

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

THAIGA DANIELLE SALDANHA MOMBERG

**“ENTRE LÍRIOS E DELÍRIOS”:
A (DES)INSTITUCIONALIZAÇÃO E AS (RE)INVENÇÕES DO FEMININO NA
SAÚDE MENTAL DE SOROCABA**

Versão corrigida

SOROCABA

2018

THAIGA DANIELLE SALDANHA MOMBERG

**“ENTRE LÍRIOS E DELÍRIOS”:
A (DES)INSTITUCIONALIZAÇÃO E AS (RE)INVENÇÕES DO FEMININO NA
SAÚDE MENTAL DE SOROCABA**

Versão corrigida

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de São Carlos – *campus* Sorocaba para obtenção do título de Mestre em Educação.

Área de Concentração: Educação, Comunidade e Movimentos Sociais.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Roberto Vieira Garcia.

SOROCABA

2018

Momberg, Thaiga Danielle Saldanha

“Entre lírios e delírios”: a (des)institucionalização e as (re)invenções do feminino na saúde mental de Sorocaba / Thaiga Danielle Saldanha Momberg. -- 2018.

84 f. : 30 cm.

Dissertação (mestrado)-Universidade Federal de São Carlos, campus Sorocaba, Sorocaba

Orientador: Marcos Roberto Vieira Garcia

Banca examinadora: Amana Rocha Mattos, Soraya Diniz Rosa

Bibliografia

1. Saúde mental. 2. Serviços Residenciais Terapêuticos. 3. Desinstitucionalização. I. Orientador. II. Universidade Federal de São Carlos. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pelo Programa de Geração Automática da Secretaria Geral de Informática (SIn).

DADOS FORNECIDOS PELO(A) AUTOR(A)

Bibliotecário(a) Responsável: Maria Aparecida de Lourdes Mariano – CRB/8 6979

THAIGA DANIELLE SALDANHA MOMBERG

**“ENTRE LÍRIOS E DELÍRIOS”:
A (DES)INSTITUCIONALIZAÇÃO E AS (RE)INVENÇÕES DO FEMININO NA
SAÚDE MENTAL DE SOROCABA**

Versão corrigida

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de São Carlos – *campus* Sorocaba para obtenção do título de Mestre em Educação.

Área de Concentração: Educação, Comunidade e Movimentos Sociais.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Roberto Vieira Garcia.

Aprovada em 16 de fevereiro de 2018.

Orientador

Prof. Dr. Marcos Roberto Vieira Garcia
Universidade de São Carlos (UFSCar)

Examinadora

Profª. Dra. Amana Rocha Mattos
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Examinadora

Profª. Dra. Soraya Diniz Rosa
Universidade de Sorocaba (UNISO)

*Dedico a todas as mulheres que perderam sua
liberdade nos manicômios; àquelas que perderam a vida e àquelas
sobreviventes, que resistem e (re)existem, e que livres
buscam um lugar ao sol.*

AGRADECIMENTOS

*Um galo sozinho não tece uma manhã:
ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito que ele
e o lance a outro; de um outro galo
que apanhe um grito de um outro galo antes
e o lance a outro; e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzem
os fios de sol de seus gritos de galo,
para que a manhã, desde uma teia tênue,
se vá tecendo, entre todos os galos.
(João Cabral de Melo Neto)*

Considero a parte dedicada aos agradecimentos a mais agradável na construção da dissertação, pois o sentimento que mais me acompanhou no decorrer deste processo foi o da gratidão. Dessa forma, é enorme a lista de pessoas que me acompanharam ao longo desta maravilhosa viagem e a quem eu devo meu sincero agradecimento.

Gratidão às mulheres, flores de Sorocaba que conheci e que me trouxeram suas histórias de modo singular e emocionante e fizeram-me mais humana.

Agradeço profundamente ao meu orientador, Marcos Garcia, por toda paciência e dedicação e por acreditar que este projeto seria possível.

Às professoras Amana Mattos e Soraya Rosa Diniz, por me concederem a honra de integrar minha banca de defesa.

Às e aos docentes da Linha 2, obrigada por serem inspiração.

Às usuárias e aos usuários do CAPS II “Aquarela”, por me inspirarem diariamente a continuar na militância.

À comissão gestora do CRP Subsede Sorocaba, pelo incentivo ao longo desses anos, em especial ao Tom, por ser inspiração e companheiro de militância.

À toda a minha família, que, de forma carinhosa, respeitou a minha ausência em suas vidas durante esses anos. Em especial à minha mãe, mulher forte, por contribuir para que eu fizesse dessa vida movimento e militância.

À minha irmã Talita, que desde cedo me mostrou o hábito da leitura. Irmã a gente não escolhe, mas se pudesse escolher, te escolheria novamente.

Às amigas e aos amigos, companheiras e companheiros, que me acolheram nos momentos de angústia durante a escrita.

Aos movimentos da luta antimanicomial de Sorocaba, FLAMAS e Loucos pelo Mundo, pelos aprendizados e pela resistência na militância.

Enfim, a todas e a todos que tornaram esta pesquisa possível.

Olá, seja bem vinda novamente.

*O que eu posso dizer de uma pessoa maravilhosa que venho
ao mundo só pra fazer as pessoas felizes.*

*Quero dizer que você merece estudar e conhecer pessoas, porque a doença de um ser humano
de hoje em dia é diagnosticada na mente e a felicidade dos profissionais de saúde é a luta,
honestidade e amor aos tratamento, tudo isto deve ser tratado com amor,
saúde, instruído pela justiça Divina.*

*A oração, uma igreja, mente de otimismo, força de um leão que luta pela cria.
Minha família parece um álbum fechado, porque na eterna desventura do viver, nada para
nós é tão importante como uma amizade, uma hospitalidade e
respeitar a virtude , a fraqueja de cada um.*

Sorocaba, 09 de novembro de 2017.

Para: Thaiga com amor.

Escrito por Girassol.

RESUMO

O presente trabalho almejou investigar as especificidades das mulheres no processo de desinstitucionalização na cidade de Sorocaba/SP, considerando como as questões de gênero se articulam com sua tutela e/ou independência. Buscou compreender, também, como as mulheres que atualmente residem nos Serviços Residências Terapêuticas (SRTs) vivenciam sua independência diante das marcas da institucionalização, levando em consideração todo o silenciamento histórico vivenciado por estas, o que se soma ao estigma da loucura atribuído a elas. Foram realizadas observação participante e entrevistas em dois SRTs onde vivem estas mulheres. A bibliografia utilizada mostrou que a sexualidade feminina é um locus de controle no decorrer da história, trazendo uma interface com a loucura. Os resultados demonstraram dispositivos de controle da sexualidade e da feminilidade no manicômio e, também, fora dele, que levam à infantilização e à tutela das moradoras. Ressalta-se, a partir disso, a necessidade de interseccionar a discussão da temática, ao problematizar as peculiaridades sobre o ser feminino e considerar as questões fortemente presentes a respeito do gênero, raça e classe.

Palavras-chave: Saúde mental. Serviços Residenciais Terapêuticos. Desinstitucionalização. Mulheres.

ABSTRACT

The present study sought to investigate the specificities of women in the process of deinstitutionalization in the city of Sorocaba/SP, considering how gender issues are articulated with their tutelage and / or independence. It also sought to understand how the women currently living in the Therapeutic Residences Services (SRTs in Portuguese) experience their independence, taking into account all the historical silencing experienced by institutionalized women and the stigma of the madness attributed to them. Participant observation and interviews were carried out in two SRTs where these women live. The bibliography used showed that female sexuality is a locus of control across history, bringing an interface with madness. The results demonstrated devices of control of sexuality and femininity in the asylum, and also outside them, leading to the infantilization and tutelage of the residents. From this, it is necessary to intersect the discussion of the thematic, problematizing the peculiarities about femininity, considering the questions strongly present regarding gender, race and class.

Keywords: Mental health. Therapeutic Residence Services. Deinstitutionalization. Women.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAE	Associação Pais e Amigos dos Excepcionais
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSIJ	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CID	Classificação Internacional das Doenças
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CRP	Conselho Regional de Psicologia
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FEBEM	Fundação Estadual para o Bem-Estar do Menor
FLAMAS	Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba
MTSM	Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
OS	Organização Social
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RT	Residência Terapêutica
SRTs	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
UBS	Unidade Básica de Saúde
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
METODOLOGIA	16
1 MANICÔMIO: EXCLUSÃO E VIOLÊNCIA	20
1.1 Sorocaba: o maior polo manicomial da América Latina.....	27
1.2 Aspectos metodológicos.....	31
1.3 Flores em Sorocaba	37
2 MULHERES, LOUCURA E SUAS INTERSECÇÕES	41
2.1 Gênero e loucura: uma questão feminista?.....	55
3 A (DES)INSTITUCIONALIZAÇÃO: TUTELA OU AUTONOMIA?	58
3.1 Institucionalização na infância	64
3.2 Residência Terapêutica: casa ou instituição?	66
3.3 Curatelas: barreiras para autonomia?	68
3.4 Gênero e saúde mental nas RTs.....	70
CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77

APRESENTAÇÃO

BUSCAR UM LUGAR AO SOL! Talvez seja uma frase que possa sintetizar o início desta dissertação, em meio a muitos anseios que me acompanharam ao longo dessa jornada. Escrever sobre mulheres, sendo uma mulher, foi um dos maiores desafios com que já me deparei, afinal, ao longo da história, tantas histórias foram silenciadas, tantas histórias de mulheres se fizeram ausentes.

Um país que ainda convive com a exploração sexual, as desigualdades salariais entre homens e mulheres, a discriminação e a violência contra a mulher, os atrasos em conquistas históricas de cidadania já garantidas em muitos países (como educação e saúde de qualidade, acesso fácil aos métodos anticoncepcionais, direito ao aborto) e os problemas sociais, como pobreza, o descaso das autoridades para com os idosos e a infância, tão imbricados nas questões de gênero, tem muito a ganhar buscando respostas na história. (PINSKY, 2007, p. 11).

É possível afirmar que o silenciamento esteve presente nas trajetórias das mulheres nos mais variados contextos, uma vez que os espaços públicos foram ocupados majoritariamente pelos homens. Dessa forma, escrever sobre a história de mulheres deve ser compreendido como um ato político e também de resistência, entendendo que, por meio de suas vivências, as mulheres devem resistir e (re)existir.

Entre em contato com a luta antimanicomial ainda durante a graduação, o que sempre me causou identificação e inquietações, até que pude, no final do curso, estar inserida profissionalmente em um serviço de saúde mental, no qual se construiu minha identidade profissional. Passei a me reconhecer como “antimanicomial”, desenvolvendo um posicionamento político diante de enfrentamentos e barreiras, que são inúmeros na cidade de Sorocaba, vergonhosamente reconhecida como o maior polo manicomial da América Latina.

Estar inserida em um serviço de saúde mental (Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil – CAPSIJ), a partir de abril de 2014, proporcionou-me muitos questionamentos e inquietações sobre a “loucura”, as novas possibilidades de cuidado e todo o processo de desinstitucionalização ocorrido na cidade de Sorocaba. Além disso, fui presenteada, no sentido de poder contribuir para que as histórias de crianças e adolescentes pudessem ser escritas de modo diferente e novo, uma vez que outra forma de cuidado começou a ser vivenciada longe dos muros dos manicômios, embora algumas barreiras “simbólicas” ainda precisassem ser quebradas.

Entende-se que a implementação de uma rede substitutiva deve possibilitar novas abordagens, princípios e valores às pessoas em situação de sofrimento psíquico, sendo capaz de impulsionar formas mais adequadas de cuidado no seu âmbito familiar, social e cultural (Valverde, 2010).

Segundo ideias de Rotelli e colaboradores (2009), a base dos projetos de desinstitucionalização reside na ruptura da causalidade linear da doença-cura, problema-solução, e na reconstrução do “objeto” enquanto sujeito histórico. Ainda, ressaltam que as novas instituições devem estar à altura da complexidade da tarefa de intervir na sua existência-sofrimento, remetendo ao processo da constante reconstrução do sujeito.

Cabe salientar que as dificuldades de superação do modelo manicomial vão além do mero fechamento de hospitais e da abertura de novos serviços, pois há uma lógica historicamente institucionalizada a ser rompida.

Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativeiro. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social. (AMARANTE, 1995, p. 494).

Com o início do Mestrado e estando inserida na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Sorocaba-SP, pude entrar em contato com as Residências Terapêuticas (RTs) implantadas no processo de desinstitucionalização. Embora existissem RTs no município antes de 2012, estas funcionavam ligadas aos manicômios locais, o que fazia com que algumas usuárias e alguns usuários transitassem da RT para o manicômio nos momentos de crise, voltando para a RT após sua remissão, em uma lógica ainda manicomial, portanto. Após a assinatura do Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), em 2012, esforços foram conduzidos no sentido de se criar uma rede de fato substitutiva, e não apenas complementar à manicomial. Em 2015, foi inaugurada uma das RTs, onde realizei a pesquisa.

O primeiro contato e aproximação com a RT me proporcionou conhecer histórias de mulheres que foram silenciadas, levando em consideração suas vivências marcadas por privações e violências ainda na infância, bem como a institucionalização precoce, o rompimento de vínculos familiares e, também, o estigma da loucura atribuído a elas. Essas questões impactam suas vivências atuais e contribuem significativamente na constituição do lugar que ocupam na sociedade, já que, mesmo após o fechamento dos manicômios, quando puderam se ver sem os muros que cerceavam a sua liberdade, elas ainda carregavam subjetivamente tais “muros”. Resistentes e sobreviventes estavam em busca de um “lugar ao sol”. O contato com muitas histórias silenciadas, caracterizadas pela não-razão, pelo julgamento moral, que muitas vezes justificavam esse silenciamento, afinal, entende-se que o discurso da “louca” não deve ser considerado e reforça as violências vividas em nome de uma cura – a chamada loucura feminina –, levou-me a refletir sobre o meu lugar enquanto mulher, que jamais vivenciou a ausência da liberdade entre os muros de um manicômio, mas que carrega algumas “prisões” dentro de uma sociedade marcada pelo machismo e pela misoginia. Conhecer essas mulheres e escrever sobre elas me fez me reconhecer enquanto militante feminista e antimanicomial, uma vez que ser antimanicomial é lutar contra qualquer forma de manicômio, entendendo que o manicômio pode estar presente também enquanto instância simbólica, inclusive no modo como as mulheres vivem a sua sexualidade. Assim, a reflexão se dá perante todas as imposições que a sociedade machista e patriarcal determina às mulheres também na forma de vivenciar a sua própria sexualidade, muitas vezes, restringindo-a às vivências heterossexuais, devido à imposição heteronormativa, e às experiências monogâmicas, com o intuito apenas da procriação. Parte-se do pressuposto que as mulheres não precisam sentir prazeres, o que reforça a ideia estabelecida de um lugar social no qual a mulher é entendida como “bela, recatada e do lar” e qualquer comportamento que fuja desse padrão pode ser definido como desviante. Cabe lembrar Rolnik (1993), que afirma que as marcas são estados inéditos produzidos em nosso corpo, que nos faz buscar sentido à nossa existência. Além do mais, aceitar para onde essas marcas nos levam a nos lançar neste devir. É neste sentido que escrevo, dialogando com minhas marcas, sentindo-me afetada muito antes de conhecer essas mulheres e suas histórias, que carregam a exclusão e formas doloridas de opressão, mas que, por outro lado, recebem-me com braços abertos, com gritos de libertação, impulsionando-me ao desassossego.

Como objetivo geral, esta dissertação pretende investigar as especificidades das mulheres no processo de desinstitucionalização na cidade de Sorocaba/SP, discorrendo sobre como as questões de gênero se articulam com sua tutela e/ou independência. Busca, também,

investigar como as mulheres, que atualmente residem nos Serviços Residências Terapêuticas (SRTs), vivenciam sua independência diante das marcas da institucionalização, caracterizadas pela não-autonomia e pela privação social. Ressalta-se que, devido à institucionalização na infância, elas foram privadas de educação formal, convivência familiar e comunitária. Por sim, esta pesquisa leva em consideração todo o silenciamento histórico vivenciado por essas mulheres, o que se soma ao estigma da loucura atribuído a elas.

METODOLOGIA

A presente dissertação se concentrou em dois Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) femininos, compostos – cada um – por 10 egressas de um manicômio feminino na cidade de Sorocaba. Caracteriza-se como uma pesquisa de abordagem qualitativa a partir da produção de narrativas e tendo como fonte de dados os prontuários, observação participante (apoiada em diário de campo) e entrevistas semiestruturadas com uma moradora e uma profissional. Também foi utilizado material escrito (cartas) de uma moradora, de acordo com seu pedido, que optou por não gravar entrevista, mas desejou contribuir para a investigação.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004):

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – ou residência terapêutica ou simplesmente “moradia” – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. (BRASIL, 2004, p. 6).

A proposta de criação dos SRTs foi desenvolvida com o intuito de possibilitar a redução de leitos dos manicômios, auxiliando as/os moradoras/es na superação da condição cronicante e estigmatizante de “moradores de hospital”. São alternativas de moradias para egressas/os de instituições asilares, o que pode garantir sua permanência fora delas, em especial quando há dificuldade de reinserção familiar (BRASIL, 2004).

A primeira Residência Terapêutica (RT), em que esta pesquisa foi realizada e que será chamada aqui de “Jardim”¹, foi inaugurada em junho de 2015. Está localizada próxima ao centro de Sorocaba e sua gestão é realizada por uma organização social (OS) que possui convênio com a Prefeitura Municipal. A RT é vinculada ao CAPS III “Arte do Encontro”, que também é gerenciado pela mesma OS. Cabe ressaltar que a RT passou por várias mudanças de gestão ao longo da pesquisa, por conta da troca de convênio entre a Prefeitura Municipal e as organizações sociais, o que gerou rotatividade dos profissionais que lá trabalham. Houve, também, ao longo dos anos, uma significativa mudança em relação às moradoras, pois algumas foram residir em outro município e/ou em outra RT.

A segunda RT, aqui denominada de “Parque”, é mantida por uma OS que administrava um manicômio local e que foi o primeiro a ser desativado, em setembro de 2012, meses antes da assinatura do TAC. O manicômio chegou a ter 400 internas e internos e,

¹ Os nomes das residências, das funcionárias das RTs e mulheres entrevistadas são fictícios.

no momento em que foi desativado, ainda abrigava 136 pessoas, que foram encaminhadas para as residências terapêuticas, casas de familiares ou levadas ao Hospital Psiquiátrico Vera Cruz, que passou a ser denominado como pólo de desinstitucionalização após a assinatura do TAC e da intervenção do poder público em sua gestão. No primeiro capítulo, será retomada detalhadamente cada RT e as mulheres que serão protagonistas desta pesquisa.

