividade (Lugones, 2020; Segato, 2021), a “doença mental” se constituiu como fenômeno puramente casual nas engrenagens de objetificações e desumanizações próprias do mundo colonizado. Mundo este caracterizado, sobretudo, pela atmosfera de humilhações, assédios e mortificações que resultaram na segregação do/a nativo/a (Basaglia, Ongaro Basaglia, 2010; Fanon, 2008).

Assim, a perversa face da exclusão pela via da constituição de uma “reserva psiquiátrica” opera a repetição das violências de separação do mundo, onde o/a “doente mental”, na sociedade capitalista, “(...) jamais poderá opor-se a quem o exclui, porque todo ato seu está inscrito e definido pela doença” (Basaglia, Ongaro Basaglia, 2010, p. 38).

(...) o internado perfeito, no ápice dessa desoladora trajetória (...) será aquele que se mostra completamente amansado, dócil (...); aquele, em suma, que não

complica as coisas com reações pessoais, mas se amolda passivamente à autoridade que o tutela. É o internado de quem se diz – com satisfação – estar bem adaptado ao ambiente, que colabora com o enfermeiro e com o médico, que se comporta bem em relação a todos, a nada se opõe e não cria complicações. Então nos congratulamos pelo fato de que o paciente – confiado a nós para que fosse tratado e reconduzido à sua dignidade humana – não existe mais como homem, e nos alegramos por ele não ser mais capaz – devido a impulsos e necessidades pessoais – de estorvar a organização e o bom andamento da instituição (Basaglia, Ongaro Basaglia, 2010, p. 52).

Caso substituamos, na citação acima reproduzida, as palavras “internado” e “paciente” por *escravizado/a* ou *trabalhador/a*; a palavra “médico” por *senhor* (de engenho / de escravos) ou *patrão*; a palavra “enfermeiro” por *capitão do mato*, *policial*, *inspetor*; e a palavra “instituição” por *sociedade* estruturada pelo trabalho forçado e pela exploração (campo, fábrica, prestação de serviços), pela educação-dominadora (escola, universidade, institutos tecnicistas), pela divisão sexual e racial do trabalho: a ideia continua fazendo sentido.

“O mesmo cidadão cuja tutela a sociedade lhe garantia perde repentinamente aos olhos desta qualquer direito de ser defendido”, e é assim que os grupos de indivíduos inferiorizados pela brutalidade da modernidade/colonialidade passam para o outro lado da barreira da humanidade (Basaglia, Ongaro Basaglia, 2010, p. 57).

Eu falei “professor do céu, como que o senhor sabe tudo isso?” e ele disse “porque eu sou professor”. Nós não tínhamos ideia, menina! (...) Mas eu não sabia o que fez ele ir parar lá, na verdade, eu nunca perguntei. Se ele tinha crise, eu nunca vi (Helena).

Um médico, cheguei a ver um médico que foi professor do diretor clínico do hospital, e que, quando teve Alzheimer, ao invés da família colocar com um cuidador na casa, internou no “Caridade” (Geni).

Nos manicômios estudados, observamos uma profunda institucionalização em todos os setores, tanto em relação às pessoas internadas como em relação às equipes, o que converge com as análises realizadas por Basaglia (2010). As funções de técnicos em medicina, psicologia, serviço social e enfermagem foram descritas por Franco e Franca Basaglia (2010) como uma orientação para adaptar as pessoas privadas de liberdade à condição de “objetos de violência”, atuando como “empreiteiros da violência”, conforme já citamos anteriormente.

Se eu fosse assistente social, por exemplo, eu descompensava rapidinho (Helena).

Quando eu falo que a psiquiatria me escolheu, foi nesse sentido, porque eu me descobri assistente social enquanto estagiária trabalhando na psiquiatria, entendeu? Eu sabia como funcionava essa parte dos óbitos, mas eu nunca tive que fazer sozinha antes, até que aconteceu. Eu lembro que foi bem estranho, porque era um paciente que a gente tinha contato, era um paciente que ia lá, que conversava, então, foi bem estranho. Mas foi o primeiro, né, o primeiro é sempre estranho. Mas também, assim, depois de um tempo, eu pensei “que legal, né”, porque eu achava o máximo ter que ir lá no hospital no final de semana quando acontecia algo, eu gostava. Como eu te disse, não era um ambiente pesado, então, pra mim, se tivesse que ir eu ia, se tivesse que ir à noite eu ia, se tivesse que ir de madrugada, eu ia, se tivesse que ir de fim de semana, eu ia (Catarina).

O poder médico, de acordo com Foucault (1999) é sustentado por uma rede de intermediações: serventes, enfermeiros e vigilantes, que facilitam seu exercício, via submissão e, principalmente, a partir da vitória sobre aquela força que deveria ser domada: as pessoas consideradas loucas. Essa relação com o “louco” como uma força a ser vencida pelo poder médico e por sua rede de intermediações pode ser observada na situação que segue descrita em trecho recuperado da ação civil pública movida contra um dos manicômios de Sorocaba, bem como nos relatos subsequentes:

Dentre os termos de declarações prestadas, consta o relato da [nome da depoente], que afirmou ter visto, na ala 7, um paciente com ferimentos nos pés. Outro paciente revelou à declarante que isso foi o resultado de uma prática dos enfermeiros, consistente no uso de bombinhas e cacos de vidro, para separar as brigas dos internos. A declarante também constatou diversos pacientes com mutilações nas orelhas, consequência de brigas dos moradores entre si e de agressões dos enfermeiros (Sorocaba/SP, 2012, p. 14).

(...) a paciente tava agitada, ela tava quebrando tudo, agrediu a funcionária, sabe? E aí, depois de a paciente já amarrada e contida, essa funcionária foi e deu um tapa na paciente. (...) Essa funcionária foi chamada, houve a demissão da funcionária sem que ela fosse prejudicada e sem que o hospital também fosse prejudicado. Agora, uma outra coisa que houve, foi um funcionário homem que agrediu uma paciente que tava do lado dele, sem dó e nem piedade, só porque ela ficava falando, falando, falando. Eu não sei se ele já estava estressado com outra coisa, mas deu um murrão no nariz da paciente e chegou a quebrar o nariz dela. Então, esse daí foi muito grave, né (Cristina).

Enfermeiro era muito folgado, colocava o pé deles pra paciente poder coçar, a cabeça pra eles coçar, sabe, assim? (...) Quando você via as coisas, às vezes, você não falava, porque era enfermeiro, era médico (Ana Francisca).

Retomamos uma questão importante em relação ao trabalho nos manicômios, que é o fato de as equipes técnicas começarem a ser montadas apenas a partir do início da década de 1990, no mínimo duas décadas após a inauguração de seis hospitais psiquiátricos na região. Anteriormente ao cumprimento dessa exigência, que está relacionada ao início das normatizações da Reforma Psiquiátrica Brasileira, as pessoas que trabalhavam nos manicômios eram contratadas como auxiliares de serviços gerais e faziam as vezes de atendentes de enfermagem. Apenas a partir do momento em que o COREN (Conselho Regional de Enfermagem) passou a fazer visitas para a fiscalização nos hospitais psiquiátricos é que foram contratados/as auxiliares e técnicos/as de enfermagem.

(...) no início dos hospitais psiquiátricos, só existia o atendente de enfermagem, não era necessário ter o curso de auxiliar de enfermagem. Então, a prática da enfermagem mesmo, as pessoas foram aprender ali, sendo que, a maioria nunca tinha trabalhado na área antes. A maioria das mulheres que trabalhavam como atendentes na enfermagem, eram negras, muitas eram. Mas, teve um período, que davam mais preferência pra homens. No início que eu entrei, eram os atendentes homens, também muitos negros. (...) eu acho que os atendentes eram contratados como auxiliar de serviços gerais, porque, pelo que eu sei, não existia essa categoria de atendente de enfermagem. Acho que era serviços gerais pra todos, porque abrangia tudo, desde a limpeza até os atendentes. Os atendentes faziam até outras funções, além de cuidar dos pacientes, dar medicação e outras coisas, por isso que abrangia tudo (Antônia).

Depois que foi exigida a formação do pessoal da enfermagem, então, os hospitais psiquiátricos mesmo faziam as formações pra contratação de auxiliares de enfermagem (...). Enfermeira padrão dava o curso na parte da enfermagem e até eu mesma participei, dei aula na parte de psicopatologia, expliquei bastante a parte de psiquiatria (Geni).

Eu entrei em 1995, então, do setor da faxina eu fui pra rouparia e, logo depois, eu comecei a fazer o curso de enfermagem. Naquela época já não era mais o atendente de enfermagem, era o auxiliar e foi dentro do hospital “Feliz Destino” que eu fiz o curso. Lá já tinha o curso e a parte prática também (Helena).

Reproduzimos o trecho de uma reportagem de jornal sobre as formações para auxiliares e técnicos/as de enfermagem realizadas pelos próprios hospícios, onde fica implícito que o trabalho subalternizado nos manicômios, pelo menos naquele recorte, era realizado por mulheres.

Durante 19 anos, de 1993 a 2012, funcionou no Hospital Psiquiátrico Jardim das Acácias, a Escola de Enfermagem Jardim das Acácias, que formou 3.446 auxiliares e técnicos de enfermagem. (...). O hospital também detectou falta de funcionários específicos para cuidarem de pacientes que tinham comportamentos mais prejudicados pelas deficiências mentais. Para suprir essa carência, o hospital criou um curso de formação. De 60 participantes, só ficaram 4 que se habilitaram ao trabalho e eram todos mulheres (Cruzeiro do Sul, 2018a).

As mulheres que realizavam o trabalho subalternizado foram tão invisibilizadas que o jornal, inclusive, utilizou o pronome indefinido masculino “todos” para se referir às pessoas que restaram para executar o trabalho nos hospícios, que eram mulheres, o que nos faz imaginar que foi cometido um ato falho e não um simples erro de digitação. As mulheres, no contexto referido, foram empregadas em funções subalternizadas para atender a “falta de funcionários específicos para cuidarem de pacientes mais prejudicados”, conforme retratado pelo jornal.

Para Beatriz Nascimento (2019), a mulher negra se constitui como o elemento que expressa de forma mais radical a cristalização dessa estrutura de dominação, ocupando os mesmos espaços e papéis que lhe foram impostos desde a colonização. A persistência das relações racistas e patriarcais na sociedade brasileira fazem com que “(...) ela seja recrutada e assuma empregos domésticos nas áreas urbanas, em menor grau na indústria de transformação, e que permaneça como trabalhadora nos espaços rurais” (Nascimento B., 2019, p. 261). Inclusive, importa destacarmos que as análises brasileiras sobre o trabalho e sobre os trabalhadores até os anos de 1970 “expressavam uma visão homogênea da classe trabalhadora, ocultando a atividade feminina e as desigualdades de gênero no mercado de trabalho” (Blass, Hirata, Soares, 2021, p. 11).

Desde o trabalho rural até a carreira de cozinheira de manicômio, Eliana comenta sobre a sua trajetória de trabalhadora precarizada, o que fica evidenciado em seu comentário sobre “pegar profissão” como sinônimo de ter conseguido emprego no mercado formal:

Eu trabalhava na roça antes. Olha, eu nasci na roça, aí eu trabalhei até os meus vinte e dois, vinte e quatro anos, por aí, eu trabalhei na roça. Depois eu vim pra cidade, daí voltei pra roça, aí vim pra cá, né, pra Sorocaba. Chegando aqui, fui trabalhar na roça de novo, aí uma pessoa me indicou pra trabalhar no hospital. Eu fui, fiquei dez anos no hospital trabalhando de cozinheira. Lá eu peguei profissão (Eliana).

Passando para o outro lado da barreira do mundo apartado e forjado na colonialidade, destacamos, por fim, uma memória histórica que bem caracteriza os “senhores-proprietários” dos manicômios da região de Sorocaba. Esses “respeitáveis senhores”, médicos, empresários da “loucura”, em resposta a um pedido de esclarecimentos relacionado a uma discrepância quanto à carga horária de médicos psiquiatras plantonistas, que consta em Ação Civil Pública protocolada em 2012 (MPSP) contra o Município de Sorocaba e o hospício em questão, responderam:

Atualmente vivemos uma época de <denuncismo sem base técnica e de propaganda negativa>, visando denegrir as instituições e profissionais que neles trabalham, principalmente aos que atendem aos doentes mentais em regime de internação plena. Disseminam de forma irresponsável o terror e caos entre as famílias dos pacientes, através de distribuição à mídia de INFORMAÇÕES COM SÉRIAS DISTORÇÕES DA REALIDADE sobre a atuação dos hospitais psiquiátricos de Sorocaba e Região. O Hospital Psiquiátrico (...), ao que parece, foi eleito como <a bola da vez> ou o <bode expiatório das mazelas do sistema de Saúde Mental>.

Tais fatos inverídicos e falaciosos contra os hospitais, (...) determinaram que, desde janeiro, nós tivéssemos a presença de várias fiscalizações, avaliações e inspeções da Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba (...). Também tivemos, por exemplo, uma inspeção surpresa do CONDEPE/SP (Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana), da Secretaria de Direitos Humanos e do próprio DENASUS (Sorocaba/SP-TJSP, 2012, grifos nossos)⁶³.

De acordo com Goto (2018), as fiscalizações citadas pelo grupo de “senhores-proprietários” foram realizadas por representantes da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, do Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana, da Comissão de Direitos Humanos da Subseção de Sorocaba da Ordem dos Advogados do Brasil, do Núcleo Especializado de Cidadania e Direitos Humanos da

⁶³ Sorocaba/SP. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. 10ª Região Administrativa Judiciária, sede da 19ª Circunscrição Judiciária. Pedido Inicial em Ação Civil Pública nº. 0058101-53.2012.8.26.0602 (número de ordem 40777/12), em andamento na Vara da Fazenda Pública de Sorocaba/SP. Protocolo inicial realizado em 14/11/2012. Partes: Ministério Público do Estado de São Paulo x Município de Sorocaba, Hospital Vera Cruz Sociedade Simples LTDA. e VCR Administrações e Participações LTDA. Disponível em: <<https://esaj.tjsp.jus.br/cpopg/show.do?processo.codigo=GQZ0C18TX0000&processo.foro=602&processo.numero=0058101-53.2012.8.26.0602>>. Acesso em 05/04/2023.

Defensoria Pública do Estado de São Paulo, do Conselho Federal de Psicologia e do Conselho Regional de Psicologia da Região de São Paulo, em averiguação às denúncias apontadas no dossiê divulgado pelo Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba (Flamas), que retratavam, sim, a realidade do manicômio fiscalizado.

Apesar das horas insuficientes dos trabalhadores, o relatório apresentou a carga horária do diretor clínico do hospital somando 158 horas semanais e distribuídas em 12 instituições hospitalares diferentes, conforme cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), lembrando que uma semana possui 168 horas, ou seja, uma clara reprodução das práticas denunciadas no período de compra de serviços hospitalares privados pelo INPS na década de 1970. Também se constatou a falta de projeto terapêutico e diversas violações de Direitos Humanos. O relatório recomendou o fechamento do HP (BRASIL, 2011 *apud* Goto, 2018, p. 148).

Goto (2018) denuncia os rastros da corrupção em relação à contratação de leitos psiquiátricos desde a ditadura militar que, por sua vez, se interseccionam com os rastros de heranças coloniais como elementos que estruturam a nossa realidade em repetições históricas de expropriação, acumulação e violência.

Para aprofundarmos as reflexões sobre a reação dos “senhores-proprietários” citada anteriormente, acionamos novamente a análise de Cida Bento (2014) sobre a herança branca da escravidão. De acordo com a autora, tal herança garante às pessoas brancas maior chance de ascensão, maior prestígio e uma confiabilidade social que não pode ser posta à prova. Bento (2014) nomeou esse fenômeno como “pacto narcísico da branquitude”, conforme já citamos nesse estudo, onde a identidade branca se funda sobre as dimensões positivas, inclusive, revelando-se nos “feitos” relacionados ao campo do trabalho. Essa ficção de superioridade forja, então, um imaginário que reproduz a ideologia do merecimento dos lugares de privilégios da branquitude, que foram alcançados, na realidade, pela ação de um mito que se desdobra de outro: a falácia da “meritocracia” como desdobramento do mito da “democracia racial”.

Observamos, na resposta dos “senhores-proprietários” a um órgão oficial da justiça que, além de usarem o termo racista “denegrir”, parte do texto foi escrito em caixa alta, como se gritassem que todas as inúmeras provas reunidas sobre as violências e os assassinatos manicomiais que ocorreram em suas empresas, bem como a flagrante corrupção relacionada aos dados cadastrados no CNES se tratavam de “sérias distorções da realidade”. Pareciam inconformados, talvez, por estarem acostumados aos padrões classistas trançados com a racialização, como “eixo gravitacional do padrão de

colonialidade e, como tal, (...) dentro do ordenamento policial-jurídico” (Segato, 2021, p. 299), estariam protegidos pelo sistema que pune diferenciadamente os ocupantes do espaço hegemônico e aqueles que carregam as marcas dos povos dominados. Pareciam não acreditar que a lei seria aplicada.

Trazemos uma última consideração para fecharmos esse ciclo de reflexões e abriremos o próximo: a frase “Atualmente vivemos uma época de <denuncismo sem base técnica e de propaganda negativa>, visando denegrir instituições e profissionais que neles trabalham” nos soou como uma tentativa de distribuição das responsabilidades com as pessoas contratadas como “empreiteiras da violência” (Basaglia, 2010) por parte dos “senhores-proprietários” dos manicômios, o que tentaremos desenvolver a seguir.

3.2. (Sobre)Viver na ilha: as fronteiras entre o sujeito e o (seu) mundo

E a gente viveu nessa ilha, né, era o tempo todo ali. Isso é muito complexo. Cada história, cada um, é o ser humano, é família, é a história de uma sociedade que deixa de lado, que não quer saber, que fala “o problema não é meu” (Antônia).

A fim de circularmos pelos caminhos que se apresentam nas encruzilhadas das experiências entre pessoas e trabalho no hospício, vamos explorar os discursos construídos de uma forma um tanto quanto ambígua pelas recordadoras sobre a “ilha-manicômio”.

Arriscamos defender a sobrevida do testemunho nessa pesquisa como uma tentativa, sempre parcial e limitada, de enfrentar alguns dos complexos dilemas inerentes à violência da/modernidade/colonialidade: a tensão, a ambiguidade, o desaparecimento, o apagamento e o predomínio de uma paisagem formada por memórias colonizadas. “Essas marcas conservadoras da memória constroem muros que barram a construção de outras memórias, dificultam a inscrição de outras narrativas e a produção de novas subjetividades resistentes à colonialidade” (Seligmann-Silva, 2022, p. 17). E as memórias colonizadas pelos signos manicomial se revelam como marcas de uma permanência – o luto manicomial.