É necessário salientar, ainda, que toda a história dessas egressas é apresentada e escrita por meio dos seus próprios discursos, que carregam marcas da institucionalização vivenciada ao longo dos anos. Não pude ter acesso aos prontuários delas no início da pesquisa, devido à demora na aprovação pela Prefeitura Municipal de Sorocaba para a realização da investigação. Em março de 2017, foi solicitada à Coordenação de Saúde Mental a autorização para sua realização, mas a resposta obtida foi a de que as pesquisas na área da saúde mental haviam sido suspensas. Após a negociação desse pedido, no mês de junho de 2017, a Prefeitura Municipal de Sorocaba autorizou a pesquisa, condicionando-a à aprovação pela Plataforma Brasil. A partir de então, pude ter acesso aos prontuários das mulheres a fim de refletir, questionar e analisar criticamente os dados registrados.

Ademais, cabe ressaltar a dificuldade presente no sentido de construção dos vínculos com as mulheres das RTs. Foram necessárias várias visitas no decorrer do processo para que elas se sentissem à vontade e que a minha presença ou qualquer assunto que eu buscasse abordar enquanto pesquisadora não fosse prejudicial para as suas vivências. O exercício de uma postura de cuidado frente às narrativas e marcas da institucionalização é um preceito ético fundamental, pois se compartilha o sofrimento ainda presente e outros sentimentos associados a ele. Diante disso, realizei visitas semanais nas RTs visando estabelecer vínculos com essas mulheres. A figura profissional que carrego enquanto “psicóloga” facilitou meu contato com as entrevistadas, uma vez que existe uma construção social sobre essa profissão, ou seja, como aquela pessoa que está disponível a ouvir, com quem podemos conversar sobre nossas histórias e dificuldades.

Percebi, em um primeiro momento, que minha idade e aparência motivaram a resistência de algumas mulheres, que afirmaram que eu era “muito nova” e que, por isso, não poderiam falar sobre determinados assuntos (por exemplo, sobre relações sexuais). Essa dificuldade foi sendo superada no decorrer da realização da pesquisa por conta do processo de vinculação, que facilitou nosso diálogo e abertura para questões mais íntimas. Nem todas as mulheres que moram na RT foram citadas na presente pesquisa, em especial pela dificuldade de algumas em se comunicar, o que foi motivado, em grande parte, pela institucionalização em manicômios por décadas. Entretanto, algumas entrevistadas puderam compartilhar suas

experiências e vivências de modo singular. Muitas vidas foram perdidas, muitas identidades roubadas e diminuídas, muitos direitos – enquanto pessoa e enquanto gente – foram totalmente usurpados. Essas mulheres se tornaram, por muito tempo, apenas mais um elemento que compõe o “depósito”, local onde a loucura deve ser “curada”. E não se fala em subjetividade? Em individualidade? Nem tampouco em liberdade? Não. Fala-se em privação de toda e qualquer expressão, fala-se de violência e segregação. Fala-se em indivíduos, seres humanos, em homens e mulheres? Não. Fala-se em sujeitos que, na verdade, não são sujeitos, “coisifica-se” a pessoa, a identidade morre, o corpo permanece vivo e configura-se o local que “cura” ou “acentua” a loucura. Estes homens e estas mulheres não precisam da liberdade? Não. Acredita-se que eles e elas não saberiam usá-la, podendo até se tornar figuras perigosas. Algumas delas não resistem, não suportam o frio, o calor, a fome, a violência e toda a privação e, assim, os corpos também morrem, porém ninguém os nota; são apenas corpos, agora também sem vida.

O trabalho de campo se iniciou com visitas realizadas na RT “Jardim”, no começo do ano de 2016. Inicialmente, frequentei a RT semanalmente, durante duas horas, a fim de construir vínculos com as mulheres para que estas se sentissem seguras em compartilhar suas experiências e histórias. Não foi utilizado gravador ou qualquer outro recurso, pois as mesmas afirmaram que se sentiam mais confortáveis sem a utilização desses equipamentos. No decorrer da pesquisa, aconteceram mudanças em relação às moradoras. Optou-se pela realização do trabalho de campo em uma segunda RT, por causa da transferência de uma moradora, com a qual havia se estabelecido um vínculo, para essa residência. Na RT “Parque”, pude realizar uma entrevista gravada com essa mulher, que se sentiu à vontade em falar um pouco sobre a sua história e os atuais impactos da institucionalização.

Em relação ao diário do campo, foram feitos relatórios ao final de cada visita, nos quais se procurou trazer a fala das mulheres da forma mais fidedigna possível, visando romper com seu silenciamento.

Para a autora Minayo (1999), a técnica da observação participante se realiza a partir do contato do pesquisador com o campo, na qual se busca obter informações sobre a realidade dos sujeitos envolvidos e o seu contexto, levando-se em conta que o pesquisador pode modificar e ser modificado pelo contexto.

Foi realizada também uma entrevista com uma profissional, a fim de colher mais informações a respeito do cenário que diz respeito à estrutura das RTs, bem como à história desta e ao seu funcionamento. Foi escolhida a partir dos seguintes critérios, visando compreender aspectos a partir de suas vivências: profissionais que trabalham ou trabalharam

no processo de desinstitucionalização da região de Sorocaba; foram ou são referência nas RTs em questão; e que tiveram experiências nos manicômios.

No primeiro capítulo, intitulado “Manicômio: exclusão e violência”, pretendo apresentar o manicômio como uma instância física marcada pela privação social e pela violência, dando destaque para Sorocaba, cidade considerada o maior polo manicomial da América Latina. Descreverei o cenário das RTs, bem como sua história, funcionamento e como são apresentadas pela mídia. Indicarei as mulheres sobreviventes do manicômio e que são as protagonistas desta pesquisa, realizando, também, uma análise crítica dos prontuários aos quais tive acesso.

No segundo capítulo, “Mulheres e loucura”, apresento e questiono o conceito de loucura no que diz respeito à singularidade das mulheres, considerando as questões de gênero e suas intersecções.

No terceiro capítulo, denominado “A (des)institucionalização: tutela ou autonomia?”, discuto a noção de desinstitucionalização por meio da problematização e apresentação dos dados atuais do andamento do processo em Sorocaba e as articulações com as questões de tutela e independência, analisadas a partir do trabalho de campo, no que diz respeito às mulheres.

Nas considerações finais, são trazidas as articulações entre os eixos analisados.

CAPÍTULO 1

MANICÔMIO: EXCLUSÃO E VIOLÊNCIA

*Não são grandes coisas que levam um homem ao manicômio.
A morte está à espreita.
Ou o assassinato, incesto, roubo, fogo, inundação.
Não.
É uma contínua série de pequenas tragédias.
É o que leva um triste homem ao manicômio.
Não é pela morte de seu amor...
Mas um cordão que se rompe sem tempo restante.
Com cada cordão rompido
Entre centenas de cordões rompidos
Um homem, uma mulher, uma coisa entra no manicômio.
Então seja cuidadoso quando dobrar a esquina.*

(Charles Bukowski)

Neste primeiro capítulo, pretendo apresentar o manicômio enquanto instância materializada do tratamento historicamente dispensado à loucura, sendo considerado um lugar de separação e segregação, além de se configurar como uma instituição total destinada às pessoas marginalizadas da sociedade (DE LEONARDIS, 1988; GOFFMAN, 2003).

Sabe-se que a concepção sobre o que é loucura foi se modificando ao longo dos tempos. Foucault (1997), em sua “História da loucura”, relata a gênese da loucura em alguns momentos. Durante a Idade Média, os loucos ou “alienados”, como eram conhecidos, conviviam com a população, sem a necessidade de serem excluídos e eram, por vezes, considerados pessoas com dons especiais, quando não sagrados. Até meados do século XV, o tema que assombrava a cultura ocidental era a morte, materializada através da peste e guerras; a miséria era santificada, ou seja, o pobre era considerado enviado por Deus, o que suscitava a caridade cristã, tendo a Igreja como possibilidade de salvação.

No Renascimento, a loucura passou a ser celebrada, presente nos ritos populares, nas artes plásticas, na filosofia e na literatura; deu-se um rompimento com a tradição religiosa e a loucura começou a ser entendida como objeto interiorizado ou como certa maneira de vivenciar o mundo em sua totalidade. Sabedoria e loucura andavam juntas.

A partir do século XVII, para Foucault (1997), a loucura começou a ser segregada, em um movimento relacionado ao fortalecimento da burguesia, ao primado da razão e à ordenação da miséria. Nesse momento, as igrejas passaram a se ocupar da assistência aos pobres; e a loucura, a ser materializada no universo moral. Esta foi percebida no horizonte

social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de se integrar ao grupo, fixando-se, assim, no hospital,

Na Europa, essas instituições hospitalares se transformaram na virada para o século XIX, já sob o comando da psiquiatria nascente:

A instituição de reclusão e isolamento do indivíduo louco, chamada “asilo de alienados mentais”, surge com o “ato libertador” de Pinel ao determinar o fim do “Grande Enclausuramento”, instituição dos antigos regimes monárquicos que servia ao recolhimento de todo tipo de indivíduo marginal até a Revolução Francesa. A prática do internamento, no começo do século XIX, coincide com o momento no qual a loucura é percebida menos em relação ao erro do que em relação à conduta regular e normal; no qual ela aparece não mais como julgamento perturbado, mas como perturbação na maneira de agir, de querer, de ter paixões, de tomar decisões e de ser livre. (FOUCAULT, 1997, p. 48).

Entende-se que a “Tecnologia Pineliana”, termo utilizado por Amarante (2003), traz o tratamento moral marcado pelo isolamento, já que isolar a loucura, sem interferências externas, é visto como possibilidade de tratamento, pois, para se conhecer um objeto, seria necessário segregá-lo. Assim, essa abordagem caracteriza uma relação terapêutica baseada na autoridade, na qual o isolamento seria a maneira de separar e ordenar as categorias.

Na medida em que as doenças iam sendo identificadas ou diagnosticadas, eram agrupadas – tanto no sentido institucional, isto é, fisicamente, em salas específicas, como, por exemplo, salas apenas com febris, outras com traumatizados, outras ainda com portadores de doenças de pele, e assim por diante -, quanto no sentido teórico, em nosografias, ou seja, em classificações. (AMARANTE, 2003, p. 16).

Diante disso, entende-se que Pinel passou a organizar uma nosografia das alienações mentais, a partir de uma rigorosa e permanente observação. Para Pinel:

É impossível distribuir os loucos cuja loucura se pretende tratar como se distribui doentes comuns ou mulheres grávidas [...] existe uma grande diferença entre um hospital de febris feridos e um hospital de loucos curáveis; o primeiro oferece somente um meio de tratar com maiores ou menores vantagens, em função de ser mais ou menos bem distribuído, ao passo que o segundo tem, ele próprio, função de remédio. (PINEL apud AMARANTE, 2003, p. 16).

Esse conjunto de estratégias proposto por Pinel para reeducar a mente alienada ficou conhecido como “Tratamento Moral”, e foi concomitante com a caracterização da loucura como doença mental, materializando-se no manicômio.

No Brasil Colônia, segundo Figueiredo e Ferraz (1998), o hospício se caracterizou como um “lugar geralmente administrado por religiosos, e que acolhia pobres órfãos, doentes sem recursos, velhos abandonados, peregrinos e outros necessitados. Era uma casa de

caridade” (FIGUEIREDO; FERRAZ, 1998, p. 63). Pode-se afirmar que não era um local disponível para tratamento da “loucura”, embora as loucas e os loucos, eventualmente, pudessem habitá-lo. Dessa forma, o hospício ingressou no cenário brasileiro tendo como função o controle social. Cabe frisar que o contexto de libertação de escravos, imigração, explosão demográfica e urbanização intensificou as contradições sócio-econômicas e impulsionou políticas de confinamento para os “desclassificados, inúteis e desajustados”. Segundo Cunha (1990), no Brasil, antes da chegada da Família Real, as/os “doidas/os” curtiam seus delírios tranquilamente pelas ruas da Corte e, na maioria das vezes, eram merecedoras/es de aplausos. Resende (2007) também reconhece que as loucas e os loucos puderam desfrutar de liberdade durante algum tempo diante da tolerância social. Tiveram, porém, sua liberdade cerceada, passando a ser reprimidas e reprimido, pois não mais se adaptavam à nova ordem social, e se tornaram uma ameaça a essa nova ordem.

O projeto de medicalização da loucura, a partir da defesa de novos parâmetros e da necessidade de reclusão das loucas e dos loucos, começou a ser concretizado a partir do surgimento dos primeiros hospícios em meados do século XIX, por volta de 1851, quando a psiquiatria brasileira se apresentou como um saber médico especializado em instituições destinadas especificamente para abrigar loucas e loucos (RESENDE, 2007, p. 39).

Assim, o discurso higienista, que teve início no final do Segundo Império, continuou com força ao longo da Primeira República. Nas décadas de 1920 e 1930, pode-se afirmar que a psiquiatria preventiva ganhou impulso e o olhar da medicina dividiu a população em doentes e sãos, regeneráveis e não-regeneráveis, grupos estes tratados de formas distintas (WEYLER, 2006).

No Brasil, a “grande internação” teve início, portanto, após dois séculos do processo na Europa, entretanto com a mesma característica central: a separação do restante da sociedade daquelas e daqueles que perturbavam a ordem social.

Desordem franca, ociosidade, perturbação da paz social e obstáculo ao crescimento econômico, estão aí as mesmas circunstâncias sociais que, alguns séculos antes, determinaram na Europa, o que Foucault qualificou de “o grande enclausuramento” (RESENDE, 2007, p. 35).

De acordo com Resende (2007), como característica da escravidão no Brasil, ocorreu a polarização da vida social em dois extremos, ou seja, de um lado uma minoria de senhores e proprietários; e do outro uma multidão de escravos. Entre esses dois polos se encontrava uma

massa crescente de inadaptadas e inadaptados, sem nenhum trabalho definido ou totalmente sem trabalho e era justamente nessa categoria que as loucas e os loucos se encaixavam.

Em 1808, com a vinda da Família Real para o Brasil, a instalação da Corte na cidade do Rio de Janeiro trouxe um movimento que passou a exigir a “modernização” da sociedade brasileira, reivindicando, entre outras coisas, a abertura de cursos superiores, incluindo o de medicina.

O primeiro manicômio brasileiro foi criado pelo Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841, mas somente inaugurado em 1852. O Hospício de Alienados Pedro II trouxe uma nova fase na abordagem da loucura em nosso país: foi o marco institucional do nascimento da psiquiatria. Iniciou-se com ele a política oficial de tutela e de segregação da/do doente mental (YASUI, 2008).

Para Pereira (2004):

O hospício passou a ser uma instituição estatal administrada por médicos especialistas [...]. A direção dos asilos seria confiada a um médico e todas as admissões passariam por um crivo médico, mesmo as ex-officio, ou seja, requisitadas pelas autoridades públicas, que deveriam ser acompanhadas de pareceres médicos da policia. (PEREIRA, 2004, p. 58).

Pode-se afirmar que a loucura passou a ser entendida como doença mental, e o hospício surgiu enquanto instituição estatal, sendo controlada pelo saber médico, que ocuparia um lugar importante enquanto ciência que poderia e deveria tratá-la.

No Brasil, assim como em diversos países, a história da psiquiatria é a história de um processo de asilamento; é a história de um processo de medicalização social (AMARANTE, 1994, p. 74).

Quem são estes loucos? As esparsas referências que se pode encontrar demonstram que podem ser encontrados preferentemente dentre os miseráveis, os marginais, os pobres e toda a sorte de parias, são ainda trabalhadores, camponeses, desempregados, índios, negros, “degenerados”, perigosos em geral para a ordem pública, retirantes que, de alguma forma ou por algum motivo, padecem de algo que se convencionou englobar sobre o título de doença mental. (AMARANTE, 1994, p. 75).

De acordo com Yasui e Costa-Rosa (2008), em 1852, surgiu a primeira lei de assistência à/ao doente mental, marcada por um contexto histórico no qual o interesse era manter essa população, vista como indesejável, afastada do convívio social.

Segundo Marsiglia (1987), a legislação, que se desenvolveu a partir do Código Civil de 1916 e da Lei de 1919, estabeleceu que eram “absolutamente incapazes de exercer

“pessoalmente os atos da vida civil, os loucos de todo gênero” (BRASIL, 1916). Possibilitava a “interdição dos loucos, surdos-mudos e pródigos”, a nulidade de “qualquer ato jurídico que seja praticado por loucos” e o recolhimento dos “loucos que tiverem comportamentos inconvenientes” em “estabelecimentos especiais” (BRASIL, 1919). Com esta legislação, loucas e loucos ficaram à mercê do afastamento da sociedade civil e sem quaisquer direitos.

Em 1898, o Hospital Psiquiátrico do Juquery, localizado em Franco da Rocha, na região metropolitana de São Paulo, foi inaugurado. Também conhecido vergonhosamente por condições subumanas e violações de todo e qualquer tipo de direitos, abrigou por mais de um século histórias de mortes, torturas e maus-tratos. Muitas das pessoas ali internadas eram representantes de um parcela considerada improdutiva e inútil da sociedade, não havendo qualquer diagnóstico preciso de transtornos mentais. Pode-se afirmar que o Juquery atendia à lógica do sanitarismo, higienismo e controle social: qualquer pessoa julgada como “diferente” poderia ser internada, lógica presente em diversos manicômios. Logo, mulheres que não eram casadas e/ou separadas, pessoas que faziam uso abusivo de álcool, que não possuíam emprego formal, os chamados “vadios” e sem ocupação, entre outras que não se adequavam ao padrão social vigente.

Habitação do diabo, casa infernal, desterro. Lugar de prisão, bastilha, lugar de malucos. Estabelecimento de vingança, espelho do mundo. Entre as muitas expressões criadas por internos do Hospício do Juquery para designar seu local de internamento, esta última chama particularmente a atenção – porque sugere um olhar sobre a instituição que ultrapassa a intenção da denúncia das condições subumanas a que ela reduz seus habitantes... (CUNHA, 1986, p. 13).

Outra instituição com características semelhantes foi a “Colônia”, localizada na cidade de Barbacena, em Minas Gerais, e considerada o maior manicômio do Brasil. Arbex (2011) refere-se ao corrido ali como o “Holocausto Brasileiro”, por causa dos atos de crueldade e violência que remontam às brutalidades cometidas na Alemanha nazista, durante a Segunda Guerra Mundial. De acordo com Arbex (2011), as pessoas eram internadas frequentemente sem quaisquer sintomas de loucura ou insanidade; aproximadamente, 70% das pessoas não tinham diagnóstico de doença mental. Entende-se que era um local para abrigar os “inconvenientes” para a ordem social vigente, como homossexuais, prostitutas, negras e negros, alcoólatras e mulheres que não obedeciam aos papéis que lhes eram impostos, como o de boa esposa e mãe.

A lógica manicomial se baseava em um padrão de normalidade em relação a qualquer comportamento desviante que podia ser entendido como passível de intervenção. Além disso,

a explicação para essas condutas se dava na formulação de supostas desordens individuais, sejam elas orgânicas ou morais. Por sua vez, os métodos de “tratamento” empregados desconsideravam a influência dos aspectos sócio-históricos na própria produção da chamada loucura, e conseqüentemente, desprezavam a contribuição de tais questões para a melhoria da qualidade de vida da/do considerada/o louca/o e a relação desta/e com o seu entorno. A maior parte dos manicômios se configurava como depósitos, nos quais as/os pacientes não tinham condições mínimas de dignidade humana.

Para Machado et al. (1978), a/o louca/o faz seu aparecimento como um perigo em potencial e como um atentado à moral pública, à caridade e à segurança. A loucura é um risco a ser evitado nas ruas da cidade. Liberdade e loucura são antônimos. Assim, nessa perspectiva, o saber deveria alcançar as/os insanas/os, afastando-as/os das áreas urbanas para o seu processo de recuperação, entendendo que eliminaria ou curaria as pessoas que ameaçavam a ordem social.

Manicômio passa a ser entendido como emblema das relações de violência, segregação, massificação e discriminação social. Apresenta-se como alvo por expressar, num sentido amplo, os diversos mecanismos de opressão desta estrutura social ; e num sentido estrito, a própria instituição psiquiátrica [...]. (SCARCELLI; ALENCAR, 2009, p. 5).

Diante do exposto, entende-se que o manicômio se tornou um lugar de segregação, de exclusão e violência. As ditas “loucas” e os ditos “loucos”, aquelas e aqueles que incomodavam a ordem social vigente deveriam ser retidas e retidos, ou seja, liberdade já não combinava com a loucura; esta deveria ser contida nessa instância física, marcada pela opressão.

De acordo com Amarante (1995), a loucura era vista como altamente lucrativa, pois os espaços de “tratamento” eram concebidos como algo de fácil montagem, já que não necessitavam de tecnologia e pessoal qualificado. Logo, esses serviços seguiam uma lógica de mais admissões, mais tempo de internação e menos recursos técnicos e medicamentosos, visando manter a lucratividade, o que explica o termo “indústria da loucura”. Na década de 1960, essa “indústria” cresceu com a unificação dos institutos de pensões e de aposentadoria. Foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), ou seja, o Estado passou a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e conciliou pressões sociais com o interesse pelo lucro.

Apesar do crescimento da indústria da loucura, também cresceram no Brasil, a partir da década de 1970, os movimentos questionadores dessa lógica, inspirados em grande parte

na experiência de Trieste, na Itália, liderada por Basaglia. Lá, em 1978, foi instituída a Lei 180, cunhada por Basaglia, e incorporada à lei italiana da Reforma Sanitária, tendo como característica a proibição da recuperação e construção de manicômios, além da reorganização de uma rede de cuidados, visando restituir a cidadania e os direitos sociais. Esse novo modelo de cuidado influenciou o Brasil, fazendo ressurgir discussões à respeito da desinstitucionalização da saúde mental (ROTELLI; AMARANTE, 1992).

No fim dos anos de 1970, no Brasil, constitui-se o chamado Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que iniciou a discussão pela reforma psiquiátrica brasileira, atuando inicialmente nos estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro. A reforma sanitária teve influência constitutiva no movimento da reforma psiquiátrica. De acordo com Arouca (1988), a proposta da Reforma Sanitária Brasileira representou a indignação contra as precárias condições de saúde, o descaso, a mercantilização do setor, entre outros. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi considerada um marco para o movimento, que assumiu a bandeira da descentralização, pleiteando a criação de um sistema único de saúde universal, igualitário, participativo, descentralizado e integral (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987).

Na década de 1980, ocorreram vários eventos preparatórios para a I Conferência Nacional de Saúde Mental. O MTSM se tornou, então, um ator público importante, a partir da deflagração de greves e denúncias de maus-tratos e desumanização nos equipamentos psiquiátricos, mas, também, no desenvolvimento posterior de propostas de novas políticas no setor da saúde mental.

Um dos principais objetivos do MTSM foi se constituir enquanto um espaço não institucional. Como um locus de debate, almejou encaminhar recomendações para a transformação da assistência psiquiátrica, característica percebida na I Conferência Nacional de Saúde Mental, que ocorreu em 1987, em que a priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais passou a ser recomendada, questionando a lógica hospitalocêntrica. Em 1987, foi realizado o II Congresso Nacional do MSTM, em Bauru, no qual se concretizou o Movimento da Luta Antimanicomial, cujo lema era “uma sociedade sem manicômios”.

[...] consolidada no Congresso de Bauru, repercutiu em muitos âmbitos: no modelo assistencial, na ação cultural e na ação jurídico-política. No âmbito do modelo assistencial, esta trajetória é marcada pelo surgimento de novas modalidades de atenção, que passaram a representar uma alternativa real ao modelo psiquiátrico tradicional [...]. (Amarante, 1995, p. 82).

1.1 Sorocaba, o maior polo manicomial da América Latina

A cidade de Sorocaba apresenta um território de 450,4 km² e possui população estimada de 644.919. Seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,798, ficando em 47º lugar no país. Localizada a cerca de 90 km da capital, São Paulo, foi fundada em 15 de agosto de 1654 pelo bandeirante Baltasar Fernandes. Durante muito tempo, foi conhecida como “Manchester Paulista”, devido ao grande número de fábricas têxteis. Atualmente, possui um grande e diverso polo industrial (INSTITUTO HISTÓRICO, GEOGRÁFICO E GENEALÓGICO DE SOROCABA, 2012).

Sorocaba possui 40 estabelecimentos de saúde municipais e 182 privados (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2015). Esses dados mostram uma maioria significativa de estabelecimentos privados em relação aos públicos no município. A região na qual a cidade se encontra foi considerada, até recentemente, como o maior da América Latina em termos de concentração de instituições do tipo.

Após décadas do início da reforma psiquiátrica no Brasil e inúmeras experiências de fechamento de manicômios, visando a ampliação da rede no território e enfatizando a consolidação de uma política de saúde mental, ainda podemos encontrar vários manicômios em funcionamento no país. Algumas regiões, como a de Sorocaba, concentram um alto número dessas instituições, formando polos manicomialis.

No final do século XIX, iniciou-se no Brasil a implantação de colônias agrícolas, que se utilizavam da laborterapia, considerada parte essencial do tratamento destinado a pessoas consideradas “doentes mentais”. De acordo com Resende (2007), no Brasil, a proposta de laborterapia atendia aos interesses da burguesia, que buscava reverter a ideia tradicional da “moleza”, que estaria culturalmente enraizada no povo brasileiro.

As pessoas que ocupavam as colônias e/ou manicômios, em sua quase totalidade, eram as desajustadas, ou seja, aquelas que não se encaixavam no modelo hegemônico vigente, por exemplo, as pessoas sem emprego formal, de classe baixa e, em sua maioria, negras. Eram direcionadas à laborterapia em condições, muitas vezes, insalubres, cujas atividades visavam sua readequação à ordem social, marcada por uma herança escravagista. A laborterapia, portanto, ocupou um lugar central de controle, opressão e violência.

Em 1895, em Sorocaba, criou-se, provisoriamente, a primeira colônia agrícola do estado de São Paulo, supervisionada por Franco da Rocha e com capacidade para 80 pessoas. Com a inauguração do Juquery, em 1989, as/os pacientes foram para lá transferidos e a colônia foi fechada. Em 1918, foi inaugurado o manicômio Dr. Luiz Vergueiro, a partir de um

iniciativa de uma loja maçônica local, que mais tarde seria nomeado como Jardim das Acácias (GARCIA, 2012). Cabe ressaltar que alguns registros apontam que as condições das/os internas/os nesse manicômio eram de extremo sofrimento e violação de direitos humanos. De acordo com Garcia (2012):

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 apud GARCIA, 2012, p. 705).

No decorrer da última década, foram realizados dois censos psicossociais dos moradores em manicômios no estado de São Paulo. O primeiro foi realizado em 2008 e mostrou que o número total de moradores de manicômios no estado era de 6.349 pessoas (BARROS; BICHAF, 2008). O segundo censo psicossocial foi realizado em 2014 e mostrou que havia 4.439 pacientes morando nesses manicômios (CAYRES et al, 2015).

De acordo com esses dados, pode-se afirmar que o grande número de moradores em manicômios sinaliza as dificuldades em cumprir a lei preconizada pela política de saúde mental, a Lei Federal n. 10.216/2001. É altíssimo o número de pessoas vivendo há décadas nos manicômios: segundo o censo psicossocial realizado em 2014, havia mais de mil pessoas com mais de 30 anos de internação somente no estado de São Paulo.

É importante lembrar que, em Sorocaba, historicamente e no contexto da saúde mental, as práticas também se configuraram a partir da lógica opressora e segregacionista. As e os “inconvenientes” também vivenciaram grande parte da sua história nos manicômios. Na década de 70, pelo menos oito novos manicômios, todos privados e conveniados ao Estado, foram criados, sendo dois deles em Sorocaba, dois em Salto de Pirapora, um em Piedade, um em Pilar do Sul, um em São Roque e um em Itapetininga, todas cidades próximas a Sorocaba em um raio de 80 km. Somados aos dois já existentes na cidade de Sorocaba, alcançou-se a soma de dez manicômios (GARCIA, 2012).

Em meados de 2011, a região de Sorocaba contava com sete manicômios, sendo quatro localizados no município de Sorocaba e três na região. Destes, seis eram privados e um filantrópico. Os quatro situados na cidade de Sorocaba eram de gestão municipal e os demais

de gestão estadual. O total de leitos do SUS em hospitais psiquiátricos na região chegava a 2792.

Essa alta concentração de leitos psiquiátricos se deu em meio a numerosas denúncias de violações de direitos humanos, como a que envolvia a alta taxa de mortalidade presente nesses hospitais (GARCIA, 2012) e a ausência de uma rede substitutiva de cuidado em consonância com o paradigma inclusivo, previsto na Lei da Reforma Psiquiátrica, a já citada Lei Federal n. 10.216/2001. Na mesma região, em 1996, o manicômio de Pilar do Sul foi fechado, após uma fiscalização conduzida pela Comissão de Deputados Estaduais, conjuntamente a diversas entidades, que identificou, dentre outras irregularidades, o uso da camisa-de-força, frequentes agressões físicas, confirmadas pelos pacientes, além da falta de profissionais, como médicos, terapeutas ocupacionais e enfermeiros (JORNAL DO CRP-SP, 1996).

As mortes que foram documentadas no relatório de inspeção, realizada pelo perito médico-legista da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, em um destes manicômios, são em grande parte devido a doenças infecciosas respiratórias, sendo que em 80% dos casos estas ocorreram entres os meses de maio a agosto, os mais frios do ano, o que poderia indicar condições precárias de isolamento em relação ao vento, frio e umidade, por conta das instalações físicas inadequadas, como janelas quebradas (GARCIA, 2012).

Segundo Relatório da Auditoria dos Hospitais Psiquiátricos de Sorocaba, feito pela Unidade de Auditoria e Controle da Secretaria de Saúde local, há demora no encaminhamento ou retorno ao hospital geral, além da falta de acolhimento para internação em hospital geral para os pacientes com problemas físicos de saúde (GARCIA, 2012).

Em fiscalização realizada em outro manicômio da região, realizada por diversas entidades, foram observadas várias violações de direitos, tais como: direito à identidade e ao nome; direito à liberdade; direito à previdência social; direito ao lazer; direito à assistência integral e multidisciplinar; direito a não se receber tratamento degradante; direito a não ser internado em instituição com características asilares; direito ao melhor tratamento do sistema de saúde; direito a ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; direito de ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental; direito à inserção social e comunitária; e direito à alta planejada e à reabilitação psicossocial assistida (GARCIA, 2012).

A inspeção realizada em 2012 no manicômio Vera Cruz, por parte do Grupo de Combate ao Crime Organizado - Núcleo Sorocaba, a partir da repercussão na mídia gerada pelo Programa Conexão Repórter, exibido em 23 de agosto de 2012, com o título “A Casa dos

Esquecidos”, mostrou que, aparentemente, várias pessoas morreram de frio, de desidratação (pela falta de água) e, até mesmo, por inanição (pela falta de comida). A inspeção observou muita sujeira nas alas, piso com urina e fezes espalhados, além da presença de insetos rasteiros mortos e vivos. Foi possível constatar que os pacientes poderiam vir a óbito em razão do frio, pois permaneciam sem roupas, sapatos, camas ou qualquer proteção contra o frio durante o inverno. Cabe ressaltar, ainda, que, no manicômio Vera Cruz, o número de mortes era três vezes maior nos meses frios do ano e que 20% dos óbitos ocorreram por pneumonia. Tal cenário aproxima essa realidade do “Holocausto Brasileiro”, vivido em Barbacena.

O Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba (FLAMAS) se esforçou em denunciar essas violações que ocorriam no interior dos sete manicômios de Sorocaba e região, o que repercutiu na assinatura do TAC, no final de 2012. O documento estabeleceu a prazo de quatro anos para o fechamento dessas instituições e configurou-se no maior processo de desinstitucionalização no Brasil recente. O manicômio Vera Cruz, já citado por suas péssimas condições, tornou-se conhecido nacionalmente como “palco das atrocidades” a partir das graves violações de direitos humanos denunciadas no Programa Conexão Repórter. A reportagem, como citado, registrou pacientes comendo fezes, sem roupas, sem colchão para dormir, além de violência física e verbal por parte dos funcionários e trabalhos forçados, comparáveis a um campo de concentração, em imagens que chocaram a sociedade, que quase nunca tem acesso ao que ocorre do outro lado dos muros desses espaços.

Atualmente, sob intervenção do poder público local, o Vera Cruz é considerado um polo de desinstitucionalização, ou seja, local destinado às pessoas que estavam internadas nos manicômios que foram fechados, e que visa a realização de um trabalho para reinserção social destas na sociedade.

Em 03 de setembro de 2014, o Programa Conexão Repórter apresentou uma reportagem com o título “A Casa dos Esquecidos - o Retorno”. Dois anos após a matéria que levantou uma série de denúncias de maus-tratos e violação de direitos humanos, que aconteceram após o processo de desinstitucionalização vivenciado na cidade de Sorocaba, foram apresentadas as mudanças, sendo visíveis as melhoras nas instalações e condições de trabalho. Foi mostrado também um dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como local adequado para a reinserção de pacientes à sociedade e o cotidiano daquelas e daqueles que foram transferidos para as Residências Terapêuticas (RTs), que verbalizaram sua satisfação após a saída do manicômio. Além disso, a matéria registrou a história de um paciente que

retornou ao convívio da família e que apresentou boa evolução, reafirmando a importância do tratamento voltado ao diálogo e autonomia.

É possível afirmar que as reportagens se mostraram relevantes e tiveram um papel social importante, visto que setores da sociedade passaram a ter acesso a esse cenário – quase sempre desconhecido – e começaram a perceber o manicômio como um local de cuidado inadequado, sendo caracterizado como depósito de pessoas. A desinstitucionalização, por outro lado, foi apresentada de forma positiva, o que permitiu que ela fosse compreendida em algum grau pela população, algo valioso, uma vez que podem ocorrer processos de resistência à desinstitucionalização, como no caso em que RTs são instaladas no bairro e a vizinhança não compreende o objetivo do trabalho a ser realizado, julgando a ausência da internação como falha na rede de atenção psicossocial.

Cabe citar Saraceno (1996), que apresenta três eixos estruturantes para a atenção psicossocial: a) o morar, ou seja, habitar conquistando territórios novos na cidade; b) o trocar identidade, multiplicando-a, combatendo e desconstruindo estigmas e mitos; e c) o produzir valores de trocas sociais, o que implica em ampliação de laços sociais, o que aumenta a contratualidade, a partir dos valores destacados pela sociedade, e assegura processos de geração de emprego e renda, potencializando as capacidades das pessoas com transtorno mental.

Nesse sentido, pode-se afirmar a necessidade de organização da Rede de Atenção Psicossocial que considere as peculiaridades de cada sujeito, bem como seu território e comunidade, a fim de oferecer condições para a construção da autonomia e auxiliar na diminuição do estigma em torno da loucura, das loucas e dos loucos. Além do mais, compreende-se que a desinstitucionalização deve ser entendida como um processo necessariamente demorado, por toda essa complexidade – algo evidente em relação a Sorocaba, onde a Rede de Atenção Psicossocial ainda está em construção –, sendo necessária a construção de novos equipamentos, como novas RTs.

1.2 Aspectos metodológicos

Como já citado anteriormente, a pesquisa foi realizada em duas RTs, que irei descrever a seguir.

A RT “Jardim” foi inaugurada em junho de 2015. Fica localizada próximo ao centro da cidade, em rua movimentada e com comércio local. O portão é completamente fechado. A

casa possui dois andares, entretanto a parte superior está desativada, possuindo um cômodo que serve apenas para despensa. A escada que dá acesso à despensa fica localizada na sala, é fechada por uma corrente e cadeado e somente pessoas autorizadas podem subir. A chave fica aos cuidados dos funcionários, que afirmam que é perigoso que as moradoras tenham acesso a ela, pois temem que se machuquem.

Na sala, existem três sofás e um rack com televisão. É ampla e conta com uma mesa e quatro cadeiras, que raramente são utilizadas para a refeição. Na cozinha, há uma mesa e mais quatro cadeiras, onde é comum as moradoras realizarem as refeições. A casa conta com três quartos, com três ou quatro camas em cada um, além de um guarda-roupa para cada quarto, um banheiro e uma área externa com tanque e máquina de lavar roupas. Há, também, um aparelho de som em cada quarto.

É possível observar bastante organização e limpeza, principalmente, em relação aos objetos pessoais das moradoras. É comum a presença de ursos de pelúcia sobre as camas.

A casa, desde o início, contava com dez mulheres, sendo caracterizada pela presença de cuidadoras 24 horas, uma técnica de referência e uma técnica de enfermagem. Toda a rotina – assim como o que sai da rotina – é registrado em um livro-ata, bem como a troca de turno das cuidadoras. Jasmim, técnica de enfermagem da RT, relatou que o livro-ata é “importante para saber tudo que acontece, na troca de turno a gente fica sabendo o que tá acontecendo, se alguém brigou, se alguém não tá bem” (informação verbal²). Afirmou que as moradoras têm autonomia, mas não possuem independência para cozinhar, pois, segundo Jasmim, “eu acho perigoso”; os pratos e copos são de plástico, já que “é perigoso e podem quebrar”.