Os hospitais psiquiátricos abrem porta pra muita gente, né. A gente fala, assim, que o início nosso, como auxiliar de enfermagem, era no psiquiátrico. Você tinha que fazer assim, só começar no psiquiátrico, só pra ter uma base e logo já sair pra entrar no

clínico, porque o hospital clínico pedia experiência. Mas não foi isso que eu fiz, eu me formei e fiquei ali, eu confesso que eu estacionei ali (Cristina).

Mas olha, o que ficou mesmo é aquela coisa de viver exclusivamente aquilo, até porque, se não fosse dessa forma, não teria funcionários com quinze, com vinte anos, não teria. É o amor mesmo, tanto que alguns funcionários até permanecem nos CAPS, muitos tão até hoje. Então, a reflexão, acho que é isso, é o aprendizado, é o amor. Não eram todos, lógico, a gente sabia que tinham alguns que não tinham afeto, que tratava de uma forma que não deveria. Mas, os que estavam lá por amor, esses defendiam os pacientes, tentavam tratar da melhor forma, tentavam aliviar, fazer o que podiam. E também tinham os limites (Antônia).

Um dos significantes atribuídos pelas recordadoras às experiências de permanência na “ilha- manicômio” foi o trabalho “por amor”, o que pareceu ter afetado as mulheres de modo particular.

(...) sobre essa questão de trabalhar por amor que eu falei, eu acho que, assim, parece que já é nosso, que já é da mulher. A gente que é mulher, já é o instinto nosso, né, o instinto natural. (...) Eu não sei se as outras que você entrevistou responderam isso ou não, mas eu trabalhava tanto com amor. (...) na enfermagem, a gente já se doa com amor e, na psiquiatria, assim, bem geral, parece que a gente se doa mais. A gente se doa mais porque você vê a carência das pacientes, a carência delas era maior ainda (Cristina).

No hospital, tinha uma questão que era, assim, trabalhava o marido, o filho, a esposa, tudo trabalhando no hospital (...). Acho que isso vinha dos proprietários, eles contratavam as pessoas da mesma família, ou que eram conhecidos, né. Parece que era como pra dizer “olha nós somos um hospital psiquiátrico, mas nós amamos nossos funcionários”, porque eles queriam vender essa imagem de que ali era uma família, que não era muito verdade, mas, enfim... (Geni).

Da instituição familiar às instituições de produção capitalista, as representações sociais dos gêneros na modernidade/colonialidade são estruturais e estruturantes das relações, sendo sustentadas pela exploração do trabalho realizado por mulheres. Para Silvia Federici (2019), o “trabalho afetivo”, uma das faces do trabalho de reprodução social, se constitui como a maior contradição no âmbito do trabalho alienado. Nas palavras da autora,

Para onde quer que olhemos, podemos observar que os trabalhos executados por mulheres são meras extensões da condição de donas de casa em todas as suas facetas. Não apenas nos tornamos enfermeiras, empregadas domésticas, professoras, secretárias (...), mas estamos no mesmo tipo de relação que dificulta a nossa luta dentro de casa: isolamento, o fato de que a vida de outras pessoas depende de nós, a impossibilidade de enxergar onde começa o nosso trabalho e onde ele termina, onde nosso trabalho termina e começam nossos desejos (p. 50).

Nos manicômios, o mito do “trabalho por amor”, que se revela como uma ferramenta alienante da “colonialidade de gênero” (Lugones, 2020), foi explorado para a desmobilização das trabalhadoras que exerciam o direito à greve. Ao reivindicarem o pagamento dos seus salários que estavam atrasados, algumas trabalhadoras foram interpeladas e criticadas, inclusive, por outras mulheres, que repetiam, provavelmente, as palavras dos “senhores-proprietários”, conforme segue relatado por Cristina:

Muitas colegas do “Amável Donzela” me criticaram porque eu aderi à greve. Eu achei até que isso foi, assim, uma coisa que não vinha necessariamente delas. (...) as colegas mesmo falaram “ué, mas como você tem coragem de fazer greve, você não trabalha por amor?”. Eu percebi que isso era uma manipulação, que elas tavam sendo, assim, manipuladas, mas aquilo me deixou triste, porque eu falei “poxa vida, eu trabalhei doze anos aqui, fazendo o meu melhor, trabalhando com amor”. (...)Nesses doze anos de “Amável Donzela”, mesmo doente, eu ia trabalhar. Eu pensava “se eu chegar lá e desmaiar pelo menos eu fui” (Cristina).

Ao ser questionada se os mesmos apelos para que continuassem trabalhando sem remuneração, no contexto de extrema precarização em que se encontravam, teriam sido dirigidos também aos homens trabalhadores, a entrevistada respondeu que não. Ela argumentou, em seguida, que a questão de cuidar por amor seria natural da mulher e não do homem. Nesse sentido, consideramos que os ataques direcionados às mulheres, na tentativa de esvaziamento da greve das trabalhadoras, foram construídos a partir de argumentos sexistas.

A greve narrada por Cristina aconteceu no período da crise dos hospitais psiquiátricos do território, próximo ao fechamento do polo manicomial por força do TAC Sorocaba (2012). Esse contexto se revela como mais um elemento de produção de angústia, propício à reprodução de pensamentos e comportamentos estereotipados e fortalecidos por alianças alienantes, tais como o embate entre as próprias trabalhadoras, por ela descrito como algo que a feriu. Talvez, essas trabalhadoras identificassem a

destruição dos hospícios com o seu próprio fim enquanto parte daquela instituição (Pichon-Rivière, 2009; Kaës, 2014; Scarcelli, 2011).

Dentre as questões relacionadas ao trabalho feminino, destacamos que a luta pelo salário pode representar, no contexto dos trabalhos reprodutivos a nível não remunerado ou profissional, a recusa das mulheres em aceitar o “trabalho em troca de amor” ou o “trabalho por amor” como um destino biológico (Federici, 2019). E, no caso da greve das trabalhadoras dos hospitais psiquiátricos de Sorocaba, isso poderia representar ainda mais. A greve tinha o potencial de produzir uma importante ruptura, caso as trabalhadoras fossem a fundo e denunciasses as condições degradantes e desumanizantes em que se encontravam todas as pessoas institucionalizadas, considerando a interdependência entre as carreiras de “paciente” e de “trabalhadora” da psiquiatria. Porém, não foi exatamente dessa forma que a história aconteceu.

Lembro que, na época da greve, a gente deixou bem claro que o problema não era com as condições de tratamento do hospital “Amável Donzela”. O problema era no pagamento, porque a gente não tava recebendo. Eu lembro que eu fui entrevistada, que eu falei que o hospital tratava muito bem o paciente, que faz o que pode fazer, mas que o problema tava sendo com os pagamentos (Cristina).

O conceito de “precarização subjetiva” proposto por Danièle Linhart (2014) nos pareceu útil para a análise dos impactos da precarização social na subjetividade de trabalhadores/as. Todas as entrevistadas enunciaram, de forma direta ou indireta, que as ordens e determinações sobre o funcionamento dos hospícios, de ponta a ponta, vinham “de cima”, em referência à direção dos hospitais psiquiátricos. E isso nos leva à interpretação de que a desmobilização da greve e a limitação das reivindicações também se enquadrem nesse contexto de grande institucionalização.

Algumas recordadoras mencionaram que “todo mundo” sabia o que acontecia nas instituições psiquiátricas, o que, possivelmente, legitimava o seu funcionamento perverso política e socialmente. Nesse sentido, os dilemas e as contradições inerentes ao papel de “operadoras da violência” parecem ter fixado a experiência dessas mulheres em pontos onde a realidade foi forjada de forma distorcida, tornando as inúmeras privações e violações de direitos, por exemplo, como algo constitutivo do cotidiano. Segundo Linhart (2014), uma das condições associadas à precarização subjetiva é o amoldamento das

trabalhadoras/es aos valores das instituições, com a supressão, inclusive, de seu direito à palavra própria e à voz.

A própria recordadora que elaborou a memória sobre a greve oscilou entre a afirmação do trabalho por amor e do trabalho por necessidade. Inclusive, à época, ela era arrimo de família, como justificou em seu relato. Nesse sentido, observamos seus movimentos de idas e vindas, de alternâncias entre uma aliança alienante e uma aliança defensiva no contexto dos ataques a que as mulheres foram submetidas de forma particular no contexto dos hospícios, do início ao fim, pela exploração do trabalho reprodutivo profissional (Kaës, 2014).

Quando surgiu aquela reportagem no programa do Cabrini (...) e aí, veio toda a repercussão. Só que, na época do Cabrini, nós fomos muito visadas como enfermagem, sabe? Porque ali começou a parte de administrador, médicos, RT, né, os enfermeiros chefes, até chegar na gente. Quem cuidava dos pacientes? Éramos nós (...) naquele momento tão crucial, com a reportagem do Cabrini e com todas aquelas evidências, com o alarde sobre os direitos dos pacientes e tudo, ficou em evidência que o hospital psiquiátrico tinha que deixar de existir por maus-tratos (Cristina).

No dia que veio a fiscalização pra fechar, polícia e tudo, a gente chegou e tava todo o policiamento lá dentro. A forma que nos trataram, com truculência e tudo, a gente não merecia isso, porque todo mundo sabe o que tinha por trás. Todo mundo, a vida inteira, soube como que era a psiquiatria, então, não precisava daquela truculência. (...) Tinha polícia federal, polícia militar, tinha tudo, todo mundo lá, com o garruchão. (...) Gente, a gente não era bandido, a gente é trabalhador, trabalhador sofrido da área da saúde que a vida inteira sofreu com o menor salário da saúde (Antônia).

As falas de Antônia e Cristina parecem revelar um choque de mundos que as denúncias sobre os maus tratos e, posteriormente, as fiscalizações, produziram em relação à imagem que as recordadoras tinham dos hospícios, do trabalho que realizavam e, talvez, de si mesmas.

À história dos maus tratos, as trabalhadoras apresentaram como contraponto os processos de luto que vivenciaram em relação às perdas dos/as “pacientes”:

Na parte psiquiátrica, quando a pessoa não tem família, eles não fazem velório, essas coisas. Lá era muito rápido, sabe? (...) quando morria uma paciente lá,

principalmente quando era uma que marcava a gente, o hospital inteiro sentia a morte da paciente. Por isso que eu fico, fico não, né, porque essa parte da psiquiatria já ficou no passado, mas na época das denúncias, o que disseram sobre as mortes nos hospitais psiquiátricos, isso me deixou revoltada. Porque a gente sentia a morte dos pacientes e, se morreu, é porque alguma coisa aconteceu, teve um fator ali, predominante, pra ele vir a óbito, que não se inclui dizer que foi maltratado, que foi negligência e tal, porque o hospital inteiro sentia (Cristina).

Um ponto também que eu observava, sobre a questão das mulheres que trabalhavam no hospital, era esse lado mais emotivo, porque as meninas, principalmente as meninas da limpeza e da cozinha, que eram as que tinham muito contato com os pacientes, elas se apegavam muito neles. (...) Os que faleciam e não tinham família, as funcionárias que iam no velório, a gente pedia autorização, pedia pra ambulância levar na funerária (Antônia).

O que eu achava triste era só o necrotério. Lá eu não gostava, eu ia lá quando morria paciente, nós, da cozinha, a gente ia lá visitar. Ficava um tempo no necrotério, se tinha família, aí a família ia buscar. Se não tinha família, dali, já ia direto pro cemitério. (...) Às vezes, nem dava tempo da gente ficar sabendo, morria e já ia embora. (...) Olha, eu não vi muitas morrerem, não, eu vi algumas, alguma paciente, mas muitas não. E tinha de todas as idades, mais nova, mais velhinha, morria paciente de todas as idades. Eu não sei falar pra você do que elas morriam. Tinha algumas que morriam de gripe, até de gripe, assim, complicação. Outras morriam de outras doenças. (...) Eu sentia dó, tristeza de ver as pacientes naquela situação, porque, poxa vida, a gente tem família e não agradece a Deus (Eliana).

Ao analisarmos essas narrativas, a impressão que fica é a de que a referência ao amor, à vivência do luto e à aceitação de que aquelas pessoas iriam morrer, hora ou outra, se aproximava da perspectiva cristã de “amor ao próximo”. Recuperamos o recorte de um dos versículos bíblicos que fala sobre o amor: “O amor é paciente, o amor é bondoso. (...) Não maltrata, não procura seus interesses, não se ira facilmente, não guarda rancor. (...) **Tudo sofre, tudo crê, tudo espera, tudo suporta**” (Coríntios 13:4-7, grifos nossos)⁶⁴. E

⁶⁴ Disponível em: <https://www.bibliam.com/amor/>. Acesso em 06/01/2024.

associamos essas questões com outros relatos que identificam o trabalho na psiquiatria como uma “missão”:

(...) eu dobrei os meus joelhos eu pedi pra Deus, eu falei: ai senhor, eu quero muito entrar na enfermagem, eu terminei o curso, eu tô tendo a oportunidade de estar aqui, de ter um começo diferente. Se for pra minha felicidade, que o Senhor tire todo esse desespero que tá no meu coração, essa vontade de ir embora correndo. Que o Senhor faça que eu permaneça aqui, porque eu tenho uma missão. Se essa é a minha missão, eu quero que o senhor me ajude (Cristina).

Eu vou te falar uma coisa, foi um serviço que eu não pedi a Deus, mas foi um dos melhores, foi um dos melhores serviços que eu trabalhei. Deus tem um propósito na vida da gente e a gente é direcionado, sem saber que está sendo direcionado, mas a gente é encaminhado pra lugares que depois a gente pensa “meu Deus, mas não tinha nada a ver isso daí, o que eu fui fazer lá?” (Marta).

As ideias de uma missão divina e do amor ao próximo parecem ter sido úteis aos interesses dos manicômios, na medida em que encobriam o paradoxo do “trabalho por amor” *versus* a participação e/ou testemunho cotidiano em cenas de violências e violações de direitos. Nesse sentido, questionamos: na ideia de “trabalho por amor”, atribuição essencializada como feminina, é possível que as pessoas tudo suportem, conforme sugere o versículo bíblico?

Com Basaglia (2010), recordamos que há um paradoxo na existência do próprio complexo hospitalar. Segundo o autor, o hospício encerra em si mesmo a sua finalidade à medida que o/a “doente mental”, que seria o propósito último de uma instituição hospitalar psiquiátrica, não existe: ele/ela está fixado/a em um papel que o/a define e, ao mesmo tempo, o/a anula. Nessa perspectiva, a crença na possibilidade de se fazer o “bem” a uma pessoa asilada cairia por terra.

Após anos de institucionalização, não existe mais pessoa, a identidade é desintegrada, o ser desaparece com o diagnóstico e o que resta, apenas, é o fantasma de uma doença sem saída, reduzida a um par de sintomas que são mais vinculados às contingências da “carreira institucional” do que à síndrome em si (Goffman, 2007): “não se trata, portanto, somente de regressão doente, mas também de regressão institucional” (Basaglia, 2010, p. 66).

Basaglia é categórico ao afirmar que, como a figura do/a “doente mental” não pode ser vivida como um problema que coloque o mundo que o/a produziu em crise, os papéis do/a psiquiatra, dos/as enfermeiros/as e demais encarregados pelo sistema manicomial não se justificam para além do exercício da autoridade e do poder que estão investidos.

Trazendo as contribuições de Basaglia (2010) para o território pesquisado, considerando os limites da equiparação dos papéis dos/as psiquiatras, enfermeiros/as e outros/as profissionais dos hospícios, pois, no território pesquisado, diferentemente do contexto das instituições públicas analisadas pelo autor, os manicômios eram, em sua maioria, privados. Lembrando que os donos dos hospícios, os “senhores-proprietários”, eram os executores de uma política pública.

No intento de analisarmos mais a fundo a questão da institucionalização do trabalho nos manicômios, recuperamos os dados sobre a constituição racial das equipes, que foram descritos na seção Memória Social desse estudo, e os consideramos em intersecção com gênero, classe, território e geração.

Como mencionamos anteriormente, as recordadoras descreveram a diretoria dos manicômios como constituída majoritariamente por homens, brancos e médicos. Os cargos de nível superior (medicina, enfermagem, psicologia, terapia ocupacional e serviço social) foram ocupados prioritariamente por pessoas brancas, tendo sido identificadas apenas três pessoas negras nessas posições, sendo um médico, uma psicóloga e uma enfermeira. Sobre essa questão da constituição racial das equipes, ouvimos de uma recordadora, ainda, que uma assistente social negra teria sido demitida por não ter (o) “perfil” esperado, de acordo com a avaliação do filho de um dos “senhores-proprietários”, e que uma enfermeira-chefe negra foi substituída por outra que era branca.

Os achados do campo sobre a centralidade das relações raciais na hierarquização das equipes indicam a forte presença do racismo institucional nos manicômios. Sobre a falácia do “perfil” esperado de trabalhadoras/es em cargos de nível hierarquicamente superior, questão citada por Marta e por Antônia em relação ao contexto de inferiorização de mulheres negras, com Sueli Carneiro (2011) aprendemos que é imprescindível a construção de uma agenda de lutas que possa enegrecer o feminismo. Carneiro (2011) propõe uma crítica aos mecanismos de seleção no mercado de trabalho, tais como o critério racista de “boa aparência”.

A raça, como elemento estrutural e estruturante da sociedade e das relações de gênero foi uma questão observada nesse estudo, estando as pessoas negras, de acordo com a maioria das entrevistadas, presentes em funções mais subalternizadas do trabalho nos hospitais psiquiátricos.

Recuperando alguns dados do campo temos que, até os anos 90, as/os atendedoras de enfermagem, as pessoas encarregadas da limpeza, da cozinha e da lavanderia eram contratadas/os como auxiliares de serviços gerais. Em funções aproximadas às das/os auxiliares de serviços gerais, porém, registradas/os em outras categorias profissionais, estavam as/os monitoras/es e as/os auxiliares de terapia ocupacional.

Sobre as/os técnicas/os e auxiliares de enfermagem, de modo geral, as recordadoras as/os identificaram como uma das categorias profissionais mais próximas à rotina dos pavilhões, juntamente com as equipes de limpeza e de monitoria. Sobre o grupo da enfermagem, a maior parte das recordadoras indicou uma divisão por raça e gênero equilibrada; no entanto, foi apontado por uma delas que todas as enfermeiras-chefes eram mulheres e brancas.

Tanto as mulheres quanto os homens atendedoras eram pessoas muito simples, muitos com baixa escolaridade, analfabetos, tanto que, às vezes, só escreviam o nome. As mulheres, acho que elas vinham de experiências anteriores como trabalhadoras domésticas, né, faxina, dona de casa, aquela coisa. Os homens, muitos eram de municípios vizinhos, principalmente depois que o hospital “Graciosa Vingativa” fechou, então, muitos vinham de lá porque ficavam desempregados. Então, vinham de cidades menores, provavelmente, na época, regiões mais rurais, né. Eram mais esses homens, que trabalhavam na área rural antes, que entravam. Depois, eles iam pulando de hospital em hospital na região, porque eram os mesmos que trabalhavam em Pilar do Sul, em Piedade, em Salto de Pirapora e em Sorocaba (Antônia).