A rotina de organização da casa fica sob responsabilidade das cuidadoras. Algumas moradoras auxiliam em atividades, como organização e limpeza de louças. Segundo Jasmim, “elas tem autonomia para sair, mas se perdem e geralmente não saem”. A técnica acredita que a RT é melhor que o manicômio, pois não ficam “presas”, mas acredita que elas não são capazes de ter mais autonomia. “Eu acho que elas estão acostumadas com o ritmo do hospital, né?” Jasmim contou que está há mais de 20 anos na área da saúde mental, trabalhou em manicômio e conheceu algumas moradoras ainda na infância. Quando questionada sobre a diferença do manicômio com a RT, afirmou: “lá podia amarrar né, tinha a ‘UTIP’, estava

² JASMIM. *Entrevista*. [set. 2017]. Entrevistadora: Thaiga Danielle Saldanha Momberg. Sorocaba, 2017. A entrevista não foi gravada a pedido da funcionária.

nervoso, ia pra lá, agora não pode amarrar mais.”³ Jasmim acredita que as moradoras não saem porque criaram uma rotina de não sair desde o manicômio. Afirmou que, lá, costumavam sair para comprar roupas e que, atualmente, algumas delas repetem essa prática, entretanto não saem sozinhas.

Porém, pode-se afirmar que existe uma tutela em relação às moradoras, observada na reprodução por parte das/os profissionais de comportamentos similares aos que tinham no manicômio. No trecho acima, percebe-se que a profissional em questão afirma que as moradoras não saem por serem “acomodadas” a uma rotina, sem que, no entanto, exista um trabalho visando a autonomia e independência das moradoras.

A técnica Jasmim preferiu não gravar entrevista, mas escreveu um texto, pois gostaria de contribuir com a pesquisa, e deixou registrado o que se segue:

O que eu acho da desinstitucionalização? De fato foi muito bom para as moradoras, pela mudança de varias coisas, como a autonomia de cada uma delas conforme as limitações pessoal. A inclusão na sociedade foi muito importante para todas elas e para a sociedade também ver a doença mental com outros olhos. Ainda há um tempo de muitas descobertas e aceitações e limitações pelo fato de tantos anos impedidas de se progredirem em seus sonhos, vontades, falar imposições. As descobertas de cada uma seinaltesse diariamente. Mais ainda há um tempo para a libertação total. Apesar de tudo isso ter sido muito bom, ainda acho que muita coisa poderia ter sido diferente, para também ter evitado transtornos grave. Na residência dar mais atenção para elas individualmente melhoria, tanto social como psicológico, a auto estima de cada uma. Antes eram tratadas como um conceito generalizado contando como número. (JASMIM, setembro de 2017).

Esse relato da funcionária Jasmim mostra sua dificuldade de compreender o processo de desinstitucionalização, pela reprodução de uma lógica manicomial, o que se deve, provavelmente, ao fato de suas práticas profissionais anteriores estarem ligadas a instituições dessa modalidade. Por outro lado, percebe-se uma dedicação ao cuidado das moradoras, especialmente na afirmação da necessidade de que as moradoras não sejam tratadas apenas como um número. Diante disso, é importante ressaltar a urgência de se trabalhar o processo de desinstitucionalização também com as/os funcionários dos antigos manicômios, que, na maioria das vezes, foram “institucionalizados” tanto quanto as próprias moradoras.

Já a RT “Parque” foi inaugurada em 2004, quando já estava presente a política de desinstitucionalização em Sorocaba. Atualmente, conta com dez moradoras.

Eu acho que foi em 1994. Quando começou o projeto, aí o projeto já acontecia né, acontecia lá dentro, aí inaugurou a primeira residência. [...] Na verdade, quando

³ A UTIP era caracterizada como “espaço de contenção”. Tratava-se de um quarto, onde as pessoas eram contidas, ficavam sozinhas e amarradas.

surgiu em Sorocaba uma das nossas coordenadoras foi fazer uma pesquisa e ela veio com esse, com essa ideia de residência terapêutica e no estado de São Paulo não tinha, então nós fomos os primeiros né? A adotar esse tipo de... de... residência terapêutica e aí ela fez, montou toda uma estrutura e começou dentro do próprio hospital a treiná-los, tinha uma casinha lá, então lá eles cozinhavam, lavavam, limpavam e foi feito, fazendo esse treinamento. (COPO DE LEITE, 2017).

Segundo Copo de Leite, técnica de referência da RT “Parque”, a instituição está há muitos anos desempenhando um papel na socialização e reinserção social de egressas e egressos de manicômios, mais especificamente desde 1994, quando é possível afirmar que o trabalho com as mulheres se iniciou dentro do hospital, visando a transferência para uma RT:

Lá dentro [no hospital], porque elas não tinha noção do que era fazer uma comida, o que que era um fogão, né porque hospital não tem essas coisas né? E quando tem é tudo industrial e elas não tinham acesso. Aí foi feito esse trabalho terapêutico lá pela S., nossa coordenadora e aí foi colocado em prática para fora e deu super certo né? As nossas residências todas têm, dá trabalho mas assim não é uma coisa assim que possa se dizer que errado, deu 100% certo. (COPO DE LEITE, 2017).

A RT “Parque” se encontra em um bairro com grande número de casas, circulação de pessoas e também comércio local. É uma casa grande, com portão de ferragem vazado e que, frequentemente, fica aberto. Possui quintal amplo e área de serviços igualmente grande e bem arejada. A residência é mobiliada com estante, televisão, sofás, camas, guarda-roupas, fogão, micro-ondas, geladeira, rádios, mesas, cadeiras, máquina de lavar roupas, telefone, internet e outros. São quatro quartos, que contam com duas ou três camas cada. É possível observar bastante organização e alguns objetos infantis, tais como bonecas e ursos de pelúcia, que pertencem a algumas moradoras. Na sala, há uma gaiola com um passarinho, que também é de uma moradora.

Percebe-se que as moradoras que ali residem apresentam maior independência e são menos infantilizadas, se comparadas às moradoras da RT “Jardim”, embora ainda possuam traços da institucionalização, como discurso pouco organizado, dificuldades em desempenhar algumas atividades sozinhas, sair para lugares que não estão incluídos na rotina e considerável dependência da instituição e das funcionárias para atividades corriqueiras do dia a dia.

Pode-se presumir que essa diferença se deva ao tempo maior de existência da RT. As mulheres que ali residem têm bom convívio com os vizinhos, sendo que alguns frequentam a residência.

A RT “Parque” é caracterizada por maior autonomia das moradoras, que desempenham as tarefas de cuidado da casa, como limpar, organizar a casa e cozinhar. Elas

têm livre acesso à casa e podem receber visitas. Há a presença de cuidadores oito horas por dia, e é possível verificar menor dependência na relação das moradoras com as profissionais.

“Aquele RT é chave na mão, elas tem a cuidadora oito horas por dia” (COPO DE LEITE, 2017). A RT considerada “chave na mão” é aquela em que as moradoras têm livre acesso à saída e à entrada, sem a presença de uma ou um profissional. Em outras residências, porém, cabe apenas às/aos profissionais o cuidado e guarda da chave da casa.

É comum observar a autonomia delas para realizar as atividades diárias da casa, bem como no cuidado com outras moradoras que são mais dependentes, devido à idade. Também é bastante característico, nesta RT, a saída das moradoras durante o dia. Frequentemente, a casa fica esvaziada, pois todas elas têm uma rotina de sair da casa: algumas frequentam o CAPS, outras a Oficina Terapêutica, além de irem em outras RTs para visitar amigos e namorados. Segundo a técnica Copo de Leite (2017), as moradoras “frequentam o CAPS a critério delas e tem oficina terapêutica também, elas vão diariamente, elas fazem terapia, crochê, pintura, bordado, tapete.”

Além disso, a própria Associação que mantém a RT costuma organizar passeios que acontecem mensalmente e nos quais todas as moradoras podem ir.

Nós temos quatro passeios por mês, geralmente é McDonald's, Habib's, chácara, restaurantes, shopping, circo. Ontem, nós fizemos uma festa do Dia das Crianças, aonde eles quiserem ir a gente leva. E a gente fica muito feliz de ver esse progresso. (COPO DE LEITE, 2017).

Pode-se compreender que os passeios planejados e realizados visam a inserção social, bem como atividades que proporcionem lazer. Entretanto, é possível afirmar que são nítidas as marcas da institucionalização carregadas por passeios comemorativos, como no caso do “Dia das Crianças”, que revela uma infantilização das moradoras, além do fato da organização dos passeios ficarem a critério da equipe técnica, o que pode gerar uma relação de dependência da instituição. Vale ressaltar que se o trabalho que busca a autonomia dessas pessoas já se iniciou dentro do manicômio, logo, seria interessante que a organização dos passeios acontecesse de modo mais autônomo, podendo ser realizados por elas mesmas, de acordo com a disponibilidade e vontade de cada pessoa. Embora as moradoras tenham mais autonomia nessa RT, como descrito, seria importante um investimento maior em um trabalho que rompesse em definitivo com as marcas da institucionalização, que se manifestam sob os signos da tutela e da infantilização.

Eu lembro, a S., que coordena um dos CAPS, e ela que implantou, ela fez um estudo e implantou esse projeto e ela mesmo colocou em andamento, começou levar elas para cortar cabelo, levar elas para fazer a unha, ensinar a cozinhar, comprou máquina de lavar e foi fazendo todo o trabalho, treinando elas para isso... (COPO DE LEITE, 2017).

A mídia local de Sorocaba passou, após o período de denúncias de violação de direitos nos manicômios, a noticiar o processo de desinstitucionalização vivenciado na cidade, no qual as RTs também foram apresentadas.

No dia 28 de junho de 2016, a TV Tem Sorocaba e Região, afiliada da TV Globo, iniciou uma série intitulada “Liberta mente”, em que foram apresentados cinco episódios sobre saúde mental, o processo de desinstitucionalização em Sorocaba e seus desfechos.

Os episódios apresentados trouxeram histórias de mulheres e homens sobreviventes dos manicômios, muitas/os internadas/os ainda na infância, o que mostra a cruel realidade de internações de 10, 20 e até mais de 30 anos. Pode-se afirmar que os episódios trouxeram um panorama da composição da rede de atenção psicossocial, possibilitando à população entender que a saúde mental deve estar inserida desde a Unidade Básica de Saúde (UBS), para os casos mais simples, até o CAPS, para os casos mais complexos. As RTs foram colocadas, nas reportagens, como indispensáveis para o processo de desinstitucionalização. Os questionamentos e informações oferecidas foram importantes para que a sociedade local começasse a questionar o modelo manicomial vigente, ao refletir sobre a forma de cuidado, ou seja, tornando possível desmistificar a loucura e a imagem da/o usuária/o de serviços de saúde mental apresentada/o como violenta/o e incapaz de viver em sociedade.

Entretanto, na mesma série, foi possível perceber a infantilização presente na apresentação das RTs, marcadamente pela descrição das moradoras e seus pertences pelo diminutivo, o que não é muito diferente das RTs que estão em destaque nesta pesquisa, nas quais há adesivos infantis e bonecas nos quartos. Isso nos leva a um questionamento: é possível o rompimento dessa lógica? Ou é, meramente, uma marca da institucionalização? É uma espécie de recompensa pela perda da infância dentro do manicômio? Ou é uma necessidade de tratar essas cidadãs como crianças e incapazes? Entendo que são muitas possibilidades, que, por outro lado, trazem significativas marcas se formos pensar na construção da autonomia das mulheres, nos seus silenciamentos, nas suas próprias experiências de vida, de “ser mulher” e nas vivências da sua sexualidade. Se as tratamos como crianças, a autonomia e o empoderamento se tornam viáveis? Estamos estimulando essas ações ou boicotando esse processo?

1.3 Flores em Sorocaba

(...) “quando eu flor
e tu flores
nós flores seremos
e o mundo só florescerá” (...)

Diante de todo o cenário apresentado, coloco-me na difícil missão de descrever algumas das moradoras das RTs, as “flores de Sorocaba”. Fiz a escolha de apresentá-las com nome de flores não por sua suposta delicadeza, mas pela força que as flores têm em suas raízes. Elas resistiram bravamente e mostram com marcas profundas – e não só na pele – o que foi o manicômio.

Serão apresentadas apenas quatro mulheres, devido às dificuldades que algumas das outras moradoras tiveram em se comunicar verbalmente, uma das consequências da institucionalização, e também devido à maior proximidade que tive com as entrevistadas ao longo desta pesquisa.

Girassol afirmou ter 43 anos, ser pobre e negra, e se recordar da infância com várias dificuldades financeiras.

Eu tive depressão né? Não consegui cuidar da minha filha, eu tinha 13 anos, eu descobri tarde e não adiantou tomar o chá, não desceu, eu me sentia triste, eu era danada, nós era pobre, faltava as coisas, tive irmãos e minha tia não quis cuidar de mim, fui morar com minha vó. (GIRASSOL, agosto de 2017).

Segundo informações encontradas no seu prontuário:

[...] Na infância Girassol morava com seus pais e sua irmã mais nova, com diversas dificuldades principalmente financeiras. Seu pai veio a falecer quando ela estava com 3 anos de idade. A mãe apresentava problemas de alcoolismo, necessitando sempre de auxílio de membro da família para cuidar das filhas. Por volta dos 6 anos de idade foi morar com os avós paternos. Neste local começou a frequentar a escola, onde apresentava dificuldades de aprendizagem e possuía poucos amigos. Após aproximadamente 3 anos, voltou a morar com a mãe em uma casa simples com condições precárias e com dificuldades financeiras. Na adolescência apresentava auto-estima rebaixada, insegurança para trabalhar e para relacionamentos amorosos. Trabalhou em diversas casas de família como empregada doméstica [...]. (PRONTUÁRIO MÉDICO DA PACIENTE GIRASSOL, s. d.).

Ainda conforme seu prontuário, Girassol:

[...] teve alguns relacionamentos amorosos com homens casados, se envolvendo com várias pessoas na mesma época. Por esse motivo, ao engravidar, não sabia quem era o pai da criança. Durante a gravidez Girassol residia com sua avó materna, sentia-se deprimida, chorava bastante, sentia arrependimento de algumas situações

que passou. Após o parto de sua filha, os sintomas de Girassol se intensificaram, apresentando alucinações auditivas e visuais e delírios inclusive de cunho persecutório. Permaneceu com sua filha, residindo na casa de sua avó materna, até a menina completar 2 meses de vida. Após isso, foi adotada por um casal que Girassol conhecia. Girassol então fora internada no manicômio pela primeira vez. Após sua alta, Girassol passou a visitar a filha, porém foi proibida por essa família de ver a filha pois teria tentado agredi-la algumas vezes [...]. (PRONTUÁRIO MÉDICO DA PACIENTE GIRASSOL, s.d.).

Girassol é diagnosticada pelo CID 10: F31.0 (Transtorno Afetivo Bipolar) e é descrita em seu prontuário como tendo discurso coerente e pensamento organizado, sendo afetiva e tendo boa interação com todos. É referida como independente e autônoma nas atividades de vida diária, possui seus aspectos cognitivos preservados, assim como atenção, memória e concentração. O prontuário conta, também, que ela apresenta vínculo precário e fragilizado com os irmãos, é curatelada e, desde dezembro de 2014, não tem acesso aos seus benefícios previdenciários.

Já a moradora Orquídea contou que tem 47 anos e teve uma infância conturbada. Viveu parte de sua infância na rua e foi internada ainda muito jovem na Fundação Estadual para o Bem-Estar do Menor (FEBEM, atual Fundação Casa). Seus sintomas eram caracterizados por agressividade, de acordo com seu prontuário. Após a internação na FEBEM, foi encaminhada ao manicômio, onde residiu mais da metade de sua vida. Também teve uma infância privada de condições financeiras e é negra. Segundo a moradora, “eu fui pra FEBEM, vivi lá, não lembro quando, mas eu era pequena, minha mãe bebia, depois fui pro hospital” (ORQUÍDEA, setembro de 2017).

Segundo informações encontradas no seu prontuário:

Menor internada em 30.11.1982, apresenta boas condições de saúde física, executa satisfatoriamente as tarefas que lhe são atribuídas, porém com certa lentidão. Apresenta certa timidez, tornando assim muitas vezes um relacionamento difícil tanto com os funcionários como com as demais internas. A menor nunca recebeu visitas, continuará recebendo treinamento nas atividades domésticas, assim como nos trabalhos manuais, para que futuramente possamos colocá-la em casa de família como empregada doméstica. (PRONTUÁRIO MÉDICO DA PACIENTE ORQUÍDEA, 16 de maio de 1986).

Consta em seu histórico, de acordo com seu prontuário, que Orquídea foi internada em 31 de agosto de 1971, por meio do do Juizado de Menores, após ter sido encontrada em estado de abandono em casa e por sua genitora realizar uso abusivo de álcool, o que acarretou em sua prisão. Na sequência, Orquídea se manteve sob os cuidados da antiga FEBEM, passando por vários abrigos.

Em 02 de junho de 1986, ela foi transferida para um manicômio em Sorocaba, com diagnóstico de retardo mental leve e episódios esporádicos de agressividade, onde permaneceu por 13 anos. Em 16 de março de 1999, foi transferida para outro manicômio, onde ficou por mais 15 anos. Não há registro de nenhuma visita à paciente e nem procura por ela durante todo o tempo da internação.

Segundo informações de seu prontuário:

[...] Diagnóstico: CID F70.0 (Retardo Mental Leve). É considerada independente nas atividades de vida diária (AVDs) como higiene pessoal e alimentação, boa comunicação, aspectos cognitivos preservados, como orientação temporal e espacial, bem como resoluções de problemas, boa convivência com as demais usuárias [...]. (PRONTUÁRIO MÉDICO DA PACIENTE ORQUÍDEA, s. d.).

A terceira moradora, Lírio, não sabe sua idade, aparentando ter 35 anos. Negra e pobre, apresenta dificuldades na linguagem verbal. Não se recorda o motivo pelo qual foi internada, mas sabe que o foi ainda na infância.