A memória anteriormente citada coincide com o “perfil” de trabalhadoras/es fixado desde o início da constituição dos asilos para alienados. De acordo com os registros historiográficos analisados por Barbosa (1992), a maioria dos/as funcionários/as subalternizados/as nos depósitos de pessoas desumanizadas era formada por pessoas negras libertas e egressas de prisões nos primeiros hospícios brasileiros. Como ferida de nosso passado colonial, a ideologia dominante sobre o mundo do trabalho, que não reconheceu o trabalho escravizado como trabalho, se perpetuou por meio da permanente

desvalorização e subalternização do trabalho das pessoas que carregam as marcas dos povos dominados.

A nossa vida era ali, então, a gente não tinha, a gente que eu digo, era de um patamar pra baixo, mas a gente não tinha aquele outro olhar, né. Quando eu falo de um patamar pra baixo, falo da equipe técnica pra baixo. Médicos e equipe técnica já tavam no patamar de cima, né. Equipe técnica, por exemplo, só atendia os agudos, não atendiam os crônicos, praticamente não atendiam, e também ficavam menos horas ali (Antônia).

Passos (2017) contribui com a análise sobre a perpetuação das desigualdades raciais e gendradas no mundo do trabalho desde a escravização, ao estabelecer associações entre o trabalho das atuais cuidadoras nos serviços da rede de atenção psicossocial do Rio de Janeiro que, em sua maioria, são mulheres e negras, e as funções realizadas por mulheres escravizadas e africanas livres nos hospícios do século XIX. Segundo a pesquisadora, as mulheres negras exerciam as funções de limpeza, higiene das roupas e demais serviços gerais, além de “(...) um trabalho que envolvia ‘cuidados’ diretos às pessoas internadas no hospício – vide o auxílio na enfermagem”, ou seja, realizavam o “trabalho sujo” do cuidado (Passos, 2017, p. 80).

Nos hospitais psiquiátricos do território pesquisado, após as exigências da formação como técnica/o ou auxiliar de enfermagem para que as/os atendentes de enfermagem continuassem a exercer as suas funções:

(...) o hospital não podia ter mais os atendentes, tinha que ter a mão de obra qualificada. A maioria dos atendentes que permaneceu trabalhando teve que fazer o curso, porque o COREN sempre tava fiscalizando. Essa exigência de ser o auxiliar já fez mudar um pouco o perfil dos funcionários na enfermagem, porque ficaram mais as mulheres trabalhando nessa área. Acho que os homens, com o curso de auxiliar, eles se encaixaram mais fácil em outros hospitais, inclusive, acho que escolheram trabalhar mais nos clínicos, que pagavam melhor que a psiquiatria, ou ficaram na psiquiatria como um complemento, pegando mais o plantão noturno, né (Antônia).

Acho que o “Amável Donzela” só veio a contratar homens no final, acho que uns quatro anos antes de fechar. A maioria desses funcionários homens vinha do “Caridade”. (...) Eles chegavam lá tipo sargento, sabe? Chegavam achando que tinham que impor respeito, mas o respeito deles era diferente, era aquela coisa, assim, que parecia militar (Cristina).

(...) tinha hora que você tinha que ficar meio ligeiro, mas era com os enfermeiros. Às vezes, você tinha que ter mais medo de enfermeiro, sabe? Falar as coisas e eles não gostar, “ah você trabalha na cozinha e não entende de nada”. A gente sabia que não podia falar, você sabe que cozinha é cozinha, enfermeiro é enfermeiro, médico é médico (Ana Francisca).

(...) na limpeza, (...) depois desse período que não contratavam mais atendentes de enfermagem sem formação, só ficou mulher trabalhando. No máximo, um ou dois homens, no máximo, mas também de um nível escolar mais baixo ainda, que já tavam acostumados em área rural ou coisa assim. Agora, as meninas da limpeza, elas ajudavam muito a cuidar dos pacientes como eu comentei (Antônia).

Nos relatos, observamos a intensificação da exploração das mulheres na conjuntura de precarização material e subjetiva que marcava os processos de trabalho nos manicômios.

Sobre a realidade das mulheres no mercado de trabalho formal e informal nos contextos brasileiros, Passos (2018a) afirma que essa inserção “(...) trouxe à tona a não qualificação profissional para exercer os ofícios, ocupações e profissões consideradas femininas e subalternas, já que são vinculadas à naturalização de uma determinada essência” (Passos, 2018a, p. 65). Em relação à exploração do trabalho de reprodução profissional, Federici (2019) associa as experiências de trabalho à situação das mulheres nos contextos familiares, conforme já citamos: “(...) desde os primeiros dias da sua vida, você tem sido treinada para ser dócil, subserviente, dependente e, o mais importante, para se sacrificar” (Federici, 2019, p. 44).

Na cozinha também, a maioria era de mulheres, mas tudo simples. Era esse pessoal que não tinha muita escolaridade, que não tinha outros meios. Na limpeza, a maioria eram mulheres, muitas mulheres negras também, né. Até que, na limpeza, tinham alguns homens, mas isso foi se transformando, com o passar dos anos, e foram ficando as mulheres. A limpeza era limpeza pesada, lavar tudo, eram as primeiras funcionárias a entrar, entravam às cinco, seis horas da manhã. Tinham muitas mulheres do Norte e Nordeste que foram parar no hospital, que vieram pra cá por algum motivo e acabaram indo trabalhar na limpeza. Eu sei que eu ficava muito impactada de elas não saberem ler, não saberem escrever e tudo o mais, né, que era o sonho delas também, aprender. (...) Agora, a questão racial, eu acho que ficou um pouquinho equilibrada, depois que

ficou mais mulher trabalhando na limpeza. Acho que ficou meio a meio, tinham mulheres negras e brancas também. Se eu não me engano, as que já eram mais antigas, elas eram negras, aliás, acho que nem se consideravam negras, com certeza não, que tem essa questão, né (Antônia).

Quando eu fui trabalhar no hospital, foi o meu primeiro registro e foi como auxiliar de terapia ocupacional. Eu nem sabia o que era isso. (...) eu saí do hospital radiante de alegria porque eu tinha conseguido uma vaga pra uma coisa, que eu nem sabia o que era, mas eu ia. (...) Com dois dias, eu já tinha passado na experiência, me abriram o portão, jogaram lá dentro e falaram assim “se vira”! (...) Agora, como auxiliar de terapia ocupacional, eu não sei o porquê de serem mais mulheres negras, não sei. Era a parte mais perigosa do serviço, né, porque a gente ficava ali, mais em contato com os pacientes, durante muitas horas (Marta).

As mulheres da limpeza, da cozinha e mesmo algumas que eram auxiliares de enfermagem, não técnicas, auxiliares, muitas vezes elas se comparavam aos pacientes. “Nossa, eu tenho os mesmos sintomas” ou “tenho a mesma expectativa”. Como a gente via isso? No hospital tinha o barracão da biblioteca e essas mulheres, quando elas iam descansar, elas iam pra lá e ficavam conversando com a gente, né. (...) Elas comentavam que moravam longe, que ganhavam pouco, que não tinham com quem deixar os filhos, outras tinham filho na prisão, era uma vida difícil, sabe? Muitas histórias de violência também nas vidas delas (Yolanda).

Heleieth Saffioti (2013) problematiza que a inferiorização da mulher impacta de modo positivo a atualização do capitalismo, ocupando um lugar social condicionado às demandas das forças produtivas:

O modo capitalista de produção não faz apenas explicitar a natureza dos fatores que promovem a divisão da sociedade em classes sociais; lança mão da tradição para justificar a marginalização efetiva ou potencial de certos setores da população do sistema produtivo de bens e serviços. Assim é que o sexo, fator de há muito selecionado como fonte de inferiorização social da mulher, passa a interferir de modo positivo para a atualização da sociedade competitiva, na constituição das classes sociais. (...) as oportunidades sociais oferecidas aos contingentes femininos variam em função da fase de desenvolvimento do tipo social em questão, ou, em outros termos, do estágio de desenvolvimento atingido pelas forças produtivas (Saffioti, 2013, p. 66-67).

No campo dos trabalhos subalternizados e essencializados como femininos, o trabalho doméstico profissional se revela como um dos mais emblemáticos,

representando, ainda, a porta de acesso ao mercado de trabalho para muitas mulheres, especialmente as negras, com baixa escolaridade, originárias, em sua maioria, das regiões norte e nordeste do Brasil (Figueiredo, Gomes, 2016).

Recordamos que o direito à carteira assinada para as trabalhadoras domésticas somente foi conquistado em 1972, sendo que a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) data de 1943, ou seja, houve bastante demora nesse processo. Apenas com a Constituição de 1988 se deu a ampliação de direitos assegurados à categoria, como gozar férias de trinta dias, licença-maternidade, aposentadoria por invalidez e por tempo de serviço, fundo de garantia, direito à folga semanal remunerada e seguro-desemprego. Esses direitos não foram dados, são fruto de muita luta travada por essa categoria profissional, que segue combativa na atualidade (Figueiredo, Gomes, 2016).

Mas olha, menina, eu, como mulher negra, eu acho, assim, que na época... hoje você tá chamando a minha atenção sobre isso daí, mas na época era tão difícil, que era aquela coisa, assim, só de você não estar trabalhando de empregada pra alguém, de você conseguir um serviço diferente, mesmo que fosse a pior coisa, mas era diferente de ser empregada doméstica. (...) Na época que eu trabalhava, empregada doméstica era empregada doméstica e o negócio era brabo. (...) se você entrasse dentro da casa, você sabia que você era empregada. Você era o último, do último, do último! Agora, você ir trabalhar num hospital era diferente, as pessoas já te olhavam também de um jeito diferente (Marta).

Ao analisar o impacto das violências étnico-raciais nos grupos de mulheres trabalhadoras, Lélia Gonzalez (2020) apontou que seus “refúgios” seriam as carreiras de serventes em hospitais e escolas, dentre outras profissões desvalorizadas, o que fica explicitado nos discursos de Marta e Helena, que seguem reproduzidos.

Eu entrava lá de coração aberto, sabe, de coração aberto porque eu via ali como... olha, falando uma sinceridade pra você, como um refúgio pelo que eu passava na minha vida. (...) Quando eu comentei que o hospital era o meu refúgio, não era por causa tanto de lá, era mais pela condição mesmo que eu vivia. (...) Quando eu ia pra lá, eu não pensava que eu tinha de botar comida na mesa, eu não pensava no remédio, tudo ali tava na mão pra eu fazer. (...) Então ali, é como se eu tivesse saído, como se lá fosse um lugar que eu ia me refugiar, que eu tava livre (Marta).

(...) ela era uma pessoa que já tinha sofrido muito. A Laila era muçulmana, ela veio lá dos lados do Líbano, viveu a guerra lá. Depois que a gente fez amizade, ela falava que ela morava num único cômodo e, às vezes, quando eles levantavam de manhã, assim, a casa tava cercada de tanque de guerra. Inclusive, ela mostrou pra nós foto das crianças dela segurando as armas do exército. (...) É interessante que, quando a gente vai lá, ela faz questão de lembrar o nosso tempo na rouparia (Helena).

No tocante às diversidades e adversidades que marcaram as experiências das mulheres e o trabalho por elas realizado nos hospícios, a questão do trabalho doméstico esteve bastante presente. Para Angela Figueiredo e Patricia Godinho (2016), “(...) o trabalho doméstico pode ser compreendido não apenas como o resquício das relações escravistas dentro da modernidade, mas como uma relação de contradição ao discurso moderno, uma vez que tal discurso constrói sua narrativa baseado na crença de relações de trabalho” (p. 919). Figueiredo (*apud* Figueiredo, Godinho, 2016) problematiza, ainda, como os direitos, mesmo aqueles já existentes, continuam não garantidos à categoria das trabalhadoras domésticas dentro de nossa estrutura social extremamente desigual, racista e hierárquica.

A análise das interseccionalidades para a compreensão do trabalho doméstico é fundamental, na medida em que, por “(...) um lado, esse trabalho é considerado parte daquilo que as mulheres devem fazer (sem reclamar) há séculos – o trabalho feminino de cuidar e limpar constitui um trabalho gratuito. Por outro lado, o capitalismo produz inevitavelmente trabalhos invisíveis e vidas descartáveis” (Vergès, 2020, p. 24-25).

A minha mãe, há muitos anos, ela trabalhou no hospital psiquiátrico “Feliz Dia a Pobrezinhos”. Ela era atendente de enfermagem, era tipo uma cuidadora, né. Assim, foi por pouco tempo que minha mãe trabalhou, mas eu escutava muito ela falar do hospital psiquiátrico, então, eu tinha medo. (...) Na época que ela trabalhou, até eram essas atendentes que administravam medicação, mas, no geral, o serviço era ficar no pátio atendendo pra pacientes não brigarem, atendendo pra não ter fuga. Na verdade, praticamente, era quase a mesma função que eu exerci muitos anos depois lá no psiquiátrico, no “Amável Donzela”, como auxiliar de enfermagem (Cristina).

A partir dos cruzamentos do trabalho invisível e da produção de vidas descartáveis, imaginamos que a (sobre)vida das mulheres que permaneceram em cargos subalternizados nos hospícios não tenha sido nada fácil. Por décadas e de geração em

geração, conforme apontado por Cristina, as mulheres, especialmente as que ocuparam os cargos de auxiliares de serviços gerais, atendentes de enfermagem, cuidadoras e outras categorias que ficavam bastante próximas aos/às encarcerados/as, vivenciaram a situação dilemática de um cuidado impossível em um contexto de violência e precarização subjetiva, conforme já sinalizado neste texto.

E aí foi indo, eu fui pegando um amor que, tanto é que, quando eu fui na enfermagem, eu não me adaptei com as enfermeiras. Acho que foi porque elas tinham uma forma de tratar eles que era diferente de mim. (...) E aí, eu fui pro pátio e, no pátio, eu me aproximei muito deles, acho que meu erro foi esse, foi eu me apegar. (...) como que você não vai pegar a dor daquela pessoa, sendo que aquela pessoa passa a fazer parte da sua vida? Você não ama, mas você tá ali com ela, você convive com ela. (...) Eu digo pra você que não era que faltava nem pouca humanidade, era muita humanidade (Helena).

A partir das contribuições de Mbembe (2018), defendemos a existência de uma necropolítica dos hospitais psiquiátricos como instituições que exerceram um poder de morte estruturado através da manipulação e do domínio de noções como “loucura”, “razão” e “terror”. Uma necropolítica exercida contra as vidas que foram transformadas em sombras e que, despersonalizadas, não importavam a quase ninguém. E as mortes desses/as encarcerados/as, relegados/as à “zona do não ser” (Fanon, 2008), sequer eram passíveis de questionamentos no âmbito da sociedade que, de forma geral, chancelava a existência dos hospícios – o prontuário já justificava (ou negava) tudo, como nos disse uma recordadora.

Eu tinha esse olhar do questionamento de tudo, eu pensava “se eu tiver que colocar alguém aqui, eu não tenho coragem”. Então, se eu não tinha coragem, é porque era um ambiente que não servia. Sabe, eu tinha um pai alcoólatra, que eu não tinha coragem de deixar no hospital psiquiátrico, porque eu conhecia de perto aquela realidade. Até um tio, irmão do meu pai, ele faleceu lá. Não, na verdade, meus primos falam que ele faleceu logo que ele saiu do “Caridade”. Eles contam que ele tomou choque elétrico lá, e tudo mais, mas daí, quando ele saiu, ele não resistiu e faleceu. Eu até vi o prontuário do meu tio, mas não tinha nada escrito no prontuário dele, em relação ao choque não constava nada, só tinha a parte da medicação (Antônia).

Por décadas as pessoas foram torturadas e expostas à morte nos manicômios, de forma concreta e/ou pelo aniquilamento de suas subjetividades, sem muito alarde social na região de Sorocaba. Com Kilomba (2019), associamos o massacre manicomial como processo e produto de uma divisão geográfica do mundo.

A divisão geográfica resultante dessa coreografia racista pode ser vista como uma fronteira ou membrana entre o mundo das/os “superiores” e o mundo das/os “inferiores”, entre o “aceitável” e o “inaceitável”, entre as/os “boas/bons” e as/os “más/maus”, entre “Nós” e as/os “Outras/os”, evitando a contaminação das/os primeiras/os pelas/os segundas/os. De maneira simbólica, essa membrana que separa ambos os mundos me lembra as luvas brancas que as pessoas *negras* eram forçadas a usar ao tocar o mundo *branco* – um material fino e elegante que funcionava como prevenção médica contra a contaminação somática. (...) Uma situação perversa: as luvas protegiam *brancas* e *brancos* de seu medo primário do contágio racial e, ao mesmo tempo, evitavam que *negras* e *negros* tocassem os privilégios *brancos* (p. 168, grifos da autora).

Entre a membrana (ou fronteira) que separa o mundo dos/as “superiores” e o mundo dos/as “inferiores”, localizamos a difícil construção de significações e memórias sobre o sofrimento daquelas/es cujas vidas foram despedaçadas por trás dos muros asilares, sob o olhar das pessoas que atuaram como “operadoras das violências” (Kilomba, 2019; Basaglia, 2010). O cenário de fratura social produzido pelo manicômio pareceu, inclusive, levantar fronteiras nos próprios corpos das trabalhadoras: como “corpos-fronteira”, elas testemunharam, na vizinhança da morte, os efeitos do confinamento e, ao mesmo tempo, se sentiram obrigadas a responder pelas (não) vidas daqueles/as que “cuidavam”. E os “corpos-fronteira” das recordadoras adoeceram.

Tinha hora que a gente até pensava “nossa, mas será que é justo a gente receber esse dinheiro?”, (...) isso na época que as coisas foram ficando mais precárias, que teve o corte de verbas, que já tavam na intenção de fechar. A gente tinha esse conflito por ver os pacientes precisando, assim, de algo simples, básico, então, isso mexia muito com a gente (Antônia).

Eu tenho amigas que trabalharam lá e acabaram adquirindo, vamos falar assim, esse mal estar da psiquiatria. Era um desgaste emocional, insônia, um nervosismo que a pessoa não tinha antes. Eu tenho amigas que se afastaram do trabalho por conta disso e que, até hoje, são dependentes de medicação, de psiquiatra, de psicólogo, então, eu creio que desencadeia alguma coisa em quem trabalha lá (Cristina).