De acordo com seu prontuário, tem 38 anos. Foi encaminhada para a FEBEM com um ano de idade, devido ao abandono familiar. Aos dois anos de idade, foi transferida para um abrigo, onde permaneceu por 12 anos. Em 04 de outubro de 1991, foi transferida para o manicômio, com diagnóstico de retardo mental leve e por conta do fato do abrigo encerrar suas atividades. Durante todo o processo de internação, não há nenhum registro de visitas e/ou vínculos familiares. Consta em seu prontuário:

[...] Diagnóstico: F70.0 (Retardo Mental Leve). É independente nas Atividades de Vida Diária (AVDs), como higiene pessoal e alimentação. Apresenta certa dificuldade na fala, porém com boa comunicação verbal, aspectos cognitivos preservados, como orientação temporal e espacial, bem como resoluções de problemas, boa convivência com as demais usuárias. Apresenta quadro clínico e psiquiátrico estáveis. A paciente é curatelada, porém atualmente seu benefício encontra-se bloqueado pela justiça [...]. (PRONTUÁRIO MÉDICO DA PACIENTE LÍRIO, s. d.).

Por fim, Gerbera, 25 anos, negra e pobre, passou a viver em um abrigo após a mãe perder sua guarda aos 11 anos. Afirma que nunca conseguiu ler nem escrever e foi encaminhada à Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) por causa dessa dificuldade. Frequentou essa instituição até ser internada no manicômio. Não se recorda quantos anos tinha quando foi mandada para o hospital, mas se lembra que ainda era criança, tendo ficado, aproximadamente, 15 anos internada:

Eu não sabia ler, e nem escrever, mandaram eu pra lá, eu queria aprendê, a professora me acusou, dizia que eu era louca, que eu tinha passado fezes na parede, eu não tinha feito nada, fui pro hospital e o juiz falou que eu ia ser moradora. (GERBERA, setembro de 2017).

De acordo com seu prontuário, Gerbera tem 25 anos, foi encaminhada para a instituição de acolhimento – “abrigo” – desde os 11 anos de idade, pois os pais realizavam uso abusivo de bebida alcoólica, além de haver uma suspeita de tentativa de abuso sexual por parte de seu pai. Em 2005, foi transferida para o manicômio devido às crises de agressividade. De acordo com seu prontuário:

Recebeu alta, mas foi impedida de retornar ao abrigo devido o mesmo acolher crianças até os 12 anos, Gerbera tinha passado desta idade. Assim permaneceu internada, como moradora do Hospital X até 23.07.2014, isso porque com advento do TAC – Termo de Ajustamento de Conduta, esta foi transferida para o Pólo de Desinstitucionalização, onde conheceu seu atual companheiro [...]. Hipótese diagnóstica: Retardo mental leve. (PRONTUÁRIO MÉDICO DA PACIENTE GERBERA, s.d.).

É possível perceber, por meio do trecho acima, que Gerbera carrega desde a infância um histórico de institucionalização. Cabe ressaltar que o motivo que a levou a permanecer enquanto “moradora” do manicômio foi o fato de a instituição de acolhimento não receber mais crianças na sua faixa etária.

CAPÍTULO 2 MULHERES, LOUCURA E SUAS INTERSECÇÕES

*[...] Eu não sou livre enquanto outras mulheres são prisioneiras,
mesmo quando as amarras delas são diferentes das minhas.
E eu não sou livre enquanto outra pessoa de cor permanece acorrentada.
Nenhuma de vocês é.
(Audre Lorde)*

Neste capítulo, pretende-se problematizar a saúde mental e a questão de gênero, defendendo a perspectiva que a saúde mental masculina é tratada de forma distinta da saúde mental feminina, desde a maneira de se compreender a doença e suas causas, como na forma de tratá-la. De acordo com Scott (1995, p. 11), entende-se gênero, aqui, como “um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos”, e “[...] uma forma primeira de significar as relações de poder”.

Para Beauvoir (1980), entre os vários aspectos, destinos biológicos, condições do ser, posições sociais, que caracterizam a figura do homem e a figura da mulher, ressaltando as diferenças em termos de educação e infância, relação com os pais, etapas do ciclo vital do ser humano etc., a mulher foi sempre tratada como o outro, como o segundo sexo, e essas diferenças são produzidas e mantidas no âmbito social e cultural.

Ao abordar a questão de gênero enquanto saber e considerar as relações de poder presentes na diferença entre o que é ser homem e o que é ser mulher, pode-se afirmar que o silêncio e a invisibilidade caracterizam a história das mulheres.

O lugar das mulheres no espaço público sempre foi problemático, pelo menos no mundo ocidental. O homem público, sujeito eminente da cidade, encarnava a honra e a virtude. A mulher pública constitui a vergonha, a parte escondida, território de passagem, sem individualidade própria. (PERROT, 2007, p. 7-8).

Para Perrot (2007), a invisibilidade e o silenciamento fazem parte da história das mulheres, pois elas atuam em família, confinadas em casa, sem liberdade, e esta “invisibilidade” é a garantia de uma cidade tranquila, sendo sua aparição, inclusive, motivo de medo.

Cabe ressaltar, ainda, a necessidade de racializar o debate político, levando em consideração que o Brasil foi marcado por mais de 354 anos de escravidão negra e tornou-se o último país do mundo a aboli-la, lembrando a desumanização das pessoas escravizadas, suas dores e tortura e múltiplas violências.

De acordo com Davis (2016), a categoria “mulher” pode ser considerada uma armadilha se despojada do seu contexto racial e de classe. Considera que os mitos fundadores da feminilidade – que são caracterizados pela delicadeza, fragilidade, instinto materno natural, dedicação aos cuidados e submissão – são, na verdade, construções sociais e políticas, frutos do capitalismo, que necessita da produção e reprodução no lar de seres humanos para o trabalho, mediante a criação da figura típica da “dona de casa”, ao mesmo tempo em que cristaliza o trabalho doméstico como aquele não produtivo e sem remuneração. A estudiosa também ressalta que as mulheres negras, durante e após a escravidão, trabalharam fortemente fora de casa, sendo oprimidas e violentadas.

Segundo Brah (2006):

[...] não podemos analisar isoladamente os problemas que afetam as mulheres, muito menos universalizá-los: “Dentro dessas estruturas de relações sociais não existimos simplesmente como mulheres, mas como categorias diferenciadas”, isto é, os discursos de feminilidades assumem significados específicos a partir das diferenças trajetórias que atravessam não apenas as questões de gênero, mas de raça, classe, sexualidade geração, entre outros. (BRAH, 2006, p. 341).

Os riscos de essencializar uma condição unitária feminina também é descrito por Ribeiro (2014), para quem:

A relação entre política e representação é uma das mais importantes no que diz respeito à garantia de direitos para as mulheres e é justamente por isso que é necessário rever e questionar quem são os sujeitos que o feminismo estaria representando. Se a universalização da categoria mulheres não for combatida, o feminismo continuará deixando de fora diversas outras mulheres e alimentando assim as estruturas de poder. (RIBEIRO, 2014).

Pode-se afirmar que o discurso universal se torna excludente ao desconsiderar que as opressões que atingem as mulheres se dão de modos muito distintos, o que faz emergir a necessidade de se discutir gênero com recorte de classe e raça, levando em conta as especificidades das histórias e espaços das mulheres. Pode-se utilizar, como exemplo, a reivindicação de mulheres para exercer atividade remunerada fora de casa sem a autorização do marido: está não é uma pretensão de grande parte das negras/pobres e daquelas consideradas “loucas”, que perderam a liberdade nos manicômios, afinal a realidade dessas mulheres é bastante distinta. Pode-se afirmar que elas não têm nem o direito de escolha, já que foram historicamente privadas. Muitas negras e pobres se viram obrigadas, desde cedo, a trabalhar para ajudar a família, enquanto que diversas mulheres foram internadas ainda na

infância, sem o direito de desempenhar atividades remuneradas, sem acesso à educação formal e a outros direitos perdidos pela institucionalização precoce.

A universalização da categoria “mulheres” foi feita com base na experiência da mulher branca e de classe média, que questiona e reivindica sua liberdade para exercer atividades além dos muros do “lar” e da sociedade patriarcal. Isso, entretanto, é bastante distante das necessidades de outras mulheres, como as que estão atrás dos muros dos manicômios, silenciadas e estigmatizadas pela sociedade.

O sistema escravista definia o povo negro como propriedade. Já que as mulheres, não menos do que os homens, eram vistas como unidades de trabalho lucrativas, para os proprietários de escravos, elas poderiam ser desprovidas de gênero. Nas palavras de um intelectual, “a mulher escrava era, antes de tudo, uma trabalhadora em tempo integral para seu proprietário, e apenas ocasionalmente esposa, mãe e dona de casa”. A julgar pela crescente ideologia da feminilidade do século XIX, que enfatizava o papel das mulheres como mães protetoras, parceiras e donas de casa amáveis com seus maridos, as mulheres negras eram, praticamente, anomalias”. (DAVIS, 2016, p. 18).

Diante disso, como escrever a história dessas mulheres? Como romper com tudo aquilo que as silencia? Como é se tornar mulher e se tornar desajustada em uma sociedade que segrega as/os loucas/os?

Para Engel (2006), a construção da imagem feminina pelo viés da natureza e das suas leis implicaria em qualificar a mulher como naturalmente frágil, sedutora, submissa, doce etc. Entende-se que todas as características atribuídas à mulher seriam estritamente relacionadas à fragilidade, à submissão; quaisquer atributos apresentados por elas que não seguissem essa lógica seriam considerados como antinaturais, caracterizando a amoralidade e conduzindo à uma visão ambígua do ser feminino.

Segundo Engel (2006), no século XIX ocidental, estava presente a velha crença de que a mulher era um ser ambíguo e contraditório, misterioso e imprevisível, aproximando-se do binarismo bem e mal.

Amplamente disseminada, a imagem da mulher como ser naturalmente ambíguo adquiria, através dos pincéis manuseados por poetas romancistas, médicos, higienistas, psiquiatras e, mais tarde, psicanalistas, os contornos de verdade cientificamente comprovada a partir dos avanços da medicina e dos saberes afins. (ENGEL, 2006, p. 332).

Dessa forma, a mulher passou a ser vista como uma soma de características positivas e negativas, fazendo emergir a característica de ser socialmente perigosa, principalmente pelo seu corpo e sexualidade, o que colocava em risco o cumprimento do seu papel social de boa

esposa e boa mãe. Os comportamentos vistos como inadequados começaram a ser submetidos às medidas normatizadoras extremamente rígidas e que fossem capazes de assegurar a vitória do bem sobre o mal.

Lugar de ambiguidades e espaço por excelência da loucura, o corpo e a sexualidade femininos inspirariam grande temor aos médicos e aos alienistas, constituindo-se em alvo prioritário das intervenções normatizadoras da medicina e da psiquiatria. Muitas crenças pertencentes a antigas tradições e no âmbito dos mais variados saberes - muitas das quais remontam à antiguidade clássica - seriam retomadas e redefinidas pelo alienismo do século XIX. Entre os alienados considerados “rebeldes a qualquer tratamento, por razões mais morais do que propriamente médicas”, Pinel incluía as mulheres que se tornavam irrecuperáveis por “um exercício não conforme da sexualidade, devassidão, onanismo ou homossexualidade” O temperamento nervoso, intimamente relacionado à predisposição às nevroses e nevralgias, era frequentemente considerado como típico das mulheres, “cujas funções especiais ao sexo, em muito contribuem para o seu desenvolvimento”. (ENGEL, 2006, p. 333).

Marcinik e Mattos (2016) nos convocam a pensar a partir do conceito da interseccionalidade, ou seja, a desconstrução de uma perspectiva universalizante da(s) mulher(es) e das características que são produzidas por concepções dominantes. Deve-se ampliar e compreender a racialização do gênero por meio da interseccionalidade das diferenças e compreender o impacto das diversas violências e exclusões sociais que as questões étnico-raciais produzem. No contexto da saúde mental, deve-se ampliar o debate das questões de gênero, raça e classe, que são pouco problematizadas e reproduzem formas de opressões, que reforçam a invisibilidade que essas mulheres vivenciam pelo estigma que carregam enquanto “loucas”.

As mulheres da presente pesquisa são negras e pobres. Entende-se que tais componentes facilitam a marginalização e a institucionalização precoce, resultando na manicomialização. A mulher pobre e negra carrega o sofrimento e a estigmatização desde o passado colonial até os dias atuais.

As inúmeras discriminações de gênero, raça e classe se refletem diretamente nas representações em relação ao “ser mulher negra”, seja em relação ao seu corpo enquanto objeto sexual, ou ao trabalho doméstico como seu destino natural, o que favorece a institucionalização precoce desde a infância e, conseqüentemente, leva à manicomialização de muitas mulheres. Para Santos (2009), ser mulher e negra no Brasil significa estar inserida em um ciclo de marginalização e de discriminação social.

Segundo Girassol (novembro de 2017⁴), “minha mãe quando estava me esperando em seu ventre, queria que eu fosse seu filho homem, mais não foi bem assim, eu nasci uma linda menina, de cor negra, mais graças a Deus quando moça não me afetava.”

É possível observar, por meio da escrita, o desejo da mãe de Girassol em “ter um filho homem”. Pode-se problematizar tal desejo pelo pouco reconhecimento que se tem em ter uma “filha mulher”. De acordo com Garcia (1994), em sua análise sobre mulheres internadas em manicômios, a palavra “mulher” é caracterizada como um discurso vazio, fútil, insignificante; as mulheres são sabermas falar, o que se pressupõe que, no fundo, elas não sabem pensar, ficando confinadas às construções masculinas.

Qualquer tentativa de autonomia intelectual por parte das mulheres passa a ser vista como sintoma de algum distúrbio psíquico, pois o dom criativo é considerado masculino, restando à mulher a reprodução, a dedicação ao outro, enfim uma vida sem história própria. (GARCIA, 1994, p. 26).

O trecho abaixo, retirado do prontuário de Orquídea, mulher negra e de classe baixa, desde muito cedo institucionalizada, nos faz refletir sobre a intersecção entre gênero e raça:

A menor nunca recebeu visitas, continuará recebendo treinamento nas atividades domésticas, assim como nos trabalhos manuais, para que futuramente possamos colocá-la em casa de família como empregada doméstica. (PRONTUÁRIO MÉDICO DA PACIENTE ORQUÍDEA, 16 de maio de 1986).

Segundo Davis (2016), é possível observar uma relação direta entre escravismo e trabalho doméstico, que no Brasil ainda se mantém fortemente como uma atividade feita, em sua maioria, por mulheres negras, lembrando também que a escravidão foi usada como modelo para a precarização do trabalho para a população negra.

Devido ao sistema de contratação de pessoas encarceradas, a população negra foi forçada a representar o mesmo papel que a escravidão anteriormente lhe reservava. Homens e mulheres eram igualmente vítimas de detenções e prisões sob os menores pretextos – para que fossem cedidos pelas autoridades como mão de obra carcerária. Se os proprietários de escravos estabeleciam limites à crueldade com que exploravam sua ‘valiosa’ propriedade humana, esse tipo de precaução não era necessário para os proprietários de terras que empregavam a mão de obra carcerária negra por períodos relativamente curtos. “Em muitos casos, detentos doentes eram forçados a trabalhar pesado até caírem mortos.” (APTHEKER, 1883, p. 689 apud DAVIS, 2016, p. 33).

⁴ Carta escrita por Girassol, em novembro de 2017, em uma visita à RT, quando afirmou que gostaria que eu registrasse sua história de vida.

Segundo informações do prontuário, Orquídea, desde pequena, foi ensinada a desempenhar funções domésticas, tida como sua única opção de inserção social fora da instituição. Desde muito cedo, quando foi internada ainda na infância, foi estimulada a aprender o trabalho doméstico, visto como única possibilidade de trabalho formal. Foi, desta forma, privada da educação formal e das inúmeras chances que poderiam surgir, devido à sua institucionalização em espaços para “menores” e manicômios por, praticamente, a vida inteira. Logo, a institucionalização teve seu início em uma fase muito precoce.

Atualmente, é possível perceber que a rotina de Orquídea na RT em que reside consiste em realizar tarefas domésticas, auxiliando na limpeza de cozinha, organização de roupas e no cuidado com outras moradoras que possuem pouca ou nenhuma autonomia. Raramente sai da casa. Afirmo que não gosta de passear e que “tem que limpar”. As cuidadoras da RT dizem que ela é organizada, “prendada” e que frequentemente ajuda, ficando chateada se não realiza as atividades. Percebe-se grande organização, limpeza e cuidados nas atividades que realiza. Não é comum encontrar Orquídea fazendo alguma atividade de lazer, nem sequer sentada no sofá para assistir à televisão, como as demais mulheres. Geralmente, está na cozinha, nos cuidados com roupas de cama, ou auxiliando as cuidadoras e técnica de referência com a medicação.

De acordo com Chesler (1972 apud GARCIA 1995, p. 97), as internações em manicômios costumam aproximar mais a mulher do que o homem da experiência familiar, fato que pode ser justificado por elas se sentirem completamente em casa.

Chesler ressalta que pacientes mulheres, assim como meninas, são supervisionadas de perto por outras mulheres, enfermeiras atendentes, que como suas mães, são relativamente sem força em termos de hierarquia hospitalar, e que, como as mães, não gostam de filhas desobedientes [...] “Loucura e confinamento são ambos a expressão da falta de poder da mulher [...] Loucura e confinamento geralmente funcionam como espelho da condição feminina.” (GARCIA, 1994, p. 98).

Desta forma, pode-se afirmar que a lógica manicomial permanece presente nas RTs em questão, onde se percebe a “supervisão” das profissionais, bem como o incentivo às mulheres permanecerem nos domínios do privado, realizando atividades diárias, negando-se sua autonomia, a vivência da sexualidade e sua socialização no mundo público, dentre outros aspectos.

Lírio, também mulher negra e de classe baixa, apresenta características muito parecidas com as de Orquídea, no que diz respeito à realização das atividades da casa. Frequentemente, auxilia na organização e limpeza do local e não faz atividades fora da RT.

Segundo a técnica de enfermagem, ela não sai, pois não sabe pegar ônibus e se perde muitas vezes.

Ambas costumam sair com a técnica de enfermagem para levar alguma moradora na UBS em consultas, ou em lojas quando precisam comprar algo, prática que era comum quando viviam no manicômio. Outra semelhança em relação a essas mulheres é a “ausência” de uma vida fora da RT, pois quando questionadas sobre suas vidas enquanto mulheres, sexualidade, relacionamentos interpessoais, as duas afirmam que não possuem. Percebo que diferem do comportamento de Girassol, que tem mais autonomia e costuma realizar passeios com maior independência, além de namorar.

É perceptível, no dia a dia, o incômodo de Lírio e Orquídea com o comportamento de Girassol, pois a mesma realiza tarefas de limpeza na casa, mas numa frequência menor, e constantemente está realizando outras atividades. Ela gosta de escrever textos e sair com o namorado. Isso gera desconforto também em relação às cuidadoras, que questionam sobre o apetite sexual de Girassol, quando afirmam que a mesma “apronta demais” quando sai, fazendo refletir sobre a questão de tutela ainda presente nas RTs, onde as mulheres pouco são estimuladas a vivenciar uma vida “comum” como qualquer pessoa adulta, vivenciando sua sexualidade.

De acordo com Chesler (1972 apud GARCIA, 1994, p. 97), considerando que as mulheres têm tido desde sempre sua sexualidade reprimida, a tentativa de escapar de tal repressão é vista como perigosa pelas/os profissionais do manicômio. Diante disso, compreende-se que a sexualidade dessas mulheres é entendida como tabu. Seguindo-se a lógica imposta a muitas delas, a manifestação da sexualidade é vista como atrelada à loucura. O desejo sexual pode existir, desde que seja extremamente controlado, de acordo com um padrão pré-estabelecido de apetite sexual, o que reforça paradigmas sobre o feminino, reprime a sexualidade e demais aspectos que não são encarados como comportamentos adequados a uma mulher.

Girassol afirmou que, desde muito nova, gostava de leitura e escrita, entretanto era pouco incentivada por causa das atividades que ela precisava realizar, provavelmente, em uma referência aos afazeres domésticos, situação bastante comum. Conforme Hooks (1995), existe um teor de recriminação em relação às meninas negras que se dedicam a atividades individuais, sendo altamente reprovável a abdicação das obrigações domésticas por atividades de leitura e escrita.

Gerbera, assim como Lírio e Orquídea, não sabe ler e nem escrever, o que reafirma a privação presente já na infância no que diz respeito à escolarização. Cabe ressaltar, ainda, que

Gerbera era criticada pelas outras moradoras da RT devido ao não-cumprimento de certas “regras”. A técnica de enfermagem relatou que ela não “obedecia”, queria sair e voltar “do seu modo e quando quisesse”, além de não ajudar nos afazeres da casa. Isso mostra que condutas fora das expectativas de gênero e raça, mesmo mostrando maior autonomia por parte de Gerbera, eram objeto de críticas na RT.

Eu acho errado “interna” a pessoa a força, só interna a pessoa a força se ela quiser. Acho errado. Na época a gente era chamado de louco, naquela época, eu lembro disso até hoje. Me colocaram na ambulância, tem a gradinha sabe, já ouviu falar da ambulância, me colocavam lá e me chamavam de louca. Desse jeito, aqui agora, nessa residência aqui é um amor, é muito bom. Eu me sinto em casa, mãe D. deixa eu dormir na casa do W. D. é um amor, não tenho o que falar dela. Eu tô bem feliz. (GERBERA, setembro 2017).

De acordo com o prontuário de Gerbera, foi possível observar a transferência de uma RT para a outra, bem como aspectos que demonstram sua autonomia.

[...] Em junho de 2015 Gerbera recebeu alta do Pólo de Desinstitucionalização e foi morar em uma RT, onde continuou com seus comportamentos pueris, com birras e agressividade, se recusando em muitos momentos a comer e tomar suas medicações. Ainda, demonstrava-se frustrada por não receber seu dinheiro do BPC, o qual continua bloqueado devido as questões judiciais relacionadas com o processo de tutela e curatela. [...] Foi para casa da família em junho de 2016, acompanhada pela referência técnica da RT, onde morava, para rever a irmã. Deste modo, ficou combinado que iria morar com a mesma dali 30 dias. Entretanto, Gerbera depois de alguns dias, relatou que estava bem na RT, considerando estar perto de seu namorado rejeitando a proposta de morar com a irmã [...]. (PRONTUÁRIO MÉDICO DA PACIENTE GERBARA, s. d.).

Percebe-se, por meio desse relato, a necessidade de se considerar a capacidade de escolha das pessoas que saem dos manicômios após períodos longos de internação; no caso citado, Gerbera passou grande parte de sua infância em instituições asilares, atualmente criando laços afetivos em Sorocaba, embora seus vínculos familiares estejam em outra cidade. Diante disso, teve como preferência a escolha de permanecer em Sorocaba, o que foi respeitado pela equipe técnica.

Consta ainda em seu prontuário:

Em julho de 2016 Gerbera saiu abruptamente da RT na companhia de seu namorado para morarem sozinhos, sem orientação final da equipe. Desde então, residem em uma casa precária onde dividem as despesas com aluguel e alimentação, sendo acompanhada pela equipe do CAPS. Gerbera demonstra interesse pelos cuidados da casa, como o preparo das alimentações, enquanto o companheiro preocupa-se com a continuidade do tratamento e administração das medicações. Vale ressaltar que o relacionamento é sempre conflituoso com muitas discussões e brigas, quando

recorrem aos técnicos da equipe. (PRONTUÁRIO MÉDICO DA PACIENTE GERBARA, s. d.).

Por meio do relato acima, pode-se problematizar a questão do papel social da mulher interna, que, geralmente, está associada às tarefas concretas do dia a dia, enquanto que da figura masculina é esperada maior responsabilidade no sentido racional, embora a questão da irracionalidade esteja presente em ambos, devido ao estigma de serem egressos do manicômio.

Gerbera demonstra grande autonomia, como neste trecho descrito em seu prontuário:

[...] Em fevereiro de 2017 Gerbera foi sozinha de ônibus buscar auxílio da irmã, onde resolveu morar. Então sua irmã a acolheu e foi realizado contato com o CRAS para articular a continuidade do tratamento. Em março retornou para sua casa [...]. (PRONTUÁRIO MÉDICO DA PACIENTE GERBARA, s. d.).

Gerbera, durante entrevista realizada em agosto de 2017, afirmou que decidiu voltar para a RT, pois ela e o namorado brigavam bastante: “Eu e W. briga demais, não deu certo, mas a gente continua junto, aqui é bom [se referindo à RT atual], posso ver ele, sair, nois briguemos muito. Ele tem os problema dele também né?” (GERBERA, agosto de 2017).

De acordo com seu prontuário, após decisão de Gerbera voltar a residir em RT, foi pensando em nova inserção em outra residência, o que se deu em abril de 2017, onde Gerbera está até os dias de hoje, sem quaisquer dificuldades de adaptação. No documento, conta que “[...] Gerbera questionou sobre seu direito já conquistado [de ir e vir] e me pediu para visitar W. [seu namorado] e ir ao cinema no sábado com seu namorado. Foi orientada que sim, desde que não atrapalhe seu PTS [...]” (PRONTUÁRIO MÉDICO DA PACIENTE GERBARA, s. d.).

Entende-se que o campo psiquiátrico desempenha uma função de normalização, padronizando comportamentos considerados aceitáveis para as mulheres egressas de manicômios. Pode-se perceber que a não-adequação a padrões impostos é um fator que contribui para sua internação e institucionalização. Para Foucault (2001), o poder da normalização pesa como uma violência contínua que alguns exercem sobre os outros. As marcas da institucionalização carregam diferentes formas de opressão, seja por classe, raça, e/ou gênero.

Para mulheres, os limites eram muito mais rígidos, e elas tinham que se encaixar no que era ser mulher, mãe e esposa. [...] Nem todas as mulheres que viveram na primeira metade do século XX escolheram viver a vida nas formas prescritas. Na população feminina do Sanatório Pinel, podemos encontrar inúmeras histórias de

mulheres que buscaram certa autonomia frente às pressões que a sociedade lhes impunha, mas também mulheres que, mesmo desempenhando uma função a elas delegada, sofreram crises relacionadas a esses papéis. Essas manifestações, aos olhos das “instituições reguladoras”, foram vistas como sinais de demência e desequilíbrio mental. (VACARO, 2011, p. 10-11).

A análise dos prontuários das moradoras aqui pesquisadas mostra em muitos momentos a não-correspondência a um comportamento tido como “normal”. Entende-se que as mulheres foram historicamente restritas apenas ao papel de “filhas-esposas-mães”, e qualquer tentativa de “fugir” deste seu único destino passa a ser julgada, tendo como uma das consequências possíveis a atribuição de “loucura” e sua segregação em manicômios. Para Cunha (1986), as mulheres, em qualquer situação social, incluindo em situação de internamento, serão inferiorizadas quando comparadas aos homens, evidenciando as diferenças no modo de se compreender a “loucura”.

Parâmetros diferentes orientam a construção da “loucura” – e, portanto, da “normalidade” – para cada um dos sexos, remetidos a um desenho idealizado dos papéis sexuais e dos diferentes atributos de gênero. Assim cabia ao homem “normal” a tarefa de provedor da família, de trabalhador dedicado e quanto o “exemplo” de uma vida morigerada e livre dos vícios e dos “excessos”. À mulher restavam as tarefas estratégicas da reprodução e da conservação da família e do lar, de “ser – para – com – os – outros” conforme exigiriam sua própria determinação biológica e as inclinações naturais do seu espírito. (CUNHA, 1986, p. 126).

A história de Girassol, mulher, negra e sobrevivente do manicômio, talvez seja a que melhor exemplifique esse processo. Possuía uma vida promíscua, aos olhos da sociedade, por manter relações sexuais com vários parceiros. Afirmou que, muitas vezes, optava por ter essas relações em troca de roupas e presentes com pouco valor financeiro, visto que vivia em condição de miséria. Sentia-se culpada e deprimida por não conseguir seguir os dogmas impostos pela igreja que foi “obrigada” a frequentar pela tia materna, com quem passou a conviver após o abandono da genitora.

É possível perceber que sua condição de “ser louca” se relaciona ao julgamento do modo como a mulher vivencia a sua sexualidade. Há uma biologização da mulher, que considera o organismo da mulher extremamente propenso à doença mental. Entende-se que não são apontados o “julgamento” social ao qual a mulher é submetida, a ruptura com determinados padrões de normalidade que lhe são impostos, bem como sua condição sócio-econômica.

Cabe, ainda, ampliar o debate ao retomar as questões de raça e classe que permeiam o “ser mulher”, lembrando a exploração masculina branca e o estupro que mulheres negras

sofriam no período da escravidão e que, até hoje, impactam na forma como é visto o corpo de mulheres negras e sua sexualidade, bem como o aborto e a maternagem em nossa sociedade.

De acordo com Hooks:

Para justificar a exploração masculina branca e o estupro das negras durante a escravidão, a cultura branca teve de produzir uma iconografia de corpos de negras que insistia em representá-las como altamente dotadas de sexo a perfeita encarnação de um erotismo primitivo e desenfreado. Essas representações incutiram na consciência de todos a ideia de que as negras eram só corpo sem mente. A aceitação cultural dessas representações continua a informar a maneira como as negras são encaradas vistas como símbolo sexual os corpos femininos negros são postos numa categoria em termos culturais tida como bastante distante da vida mental. (HOOKS, 1995, p. 469).

Pode-se afirmar que a escravidão foi um dos episódios mais violentos da história do povo brasileiro, que a violência esteve presente de todas as formas possíveis e que a mulher negra foi objetificada, reforçando a ideia do corpo enquanto objeto de servidão para os homens brancos. Isso nos deixou marcas profundas no sentido de naturalizar a violência contra as mulheres, assim como reificar a associação entre mulheres e o trabalho doméstico, e institucionalizar muitas das mulheres consideradas “loucas”, em sua maioria negras e de classe baixa, no manicômio, destituindo-as de sua liberdade e de tudo que as caracterizava como humanas.

Segundo Engel (2006), na construção dos diagnósticos da doença mental em mulheres, a psiquiatria deu grande destaque à menstruação e à maternidade, considerando que o início e o fim do período menstrual seriam, frequentemente, momentos propícios à manifestação de distúrbios mentais, bem como a maternidade poderia curar ou intensificar a loucura feminina. É importante ressaltar, nesse discurso, a expectativa de que uma mulher seja capaz de desempenhar a maternagem de modo natural, pois este é seu papel social, atrelado ao seu corpo, restringindo-se, novamente, a figura da mulher a ele.

Girassol compartilhou que realizou abortos por conta de algumas gravidezes indesejadas. Contou que tomava chás que a impediavam de dar continuidade às gestações. Entretanto, na última vez que engravidou, ela disse que não conseguiu abortar, pois descobriu tardiamente que estava grávida e não sabia quem era o pai, devido a ter vários parceiros sexuais.

Eu já tinha tomado o chá, minha tia não deixava tomar pílula, na última vez não deu certo, acho que o tempo, sei lá, eu tomei, era uma bruxa que dava o chá, eu era danada, gostava de sair, minha filha nasceu, eu chorava muito, pela doença, cheguei no hospital balançando minha filha, assim, sem estar com ela. (GIRASSOL, 2017).

Após o parto, Girassol não conseguiu desempenhar as funções de maternagem, afirmando não conseguir realizar os cuidados necessários à criança. Passados três meses do nascimento de sua filha, os sintomas depressivos foram se intensificando, teve surtos frequentes de choro e impulsividade, e foi internada no manicômio, após entregar a bebê para adoção.

É possível observar que Girassol não conseguiu desempenhar o papel de boa filha, boa esposa e boa mãe que lhe era naturalmente esperado pelo fato de ser mulher. A gestação foi indesejada, e após o nascimento, aparentemente, não conseguiu lidar com a condição de ser mãe. Devido aos seus comportamentos “inadequados”, não poderia mais conviver em sociedade e, por isso, as relações, os laços sociais e familiares foram rompidos em busca da normatização de comportamentos esperados. Seu destino foi o manicômio.

Além do mais, vale problematizar a questão do aborto presente na vida de muitas mulheres, entendendo que, na estrutura da sociedade capitalista, patriarcal e racista, o corpo das mulheres está a serviço da lógica de produção, ou seja, servir ao trabalho doméstico, à manutenção do lar e da vida humana, sendo necessário o cumprimento dos papéis que lhes são fortemente impostos: o de mãe e esposa. O corpo da mulher é visto como o corpo para a reprodução e maternidade. Especialmente para as mulheres negras, trata-se de um corpo que está ali para satisfazer os desejos sexuais, muitas vezes, sendo violado pelo estupro, violência esta fortemente naturalizada pela sociedade.

Por meio do discurso de Girassol sobre a realização de abortos, pode-se problematizar o aborto feito pelas mulheres negras no período da escravidão, que era comum devido aos abusos, das violências que elas recebiam de seus patrões, assumindo, portanto um lugar de resistência, afinal, era uma alternativa de “livrar” suas filhas e seus filhos da vida da escravidão.

Outra questão relevante aqui se refere à esterilização das mulheres pobres, que acompanha uma concepção de higienização e limpeza social. No caso das mulheres que possuem transtornos mentais, presume-se que não devam gerar filhas/os. Desde a entrada nos manicômios, é comum a aplicação de injeções de anticoncepcionais. E quando questionadas sobre essa prática, ainda presente na rotina da RT, as cuidadoras afirmam que é para a proteção das mulheres, no sentido de não engravidarem, pois não teriam condições de desempenhar a função da maternagem, o que mostra a reprodução da negação histórica da autonomia e escolha no caso de mulheres consideradas “loucas”. De acordo com Engel (2006), a loucura das mulheres se refere o tempo todo a uma suposta “essência” feminina e sua sexualidade, enquanto a loucura masculina se manifestaria na capacidade que os homens

teriam ou não em desempenhar seus papéis na sociedade.

Desse modo, pode-se compreender que, historicamente, a mulher é diminuída, aprisionada à uma ideia esperada de corpo e sexualidade, enquanto ao homem é atribuída a razão. Para Garcia (1995), desde o início do século XIX, as mulheres caíram sob o controle psiquiátrico, levando ao seu confinamento em manicômios. Ressalta-se, também, que, a partir da metade do século XIX, cresceu o número de mulheres internadas em manicômios em relação aos homens. Isso está associado ao modo como a doença mental feminina foi encarada como associada à condição das mulheres ao longo da História, ou seja, a partir da expectativa de que as mulheres estejam sempre na iminência de um ataque de fúria, dos nervos.

Viver a própria sexualidade, manifestar suas emoções ou preocupar-se com o seu prazer sexual não era permitido às mulheres. Estes comportamentos, aliados às particularidades femininas, à personalidade, aos aspectos fisiológicos da mulher e à tentativa de burlar as normas estabelecidas com certeza contribuíram para um diagnóstico de loucura ou de doença mental. É neste contexto que se define a representação da mulher no Brasil, que perpassa os tempos e ainda hoje se encontra arraigada em nossa cultura. Falar da “Mulher Louca” é falar da representação social da mulher, dos papéis sexuais estabelecidos, das transgressões cometidas por algumas delas que não se enquadravam, que ousavam tomar as rédeas do seu próprio destino. (CALEIRO; MACHADO, 2008, p. 5).

Além disso, a maneira como a “loucura” se manifesta nas mulheres também é entendida de modo distinto em relação aos homens:

Se a situação da mulher é específica, também as formas através das quais sua loucura se manifesta mantêm alguma particularidade. O delírio místico, por exemplo, é uma destas formas predominantemente femininas de enlouquecer: o abandono ou negação do próprio corpo, a “espiritualização” de indivíduos que se supõem santos, deuses ou seus porta-vozes, a prática comum da autoflagelação e do sacrifício. Poucos homens se apresentam no Juquery com este tipo de delírio - e há pouco a estranhar neste caso: se o dado da repressão sexual atinge também os homens, é para as mulheres que se dirige seu lado mais forte e negativo. Sem dúvida, o controle da sexualidade feminina constitui questão estratégica para a definição de sua função de reprodutora e perpetuadora da família, e o livre exercício da sexualidade, no seu caso, aparecia como um atentado à natureza e à família. O delírio místico, que aparece principalmente em mulheres pobres, é uma manifestação que ressalta e amplia até o desatino características impostas à figura feminina. (CUNHA, 1986, p. 146).

Ainda, para Cunha (1986), a sexualidade feminina está relacionada à insanidade: tradicionalmente, os alienistas associavam a loucura feminina a fases críticas de seu corpo, isto é, à adolescência, aos partos e puerpérios e à menopausa. Diante disso, chegaram a adotar

terapeuticamente procedimentos cruéis e violentos, por exemplo, a extirpação do clitóris e a introdução de gelo na vagina a fim de controlar as sexualidades inconvenientes das mulheres.

Girassol transgride em sua sexualidade, ao afirmar: “Eu sempre fui danada, gosto de namorar, no manicômio não podia namorar, lá só tinha mulher também, e eu acho errado, pela força divina eu conheci J. no V., ele é um urso, me trata bem.” (GIRASSOL, maio de 2017).