Mas era muito difícil né, terapia sempre. Terapia pra você conseguir dividir e também lidar com algumas coisas. Eu me perguntava: nossa, será que isso que eu fiz é,

assim, tão monstruoso? (...) As trabalhadoras adoeciam, inclusive, em relação ao comportamento, né. Sabe, ficar muito mais irritada, mais agressiva, sem conseguir ouvir os pacientes? Era assim, não tinha nenhum cuidado, né, a direção não tinha nenhum cuidado com a equipe também. A lógica era da perversão mesmo, “tá bom, adoeceu, então troca”. O entendimento não era que as pessoas adoeciam pelas condições do trabalho, a direção achava que as pessoas adoeciam porque “já era doente”, “não tinha perfil pra trabalhar em hospital psiquiátrico”. Como se isso fosse possível, né! Qual é o perfil? (Yolanda).

Eu nunca precisei tomar psicotrópico, mas era porque eu sabia me expor, eu não tinha vergonha de me expor, então, eu contrariei muito o que eu aprendi na enfermagem: “não se aproxime”, “não pegue amor”, não isso, não aquilo, era tudo não, “fique longe”, “crie barreira”. (...) Mas até eu aprender a fazer isso, é como eu disse no início, eu gritava com o meu cachorro, eu gritava com tudo. Você nem percebe que está começando a ficar doente. Não está no mesmo grau de quem está internado lá, mas está ficando doente (...), você acaba sendo mais um paciente, internado ou não internado (Helena).

Lá era bem frio, muito frio mesmo, tanto é que, quando chegava a época mais fria, eu chegava às seis horas da manhã e tinha gelo na entrada. E eles iam pro refeitório tudo pelado. Sabe, davam banho nos pacientes e não secavam eles, eles iam pelado, tudo tremendo. Você via aquilo, nossa, Deus me livre, cheguei a tomar Diazepam pra dormir por causa disso! Nem secavam! (Ana Francisca).

Outra memória emblemática que não pode ser esquecida, sendo mais uma das fissuras que levantou fronteiras nas experiências das entrevistadas, foi o elevado índice de suicídios nos manicômios. Pelos inúmeros casos de suicídios entre as pessoas encarceradas nos hospícios, reconhecemos mais uma face da sua necropolítica e recuperamos um, em especial, que foi narrado por três “corpos-fronteira”. Para usarmos as palavras escolhidas pela recordadora que mais construiu lembranças sobre os suicídios nos hospícios, eles escancaravam as situações de “negligência”, “falta de atenção” e “falta de cuidado”.

Falando em mãe e filha trabalhando na psiquiatria, a minha mãe, ela tinha muita amizade com uma outra atendente, a dona Olga, essa sim, ela trabalhou muitos anos no “Feliz Dia a Pobrezinhos” e eu tinha muito contato com ela e também com a filha dela.

A filha dela, a Maria Alice, ela também era auxiliar de enfermagem, só que ela trabalhava no “Caridade”. No “Caridade”, você acredita que essa moça cometeu suicídio? Nossa, ela era muito nova, foi muito, assim, marcante pra nós! Ela gostava de um rapaz, porém ele não correspondia ela e ela era muito apaixonada por ele. Ela, se você olhasse, você nunca que ia imaginar que ela fosse fazer isso. (...) Sei que deu polícia e tudo (Cristina).

(...) teve uma funcionária, uma auxiliar de enfermagem, que se matou dentro do hospital, isso porque eu avisei a direção que ela não tava em condições de voltar a trabalhar. Essa mulher era jovem, tinha por volta de tinta anos e era afrodescendente, mas não era, assim, negra. Ela tinha tido um envolvimento com outro funcionário, acabou que não deu certo o relacionamento e, enfim, ela cometeu suicídio dentro do hospital. Ela ficava sozinha a noite com uns quarenta ou sessenta pacientes, ela trabalhava no bloco infantil e usou as medicações de lá. Morreu dentro do hospital (Geni).

Teve um suicídio de funcionária lá dentro, eu lembro dela como se fosse hoje. Ela era do plantão noturno, negra, muito bonita, jovem. Maria Alice era o nome dela. (...) Teve até um processo, acho que não faz muito tempo que o processo dela foi finalizado, mas disseram que ela já estava depressiva. (...) Acredito que, sem dúvida, o acesso aos medicamentos que ela tinha, o trabalho ali, eu acho que isso facilitou o processo, né. Foi chocante! (...) e ela, assim, tinha uma vidinha estável, mas depois eu soube que parece que era relacionamento que levou ela a esse ponto. Aí, cai também na questão da mulher negra, né, a questão da mulher preta invisível, a objetificação, geralmente tem a solidão, né, então tem todo esse viés (Antônia).

O suicídio dessa mulher, um “corpo-fronteira” dentro do manicômio, se revela como mais uma morte que a instituição apagou – uma morte manicomial silenciada. Da naturalização das mortes nas “instituições da violência” (Basaglia, 2010), não escapou essa trabalhadora, uma mulher, jovem, negra, que ocupava o cargo de auxiliar de enfermagem e cometeu suicídio durante o seu turno de trabalho no manicômio.

Necessitamos apontar que, no primeiro relato, Maria Alice não tinha cor; no segundo, sua identidade étnico-racial foi a de uma “afrodescendente” que não era negra; e, somente no terceiro, ela foi identificada como negra, ao ter sua história narrada por outra mulher negra. Nessa memória traumática, consideramos fundamental a reflexão

sobre a objetificação e a solidão das mulheres negras associada ao suicídio desta jovem, que foi realizada pela recordadora Antônia.

Para Lélia Gonzalez (2019) as pessoas negras são vítimas de um persistente apagamento: “(...) a gente saca que a consciência faz tudo para a nossa história ser esquecida, tirada de cena” (p. 241). Ao estabelecer as articulações entre o racismo e o sexismo, Lélia Gonzalez critica as análises que até então consideravam as categorias em separado e problematiza as noções de mulata, doméstica e mãe preta. Gonzalez (2019) analisa que não saímos de um estado de coisas em que as mulheres negras continuam sendo empurradas ao papel da “mucama permitida”, por meio da perpetuação da divisão sexual e racial do trabalho. Essas questões emergiram no discurso de Antônia, que rompe, nesse ponto de seu trabalho da memória, com os aprisionamentos alienantes da colonialidade de gênero:

Quando eu vim morar em Sorocaba, quantas vezes, eu no ponto de ônibus, quantas vezes aconteceu de pararem o carro pra perguntar se eu queria emprego de empregada (...). Já fui abordada pela polícia em ponto de táxi, gente do céu! Pararam o táxi e eu, mesmo sendo a passageira, tive que levantar, ser abordada e todo aquele processo. Nós, mulheres negras, também a gente é vigiada, a gente é abordada, a gente entra nas lojas e seguem a gente, isso até agora. Nós, mulheres negras, acham que a gente só pode trabalhar de empregada doméstica. Nós, mulheres negras, a gente também é tratada só como um objeto, só pro homem aproveitar. (...) A gente que é mulher, na saúde, ainda, a gente é sempre assediada, então, eu sempre tive o cuidado pra não cair nesse viés e me empolgar por estar naquele meio e tal. Eu lembro que eu pensava “não tô aqui pra isso”, mas eu percebia que o meu corpo chamava a atenção. Fui assediada muitas vezes, assediada por médicos casados (Antônia).

As mulheres entrevistadas, como testemunhas e intérpretes das lembranças, nos interpelam com suposições valiosas sobre os pontos de vista que constituem a história. A metáfora da ilha elaborada por Antônia, que abriu a nossa discussão, nos ajuda a refletir sobre as compartimentalizações e a separação do mundo como uma ferida colonial (Kilomba, 2019). O manicômio, como herança colonial, produz “corpos-ilha”, destrói a intersubjetividade, corta a conexão com o fora e aniquila os movimentos do viver em sua multiplicidade, diversidade e liberdade.

A diversidade tratada como doença (Passos, 2023) parece impedir a saída da ilha, de todos os “corpos-ilha”, para sempre, na sociedade capitalista/colonial estruturada pelos manicômios e manicomializações. No caso das vítimas diretas da psiquiatria – as pessoas internadas –, seus corpos e subjetividades carregam as sequelas da sobrevivência de um massacre ainda não suficientemente reparado, ao serem revitimizados por uma sociedade que não parou de produzir e reproduzir “zonas do não ser”.

Considerando a experiência das/os trabalhadoras/es, as sequelas remetem à fixação destas/es em discursos alienantes, como se permanecessem enlutadas/os pela destruição de um suposto “manicômio bom” que povoa, ainda, as suas memórias. Lembramos que essa ideia de um “manicômio bom” nunca existiu para além das distorções e impedimentos de produção de sentidos sobre a Catástrofe que se evita nomear, o que revela o alcance do trauma manicomial que fundou o passado no tempo presente – mais uma marca do luto manicomial.

Esse trabalho por amor da nossa parte, nossa, hoje eu tenho consciência que isso foi excelente para a parte de cima, para os donos, porque, na realidade, a gente fazia papéis que não eram nossos. Pra qualquer patrão, isso era ótimo, a pessoa ali se dedicando, dando a vida, isso sem dúvida. Eu acho até que, na realidade, eles mantinham essas pessoas pra sempre, né, faziam de tudo pra segurar. E a gente viveu nessa ilha, né (Antônia).

Gloria Anzaldúa (2021) refletiu que “(...) ser uma ilha significa que não há caminhos, não há pontes (...). Mas ser uma ilha não pode se tornar uma forma de viver; não há ilhas duradouras” (p. 107). Nesse sentido, buscamos a utopia da interrupção desse curso do mundo que produz a separação e o isolamento:

É um chamamento às pessoas trabalhadoras de todo o mundo, mas, sobretudo, as mulheres, as pessoas indígenas, a população negra, jovens do “terceiro mundo”, bichas, travestis, pessoas trans, *queer* e ciborgues, sapatonas e pessoas com deficiência, para interromper o curso do mundo, fazer barricadas, inventar novas palavras e tornar outras mais belas. É como um chamamento para a escrita e a consciência *mestiza* (Anzaldúa, 2000; 2005) ou para uma “pedagogia engajada” potência da rememoração é que engendra esta revolução capaz de enriquecer a experiência empobrecida, destruir o que Benjamin chama de fantasmagoria da mercadoria e da moda, superar a repetição tediosa e adoecedora do sempre-igual e da angústia, da exploração, da violência e da reificação de línguas silenciadas, e retomar a potência do comum, do comunitário, da vida vivida como obra de arte (Mendonça, 2020, p. 22).

Com essas reflexões reverberando em nossos “corpos-fronteira”, seguimos para a última parte desse estudo, buscando reconhecer a potência da conexão com as memórias emblemáticas recuperadas desde os “corpos-fronteira” das recordadoras, quem sabe, como o anúncio de novos caminhos a serem construídos no campo da desinstitucionalização-descolonização da vida – uma aposta na política na rememoração como potência revolucionária capaz de transformar a realidade empobrecida.

3.3. O silêncio não nos protege: reflexões sobre luto e partilhas

E quando nós falamos
temos medo que nossas palavras nunca serão ouvidas
nem bem-vindas
mas quando estamos em silêncio
nós ainda temos medo.
Então é melhor falar
tendo em mente que não éramos supostas sobreviver
(Lorde *apud* Kilomba, p. 57).

Olha, eu vou te contar um caso de uma paciente (...), negra, devia de ter os seus 20 anos, 20 e poucos anos, mas era um bebezão e se chamava Angélica. (...) até então, nem eu tinha prestado atenção que ela tava sempre por perto (...). Aí, eu sentei, tava tudo eles espalhado no pátio e ela tava por perto e, nisso que eu fiquei sozinha, eu comecei a pensar no meu problema e comecei a chorar. E essa menina, nunca eu tinha visto ela falar, aí, eu tava, assim, chorando e eu escutei “né, é bão né, mãe”, “né, é bão né, mãe”, ela repetiu aquilo ali. Eu olhei, olhei, olhei e disse “quem tá ficando meio pancada sou eu, porque tudo que tá aqui é mudo, não tem consciência das coisas”. (...) quando eu levantei, o rosto dela tava ali, a Angélica, eu chorando e ela derrubando a lágrima também. (...) Era pessoa que não pedia comida, era pessoa que não pedia pra ir no banheiro, que não pedia nada, então, pra gente, eles não tinham consciência. E ela chorou, a Angélica chorou comigo. (...) Então, ela foi uma pessoa, assim, pelo que ela me deu, ela me deu... é que nem um negócio, eu achei, assim, que ela não sabia o que tava se passando comigo, mas ela teve a percepção que tava acontecendo algo e ela, do jeito que ela falou, eu sei lá, eu me pus como grata a ela porque ela foi bem no fundo (Marta).

Angélica falou poucas palavras e Marta escutou, Angélica escutou a dor e Marta se pôs grata, Angélica e Marta derrubaram lágrima. Os “corpos-ilha” se cruzaram na fronteira das existências, finalmente. E, assim, como “corpos-fronteira”, em uma conexão teimosa e improvável, elas, duas mulheres, negras, se reposicionaram na resistência ao silenciamento brutal da colonialidade da razão, num lampejo de memória de dor compartilhada.

Achille Mbembe, em seu texto *O direito universal à respiração*, escreve: “O comum assenta também na possibilidade da partilha sem condição e de, a cada vez, recuperar qualquer coisa de absolutamente intrínseca, ou seja, de incomensurável, incalculável, e por isso sem preço” (2020, n.p.). Vilma Piedade (2017), em uma torção do conceito feminista de sororidade (bastante difundido pelo feminismo branco liberal), percorre um caminho conceitual até chegar ao encontro das mulheres negras pela dor – “dororidade”. Para Piedade (2017, p. 18): “Tem uma dor constante que marca as Mulheres Pretas no cotidiano – a dor diante de uma perda. E, nesse jogo cruel do Racismo, quem perde mais?”.

Sobre as perdas e as violências silenciadas pelos manicômios, Antônia disse:

Eu acho que foi bem dolorido, foi muito dolorido o processo, mas passou. (...) Sabe, mesmo pensando “eu quero fechar o ciclo do ‘Caridade’”, ao mesmo tempo, são muitas informações que eu acho que também não podem ficar só com a gente, entendeu? Esses dias mesmo, eu tava pensando, porque eu tô fazendo terapia, e eu tava pensando “poxa vida, eu trabalhei tantos anos no ‘Caridade’... e será que a nossa história, a história de todos os funcionários, de todos os pacientes, será que não vai ter valor? (Antônia).

Antônia questiona se a história vivida nos manicômios não terá valor, se a sua história não terá valor, se a memória coletiva não terá valor. Ela nomeia a perda, não apenas do trabalho que deixou de existir porque o hospício fechou, mas, sim, da possibilidade de uma inscrição na história. Recordamos que Grada Kilomba (2019) analisou ser uma das expressões do colonialismo a fragmentação da nossa história social, o que repercute em nossas formas de fazer laço, de construir memórias e de elaborar lutos. A nossa história é muito separada, temos biografias diferentes e funções sociais diferentes, porém, necessitamos afirmar que nossas existências são recíprocas.

Precisamos assumir esse compromisso de reciprocidade, buscando os caminhos que se imbricam em nossa história, a fim de identificarmos uma continuidade. Reconhecer a diferença colonial como herança de uma história coletiva traumática, que nada tem de marca natural ou biológica. Compreender para desmistificar. Buscar a continuidade dos processos, que se curvam para frente e para trás (Martins L., 2021), para reinventar a forma de fazer laços, considerando que esses laços são permanentemente cortados na divisão do mundo colonial/moderno (Kilomba, 2019).

Nesse sentido, precisamos assumir a responsabilidade de desconstrução daquilo que nos foi contado como A História universal, para descolonizá-la com nossos cérebros e músculos, como propôs Fanon (2022). É preciso que sempre nos posicionemos, que sempre estejamos comprometidos com uma nova posição para contar o que ainda não foi contado, para narrar o que deve continuar sendo testemunhado.

Sobre o testemunho do trauma, aprendemos com Grada Kilomba que:

Existem partes / da nossa história / que nos parecem / absolutamente incompreensíveis.

Por vezes, queremos / saber a verdade e, / no entanto, a verdade parece-nos / tão irracional / tão difícil de compreender.

Penso que / não há nada / mais traumático / do que lidar com / o irracional
(Kilomba, 2018, p. 2).

Kilomba (2018) nos mostra que o passado colonial traumático foi memorizado, no sentido de que não foi esquecido, sendo reencenado através do racismo. A autora se baseia na teoria da memória de Freud – que considera que todas as experiências significativas na vida do sujeito são registradas, porém, algumas permanecem longe da consciência por ação do mecanismo de defesa psíquica da repressão, sendo esquecidas a fim de diminuir a angústia – e complexifica essa análise ao enunciar que a cultura não fornece equivalentes simbólicos para a representação e a descarga do trauma relacionado ao racismo.

Nesse contexto, o trauma histórico coletivo da escravização e do colonialismo, reencenado no cotidiano, não representa um evento violento na biografia individual, mas, sim, “(...) um acúmulo de eventos violentos que, ao mesmo tempo, revelam um padrão histórico de abuso racial” (Kilomba, 2019, p. 215). Escravização e racismo não são fenômenos localizados no passado, estando intimamente relacionados ao presente,

repetindo-se permanentemente no contexto de um enterro impróprio da história colonial. Kilomba conclui, então, que o “(...) racismo cotidiano nos coloca de volta em cenas de um passado colonial – colonizando-nos novamente” (p. 224), sendo o narcisismo branco e a negação do racismo elementos que aprofundam essa violência e a fragmentação das histórias.

As associações entre colonialidade, trauma colonial, manicomialidade e trauma manicomial (Passos, 2023; David, 2023; Faustino, 2023) são fundamentais para analisarmos os trabalhos de memória das recordadoras que entrevistamos nesse estudo. Trazemos a análise de Passos (2023), que descortina a seletividade ontológica do colonizador e de Kilomba (2019), que nos apresenta o ritual branco de conquista colonial, como importantes elementos para aprofundarmos as reflexões sobre o trauma manicomial.

Para Passos (2023), o colonizador se utiliza das noções de “loucura” e “periculosidade” para justificar o aniquilamento do “Outro”, “(...) uma vez que se entende que há uma primitividade na Outridade que não pode existir e muito menos ocupar a condição humana, deixando essa exclusividade para a branquitude” (p. 65).

Kilomba (2019) nos mostra que, no ritual branco de conquista colonial, as mulheres negras têm seus corpos “(...) explorados como continentes, suas histórias recebem novos nomes, suas línguas mudam; e, acima de tudo, elas se veem sendo moldadas por fantasias invasivas de subordinação. Por um momento, elas se tornam colônias metafóricas” (p. 225).

O manicômio, por sua natureza racista, pela atribuição da primitividade, da loucura, da periculosidade e/ou da infantilização ao/à “Outro/a” como “não ser”, funcionou como fábrica de corpos transformados em “colônias metafóricas” (Kilomba 2018; Fanon, 2008). Recordamos, aqui, os ignorados dos hospícios, que eram pessoas tão brutalizadas a ponto de não terem sequer nome próprio. E o fato de os nomes serem inventados a partir de uma lista onde eram escolhidos os que se repetiam menos é significativo do nível de dominação a que estavam submetidos.

Segundo Vergès (2023), as pessoas escravizadas têm nomes, mas não possuem sobrenomes. Nos manicômios, as pessoas tratadas como “colônias metafóricas” eram rebatizadas por equipes altamente institucionalizadas, conforme já narramos, sendo que a palavra “paciente”, nos relatos colhidos, emergiu carregada de uma cadeia de

significantes que fixavam as pessoas internadas nas cenas institucionais de um passado que coexiste com o presente, ou de um presente que coexiste com passado. Isso nos fez pensar sobre a atemporalidade da lógica segregacionista (Kilomba, 2019), especialmente observada quando as recordadoras construíram frases como estas:

(...) pacientes que eram mais difíceis, a gente fica com a curiosidade de saber como é que tão fazendo e, essa curiosidade, até agora ninguém conseguiu me sanar (Cristina).

Pra mim, tinham pacientes com condições de residência terapêutica, sim, mas tinham outros que não. (...) Dizer que foi bonito, não foi, não! (Geni).

Eu não acho que o Brasil, vou falar a nível de Brasil, estava e está preparado pra não ter esse ambiente hospitalar da psiquiatria. Poderia diminuir, por conta do trabalho que é tão interessante, o trabalho da residência terapêutica, poderiam diminuir os hospitais. Mas existem pacientes que precisam ter esse ambiente hospitalar pra poder viver, então, eu acho que não deveria ter extinguido (Catarina).

Você sabe que não mudou muito na residência, né? O trabalho da Reforma Psiquiátrica, pra mim, eles começaram do fim, porque fechar o hospital poderia ter sido o final do processo, então, não teve um trabalho pra ir preparando os pacientes, pra ir mudando esse olhar de funcionário, ir mudando o modo de tratar os pacientes e daí, depois, fechar o hospital (Antônia).

As recordadoras não podiam imaginar um mundo sem manicômios e/ou as pessoas encarceradas livres, talvez, pela cadeia de representações no negativo que a palavra “paciente da psiquiatria” lhes acionava. A maioria das entrevistadas acreditava que um aperfeiçoamento ou transição gradual da instituição psiquiátrica seria a solução ideal, o que interpretamos, junto com Franca Ongaro Basaglia (2001) se constituir, no máximo, como uma “solução ideológica” dos conflitos sociais que estavam postos.

O imaginário fundado pelo ponto de não retorno, representado pela impossibilidade de uma vida fora do manicômio parece apagar “(...) que alguns dos hospitalizados mais antigos (quando foi possível chegar até as origens distantes de seus internamentos) apresentavam, ao serem internados em manicômios pela primeira vez, formas leves de doença que foram se agravando devido aos sucessivos internamentos” (Ongaro Basaglia, 2001, pp. 97-98).

Quando passou a reportagem deles retirando as pacientes, se eu tivesse lá, eu acho que eu não ia aguentar. Chegaram os ônibus, chegou o pessoal da prefeitura, a assistente social lá do “Caridade”, e as pacientes tudo chorando, não querendo ir. Isso foi demais, nossa, foi demais! Eu já sofri vendo na televisão, imagina se eu tivesse lá então? (Cristina).

Em Sorocaba, foi difundida a narrativa sobre uma “solução ideológica” de “reformular” por dentro o sistema manicomial, como fuga das contradições e conflitos intrínsecos ao processo de abertura para a vida fora do manicômio.

Os “senhores-proprietários” alegavam que os seus hospícios e eles próprios passaram a ser atacados, embora alguns tenham afirmado, por não terem saída, que a situação retratada pelo documentário *A Casa dos Esquecidos*⁶⁵ era problemática. Porém, mesmo esses que disseram o óbvio, mantiveram discursos sobre perseguições, sobre desassistência aos “pacientes” e afirmaram que nem todas as estruturas dos hospitais psiquiátricos estariam nas mesmas condições retratadas no documentário. Eles falaram da estrutura, de reformas recém realizadas, se queixaram sobre os cortes de repasse de verbas, mas quase não falaram sobre as pessoas que estavam há décadas encarceradas em suas instituições, exceto pela repetição do discurso de que os/as “pacientes” ficariam desassistidos com o fechamento dos hospícios (Goto, 2018).

A ideia de que a reforma psiquiátrica faria mal aos/as “pacientes da psiquiatria” emergiu nas memórias que recolhemos, conforme pode ser constatado na fala que segue reproduzida:

Como eu te disse, o hospital “Feliz Destino” era uma referência, então, o espaço lá era um espaço livre, bacana e os pacientes se sentiam livres. Alguns pacientes tinham resistência em ter que sair, tinha paciente que não queria sair, que queria ficar ali, talvez, se sentissem protegidos, não sei. Eu penso que o Sistema Único de Saúde tem uma falha muito grande em relação ao todo, ele quer tratar tudo de uma forma muito isolada, quer tratar só o paciente. No Brasil, eles já queriam, há muito tempo, cortar esse repasse que era feito pra saúde mental. Era algo que incomodava muito os governantes, então, eles queriam diminuir aquilo de alguma forma, e aí, era caro manter os hospitais. Mas alguém

⁶⁵ *Op. Cit.*

perguntou pra algum paciente psiquiátrico, na época, o que eles pensavam sobre aquilo? (Catarina).

Na pesquisa de mestrado de uma médica que havia trabalhado em alguns dos hospícios e também ocupado o cargo de coordenadora de Saúde Mental na Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba entre 2010 e 2014, lemos, referente ao ano de 2016: “Sorocaba tem hoje o enorme desafio de transformar definitivamente a histórica segregação em progressiva liberdade. Deve reintegrar socialmente esta população, por meio de políticas públicas adequadas, numa visão moderna, factível e voltada para renovação e promoção integral da saúde” (Suarez, 2017, p. 49).

No discurso recuperado da pesquisa acima citada, os termos “progressiva liberdade” e “factível”, no contexto onde a diretriz da Rede de Atenção Psicossocial havia sido apropriada, inicialmente, pelos “senhores-proprietários” dos hospícios, nos soou como mais uma narrativa reformista dentro de um quadro social que serviu de substrato à construção das significações, colonizando as compreensões e as memórias sobre o fechamento do polo manicomial. Tais narrativas foram difundidas como se não houvesse a urgência das mortes de pessoas – óbitos, morte social e massacre subjetivo – dentro destas instituições, estando presentes, inclusive, na história oral construída pelas recordadoras que participaram de nosso estudo.

(...) foi um enfrentamento, foi assim, um lado que quer, outro lado que não quer e, ali no meio, os funcionários rasos, que tinham que tomar um partido. Lógico, não preciso nem dizer, mas é claro que os funcionários iam tomar o partido de onde eles trabalhavam. Como é que não ia? Eu mesma, eu participei das Conferências, até foi muito interessante participar, a gente conheceu pessoas do país inteiro, fui até a etapa nacional, né, mas chegou num ponto que a gente percebeu que tava sendo usada. A gente tava sendo um pouquinho a marionete, sendo usada pra defender o hospital. Eu lembro que nós, funcionários dos hospitais, a gente foi muito vaiado nas Conferências (Antônia).

(...) eu acho que o fechamento dos hospitais foi uma radicalização que não deu certo. Sinceramente, eu achei que partiu de um radical pro outro, acho que não precisava ter sido neste ponto. Eu sentia que existia verdade nas coisas que os donos dos hospitais nos colocavam, por conta dos aumentos das equipes, por ter que aumentar os médicos, ter que aumentar os plantonistas de acordo com o número de pacientes, né. Eu sentia que era verdade, que aquela verba realmente não era suficiente (Geni).

De modo geral, acho que foi muito difícil pra funcionário esse processo de fechamento do hospital, até por causa do apego que a maioria teve com os pacientes. Então, eu acho que essa questão de não ter um olhar mais amplo, pra fora da psiquiatria, era porque a vida de todo mundo era ali. Como eu falei, o mínimo de anos que cada funcionário tinha no “Caridade” era dez, tanto que, quando fechou, tinha gente quase pra aposentar, mais um pouquinho e aposentava. E, quando veio o pessoal da Desinsti, aquele olhar que a gente tinha, de achar que tava protegendo, de achar que dava esse amor, aquela doação, a gente viu que aquilo não foi considerado. E isso foi um choque. (...) Foi a vida no “Caridade”, né... (Antônia).

Compreendemos a angústia das recordadoras à época do fechamento do polo manicomial e lembramos que, para Fanon (2021), a descolonização é um processo violento e que ocorre sem transição, porque busca romper com a brutalidade a que são submetidas as pessoas descartadas e desumanizadas. Nesse sentido, é inevitável que a descolonização e, acrescentamos, a desinstitucionalização, sejam sentidas.

O que nos chama a atenção é a persistência, após mais de uma década da assinatura do TAC Sorocaba (2012) e do início do processo de desospitalização, de um discurso que parece se caracterizar por uma “(...) diminuição do espaço psíquico com a presença do instituído sobre o instituinte, com o desenvolvimento burocrático da organização contra o processo, com a supremacia das formações narcísicas, repressivas, negadoras e defensivas que predominam na instituição” (Kaës, 2011, p. 64-65).

Durante o desenvolvimento dessa pesquisa, mais precisamente em abril de 2023, a recordadora Nair entrou em contato conosco, via *WhatsApp*, e perguntou: “Você viu o que fizeram com o ‘Caridade’?”. À época, um criador de conteúdo digital divulgou no Instagram (uma rede social de compartilhamento de fotos e vídeos) algumas imagens aéreas, capturadas por um *drone*, das ruínas do complexo predial que abrigava o antigo hospital psiquiátrico onde ela havia trabalhado.

Nair se mostrou bastante mobilizada com as imagens do prédio em ruínas, porém, estava indisponível para uma nova entrevista, em decorrência de um tratamento de saúde. Como não podia conversar sobre essa memória em ruínas, ela nos colocou em contato com uma colega de trabalho dos tempos do hospício, a Maria. E a Maria foi a pessoa que teceu comentários sobre os escombros do antigo prédio onde as duas haviam trabalhado.

Eu fiquei bem triste de ver aquelas imagens das ruínas, da situação atual do “Caridade”. Mostrei até pro meu marido e olha, teve várias etapas em relação a essas imagens. A princípio, quem me passou foi uma moça, que era terapeuta ocupacional no hospital. Nós nos reencontramos agora, com a mídia social, há uns dois anos. Então, ela me trouxe a informação “olha o ‘Caridade’” e me mandou o link. Mas essa reflexão eu já tinha feito, o que foi o “Caridade” na minha história? Foi gratidão pura! Amo o “Caridade”? Amo, mas é saudosismo da minha parte eu esperar aquele “Caridade” vívido, como foi há vinte anos. Aquele prédio, as pessoas, as patologias que eram estudadas, dava pra você fazer um mestrado e um doutorado lá, com riqueza de detalhes, mas, ao mesmo tempo, aquelas pessoas não viviam. Será que morreram? Acho que uma boa parte já, pelo tempo de uso de medicação. (...) Aquelas paredes destruídas, aquele espaço que poderia ser aproveitado, porque era gigantesco, ali tem hectares de terra e prédios e tal, mas não deixa de ser um ambiente pesado, né, é pesado. (...) A mentalidade de psiquiatria, aspas, bem grande as aspas, evoluiu pra comunidade terapêutica, né, porque a comunidade terapêutica não é só pra usuário de álcool e drogas, tem ali uma porcentagem com patologia que levou ao uso de drogas. São acolhidos os idosos, os debilitados, os rejeitados. Quem sabe se o “Caridade” fosse, hoje, quatro empresas que fossem comunidade terapêutica? Seria o mais regredido, o menos prejudicial, sei lá, que eles fossem evoluindo (Maria).

Para analisarmos a relação entre os escombros do hospício, o luto e a ideia de que aquele prédio poderia ter sido conservado e transformado em quatro comunidades terapêuticas, acionamos, mais uma vez, o conceito de “luto colonial” proposto por Grada Kilomba. No luto colonial,

É como se o sujeito branco tivesse a urgência em recuperar o objeto de sua perda. Em um estado de luto e desespero, o sujeito branco realiza então um ritual de ocupação colonial, rejeitando a ideia de que tal perda tenha ocorrido. (...) tentando desesperadamente restaurar a perda de um passado colonial. Enquanto o sujeito branco reencena o passado, o presente é proibido ao sujeito negro. Essa é a função do racismo cotidiano: reestabelecer uma ordem colonial perdida, mas que pode ser revivida no momento em que o sujeito negro é colocado novamente como a/o “Outra/o”

(...) O presente e a ideia de igualdade são recusados e, no lugar, prevalece a fantasia de que o passado triunfará. Estamos lidando aqui com um estado de luto colonial, já que o sujeito branco se sente incrédulo e indignado porque as/os “Outras/os” raciais podem se tornar iguais a ele. Somos, de fato, aprisionadas/os num ato de colonialismo que somos obrigadas/os a “desfazer” (Kilomba, 2019, pp. 225-226).

Associamos a ideia do “luto colonial” a um “luto manicomial”, conforme já defendido nesse texto. Observamos o estado de “luto manicomial” – a tentativa de restauração de uma ordem perdida – no trabalho de memória da maioria das recordadoras, tendo seus discursos permanecido aprisionados a um ato de manicomialismo que necessitamos, coletivamente, desfazer no presente. Inclusive, a ideia de um “manicômio bom” (e/ou necessário), como resíduo da aliança adaptativa a “não importa a quê”, revela uma fantasia de triunfo do passado manicomial em detrimento da realidade das violações, violências e mortificações que caracterizaram o cotidiano asilar, o que necessita ser amplamente debatido em sociedade (Kilomba, 2019; Kaës, 2014).

Para Kilomba (2019), como a “(...) nossa história nos assombra porque foi enterrada indevidamente” (p. 223), os sintomas de negação da ferida colonial persistem, produzindo/reproduzindo episódios violentos de reencenação do trauma do racismo, do apartamento de mundos e da fragmentação de histórias e de lutas. Numa perspectiva de crítica radical às repetições e reencenações do trauma colonial, Fanon (2021) nos aponta aquilo que nomeia como uma das perversões mais condenáveis no colonialismo: a violência da produção de cenários onde as pessoas são jogadas umas contra outras.

Fanon (2021) e Kilomba (2019), em confluência, produzem críticas radicais e saídas às fragmentações impostas pelo trauma colonial em seus escritos. Destes posicionamentos revolucionários dos autores, destacamos a necessidade de enfrentamento e transformação da fratura produzida pela dificuldade de articulação de pessoas que poderiam ser solidárias, por vivenciarem opressões e violências comuns e/ou as testemunharem de perto.

O fechamento do polo manicomial de Sorocaba, concluído em 2018, remonta a um passado muito recente que não foi enterrado devidamente. O fato de apenas seis anos terem se passado desde esse evento histórico até a publicação da versão final desta tese (2024) pode ser tomado como um fator relevante no cenário de perpetuação de narrativas reacionárias e manicomiais na atualidade. No entanto, observamos que a reencenação do trauma manicomial ultrapassa os contornos do território pesquisado, como algo mais profundo do que a simples ideia de um fim recente em um local determinado, por tratar-se de um enraizamento do manicômio na estrutura da sociedade e das subjetividades.

Como um dos braços que sustentam a sociedade capitalista – que é racista, machista, capacitista e classista –, o manicômio necessita ser considerado na

complexidade de suas múltiplas funções sociais: como organizador dos territórios pela via da segregação dos espaços; estruturante das relações sociais por meio da segregação dos corpos e controle dos comportamentos considerados desviantes; e produtor de técnicas e discursos sobre o que se convencionou nomear como “tratamento” da “loucura” no passado do presente (ou presente do passado), reafirmando a sua “vocação terapêutica” a qualquer custo (Basaglia, 2010).

A manutenção da ideia de uma “vocação terapêutica” a qualquer custo se fez presente nas memórias das trabalhadoras que entrevistamos. Em algumas cenas por elas narradas, os seus “corpos-fronteira” pareceram se transformar em “corpos-ilha”, fechados em uma espécie de reprodução do discurso dos “senhores-proprietários” de hospício, conforme anteriormente analisamos nesse estudo (Kilomba, 2019).

Assim, como ente simbólico, o trauma manicomial segue produzindo fraturas no tecido social, ao separar as histórias em “partes boas” – o fantasma do “manicômio bom” – e “partes ruins”, impedindo o enterro apropriado daquilo que se traduziu/traduz como uma necropolítica que foi, por décadas, disfarçada de “tratamento” da “loucura”.

No luto manicomial, dentre as histórias que continuam a nos assombrar, destacamos a perpetuação de um cerco ao imaginário social, por meio de uma narrativa que conferiu à internação na “psiquiatria” o selo de “única ação possível” para o “amparo” de pessoas em intenso sofrimento psicossocial. Lembramos que as pessoas manicomializadas foram, especialmente, atingidas pelas violências de gênero, pelo racismo cotidiano, pela perpetuação da miséria, do capacitismo, da Lgbtfobia e de outras políticas de extermínio. Com Grada Kilomba (2019), reafirmamos o “luto colonial” e, acrescentamos, o “luto manicomial”, como fenômenos de reencenação da ocupação colonial dos territórios, dos corpos, das sociabilidades e das subjetividades.

Nos achados do campo, constatamos que a ferida manicomial foi reencenada na busca de uma internação psiquiátrica por uma das trabalhadoras, após a sua saída do hospício como trabalhadora. A atemporalidade da ferida manicomial pode ter colocado a trabalhadora de volta em uma cena do passado, institucionalizando-a, desta vez, como “paciente”.

Sabe, eu mesma, anos depois de ter saído dos hospitais, eu me internei por vontade própria num hospital psiquiátrico, não foi nos que eu trabalhei, foi em outro. Eu vivi uma violência muito grande um tempo depois que eu saí do hospital. Minha casa foi

invadida por três bandidos e eu fui violentada de todas as formas que você puder imaginar. Eles me torturaram (...). Eu estava muito machucada e precisava me desligar, eu precisava me desligar de tudo aquilo e do mundo. (...) Apesar de todas as condições que estavam os hospitais na época, eu fui excelentemente bem cuidada. (...) É lógico, eu sei que foi diferenciado, que não foi igualitário, porque eles me conheciam, então, não foi o mesmo tratamento que os outros pacientes recebiam, tanto é que eu fiquei só na enfermaria. (...) Nesses onze dias, eu não vi nada, eu fiquei inconsciente, medicada, né. Depois disso, eu saí do hospital, tive alta, mas foi uma coisa extremamente dolorosa, porque eu tive uma depressão profunda. Levei anos pra me recompor, pra me recompor e não pra me recuperar, porque não há recuperação pra isso (Geni).