A moradora, segundo a técnica da RT, apresenta “hipersexualidade” e se queixa do namorado nem sempre acompanhar seu ritmo sexual. Afirma que ele tem menos desejo sexual e acredita que isso se deva ao histórico da internação:

Sabe, sempre foi internado, acostumou a ter relações com homens né? Lá só tinha homem, ela reclama que ele só dorme, ele não deve ter muito interesse. Mas ela também é demais, fala coisas horrorosas, as outras são sossegadas. (JASMIM, outubro de 2017).

Segundo Caleiro e Machado (2008), a questão de gênero se faz presente também nos manicômios por meio do tratamento diferenciado para homens e mulheres. A divisão sexual do trabalho era evidente nos manicômios que utilizavam a laborterapia como forma de tratamento, nos quais os homens iam para o trabalho agrícola e as mulheres para os trabalhos domésticos, o que reforça a diferenciação de papéis. Pode-se afirmar que o manicômio reproduz os estereótipos de gênero, afinal, enquanto se relegava aos homens as atividades ao ar livre, o que contribuiria para a cura, no caso das mulheres essa seria possibilitada pelo trabalho doméstico, corroborando a ideia que a condição feminina se relacionava aos espaços fechados (CUNHA, 1986).

Ainda segundo Caleiro e Machado (2008), o manicômio reforça a submissão feminina por meio da institucionalização, atendendo à uma demanda social do controle das mulheres dissidentes. Lembram que, em muitos casos, a internação era feita pela família, por causa da “vergonha” causada por determinados comportamentos tidos como “anormais”.

Chesler (1972) considera que os manicômios servem como depósito para as mulheres, que recebem tratamento psiquiátrico desde muito cedo, funcionando como uma família burocratizada, na qual a degradação e a fragmentação do ser passam a ser experienciadas pela paciente mulher e infantilizada. Pode-se afirmar que a proteção de pais e mães é transferida para as/os profissionais dessas instituições.

[...] Na verdade, a sociedade reclinou nos hospícios, menores sem casa, jovens mulheres que não se conduziam de acordo com a moral vigente, pessoas de quem as famílias queriam se ver livres (alcoólatras), doentes portadores de moléstias infecciosas, pobres, enfim, todo grupo que não se enquadrava nas regras sociais.

Submetidos a um estado duplamente repressor, os cidadãos indigentes podiam ser internados no hospício, embora fossem pessoas sadias, bastando para isso autorização policial. (MAGRO FILHO, 1992, p. 136).

Diante do que foi apresentado, entende-se que, pela loucura feminina, transformou-se a transgressão social ou moral em doença mental, por meio de discursos daqueles que detêm o poder, seja ele político, religioso, médico, jurídico ou até mesmo familiar (CALEIRO; MACHADO, 2008).

Além disso, cabe refletir que é vigente um senso de moralidade, construído historicamente por bases cristãs e que dialoga com a ideologia burguesa, que costuma classificar os indivíduos como “bons” ou “maus”, em especial as mulheres, de acordo com suas atitudes, favorecendo a construção de um pensamento maniqueísta que gera a invisibilidade das contradições sociais e individualiza os problemas, no qual a minoria é oprimida. Dessa forma, pode-se afirmar que a relação entre mulheres e loucura deve ser destacada também como uma questão social, pois devemos apontar as relações de gênero, culturais e morais, levando em consideração nosso país, extremamente machista e misógino, que também carrega uma herança escravocrata, na qual o corpo da mulher ainda é visto como mercadoria, visão reforçada pela grande mídia e que incita a desvalorização da mulher, reduzindo-a meramente à sua sexualidade e atribuindo distúrbios de saúde mental – por exemplo, a histeria – em qualquer situação que contrarie os argumentos machistas, sexistas e racistas.

2.1 Gênero e loucura: uma questão feminista?

Entende-se que gênero e loucura são norteados por meio de padrões históricos e culturais que ditam uma normalidade, o que faz com que a não-conformidade com modelos de gênero considerados adequados possa receber o nome de loucura, levando à desqualificação da mulher ou à sua segregação em espaços diferenciados.

Cabe ressaltar a importância de se discutir as relações de poder que constituem a loucura enquanto categoria. A loucura foi transformada em doença mental pelo poder psiquiátrico a partir de elementos culturais, sociais e políticos (FOUCAULT apud MUÑOZ, 2010). De acordo com Amarante (2012), é necessário retomar a discussão sobre o método de conhecimento da psiquiatria e sua ligação com as relações de poder das instituições,

considerando o uso desse saber como forma de hegemonia, de dominação, de controle social e de normalização social.

Nota-se a importância e necessidade da Reforma Psiquiátrica enquanto um movimento social, que ampliou a discussão pautada nos direitos humanos e passou a questionar o poder manicomial. Amarante (2012) vê a Reforma Psiquiátrica como um processo em expansão, que visa o fechamento dos manicômios como lugar físico, mas também se opõe ao poder manicomial em suas interfaces com outras formas de poder e também de controle. Dentre estas, é necessária a problematização das questões de classe, raça e gênero, de forma a se romper com os interesses racistas e patriarcais, fortemente presentes em nossa sociedade.

As experiências trazidas pelas mulheres aqui apresentadas evidenciam a relação entre feminilidade e loucura. Sabe-se que, historicamente, as mulheres ocupam o lugar da “não-razão” e também do silenciamento, assim como a pessoa considerada “louca”. Pode-se entender que, se os homens considerados loucos rompem com a racionalidade patriarcal, restando apenas o isolamento em busca do controle e da cura, as mulheres, devido ao sistema hegemônico vigente, já estão mais próximas da loucura, por seu lugar de silenciamento e opressão.

É importante lembrar tantas mulheres que foram internadas ao longo da História, torturadas e mortas em manicômios, ou em regimes políticos ditatoriais, como subversivas. A partir dessa perspectiva histórica, pode-se afirmar que o poder psiquiátrico e o poder patriarcal, frequentemente, aliam-se para a submissão das mulheres e para o seu silenciamento, a fim de preservar o controle social. Assim, os padrões de normalidade são muitas vezes gendrados, no sentido de imporem uma postura diferenciada e considerada adequada para a mulher, correspondendo às expectativas de uma sociedade patriarcal, que coloca o homem como o detentor da sabedoria, da sanidade, enquanto que às mulheres que não se silenciam, que não se enquadram em um papel de submissão, resta apenas o estigma da loucura. As feminilidades dissidentes devem ser combatidas: as figuras da bruxa, da louca e da histérica são consideradas afrontas para a sociedade. Afinal, existe um padrão do que é ser mulher na sociedade, ou seja, a ideia de uma mulher doce, submissa e que não confronta a sociedade patriarcal.

Retomo a fala de Gerbera (2017): “eu ia na cidade fazê compra e eu não podia nem escolher minha roupa direito, eles que escolhiam pra mim, porque falava que a roupa não servia em mim. Nasci com trauma de gorda e de obesa”. Esse relato permite uma reflexão sobre os inúmeros estereótipos pejorativos de feminilidades impostos pela nossa sociedade, tais como “gorda”, “vadia”, “feia”, “bruxa”, “histérica”, e assim por diante. O corpo e a mente

da mulher são submetidos a um processo de adequação à normalidade, sendo necessário resistir às “verdades” produzidas por uma sociedade marcadamente racista, misógina e patriarcal, que usa o poder psiquiátrico para estigmatizar, silenciar, excluir e oprimir minorias.

Diante disso, é importante ressaltar a necessidade de pensar, por meio do feminismo interseccional, as questões que envolvem a saúde mental e loucura. Para Crenshaw (2002), a interseccionalidade é a visão de que as mulheres experimentam a opressão em configurações diferentes, e os padrões culturais da opressão também estão unidos e influenciados pelos sistemas interseccionais da sociedade, tais como raça, gênero, classe, etnia, capacidades físicas e mentais.

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento. (CRENSHAW, 2002, p. 177).

As internações de mulheres nos manicômios devem ser entendidas sob o prisma da interseccionalidade, por envolver questões que perpassam gênero, raça e classe.

Percebe-se, também, uma negação da sexualidade das mulheres, quando o padrão esperado é a ausência da vivência da sexualidade e, se manifestado o desejo, há dificuldade em dialogar a respeito disso. Tal temática deve também ser problematizada com as/os trabalhadoras/es da saúde mental, no que diz respeito à vivência da sexualidade feminina. Nesse sentido, é imprescindível que a luta antimanicomial – enquanto movimento político que foca o fechamento de manicômios, sejam físicos e simbólicos – leve em consideração as especificidades das mulheres, buscando um diálogo com o feminismo interseccional.

CAPÍTULO 3

A (DES)INSTITUCIONALIZAÇÃO: TUTELA OU AUTONOMIA?

*Sou como o menestrel medieval que percorre as aldeias e vai embora.
É necessário que quando eu partir, o palco não fique vazio.*
(Franco Basaglia, 1982)

Goffman (1987) considera a instituição total

[...] como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada. (GOFFMAN, 1987, p. 11).

A institucionalização corresponde, portanto, à uma vivência em um espaço institucional, onde a vida passa a ser determinada por estratégias operacionalizadas.

Orquídea e Gerbera, que residiram em uma instituição de acolhimento desde a infância, sendo na sequência encaminhadas para viver em manicômios, permanecem em restrição do convívio com o restante da sociedade desde muito cedo. Foram “institucionalizadas” precocemente, ou seja, submetidas à uma normalização por meio de padrões institucionais homogeneizantes.

A defesa e garantia dos direitos da criança e do adolescente nem sempre foram constantes em sua história, que está marcada pelo abandono e por práticas que eram consideradas como protetivas, mas que acabavam sendo contraditórias em sua execução, como a internação de crianças em instituições, durante o século XII, ato considerado protetivo, mas que tirava a criança do seu âmbito familiar e impossibilitava seu convívio familiar e social. (WEBER, 2000).

Entendemos que Orquídea e Gerbera carregam em suas vivências as marcas da institucionalização logo na infância, considerando a instituição de acolhimento como uma instituição total, que impossibilitava convívio familiar e social, conforme citado acima.

Lá no Hospital eu comia sopa, entregava cigarro nos bloco, recebia pouco. Não era bom, porque a gente era maltratada, me chamavam de gorda e de obesa. Tinha meu quarto, mas chovia no quarto, chovia, ia pedir cobertor, reclamava, chovia no quarto. Fui pra lá com 11 anos. Eu ia embora para minha casa, mas não fui, o juiz determinou que eu virasse moradora do hospital psiquiátrico, porque falava que eu era louca. Já estudei na APAE, não recebia quase nada, recebia só 20 reais, tinha meu benefício mas eu não pegava, quem pegava era a A., pegava mais do que eu, eu ia na cidade fazê compra e eu não podia nem escolher minha roupa direito, eles que escolhiam pra mim, porque falava que a roupa não servia em mim. (GERBARA, 2017).

Orquídea também verbalizou que seu destino foi do “abrigo para a FEBEM” e, depois, para internação em um manicômio. Segundo Dias e Silva (2012), pode-se afirmar que um dos grandes marcos da história da institucionalização de crianças e adolescentes surgiu em 1964, no regime militar, visando a segurança nacional, com a criação da Política Nacional de Bem-Estar do Menor (PNBEM), FUNABEM e as FEBEMs.

Para Foucault (2004), a institucionalização é um instrumento de materialização e exercício de relações de poder, na qual a vigilância e a punição funcionam como “dispositivos” para a execução do poder.

O dispositivo, portanto, está sempre inscrito em um jogo de poder, estando sempre, no entanto, ligado a uma ou a configurações de saber que dele nasce mas que igualmente o condicionam. É isto, o dispositivo: estratégias de relações de força sustentando tipos de saberes e sendo sustentadas por eles (FOUCAULT, 2004, p. 246).

Segundo Foucault (2004), o primeiro dispositivo usado pela sociedade é a vigilância, que requer custos econômicos, pois necessita de investimentos com materiais e pessoas que possam agir como vigilantes, além de custos políticos, pois podem ocorrer revoltas se surgir violência por conta da vigilância. Cabe ressaltar que o poder vigilante está presente nas prisões, nos hospitais e nas formas de construção e estruturação de diversos locais.

Além das instituições totais que frequentaram, como Fundação Casa e manicômios, cabe analisar a presença da vigilância nos SRTs em que vivem:

Parece clínica né? Olha as regras... [se referindo à cuidadora que estava controlando os horários e número de cigarros das moradoras que fumam]. [Questionei sobre ser parecido com clínica. Ela afirmou:] parece lá no hospital, tudo bem que aqui é melhor, o hospital era muito ruim, era ruim ficar presa né, embora eu adore um médico e uma clínica. Lá no Vera Cruz também foi muito ruim. Agora agradeço a Deus por estar aqui. Mas sei lá né, as vezes parece clínica.” (GIRASSOL, outubro de 2016).

Em instituições totais, como as citadas acima, é comum a presença de um/a inspetor/a, cuidador/a, ou vigilante, que “controla” com o olhar.

O olhar vai exigir muito pouca despesa. Sem necessidade de armas, violência física, coações materiais. Apenas um olhar. Um olhar que vigia e que cada um, sentindo-o pesar sobre si, acabará por interiorizar, a ponto de observar a si mesmo; sendo assim, cada um exercerá essa vigilância sobre e contra si mesmo. Fórmula maravilhosa: um poder contínuo e de custo afinal de contas irrisório. (FOUCAULT, 2004, p. 218).

A punição também se faz presente nessas instituições, entendendo-se que é necessária

para corrigir aqueles que infringem a disciplina. Pode-se afirmar que há a institucionalização do direito de castigar e de punir.

Lírio e Orquídea relatam que realizavam trabalhos no manicômio, auxiliando na lavanderia, na cozinha e no cuidado com outras mulheres. Como Margarida não apresenta autonomia por causa de sua deficiência, Lírio e Orquídea afirmam cuidar dela desde o manicômio. Saíam do manicômio para comprar roupas e materiais de higiene com as cuidadoras, prática que se mantém nos dias atuais na RT em que residem.

É possível perceber que, entre as mulheres que residem na RT, a punição está presente, porém de maneira mais sutil que nos manicômios. Se nos hospitais existia uma preocupação voltada para a normalização do “doente mental”, por meio do diagnóstico e da vigilância do paciente, na RT “Jardim” se percebe que o “olhar”, seja para controle e/ou punição, parte principalmente das cuidadoras. O espaço da casa é dividido de forma que alguns cômodos não são ocupados, justamente os que compõem a parte superior da casa, mais distantes da possibilidade de vigilância cotidiana. A divisão dos quartos é feita também conforme o desejo das cuidadoras. Embora a estrutura da casa não se aproxime ou se iguale do manicômio – verbalizando-se, inclusive, que a casa é de todas as moradoras –, o olhar e a vigilância se fazem presentes nas atividades básicas do dia a dia. Além do mais, cabe ressaltar que, muitas vezes, o controle é mitigado e se expressa de outra maneira. No caso das mulheres que residem na RT “Jardim”, apesar da casa ser aberta, sem os muros do manicômio, as marcas da institucionalização se mostram ativas no fato das mulheres pouco saírem da residência e não serem estimuladas a isso, permanecendo sob eterna vigilância.

Em Foucault (2002), entende-se que a necessidade do ordenamento da sociedade carrega a preocupação em impor uma disciplina ao corpo, o que pode se observar nas escolas, nos quartéis e nos manicômios.

Não se trata de cuidar do corpo, em massa, grosso modo, como se fosse uma unidade indissociável, mas de trabalhá-lo detalhadamente; de exercer sobre ele uma coerção sem folga, de mantê-lo ao nível mesmo da mecânica - movimentos, gestos, atitudes, rapidez: poder infinitesimal sobre o corpo ativo. Esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade, são o que podemos chamar as “disciplinas”. (FOUCAULT, 2002, p. 118).

As experiências das mulheres aqui entrevistadas mostram que o controle sobre o corpo sempre esteve muito presente, seja nas instituições de acolhimento, na Fundação Casa, ou nos manicômios onde viveram, seja nas atuais RTs, com o objetivo de tornar os corpos dóceis, podendo, assim, ser manipulados, submetidos e, também, tornados úteis.

Cabe, ainda, ressaltar o quanto são constantes as violações ligadas ao corpo nos manicômios, como agressões e abuso sexual. Levando em consideração os manicômios femininos, é importante problematizar o quanto as mulheres que ali habitaram sofreram abusos, violências, sendo seus corpos vistos como mercadorias, em consonância com a herança escravocrata. Segundo Girassol (2017), era comum no manicômio funcionários terem relações sexuais com as pacientes: “acho errado o profissional namorar paciente, lá no hospital às vezes acontecia, sei lá, é esquisito né?”. Ressalta-se que grande parte das mulheres que foram internadas nos manicômios eram de classe baixa, com pouca escolaridade, e negras.

Mas as mulheres também sofriam de forma diferente, porque eram vítimas de abuso sexual e outros maus-tratos bárbaros que só poderiam ser inflingidos a elas. A postura dos senhores em relação às escravas era regida pela conveniência: desprovidas de gênero; mas, quando podiam ser exploradas, punidas e reprimidas de modos cabíveis apenas às mulheres, elas eram reduzidas exclusivamente à sua condição de fêmeas. (DAVIS, 2016, p. 17).

Segundo Cunha (1986), é perceptível uma diferenciação étnica no manicômio. As negras e os negros, embora constituam uma parcela imensa dentro do manicômio, historicamente acabavam merecendo menos atenção, já que portariam, por nascimento, “traços de degeneração”, sendo consideradas/os pouco dignas/os de interesse humano, social e médico.

Na base da pirâmide, ocupando a posição de mais radical aniquilamento, estão as mulheres negras. Portadoras dessa dupla condição humana. “Estigmas físicos de degeneração muito acentuados: é um perfeito tipo de símio” - afirma o alienista, condensando nesta frase um diagnóstico que equivale a uma condenação perpétua. Neste contexto, maiores explicações parecem desnecessárias: a degeneração e a loucura são inerentes à visão “animalizada” das regras, tornando sua presença no hospício uma contingência quase “natural”. Classes populares, classes perigosas. (CUNHA, 1986, p. 124).

No que diz respeito à população de mulheres que residiam no manicômio e que, atualmente, residem nos SRTs, grande parte delas são negras e relatam a institucionalização desde a infância, cumprindo um papel que lhes foi delegado histórica e socialmente: a marginalização, a violência e a loucura. Essas mulheres estão mais vulneráveis à normatização dos corpos e dos comportamentos do que os homens, sendo alvos dos diferentes tipos de discursos que procuram “enquadrá-las”, transformando-as, por meio de sua corporalidade e subjetividade, em mulheres “normais” (MARTINS, 2004).

O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadriha, o desarticula e o recompõe. Uma “anatomia política”, que é também igualmente uma “mecânica do poder”, está nascendo; ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina. A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis” (FOUCAULT, 2002, p. 119).