Essa cena poderia ter acontecido com qualquer uma das recordadoras, com qualquer pessoa em sofrimento psicossocial, com as pessoas negras, trans, travestis, mulheres, pessoas com deficiência, idosas, indígenas. Diante de tanta dor, questionamos: como suportar a dor da desumanização, da tortura e do medo do mundo? Como não sucumbir diante de tamanha brutalidade? Como não se avizinhar da morte e/ou da mortificação em situações de catástrofes?

Problematizamos, ainda, sobre o trauma manicomial: o que a violenta invasão do luto manicomial fez/faz conosco, a ponto de não conseguirmos imaginar outra forma de cuidar de pessoas em sofrimento, incluindo a impossibilidade de afirmação de nossas dores próprias enquanto trabalhadoras/es institucionalizadas/os?

Voltamos às palavras de Audre Lorde (*apud* Kilomba, 2019): “temos medo que nossas palavras nunca serão ouvidas / nem bem-vindas / mas quando estamos em silêncio / nós ainda temos medo”. Relembramos a instalação *Testemunhas Oculares X, Y, Z* de Adriana Varejão para simbolizar a importância de estarmos com as nossas lupas a postos, a fim de aumentar a nossa possibilidade de entender, desmistificar e descolonizar o nosso imaginário individual e coletivo. E reafirmamos a necessidade de suportarmos, coletivamente – ouvir, acolher e dar suporte –, toda e qualquer memória encarnada / memória coletiva, da forma como puder ser expressa, como enfrentamento ao luto manicomial, colonial e memoricida (Kilomba, 2019; Seligmann-Silva, 2022).

Recordamos que, nas encruzilhadas dos corpos-fronteiras, também encontramos os trabalhos de memória que foram se aproximando das possibilidades de emancipação e de elaboração do luto próprio, sem incorporar o luto do “senhor”:

A gente sabe que foi necessário, lógico, só se fosse um desumano pra não reconhecer. Mas, assim, por que não foi antes? (...) Eu penso que essa proposta de mudança precisa ainda de muito tempo e muita dedicação, mas acredito que a gente vai chegar lá, né. E assim, até pra você mudar, você precisa resgatar a história, as histórias. Essa questão da memória, isso é fundamental (Antônia).

No hospital, os que eles conseguiram aposentar, eles foram aposentando (...) ficavam com o resto do dinheiro dos coitadinhos. Mas pagam, viu! Viu, não é depois que morre não! Você vai pagar aqui mesmo pros outros ver. Um pouco da mamata já acabou, né, de eles ficarem com o dinheirinho dos coitadinhos. (...) Naquela época, eu tinha vontade de, assim, alguém chegar e ver mesmo o que tava acontecendo, igual aconteceu com o cara, com o policial que filmou tudo lá. (...) Eu tenho dó, eu fiquei com dó da gente não resolver, eu fiquei com muito dó, mas não teve o que fazer. Dá dó, né, porque são pessoas, tinha pessoa que eu gostava bastante. (...) Acho que dá pra dizer que era um descuidado. É um descuidado, na época, foi bem um descuidado (Ana Francisca).

Em seus trabalhos de memória, Ana Francisca e Antônia foram as recordadoras que mais denunciaram o racismo, a tortura e os abusos que foram feitos opacos, como “segredos” institucionais pouco revelados, ou não revelados. Elas construíram narrativas disruptivas e emblemáticas, como um esforço no caminho de uma elaboração individual, o que lhes exigiu uma intensa atividade de reorganização psíquica.

Acompanhar os seus processos foi interessante, especialmente, por elas coletivizarem o trabalho de memória. Antônia chegou a consultar uma conhecida para questionar se ela não estaria romantizando a história que construiu. Ana Francisca interagiu com a neta e a irmã, revelando questões que as duas pareciam desconhecer; as parentes, por sua vez, a apoiaram em suas reflexões, com perguntas e comentários que a ajudaram a elaborar um passado tão sensível, que ela disse, inicialmente, não querer e não ter tempo de remoer.

Assim, as memórias das recordadoras foram construídas individual e coletivamente. Elas enfrentaram as tensões, as contradições e os afetos relacionados às experiências de seus corpos-fronteira. É possível que essa posição tenha sido assumida pelas duas porque não estiveram diretamente na linha de frente do “tratamento” – uma trabalhou na cozinha e a outra na área administrativa do hospício, porém, isso é só

especulação. O aprofundamento dessa discussão demandaria mais conversa, mais cruzamentos de memórias e encontros de corpos-fronteiras.

O mais importante nesse processo de pesquisa foi entender que a escrita da tese funcionou apenas como um meio de ampliação de mundo, de conexão e de busca pela continuidade das histórias nos labirintos da memória coletiva. Acreditamos ainda mais, após essa experiência de encontros dos corpos-fronteira, na potência da invenção de possibilidades de construção de laços, de escuta sensível e de elaboração coletiva do trauma manicomial.

Apostamos na força disruptiva das memórias emblemáticas e na importância da criação de espaços simbólicos e físicos de escuta e de cuidado para que o trabalho da memória e o livre fluxo do falatório (lembrando aqui de uma expressão utilizada por Stela do Patrocínio) possam ser investidos e transformados em políticas de reparação social e elaboração das profundas feridas que marcam a nossa história colonial-manicomial. Nesse sentido, a luta por espaços de memória se ergue como uma ação de desinstitucionalização/descolonização incontornável.

A construção, implementação e ampliação de políticas de reparação ao trauma manicomial, com a criação de museus comunitários e espaços de convivência, encontro e envolvimento se fazem urgentes. Espaços onde possamos aprender para desaprender – compreender as realidades vividas para desmistificar as invasões coloniais/manicomiais, inventando outros modos de convívio, em liberdade. Espaços de luta por liberdade, como “(...) um local de vida, de encontros, de festas, de vigílias, de recordações e lembranças; um museu para recolher narrativas, sons, imagens e objetos (Vergès, 2023, p. 216).

Com Antônio Bispo dos Santos (2015), pensador quilombola que recentemente encantou-se, aprendemos que a oralidade é o Começo, a escrita é o Meio e a oralidade é o Começo. “A vida é começo, meio, começo” (p. 20). As encruzilhadas e fronteiras são territórios moveáveis, elásticos, que nos possibilitam a circularidade, a conversa e o envolvimento (Bispo dos Santos, 2023). E desejamos que essa tese seja um meio para conversarmos e nos envolvermos na construção de começos de novos mundos, livres de manicômios e manicomializações, carregando a memória de tudo aquilo que a consciência da gente não pode apagar.

Considerações finais (ou sobre outros começos)

Fui convidada / para vir aqui hoje.

Mas, sinto que / não há nada de novo / que eu possa dizer.

Muitas vezes, / sinto que tudo / já foi dito.

Sinto que / já sabemos de tudo,

Mas tendemos a esquecer / do que sabemos

(Kilomba, 2017, p. 2)

Inspirados pelos dizeres de Grada Kilomba (2017) no início dessas “considerações finais” – que fecham as nossas reflexões no contorno desta tese e, concomitantemente, representam a abertura para outros começos no âmbito da circulação dessas e de outras memórias –, reafirmamos a importância da contação de histórias como potência disruptiva no campo das Catástrofes manicomiais ou “manicoloniais” (David, 2022). Histórias estas que necessitam sobreviver à violência dos apagamentos impostos pela ordem colonial-manicomial.

Nosso compromisso de pesquisa, como pesquisadores e militantes, foi o de continuarmos testemunhando a Catástrofe relacionada ao período de existência do polo manicomial da região de Sorocaba, bem como nos atentarmos para a perpetuação da lógica manicomial – que é racista, machista, LGBTfóbica, capacitista e classista – no presente das políticas de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Sobre a arte da escuta, transformar em palavras escritas a oralidade das recordadoras, por meio dos agenciamentos produzidos no encontro com elas, foi uma experiência envolvente e desafiadora para nós (Portelli, 2016; Souza, 2021). Reconhecemos o valor de cada voz como palavra própria e valorizamos cada memória que colhemos, tendo essas lembranças sido ou não captadas pelo gravador. Muitas histórias que nos foram relatadas em confiança não entraram nessa pesquisa, em respeito a cada uma das recordadoras, a quem validamos como autoridades nas escolhas dos percursos para a realização do trabalho de memória (Bosi, 2023).

Como autores da pesquisa, assumimos a responsabilidade de promoção e amplificação das vozes das entrevistadas, respeitando e acolhendo os seus esforços de

laboração e elaboração de memórias individuais; bem como sustentamos o compromisso de construção da memória coletiva de nosso país, recusando o esquecimento e/ou a atenuação da Catástrofe representada pelos hospícios da região de Sorocaba, como um dos caminhos para a busca por justiça e reparação social (Halbwachs, 1990; Arbex, 2019).

As questões levantadas por essa pesquisa, que são coletivas, já foram ditas, tratadas e/ou escritas por muitos/as que vieram antes de nós, portanto, apostamos na continuidade das lutas por liberdade. Como disse Kilomba (2017), ao mesmo tempo em que tudo parece ter sido dito, muitas questões foram/são “esquecidas”, o que se configura como mais uma das violências permanentes de nossa herança colonial a ser enfrentada.

No intento de contribuirmos para o enfrentamento do silêncio e do esquecimento – ações fundamentais nos processos de elaboração da ferida colonial e construção da memória coletiva –, percorremos os caminhos abertos por muitos coletivos e movimentos sociais antimanicomiais, antirracistas, feministas, anti-LGBTfóbicos, anticapacitistas e anticapitalistas, que representam, ao mesmo tempo, uma negação e uma afirmação. Essas lutas, que confluem e trabalham ativamente para a destruição material e simbólica das perversas cisões e fronteiras levantadas pelos contornos da realidade “*manicolonial*”, também semeiam palavras e ações para a germinação de novos futuros (David, 2022; Bispo dos Santos, 2023).

Com Bispo dos Santos (2023), aprendemos sobre os saberes quilombolas em confluência com os saberes indígenas que versam sobre um futuro ancestral, fundado na ideia de que somos seres “compartilhantes” de vivências e de mundos. A partir desta perspectiva anticolonial proposta pelo autor, reconhecemos as diferenças que contornam o nosso existir, enquanto pessoas brancas e que experenciam a produção militante-acadêmica, sendo a nossa tarefa também diferente daquela assumida historicamente por povos de saberes orgânicos (Bispo dos Santos, 2019). Nosso papel mais justo, enquanto produtores dos saberes sintéticos, consiste no compromisso de interrogar e desconstruir as ideologias coloniais e manicomiais que estruturam o mundo ocidental e ocidentalizado; mundo este que, tradicionalmente, ignora, exclui e inferioriza o que lhe é diferente, silenciando, matando e mortificando os diversos seres, mundos e modos de viver (Bispo dos Santos, 2019, 2023).

Em nosso campo de estudos, recuperamos, dentre as diversas questões que constituem o trauma social relacionado aos manicômios, a memória histórica da

exploração do trabalho pelo campo manicomial-colonial em nosso país, desde a existência dos primeiros asilos para alienados. Recordamos que os primeiros hospícios brasileiros empregaram pessoas negras “libertas” da escravização e egressas de prisões (Barbosa, 1992), sendo que as mulheres negras foram as responsáveis pelas funções mais subalternizadas em tais instituições, como limpeza, higiene das roupas e demais serviços gerais, além de prestarem cuidados às pessoas internadas nos asilos: realizavam o “trabalho sujo” do cuidado (Passos, 2017).

Conforme abordamos nas linhas desse texto, o trabalho das equipes de manicômios foi representado por Franco Basaglia (2010) como aquele que permitiu/permite à sociedade capitalista negar a sua face mais violenta, colonizadora e perversa. Nesse sentido, essa sociedade lava as próprias mãos em relação às desigualdades, exclusões e mortes, que são, então, relegadas àqueles/as que realizam o “trabalho sujo” nas “instituições da violência” (Basaglia, 2010).

Sobre a realidade do trabalho nos manicômios, embora importantes análises sobre a institucionalização de trabalhadores/as tenham sido historicamente propostas (Fanon, 2008, 2020; Basaglia, Ongaro Basaglia, 2010; Goffman, 2007; Foucault, 1999), observamos que, em relação às realidades manicomiais brasileiras, tal problematização ainda é pouco encontrada na literatura, especialmente quando consideramos as complexas tramas que articulam colonialidade e manicomialidade, demandando novos estudos e diálogos.

No trabalho de escuta das histórias orais das trabalhadoras de hospitais psiquiátricos, entrevistamos doze mulheres no desenvolvimento do campo, sendo seis negras e seis brancas. Constatamos que, dentre as seis mulheres brancas, apenas uma não possuía formação de nível superior e exercia a função de auxiliar de enfermagem no hospital psiquiátrico. Em relação às negras, duas mulheres possuíam formação superior, sendo que apenas uma delas ocupava um cargo que exigia esse nível de formação; e quatro entrevistadas ocuparam as funções mais subalternizadas nos hospícios, a saber, o trabalho na cozinha, na limpeza e nos pavilhões e pátios, no cargo de auxiliar de terapia ocupacional.

Nos relatos colhidos, observamos a intensificação da exploração do trabalho das mulheres, especialmente ancorado em uma ideologia de “trabalho por amor” – uma marca

da exploração do trabalho reprodutivo essencializado como feminino. No tocante às diversidades e adversidades que marcaram as experiências das mulheres trabalhadoras dos hospícios, a questão do trabalho doméstico esteve bastante presente, tendo afetado principalmente as mulheres negras.

As fraturas sociais produzidas e reproduzidas nos/pelos manicômios pareceram levantar fronteiras nos próprios corpos das trabalhadoras, por nós caracterizadas como “corpos-fronteira”: elas testemunharam, na vizinhança da morte, os efeitos do confinamento e da tortura e, ao mesmo tempo, se sentiram obrigadas a responder pelas (não) vidas daqueles que “cuidavam”.

Sobre a perpetuação dos sistemas de cisões que produzem as “zonas do não ser” e fundam os manicômios e as manicomializações, o campo da pesquisa revelou as fortes marcas do racismo e da tortura no cotidiano de todos os hospitais psiquiátricos do polo manicomial pesquisado.

A maior parte das entrevistadas relatou que mais de dois terços dos/as “pacientes” eram negros/as. A maioria da população internada também era analfabeta e estava encarcerada em uma condição de cronificação, ou seja, era moradora na/da “instituição da violência” (Basaglia, 2010). Às pessoas enquadradas como “crônicos/as” foi atribuída a ausência de consciência, tendo esses indivíduos sido submetidos aos “tratamentos” mais violentos, além de constituírem o grupo mais sujeito à morte (assassinato) manicomial, o que incluía crianças e adolescentes.

Dentre as diversas violências manicomiais praticadas contra as pessoas encarceradas, os banhos gelados em chuveiros sem energia, a condução ao refeitório de pessoas nuas, molhadas e tremendo de frio às seis horas da manhã nos dias de inverno, o isolamento de pessoas que apresentavam problemas de saúde como falta de ar, a fome, os castigos físicos, os estupros de mulheres, dentre outras tantas brutalidades, nos impõem uma questão: os atos manicomialistas se enquadravam (enquadram) como tortura ou estratégia deliberada de assassinato?

As cenas de horror e de crimes contra a vida e contra a dignidade da pessoa humana que ocorreram nos hospícios brasileiros não podem ser esquecidas, portanto, as memórias do brutalismo manicomial devem ser sustentadas e enfrentadas coletivamente. Até o momento, acreditamos que, embora estas sejam memórias já tornadas públicas, elas

continuam caindo no esquecimento (Arbex, 2019; Cunha, 1987, 2023; Engel, 1999). Por isso, é necessário que nossos esforços sejam ainda direcionados para a cont-Ação das memórias do trauma manicomial.

O trauma manicomial, conforme defendemos, se revela como herança do trauma colonial – um passado “enterrado indevidamente” (Kilomba, 2019) –, onde a história das desigualdades sociais-raciais e o apartamento do mundo se repetem como atos coloniais (e manicomiais) atualizados no presente.

Para Kilomba (2019), a invasão e a perpetuação destas heranças coloniais estão diretamente ligadas às políticas de esquecimento e de negação da história, como parte do complexo fenômeno associado ao “luto colonial” do sujeito branco. No luto colonial, a busca pela manutenção das coisas como sempre estiveram, custe o que custar, representa o medo branco de ser confrontado por verdades incômodas: verdades como a escravidão e as suas repercussões permanentes, os genocídios, os encarceramentos e toda a sorte de massacres segregacionistas; além de representar o medo da perda privilégios e do poder de mando (Kilomba, 2019).

Como há muito passado em nosso presente, o resgate da memória histórica e a construção da memória coletiva representam importantes intervenções em relação ao trauma colonial, visando a mudança da ordem instaurada. Não é demais repetirmos que o “luto colonial”, como cerco atemporal ao imaginário social, se ancora na violência memoricida, colonizando memórias e impedindo os processos de significação, elaboração e desmistificação do trauma histórico coletivo. E esta base ético-epistêmico-política deu origem à nossa tese sobre o “luto manicomial”.

Os achados do campo de nossa pesquisa revelaram que, quando o polo manicomial de Sorocaba foi fechado, algumas recordadoras vivenciaram na carne e/ou foram porta-vozes de trabalhadoras/es que se sentiram desamparadas/os. Muitas dessas pessoas, que tiveram a sua força de trabalho explorada por longo período de tempo, permaneceram em aliança com os “senhores-proprietários” e com os cárceres manicomiais, repetindo, de forma acrítica ou pouco crítica, as histórias que também as sujeitaram enquanto trabalhadoras precarizadas material e subjetivamente.

A presença de conteúdos sensíveis nos discursos das entrevistadas desvela como a lógica de colonização/manicomialização age nos processos de formação das

subjetividades, o que repercute nos regimes de sensibilidade e nos processos de significação de grupos expostos aos ciclos de violência enraizados desde a nossa formação social.

Como procuramos mostrar nesse texto, os “senhores-proprietários” dos manicômios fizeram de tudo para que o polo manicomial não fosse desmontado e, quando se viram sem saída, após décadas de funcionamento obscuro de suas instituições – entrelaçadas com os aparatos repressivos e eugenistas correspondente a cada período histórico (processo de industrialização, ditadura cívico-empresarial militar, medidas de higienização das cidades) – disputaram as diretrizes da rede de atenção psicossocial (RAPS) e implantaram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) interligados aos hospícios. A perpetuação desse ato manicomialista via permanência desses “senhores” na diretriz da RAPS contribuiu para a negação da crise institucional e humanitária na região pesquisada.

Alguns proprietários de hospícios, no fim da linha das instituições, deixaram de pagar as/os funcionárias/os, alegando que também haviam sacrificado as próprias arrecadações e/ou os lucros de suas empresas, portanto, não conseguiriam mais manter as instituições e as pessoas institucionalizadas. Sob a alegação de perseguição do governo federal e do Ministério da Saúde, esses “senhores-proprietários” que ocultaram a realidade de violência por eles produzida, enfim, perderam. E mesmo diante de tal perda, a produção da verdade sobre a brutalidade da realidade manicomial permaneceu encoberta nos processos de rememoração de várias entrevistadas por esse estudo.

Nos relatos das recordadoras, constatamos uma espécie de “memória ferida” sobre o passado no presente, fenômeno que associamos ao “luto manicomial”. Essas marcas emblemáticas, impedidas de serem suficientemente elaboradas, permaneceram interligadas às perdas dos “senhores-proprietários” de manicômios e foram, ainda, colonizadas pelo sequestro da imaginação sobre a possibilidade de construção do cuidado em liberdade. Para as recordadoras, ainda, parece ser impossível imaginar uma sociedade sem manicômios e sem manicomializações, mesmo com o desmonte do polo manicomial.

Problematizamos os motivos pelos quais as histórias foram narradas dessa maneira por nossas interlocutoras, bem como o sentido desse luto manicomial no contexto das disputas que marcaram (e marcam) o campo da Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

ao longo dos tempos. Assim, interrogamos, nas linhas desse texto, se a história se constitui como um tempo que realmente ficou no passado.

Observamos que foi considerável o número de entrevistadas que viveu/reviveu uma espécie de trauma relacionado ao choque de mundos em seu trabalho de memória – mundo do “trabalho por amor” *versus* mundo das violências e mortes (assassinatos) manicomiais –, o que repercutiu em inúmeras críticas ao processo de desinstitucionalização por elas tecidas. Inclusive, poucas foram as trabalhadoras que atribuíram as suas saídas dos hospícios às violências silenciadas intramuros.

Buscamos analisar as inquietações sobre a trama constituída por passado-presente-futuro, partindo da perspectiva afrodiaspórica de temporalidade. Seguindo os ensinamentos de Leda Maria Martins sobre o conceito do tempo espiralar – o tempo que se curva para trás e para frente –, em confluência com a análise sobre a não linearidade do tempo proposta por indígenas da etnia guarani – que sustentam os tempos cíclicos da Natureza –, demarcamos um posicionamento em defesa da complexificação da noção de temporalidades nas lutas pela transformação da ordem colonial-manicomial. Como a ordem colonial forja a fragmentação do tempo e mata as memórias em favor da História única, consideramos fundamental desaprendermos a fragmentar as temporalidades, os mundos, os corpos e as nossas histórias (Kilomba, 2019).

Bispo dos Santos (2023) nos ensina sobre a interdependência: o presente é o interlocutor do passado e o locutor do futuro. O entendimento de que não podemos separar o tempo presente do passado, em defesa da construção da memória coletiva como exercício fundamental para o expurgo da ferida manicomial, necessita caminhar junto com a nossa capacidade de imaginação de novas palavras e ações – decoloniais e antimanicomiais. E as lutas pela construção da memória coletiva, pelo direito ao luto e à reparação social partem da organização das memórias soltas em “memórias emblemáticas”, como forças necessárias à produção de fissuras na ordem colonial-manicomial (Stern *apud* González, Sandoval, 2012).

Na confluência entre a descolonização e a desinstitucionalização, apostamos na tese da necessidade de elaboração do “luto manicomial”, rumo à construção de uma sociedade “antimanicolonial” (David, 2022). Diante de tão complexo processo – a desconstrução da ordem colonial-manicomial –, repleto de riscos de novas/velhas

invasões *manicoloniais*, recordamos uma passagem crítica de Lélia Gonzalez (2019) sobre a “festa da democracia racial”:

Foi então que uns brancos muito legais convidaram a gente pra uma festa deles, dizendo que era pra gente também. (...) Eram todos gente fina, educada, viajada por esse mundo de Deus. Sabiam das coisas. E a gente foi sentar lá na mesa. Só que tava cheio de gente e não deu pra sentar junto com eles. (...) A gente tinha que ser educado. E era discurso e mais discurso, tudo com muito aplauso. Foi aí que a neguinha que tava sentada junto com a gente deu uma de atrevida. Ela se levantou, foi lá na mesa pra falar no microfone e começou a reclamar por causa de certas coisas que tavam acontecendo na festa. (...) E a festa acabou em briga... (p. 237)

Será que, no campo das políticas de Saúde Mental, Álcool e Drogas, a “festa da desinstitucionalização” realmente existiu (ou existe)?

Muitos manicômios foram fechados, o polo manicomial de Sorocaba foi desmontado, porém, outros manicômios permaneceram na ativa, diversos novos foram abertos, em velhas ou novas roupagens, como comunidades terapêuticas, clínicas de reabilitação, clínicas psiquiátricas e hospital especializado, dos quais muitos, inclusive, recebem aportes financeiros públicos. Assim, a lógica concentracionária manicomial, herdeira da escravização, segue punindo, separando, inferiorizando, encarcerando e matando crianças, adolescentes e adultos. E essa necropolítica não abre mão de seu principal objeto de fetiche e dominação: o encarceramento de corpos e comportamentos negros (Mbembe, 2018; Passos, 2017, 2018, 2023).

Considerando a dimensão dialética entre a estrutura individual e a totalidade da estrutura social, as recordadoras que construíram histórias orais sobre os manicômios do extinto polo manicomial da região de Sorocaba, necessitam ser vistas como porta-vozes de situações dilemáticas que (re)povoam o campo da Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas no presente. Os relatos dessas mulheres nos fizeram refletir sobre a importância da ampliação da escuta sobre a violência da manicomialização pela via do trabalho, e a necessária sustentação do testemunho para o aprofundamento do debate sobre o “luto manicomial” como a invasão “*manicolonial*” a ser enfrentada, na contradição e no conflito das experiências de trabalhadoras/es de hospitais psiquiátricos, como compromissos antimanicomiais permanentes.

Como catadores de memórias (Benjamin, 2020), nos deparamos com um campo complexo e riquíssimo em problemas de pesquisa, dos quais conseguimos realizar apenas uma pequena parte.

Apostamos na conexão com/entre os “corpos-fronteira” das ex-trabalhadoras de manicômios, quem sabe, como o anúncio de novos caminhos a serem construídos no campo da desinstitucionalização-descolonização da vida e da sociedade. Para tanto, conforme tratado na parte 6 dessa tese, acreditamos ser fundamental a construção de “lugares de memória”: museus vivos, espaços de convivência para “compartilhantes”, locais para testemunhar e subverter as ordens do silêncio e do apagamento, que fundaram (e refundam no presente) as violências histórico-estruturais *manicoloniais*.

Nesse sentido, afirmamos a potência dos lugares de construção da memória coletiva como política pública antimanicomial incontornável e desejamos que a região de Sorocaba, bem como outras localidades de nosso país, possa avançar na criação de espaços facilitadores dos processos de laboração e elaboração do luto manicomial. Nos limites desse estudo, acreditamos que a proposta de uma política antimanicomial disposta a enfrentar e a dialogar profunda e amplamente sobre o luto manicomial pode representar um caminho a ser considerado, demandando outros estudos futuros.

Fechamos esses apontamentos, sempre provisórios, acionando Audre Lorde (2019), que nos ensina que a luta se faz junto daquelas/s que consideramos diferentes, a partir de objetivos comuns, como: derrotar o racismo, o sexismo, a discriminação etária, o heterossexismo, o elitismo, o classismo e, acrescentamos, as manicomializações. E reafirmamos o trabalho de recordação como um importante ato ético-político de transformação da realidade colonial e manicomial.

Com Grada Kilomba (2019), reafirmamos que a transformação da realidade só é possível com a descolonização. E a descolonização significa desfazer o colonialismo – “Politicamente, o termo descreve a conquista da autonomia por parte daquelas/es que foram colonizadas/os e, portanto, envolve a realização da independência e autonomia” (p. 224).

Desfazer o manicômio só é possível no âmbito das lutas para a destruição das heranças coloniais: “Por uma sociedade sem manicômios” e sem “colônias simbólicas”.

Amanhã a luta continua (Vergès, 2020).

REFERÊNCIAS

- ADICHIE, Chimamanda Ngozi. **O perigo de uma história única**. Companhia das Letras, 2019.
- AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019. (Coleção Feminismos Plurais. Coordenação de Djamilia Ribeiro).
- ALMEIDA, Eduardo Augusto Alves de. **Silêncios na história (da arte): as pistas do mapa de Lopo Homem II, de Adriana Varejão**. XII EHA História da Arte da Unicamp, 2017. Disponível em: <https://www.ifch.unicamp.br/eha/atas/2017/Eduardo%20Augusto%20Alves%20de%20Almeida.pdf>
- ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Editora Jandaíra, 2020 (Coleção Feminismos Plurais).
- AMARANTE, Paulo. **Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados** – 1. ed. – São Paulo: Zagadoni, 2015.
- _____. **Lugares da Memória: causos, contos e crônicas sobre loucos e loucuras**. São Paulo: Zagadoni, 2017.
- ANZALDUA, Gloria. **A vulva é uma ferida aberta e outros ensaios**. Rio de Janeiro: A Bolha Editora, 2021.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro** / Daniela Arbex; prefácio de Eliane Brum. 1ª ed. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2019.
- BAIROS, Luiza. **"Lembrando Lelia Gonzalez"**. Em WERNECK, Jurema; MENDONÇA, Maisa e WHITE, Evelyn C. *O livro da saúde das mulheres negras – nossos passos vêm de longe*. Rio de Janeiro, Criola/Pallas, 2000.
- BALLAN, Caroline & BATISTA, Luís Carlos. **As contribuições da professora Sônia Barros para efetivação do direito social à saúde: uma entrevista**. In: DAVID, Emiliano de Camargo (org) *et. al.* **Racismo, Subjetividade e saúde mental: o pioneirismo negro**. São Paulo: Hucitec, 2021.
- BARBOSA, Rosana Machin. **Presença negra numa instituição modelar: o hospício de Juquery**. 1992. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992. Acesso em: 14 jan. 2024.
- BARRETO, Lima. **Diário do Hospício; O cemitério dos vivos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.
- BARROS, Sônia; BATISTA, L. E.; DELOSSI, M. E.; SCUDER, M. M. **Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial**. *Revista Saúde Sociedade*, São Paulo, vol. 23, nº4, pp. 1.235-47, 2014.
- BARROS, Sônia & BICHAFF, Regina. **Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo** / Sônia Barros, Regina Bichaff (orgs.); autoras Ana Luisa Aranha e Silva... [et al.]. São Paulo: FUNDAP: Secretaria da Saúde, 2008.
- BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica** / Franco Basaglia; organização Paulo Amarante; tradução Joana Angélica DÁvila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.
- _____. **A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001).

- BASAGLIA, Franca Ongaro. **Mujer, locura y sociedad**. México: Universidad de Guadalajara, 1986.
- BATAIOTE, Júlio César. **Racismo, Higienismo e Controle Social: A Construção dos Espaços Asilares Manicomiais e de Mendicidade em Sorocaba (1890-1920)**. Dissertação de mestrado, 2022.
- BENJAMIN, Walter. **Sobre o conceito de história**. São Paulo: Alameda, 2020.
- BENTO, Maria Aparecida. **Branqueamento e branquitude no Brasil**. In: Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil / Iray Carone, Maria Aparecida Bento (organizadoras). 6. Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.
- BIRMAN, Joel. **A cidadania tresloucada**. In: BEZERRA, J.; AMARANTE, P. (orgs.). *Psiquiatria sem hospício*. Rio de Janeiro: Ed Relume-Dumará, 1992.
- BISPO DOS SANTOS, Antônio. *A terra dá, a terra quer*. São Paulo: Ubu Editora / PISEAGRAMA, 2023.
- _____. **As fronteiras entre o saber orgânico e o saber sintético**. In: OLIVA, A. R. *Tecendo redes antirracistas: Áfricas, Brasis, Portugal / organização Anderson Ribeiro Oliva [et al.]*. 1.ed. – Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019. – (Coleção cultura negra e identidades).
- _____. **Colonização, quilombos, modos e significações**. Brasília: INCTI; UnB; INCT; CNPq; MCTI, 2015.
- BOSI, Ecléa. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 10.216, 2001**. Dispões sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
- CANSADO, Maura Lopes. **Hospício é Deus: Diário**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016.
- CARNEIRO, Sueli. **Mulheres em movimento**. *Estudos Avançados*, vol. 17, n 49, pp. 117-133, 2003.
- _____. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2011.
- COIMBRA, Cecília Maria Bouças. **Práticas “psi” no Brasil do “milagre”: algumas de suas produções**. *Mnemosine* Vol. 1, nº 0, p. 44.
- COLLINS, Patricia Hill. **Se perdeu na tradução? Feminismo negro, interseccionalidade política emancipatória**. Parágrafo: *Revista Científica de Comunicação Social da FIAM-FAAM*, v. 5, n. 1, p. 6–17, 29 jun. 2017.
- CAVALHEIRO, Carlos Carvalho. **Tá vendo aquele edifício, moço?: lugares de memória, produção da invisibilidade e processos educativos na cidade de Sorocaba**. 2017. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de São Carlos, Sorocaba, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/8969>. Acesso em: 15/12/2023.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Hospitais Psiquiátricos no Brasil: Relatório de Inspeção Nacional**. Brasília, 2019.
- COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- CRUZEIRO DO SUL, 2011. **Ex-secretário da Saúde é exonerado por Lippi**. Disponível em: <https://www2.jornalcruzeiro.com.br/materia/296817/ex-secretario-da-saude-e-exonerado-por-lippi>. Acesso em 22/03/2022.

CRUZEIRO DO SUL, 2013. **Baile reúne 394 pacientes de hospitais psiquiátricos.** Disponível em: <https://www2.jornalcruzeiro.com.br/materia/453238/baile-reune-394-pacientes-de-hospitais-psiquiatricos>. Acesso em 13/12/2023.

CRUZEIRO DO SUL, 2018a. **Associação Protetora dos Insanos de Sorocaba completa 100 anos.** Disponível em: <https://www.jornalcruzeiro.com.br/sorocaba/associacao-protetora-dos-insanos-de-sorocaba-completa-100-anos/>. Acesso em 18/05/2020.

CRUZEIRO DO SUL, 2018b. **Ato solene marca hoje o fechamento do Vera Cruz.** Disponível em: <https://www2.jornalcruzeiro.com.br/materia/866222/ato-solene-marca-hoje-o-fechamento-do-vera-cruz> . Acesso em 20/01/2024.

CRUZEIRO DO SUL, 2019. **Ex-secretário Milton Palma é o novo diretor do Departamento Regional de Saúde.** Disponível em: <https://www.cruzeirofm.com.br/2019/11/25/noticias/jornalismo/ex-secretario-milton-palma-e-o-novo-diretor-do-departamento-regional-de-saude/>. Acesso em 22/03/2022.

CRUZEIRO DO SUL, 2021. **#TBT: Apis 103 anos.** Disponível em <https://www.jornalcruzeiro.com.br/cultura/presenca/2021/10/680878-tbt-apis-103-anos.html#&gid=pswg-forced&pid=3>. Acesso em 04/01/2024.

CRUZEIRO DO SUL, 2023. **Censo 2022: IBGE confirma população de Sorocaba em 723.574 habitantes.** Disponível em: <https://www.jornalcruzeiro.com.br/sorocaba/noticias/2023/06/717233-ibge-confirma-populacao-de-sorocaba-em-723-574-habitantes.html>. Acesso em: 13/12/2023.

CUNHA, Maria Clementina. **Loucura, gênero feminino: As mulheres do Juquery na São Paulo do início do século XX.** Revista Brasileira de História, 1989.

_____. **O espelho do mundo. Juquery: a história de um asilo.** Campinas, SP: Editora Unicamp, 2022.

CURIEL, Ochy. **Construindo metodologias feministas a partir do feminismo decolonial.** In: HOLANDA, Heloísa Buarque (org.). *Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais.* Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020.

_____. **La Nación Heterosexual: análisis del discurso jurídico y el régimen heterosexual desde la antropología de la dominación.** Bogotá, Colômbia: Brecha lesbica y en la frontera, 2013.

DAVID, Emiliano de Camargo. **Saúde mental e racismo: saberes e saber-fazer desnorteado na/para a Reforma Psiquiátrica brasileira antimanicolonial.** Tese de Doutorado. São Paulo: [s.n.], 2022. 207p.

_____. **Aquilombamento da saúde mental: cuidado antirracista na atenção psicossocial infantojuvenil.** São Paulo: Hucitec, 2023.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe.** São Paulo: Boitempo, 2016.

DUARTE, Carolina Gomes. **Os (des)caminhos da interdição: cartografias dos territórios existenciais dos sobreviventes dos manicômios de Sorocaba/SP.** Campinas, SP: [s.n.], 2018.

Engel, Magali Gouveia. **As fronteiras da ‘anormalidade’: psiquiatria e controle social.** Revista História, Ciências, Saúde-Manguinhos, 1999.

_____. **Sexualidades interditas: loucura e gênero masculino.** Revista História, Ciências, Saúde-Manguinhos, 2008.

EVARISTO, Conceição. **Olhos d'água**. Rio de Janeiro: Pallas: Fundação Biblioteca Nacional, 2020.

_____. **Becos da memória** / Conceição Evaristo. – 3. Ed. – Rio de Janeiro: Pallas, 2017a.

_____. **Poemas da recordação e outros movimentos**. Rio de Janeiro: Malê, 2017b.

_____. **Insubmissas lágrimas de mulheres**. 2. ed. Rio de Janeiro: Malê, 2016.

FANON, Frantz. **Os condenados da terra**. Rio de Janeiro: Zahar, 2022.

_____. **Alienação e liberdade: escritos psiquiátricos** / Frantz Fanon; título original: *Écrits sur l'aliénation et la liberté*; traduzido por Sebastião Nascimento; prefácio de Renato Nogueira; introdução e notas de Jean Khalfa. Incul índice. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

_____. **Pele negra, máscaras brancas** / Frantz Fanon; tradução de Renato da Silveira. Salvador: EDUFBA, 2008.

FAUSTINO, Deivison. **Frantz Fanon e as encruzilhadas: Teoria, política e subjetividade**. São Paulo: Ubu Editora, 2022.

_____. **Prefácio: Aquilombemos as clínicas, ou vence o manicômio**. In: DAVID, Emiliano de Camargo. Aquilombamento da saúde mental: cuidado antirracista na atenção psicossocial infantojuvenil. São Paulo: Hucitec, 2023.

FEDERICI, Sílvia. **O ponto zero da revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista**. Rio de Janeiro: Elefante, 2019.

FIGUEIREDO, Angela; GOMES, Patricia Godinho. **Para além dos feminismos: uma experiência comparada entre Guiné-Bissau e Brasil**. Estudos Feministas, Florianópolis, 2016.

FLAMAS – Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba. **Levantamento de indicadores sobre os manicômios de Sorocaba e região**. São Paulo: SinPsi, 2011.

FOUCAULT, Michel. “**Aula de 19 de março de 1975**”. In: Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975 – 1976) / Michel Foucault; tradução Maria E. Galvão. – São Paulo: Martins Fontes, 1999. – (Coleção Tópicos).

_____. “**Aula de 19 de março de 1975**”. In: Os anormais: curso no Collège de France (1974 – 1975) / Michel Foucault; tradução Eduardo Brandão. – São Paulo: Martins Fontes, 2001. – (Coleção Tópicos).

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GAGNEBIN, Jeane. Marie. **Os impedimentos da memória**. Estud. av. [online]. 2020, vol.34, n.98, pp.201-218. Epub 08-Maio-2020. ISSN 1806-9592.

GALEANO, Eduardo. **O livro dos abraços** / Eduardo Galeano; tradução de Eric Nepomuceno. – Porto Alegre – L&PM, 2005.

_____. **As Veias Abertas da América Latina**. Rio de Janeiro: L&PM, 2010.

GARCIA, Marcos Roberto Vieira. **A Mortalidade nos Manicômios da Região de Sorocaba e a Possibilidade da Investigação de Violações de Direitos Humanos no Campo da Saúde Mental por Meio do Acesso aos Bancos de Dados Públicos**. Psicologia Política. São Paulo, v. 12, n.23, p. 105-120, 2012.

_____. **Alexandre, presente! (Sobre a banalidade do mal nos manicômios de Sorocaba)**. In: SURJUS, Luciana Togni; ROSA, Soraya Dinis (orgs). Crônicas da resistência: Fechamos o Vera Cruz. Edição Especial /E-book. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2018.

- GELEDÉS, 2015. **Lista com nomes de navios negreiros escancara cinismo dos comerciantes de seres humanos no Oceano Atlântico**. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/lista-navios-negreiros-cinismo-comerciantes-seres-humanos-oceano-atlantico/>. Acesso em 26/09/2022.
- GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2007.
- GONZALEZ, Lélia. **Racismo e sexismo na cultura brasileira**. In: HOLLANDA, H. B. Pensamento feminista brasileiro: formação e contexto. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.
- _____. **Por um feminismo afro-latino-americano**. In: HOLLANDA, H. B. Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020.
- _____. **Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos**. Rio de Janeiro, Zahar, 2020.
- GOTO, Carine Sayuri. **A reforma psiquiátrica no Brasil contemporâneo: ensaios da psicanálise laciana e da economia política**. Dissertação de mestrado. Assis, 2018. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/server/api/core/bitstreams/37d0450a-f8fd-4ea7-b072-e2582a1ec31c/content>. Acesso em 13/12/2023.
- HALBWACHS, Maurice. **A memória coletiva**. Traduzido do original francês *La mémoire collective* (2ª ed.). Presses Universitaires de France. Paris, França, 1968. (1ª ed.: 1950) / São Paulo: Editora Revista dos Tribunais Ltda. Edições Vértice, 1990.
- HIRATA, H. **Comparando relações de cuidado: Brasil, França, Japão**. Estud. av. [online]. 2020, vol.34, n.98, pp.25-40. Epub 08-Maio-2020.
- hooks, bell. **E eu não sou uma mulher?: mulheres negras e feminismo**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2020.
- _____. **Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2013.
- KAËS, René. **As alianças inconscientes**. São Paulo: Ideias & Letras, 2014.
- _____. **O luto dos fundadores nas instituições: trabalho do originário e passagem de geração**. In: NICOLLE, Olivier & KAËS, René. *A instituição como herança*. Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2011. (Coleção Psicanálise século I).
- JORNAL ZONA NORTE, 2014. **Ossadas são descobertas em obras de novo shopping em Sorocaba**. Recuperado de <https://jornalznorte.com.br/policia/ossadas-sao-descobertas-em-obras-de-novo-shopping-em-sorocaba>. Acesso em 22/05/2020.
- KILOMBA, Grada. **Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano** / Grada Kilomba; tradução Jess Oliveira. – 1. Ed. – Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.
- LIMA, Fátima. **O trauma colonial e as experiências subjetivas de mulheres negras: raça, racismo, gênero e a produção de sofrimentos**. In: PEREIRA, Melissa Oliveira & PASSOS, Rachel Gouveia. (orgs.). **Luta antimanicomial e feminismos: inquietações e resistências** / Adelle nascimento ... [et al.]; organização Melissa de Oliveira Pereira e Rachel Gouveia Passos. – 1. Ed. – Rio de Janeiro: Autografia, 2019.
- LONGHINI, Geni Núñez. **Perspectivas indígenas antirracistas sobre o etnogenocídio: contribuições para o reflorestamento do imaginário**. *Psicologia & Sociedade*, 35, 2023.
- LORDE, Audre. **Idade, raça, classe e gênero: mulheres redefinindo a diferença**. In: HOLLANDA, Heloísa Buarque de. *Pensamento feminista brasileiro: formação e contexto*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.
- LUGONES, María. **Colonialidade e gênero**. In: HOLLANDA, Heloísa Buarque de. *Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **Bondade, substantivo feminino: esboço para uma história da feminização da benevolência e da feminização da bondade.** Revista História: Questões & Debates, [S.l.], v. 59, n. 2, dez. 2013. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/historia/article/view/37037>. Acesso em 04/01/2024.

MARTINS, Leda Maria. **Performances do tempo espiralar, poéticas do corpo-tela.** Rio de Janeiro: Cobogó, 2021.

MATHIAS, Maíra Mathias. **Antes do SUS: Como se (des)organizava a saúde no Brasil sob a ditadura.** Fiocruz, 2018. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=antes-do-sus>. Acesso em 10/01/2014.

MBEMBE, Achille. **O direito universal à respiração.** São Paulo: N-1 edições, 2020. Disponível em: <https://n-1edicoes.org/020>.

_____. **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte.** – 4. Ed. – São Paulo: n-1 edições, 2018.

_____. **A crítica da razão negra.** Portugal: Editora Antígona, 2014.

MEIHY, José Carlos Sebe & SEAWRIGHT, Leandro. **Memórias e narrativas: história oral aplicada.** São Paulo: Contexto, 2021.

MENDONÇA, Viviane Melo de. **Um dia você vai sentir na própria carne: afeto, memória, gênero e sexualidade.** Jundiaí, SP: Paco, 2020.

MIGNOLO, Walter. **Desobediência Epistêmica. Retórica de la modernidade, lógica de la colonialidade y gramática de la descolonialidad.** Ediciones del Signo, Colección Razón Política. Buenos Aires, Argentina, 2010.

MOURA, Clóvis. **Racismo e luta de classes no Brasil: textos escolhidos de Clóvis Moura.** Editora Terra Sem Amos: Brasil, 2020.

NASCIMENTO, Abdias. **O quilombismo: documentos de uma militância pan-africanista.** São Paulo: Editora Perspectiva; Rio de Janeiro: Ipeafro, 2019.

_____. **O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado /** Abdias Nascimento. – 3. Ed. – São Paulo: Perspectivas, 2016.

NASCIMENTO, Beatriz. **A mulher negra no mercado de trabalho.** In: HOLLANDA, H. B. Pensamento feminista brasileiro: formação e contexto. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.

PAIM, Jairnilson et. al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** Lancet, vol. 377, p. 1778-1797, 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39645>. Acesso em 12/11/2023.

PASSOS, R. G. **De escravas a cuidadoras: a invisibilidade e a subalternidade das mulheres negras na política de saúde mental brasileira.** Rev. O Social em Questão, Ano XX, nº 38, mai / ago -, 77 – 94, 2017.

_____. **Trabalho, gênero e saúde mental: contribuições para a profissionalização do cuidado feminino /** Rachel Gouveia Passos. São Paulo: Cortez, 2018a.

_____. **Holocausto brasileiro ou navio negreiro? Inquietações sobre a reforma psiquiátrica brasileira.** Revista Argumentum, Vitória, v. 10, n – 3, p. 10 – 23, 2018b.

_____. **“Na mira do fuzil”: a saúde mental das mulheres negras em questão.** São Paulo: Hucitec, 2023.

PASSOS, Rachel Gouveia; EURICO, Márcia Campos. **Caso Genivaldo: asfixia manicomial.** Le Monde Diplomatique, 2022. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/caso-genivaldo-asfixia-manicomial/>. Acesso em 20/01/2023.

PATAI, Daphne. **História oral, feminismo e política /** Daphne Patai; [seleção de textos Daphne Patai e Ricardo Santhiago; tradução Fernando Luiz Cássio e Ricardo Santhiago]. – São Paulo: Letra e Voz, 2010. – (Coleção ideias)

- PATROCINIO, Stela do. **Reino dos bichos e dos animais é o meu nome**. Rio de Janeiro: Azougue, 2009.
- PEREIRA, Melissa Oliveira & PASSOS, Rachel Gouveia. **Luta antimanicomial, feminismo e interseccionalidades: notas para o debate**. In: PEREIRA, M. O. & PASSOS, R. G. (orgs.). *Luta antimanicomial e feminismo: discussões de gênero, raça e classe*. Organização Melissa de Oliveira Pereira e Rachel Gouveia Passos. – 1. Ed. – Rio de Janeiro: Autografia, 2017.
- PEREIRA, Melissa de Oliveira. **Mulheres e loucura: narrativas de resistência**. Rio de Janeiro: Autografia, 2020.
- PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **O processo grupal**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009 (Coleção Textos de Psicologia).
- PIEIDADE, Vilma. **Dororidade**. São Paulo: Editora Nós, 2017.
- PORTELLI, Alessandro. **História Oral e Poder**. *Mnemosine* Vol.6, nº2, p. 2-13 (2010).
_____. **História oral como arte da escuta** / tradução Ricardo Santhiago. – São Paulo: Letra e Voz, 2016. – (Coleção Ideias).
- QUIJANO, Aníbal. **Colonialidad del poder y clasificación social**. *Journal of world-systems research*, v. 11, n. 2, p. 342-386, 2000.
_____. **Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina**. *Clacso*, 2005a.
_____. **Dom Quixote e os moinhos de vento na América Latina**. *Dossiê América Latina. Estud. av.* 19 (55), 2005b.
- RAGO, Luzia. Margareth. **A aventura de contar-se: feminismo, escrita de si e invenções da subjetividade** / Margareth Rago. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2013.
- REVISTA PIAUÍ. **A cova rasa no Brasil**, 2018. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/cova-rasa-do-brasil/>. Acesso em 02/01/2024.
- RIBEIRO, Thaís Zamboni & GARCIA, Marcos Roberto Vieira. **O papel da educação no cuidado com os egressos de manicômios de Sorocaba-SP**. *Revista Cocar*, 2019. Disponível em: <https://periodicos.uepa.br/index.php/cocar/article/view/2509/1185>. Acesso em 02/12/2023.
- RODRIGUES, Maria Sueli. **Somos religião e subjetividade**. In: BISPO DOS SANTOS, Antônio [et al.]. *Quatro cantos*. São Paulo: N-1 edições, 2022.
- RODRIGUES, Karine. **No Juquery, mulheres foram alvo preferencial das lobotomias**. *Fiocruz*, 2020. Disponível em: <https://coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1892-no-juquery-mulheres-foram-alvo-preferencial-das-lobotomias.html>. Acesso em 02/10/2022.
- ROSSI, Amanda. **Da tortura à loucura: ditadura internou 24 presos políticos em manicômios**. UOL, 2018. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2021/06/14/ditadura-militar-presos-politicos-internacao-manicomios.htm>. Acesso em 10/01/2024.
- ROTELLI, Franco, *et al.* **Desinstitucionalização, uma outra via**. In: NICÁCIO, F. (org.) *Desinstitucionalização*. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.
- ROVAI, Marta Gouveia de Oliveira. **História oral e mulheres: rompendo silenciamentos**. São Paulo: Letra e Voz, 2017.
- SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **A mulher na sociedade de classes**. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

- SAKAGUCHI, Douglas Sherer; MARCOLAN, João Fernando. **A história desvelada no Juquery: assistência psiquiátrica intramuros na ditadura cívico-militar**. Revista Acta Paulista Enfermagem, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/xf755jm5C6ps7YRqJrbs6fd/#>. Acesso em 02/01/2024.
- SANTOS, Cristiane Medeiros & MORAES, Carlos Antonio. **Ataques e retrocessos na política de saúde mental, álcool e outras drogas, no período de 2016 a 2021**, no Brasil. Vértices (Campos dos Goitacazes), v. 24, n. 3, p. 919-931, 2022. DOI: <https://doi.org/10.19180/1809-2667.v24n32022p919-931>. Disponível em: <https://www.essentiaeditora.iff.edu.br/index.php/vertices/article/view/16974>. Acesso em 04/01/2024.
- SANTOS, Ynaê Lopes dos. **Crítica à degenerescência racial e reforma psiquiátrica de Juliano Moreira**. In: DAVID, Emiliano de Camargo. (org) *et. al.* Racismo, Subjetividade e saúde mental: o pioneirismo negro. São Paulo: Hucitec, 2021.
- SCARCELLI, Ianni Régia. **Entre o hospício e a cidade: exclusão/inclusão social no campo da saúde mental** / Ianni Régia Scarcelli. – São Paulo: s.n, 2002. – 259p.
- _____. **Entre o hospício e a cidade: dilemas no campo da saúde mental**. São Paulo: Zagadoni, 2011.
- _____. **Psicologia social e políticas públicas: pontes e interfaces no campo da saúde**. São Paulo: Zagadoni, 2017.
- SCHUCMAN, L. V. **Entre o encardido, o branco e o branquíssimo: branquitude, hierarquia e poder na cidade de São Paulo**. 2ª Edição / Lia Vainer Schucman. – São Paulo: Veneta, 2020.
- SCHUTZ, Karla Simone. **Transcrição, transcrição, traição? As relações entre o oral, o escrito e a materialidade dos suportes pensadas por meio da transcrição na história oral**. Anais do II Seminário Internacional História do Tempo Presente, Florianópolis, 2014.
- SCHWARCZ, Lilia Moritz. **Lima Barreto: triste visionário**. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.
- SEGATO, Rita. **Crítica da colonialidade em oito ensaios: e uma antropologia por demanda**. Rio de Janeiro: Bazar do tempo, 2021.
- _____. **Cenas de um pensamento incômodo: gênero, cárcere e cultura em uma visada decolonial**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2022.
- SELIGMANN-SILVA, M. **Literatura e trauma: um novo paradigma**. In: SELIGMANN-SILVA, M. O local da cultura: ensaios sobre memória, arte, literatura e tradução. São Paulo: Ed. 34, 2005. p. 63-80.
- _____. **A virada testemunhal e decolonial do saber histórico**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2022.
- SERRA, Lia Novaes & Scarcelli, Ianni Régia. **Por um sangue bandeirante: Pacheco e Silva, um entusiasta da teoria eugenista em São Paulo**. Revista Latinoamericana de Psicopatologia fundamental, São Paulo, vol. 17, nº 1, pp. 85-99, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/QHwCycFrRBmnQmcncvsXvP/abstract/?lang=pt>. Acesso em 12/07/2023.
- SONTAG, Susan. **Diante da dor dos outros**. Companhia das Letras, 2003.
- SOUZA, Neusa Santos. **Tornar-se negro ou as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social**. Rio de Janeiro: Zahar, 2021.

SUAREZ, Maria Clara Schnaidman. **Apoio matricial em saúde mental na atenção primária: estratégia de resolutividade e satisfação da equipe**. Mestrado Profissional em Educação nas Profissões de Saúde, PUC-Sorocaba, 2017.

SURJUS, Luciana Togni; ROSA, Soraya Dinis (orgs). **Crônicas da resistência: Fechamos o Vera Cruz**. Edição Especial /E-book. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2018.

STERN, Steve. **El concepto mismo de memoria tiene una historia que nace através de una lucha**. Entrevista a Steve J. Stern por Marianne González y Marcela Sandoval. 2012. Disponível em: www.anuariodh.uchile.cl. Acesso em 20/06/2020.

STRAFORINI, R.; GARCIA, L. B. dos R.; CASTRO, J. F. M. C. **Tropas e tropeiros em Sorocaba: a importância dos mueres na produção de um espaço**. GEOGRAFIA, Rio Claro, Vol. 23(2): 7-34, agosto 1998. Disponível em: <https://www.periodicos.rc.biblioteca.unesp.br/index.php/ageteo/article/view/14711/11342>. Acesso em 04/01/2024.

TOLEDO, Elisa T. **História da sexualidade e loucura: as psicocirurgias no Hospital Psiquiátrico de Juquery sob o prisma de gênero (1936 - 1951)**. Revista Temporalidades, vol. 7,1 n. 2 (mai./ago. 2015) - Belo Horizonte: Departamento de História, FAFICH/UFMG, 2015.

VERGÈS, Françoise. **Um feminismo decolonial** / Françoise Vergès; traduzido por Jamille Pinheiro Dias e Raquel Camargo. Título original: *Um féminisme decolonial*. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

_____. **Decolonizar o museu: programa de desordem absoluta**. São Paulo: Ubu Editora, 2023.

VIEIRA, M. A. **Testemunhas oculares: motivos alegóricos e o fotográfico**. Anais Vigésimo Sétimo Encontro Práticas e Confrontações, 2018. Disponível em: <https://www.academia.edu>.

VINUTO, Juliana. **A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto**. Temáticas, Campinas, SP, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014.

WERNECK, Jurema. **Mulheres negras: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro, Criola, 2010.

ANEXO 1: ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome completo e idade da entrevistada

Formação e atuação profissional

Autodeclaração étnico-racial

Hospital(is) psiquiátrico(s) em que atuou

Período de trabalho no(s) hospital(is) psiquiátrico(s)

Descrição da experiência no(s) hospital(is) psiquiátrico(s)

Concepções sobre “cuidado” e/ou “tratamento” dentro e fora da instituição

Divisão sexual e racial das equipes nos hospitais psiquiátricos

O papel dos(as) médicos(as) proprietários *versus* o papel das equipes

Questões sobre o trabalho feminino nos hospitais psiquiátricos

Quem eram as pessoas privadas de liberdade, com base nas intersecções das relações raciais, de classe, gênero, capacidade e sexualidades

Reflexões sobre a intersecção entre as violências estruturais (racismo, machismo, capacitismo, LGBTfobia, desigualdade de classes) e a constituição da população internada em hospitais psiquiátricos

Reflexões sobre o cotidiano de violações de direitos das pessoas privadas de liberdade: castigos, contenções, eletrochoque, medicalização, infantilização, trabalho forçado, repressão das sexualidades, controle das experiências e do tempo, mortes e resistências das pessoas internadas

Reflexões sobre a reforma psiquiátrica na região de Sorocaba

Efeitos subjetivos das experiências vividas pelas entrevistadas: memórias afetivas, memórias impedidas e processos de luto desencadeados pelo envolvimento com o trabalho e/ou pelo fechamento dos hospitais psiquiátricos

Experiências de desalienação/desinstitucionalização das entrevistadas