Gerbera (2017) verbalizou que, quando residia no manicômio, foi agredida por não querer ir a “OTIP”, local que, segundo ela, era fechado, “parece uma prisão, tem grade, sabe? As pessoas que faziam coisas erradas iam pra lá”. Existia uma “domesticação” das moradoras por meio do poder disciplinar e quem se rebelasse contra essas regras sofreria a punição, muitas vezes, sendo vítima de agressão física.

Gerbera (2017) também compartilhou que, no manicômio, era comum os funcionários chamarem as mulheres de gordas: “Eles chamavam a gente de gorda, e a gente se sentia mal por isso, tenho trauma de gorda e obesa.”

Retomando Martins (2004), que afirma que a questão política de hoje – e também do passado –, precisa ser problematizada, no que diz respeito a liberdade e corporalidade:

No passado, o discurso normativo encerrou as mulheres no lar ao ligar seu destino às amarras biológicas de um corpo frágil, no limite entre o normal e o patológico. O corpo era então o entrave para a liberdade de ação. Hoje o corpo continua sendo um entrave, só que de maneira mais sutil, como componente de um discurso que rima com liberdade, juventude e felicidade [...] Quando se fala na liberdade das mulheres, invariavelmente a discussão se remete aos direitos políticos e civis ou, no máximo ao controle da natalidade, que teria possibilitado a elas viver com mais liberdade sua vida sexual. (MARTINS, 2004, p. 16).

Logo, pode-se questionar sobre o controle exercido no corpo dessas mulheres no que diz respeito às diversas violências citadas, tanto físicas quanto psicológicas, bem como o que ocorre no processo de desinstitucionalização nesse sentido. Em relação a esse procedimento, consideramos que a desinstitucionalização, de acordo com o dicionário Aurélio, é “o processo de descaracterização de uma instituição pela ruptura dos seus valores éticos e morais, entendendo esta como uma associação ou organização de caráter social, religioso, filantrópico etc.” De acordo com Rotelli:

Por que queremos esta desinstitucionalização? Porque, a nosso ver, o objeto da Psiquiatria não pode nem deve ser a periculosidade ou a doença (entendida como algo que está no corpo ou no psiquismo de uma pessoa). Para nós, o objeto sempre foi a “existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social”. O mal obscuro da Psiquiatria está em haver constituído instituições sobre a separação de um objeto fictício – a doença – da existência global, complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade. (ROTELLI, 1990, p. 88).

Entende-se, portanto, que o trabalho da desinstitucionalização é voltado para a (re)construção de pessoas enquanto atores sociais, capazes de viver livremente e longe dos muros físicos que impedem a vida em sociedade.

De acordo com Amarante (1996), Basaglia definiu institucionalização como um complexo de “danos” resultantes de uma longa permanência em manicômios, quando a instituição se baseia em princípios de autoritarismo e coerção. Nesse sentido, a pessoa institucionalizada não dispõe de nada que seja realmente seu. Diante disso, cabe refletir sobre essas mulheres – em sua maioria, negras, pobres e institucionalizadas, julgadas como loucas – e as possibilidades de se buscar os seus lugares de pertencimento em uma residência terapêutica, após anos de internação. Além do mais, vale questionar sobre os limites da liberdade delas, como aqueles que dizem respeito à vivência (ou não) do feminino e suas particularidades.

Antes do processo de desinstitucionalização ter início em Sorocaba, com a assinatura do TAC, já havia, como salientado antes, uma rede em funcionamento que era gerida por instituições ligadas aos manicômios, o que facilitou a “importação” de um modelo de tutela para esses espaços. Isso evidencia que a luta pela desinstitucionalização, não apenas para a desospitalização, é premente. Se a desinstitucionalização é um processo social, histórico e político, como romper com a institucionalização também em uma RT? Será que pessoas que estão retornando ao convívio da família também carregam as marcas da institucionalização, sendo tutelados?

A desinstitucionalização deve ser compreendida de modo amplo, que vai além da saída do manicômio para uma RT, ou para a casa de um ente familiar. Deve-se pensar na relação histórica e cultural que perpassa a relação com a cidade – Sorocaba, no caso. Isso demanda um debate constante com todos os setores envolvidos, ou seja, com trabalhadoras/es da Saúde Mental, da Educação, Justiça e demais instâncias públicas, bem como a elaboração de estratégias para rompimento da lógica manicomial, estigmatizante, excludente, ainda tão presente em diversos serviços. Entende-se que a visão tutelar para as pessoas que vivenciaram sofrimento psíquico e são egressas dos manicômios é histórica, cabendo uma reflexão sobre sua intersecção com o poder patriarcal e a tutela exercida sobre as mulheres em nossa sociedade.

É possível supor que o cuidado baseado na tutela, fortemente presente nos serviços de Saúde Mental na cidade de Sorocaba, pode até ser caracterizado como um ato de proteção e de reparo, numa tentativa de diminuir as consequências das diversas violências sofridas dentro de instituições totais, como o manicômio. Entretanto, também se deve questionar a

infantilização enquanto mecanismo de opressão e adestramento, no sentido de que é necessário seguir um padrão, o “ser boazinha”, enquanto que aquelas que fogem desse modelo, na maioria das vezes, podem ser questionadas.

É importante, além disso, refletir sobre as consequências da institucionalização, almejando uma forma de rompê-la. De acordo com Goffman (1987), estratégias de mortificação do “eu” são utilizadas frequentemente, voltadas à necessidade de controlar minuciosamente a vida diária das pessoas. Para o autor, as mutilações do “eu” ocorrem de qualquer modo, mesmo que a/o institucionalizada/o coopere e as pessoas que desempenham as figuras de autoridade tenham interesses reais pelo seu bem-estar. As instituições totais são, portanto, fatais para o “eu”, o que nos faz pensar que as mulheres da presente pesquisa vivenciaram esse processo no decorrer da internação do manicômio, trazendo esses vestígios para o dia a dia da RT.

3.1 Institucionalização na infância

De acordo com as informações apresentadas, percebe-se que a institucionalização dessas mulheres se iniciou muito cedo. Diante disso, cabe uma reflexão à respeito da institucionalização na infância em uma sociedade atravessada por inúmeras contradições socioeconômicas. As moradoras, um dia, foram crianças, época em que iniciou a institucionalização em locais de acolhimento, FEBEM e, mais tarde, nos manicômios, trazendo marcas que carregam até os dias atuais. Muitas delas foram orientadas, como já citado, não para o aprendizado da leitura e da escrita, mas para o adestramento físico e moral, para o trabalho, especificamente, para o trabalho doméstico, sem qualquer tempo e espaço para o brincar e para as demais vivências da infância. Será que um dia elas se sentiram realmente crianças?

De acordo com Del Priore (1991):

Resgatar a história da criança brasileira é dar de cara com um passado que se intui, mas que se prefere ignorar, cheio de anônimas tragédias que atravessaram a vida de milhares de meninos e meninas. O abandono de bebês, a venda de crianças escravas que eram separadas de seus pais, a vida em instituições que no melhor dos casos significavam mera sobrevivência, as violências cotidianas que não excluem os abusos sexuais, as doenças, queimaduras e fraturas que sofriam no trabalho escravo ou operário foram situações que empurraram por mais de três séculos a história da infância no Brasil. (DEL PRIORE, 1991, p. 3).

Por detrás da vivência das mulheres que experimentaram a institucionalização em uma fase muito precoce, surge uma imagem do autoritarismo, violência imposta por adultos e por instituições, e nota-se o quanto isto reflete atualmente em suas vivências ainda dentro de uma instituição, que, embora em outro cenário, pode carregar a lógica manicomial, autoritária e até violenta.

De acordo com Del Priore (1991), a modernização da instituição vem sempre acompanhada de um novo discurso, o que não significa que o novo será o rompimento com o antigo:

[...] a substituição de controles sociais velhos por novos torna-se impossível quando os velhos são satisfatórios na maioria dos aspectos e, quando não se altera o foco de percepção do poder da instituição pelos clientes. Com o novo o que irá acontecer será uma nova linguagem como forma de garantia à inatividade perfeitamente ajustável a uma opção de política econômica específica. (DEL PRIORE, 1991).

Assim, compreende-se que o discurso e a disciplina reafirmam a subordinação dentro de uma instituição, ou seja, o discurso e a disciplina passam a regular a forma de ser, impactando diretamente na tutela e ausência de autonomia.

De acordo com Rizzini e Rizzini (2004), a história da institucionalização de crianças e adolescentes no Brasil traz repercussões importantes até os dias atuais, afinal, crianças nascidas em situação de pobreza e ou em famílias com dificuldades para cuidar de seus filhos, quando buscavam apoio do Estado, eram encaminhadas para instituições como se fossem órfãs ou abandonadas. Isso não difere do percurso de institucionalização das mulheres aqui citadas. Gerbera, como vimos, foi encaminhada ainda na infância para uma instituição de acolhimento e, após completar 11 anos, não pôde permanecer nela apenas por uma regra da instituição de não acolher crianças a partir dessa idade, sendo, então, estabelecido que se tornaria “moradora” do manicômio, que aqui aparece como a função de um “depósito” para aqueles que já não tinham para onde ir.

A questão da institucionalização no Brasil é fortemente marcada pela questão racial, uma vez que as crianças negras foram reféns na sociedade escravagista de uma institucionalização que delimitava um futuro certo, ou seja, o da escravidão. De acordo com Pardal (2005), a mulher que era escravizada, após o nascimento de seu filho, tinha três dias para se recuperar e voltar ao trabalho e o filho, para sobreviver, passava a ser incorporado ao trabalho da mãe, tornando-se necessário se adaptar ao ritmo materno para a sobrevivência. Percebe-se que o cotidiano das crianças negras já era precário desde o nascimento e sua

infância não reservava tempo para brincadeiras. Nas décadas pós-abolição, muitas dessas características, ainda que sob mudanças aparentes, persistiram:

A história da assistência tem sido também a da produção de uma imagem do pobre como ameaça a ser controlada. As instituições cumpriam uma função apaziguadora. Interpreta-se pobreza a partir de generalização de caracterizações parciais. Essa lógica ainda se faz presente, quando reduz a história da infância à da infância abandonada, quando a criança pobre é identificada como menino de rua que, por sua vez, torna-se sinônimo de trombadinha, ou menor infrator, reproduzindo a concepção de pobreza forjada nos moldes das concepções assistenciais do início do século. (KUHLMANN JR., 1998, p. 28).

O atendimento institucional sofreu mudanças, em especial após a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) pela Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. De acordo com Rizzini (2004), muitas gerações de crianças passaram sua infância e adolescência internadas em grandes instituições fechadas, até o final da década de 1980, nos internatos de menores e orfanatos, ainda que muitas destas crianças tivessem famílias. Esse modelo asilar corresponde ao que a autora chama de uma “cultura de institucionalização” das crianças no Brasil.

Embora ainda seja possível, nos dias atuais, verificar pessoas com esse histórico de internação desde a infância, pode-se afirmar que, com a criação do ECA, as crianças passaram a ter mais direitos e as instituições de acolhimento começaram a ser pensadas de outra maneira. Ainda há, porém, resquícios do modelo asilar que era predominante e que resistem por ser uma prática enraizada, mostrando que as mudanças se dão de forma lenta, pois se torna necessário o rompimento com paradigmas fortemente presentes numa sociedade desigual. A lógica assistencialista e autoritária subsiste no trato com as famílias pobres em muitos contextos, influenciando na condução de alternativas que passam pela institucionalização e pelo rompimento dos vínculos familiares e comunitários.

3.2 Residência Terapêutica: casa ou instituição?

A implementação de uma rede substitutiva do modelo manicomial, que inclui as RTs, é amparada pela Lei Federal n. 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e direitos de pessoas com transtornos mentais, pela Lei n. 10.708/2003, que institui o auxílio reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas (Programa De Volta Para Casa), Portarias GM n. 52 e n. 53/2004, do Ministério da Saúde, que estabelecem a redução progressiva de leitos psiquiátricos no País, Portaria n. 106/2000, que apresenta os Serviços Residenciais

Terapêuticos (SRTs) no SUS para egressos de longas internações e Portaria n. 1.220/2000, que regulamenta a Portaria n. 106/2000, para fins de cadastro e financiamento. Assim, há uma articulação de leis e portarias visando a garantia de recursos e atenção para ações no território, que devem priorizar a inserção dos usuários na comunidade.

Entretanto, é importante a reflexão sobre a RT como um espaço institucional, que pode reproduzir, de algum modo, o modelo manicomial vigente. De acordo com Onoko-Campos e Furtado (2011), não devemos restringir a análise das RTs em relação à identificação ou não de características manicomiais ou institucionais. É necessário reconhecer que há um rompimento com a lógica manicomial que carrega, contudo, contradições, sendo urgente considerar o que de fato compõe a potência e fragilidade desses serviços. A ambiguidade de uma “casa” com tantos aparatos institucionais moldados pela cultura manicomial nos leva a pensar sobre as relações que se estabelecem e as potências presentes nestas.

[...] o que é a casa e como é “habitá-la” para os sujeitos que viveram parte (muitas vezes, a maior) de suas vidas internos em instituições psiquiátricas, isolados de sua família? Qual será o sentido de moradia em seu imaginário? O hospital se pronunciava (ou se pronuncia) como o habitar seguro ou como o mundo exterior, adverso e hostil? Levantar tais questões é um desafio, talvez nunca saibamos, de fato, dar as respostas, mas já é um grande passo refletir sobre a problemática, não apenas do sentido de habitação para sujeitos que passaram por internações psiquiátricas, mas das condições como essas pessoas são (eram?) tratadas nos manicômios, configurando-se como um espaço de mortificação e de cronificação do sujeito social, pois são privados da liberdade de circulação pela comunidade [...]. (SILVEIRA; SANTOS JR., 2011, p. 203).

É perceptível no cotidiano do relacionamento das mulheres que residem nas RTs pesquisadas a existência de vínculos afetivos de amizade e confiança, que proporcionam segurança e amparo, e a capacidade de uma se colocar no lugar da outra. Em ambas as RTs, a maioria das mulheres se conheceu ainda no manicômio e vivenciou a transição para RT juntas. Além disso, muitas delas foram privadas da convivência familiar e poucas têm contato com a família, vivenciando a experiência de convivência na RT com muitas trocas afetivas e de cuidado.

Ao nos questionarmos sobre a sexualidade da moradoras, é importante considerá-la como atrelada também à esfera das trocas afetivas. Para Silveira e Santos Jr. (2011), deve-se notar que a dimensão humana não está simplesmente reduzida ao exercício da sexualidade genital, mas inclui a vida afetiva, o carinho, a expressividade e tantas outras formas.

Entretanto, percebemos no discurso das profissionais que trabalham nas RTs, de forma clara, a negação da sexualidade genital. Entendemos que, se a sexualidade ainda é vista como

tabu, como algo que deve ser negado, isso está relacionado a um impedimento da reflexão e vivência acerca das mais variadas expressões dessa sexualidade.

As RTs em questão são femininas, apresentando características de cuidado provavelmente diferentes das RTs mistas ou masculinas. O controle e a negação da sexualidade nesses espaços são cotidianos e reproduzem a rejeição histórica da sexualidade da mulher e tantos outros silenciamentos. Todavia, cabe ressaltar a potência presente nas RTs enquanto espaços de vivências, de trocas, de ressignificação, de construção e reconstrução de afetos, de relações, do que é “ser feminina”. A consideração das RTs como um ambiente de cuidado não pode ser separada de um entendimento das relações de gênero presentes em nossa sociedade, na qual se presume que as mulheres podem ter trocas afetivas, desde que não-sexuais, quando estão fora do modelo monogâmico heterossexual.

3.3 Curatelas: barreiras para a autonomia?

Entende-se que a interdição judicial é o processo que reconhece alguém legalmente incapaz de praticar os atos da vida civil, pelos mais diferentes motivos, desde a menoridade até o transtorno mental.

Conforme consta na Cartilha Popular “Benefício de Prestação Continuada: não abra mão da sua cidadania”, produzida pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), em 2007:

A interdição – e a conseqüente curatela - é uma medida extrema só recomendada quando o beneficiário não tem a menor condição de exercer qualquer dos seus direitos civis; quando está, em síntese, em uma situação extrema de incapacidade. A grande maioria dos portadores de transtorno mental, entretanto, mesmo quando incapacitados para o trabalho, podem ter uma vida normal em muitos outros aspectos e decidir, por si mesmos, o que é melhor para o seu futuro. Em outros momentos, o problema de saúde mental enfrentado pelo beneficiário pode implicar uma interdição parcial de direitos. Em tais casos, o juiz determina que a pessoa está apta a exercitar plenamente seus direitos civis, menos alguns que deverá nomear. Infelizmente, a interdição parcial raramente tem sido empregada no Brasil (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2007, p. 5).

De acordo com o Código Civil Brasileiro, a interdição e a conseqüente indicação de um curador apenas poderão ocorrer nos casos em que a pessoa seja absolutamente incapaz:

Art. 1.767. Estão sujeitos a curatela:

- I - aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para os atos da vida civil;
- II - aqueles que, por outra causa duradoura, não puderem exprimir a sua vontade;

- III - os deficientes mentais, os ébrios habituais e os viciados em tóxicos;
- IV - os excepcionais sem completo desenvolvimento mental;
- V - os pródigos. (BRASIL, 2015).

Pode-se afirmar que, em todos os espaços e contextos, existem relações de poder, formas de opressão e dominação que necessitam, muitas vezes, serem visibilizadas para poderem ser transformadas. No contexto da saúde mental, como bem vimos anteriormente, configura-se um cenário marcado por relações de opressão e violência bastante visíveis, que caracterizam violações de direitos humanos. Quando trazemos à tona a questão das “curatelas” no contexto da saúde mental em Sorocaba, encontramos entraves para a vivência da autonomia.

[...] até agora não recebemos, ele roubou nosso dinheiro, meu e delas, eu não sei porque, no começo eu achava que ele era bonzinho, mas não, não sei como tá, eu achei outra curadora, mas ninguém respondeu ainda. (GERBERA, outubro de 2017⁵).

De acordo com informações presentes no prontuário de Gerbera:

A usuária em questão é beneficiária do BPC e tem como seu curador Y, ex-diretor do Hospital X, fechado em junho de 2014. Então, desde esta data não tem acesso ao seu benefício. Hoje sua curatela está em processo de transferência. Também é beneficiária do programa de Volta para casa, do Ministério da Saúde (voltado à reintegração social das pessoas acometidas por transtornos mentais e com história de longa internação psiquiátrica) a qual recebe normalmente. (PRONTUÁRIO MÉDICO DA PACIENTE GERBERA, s. d.).

Gerbera, assim como muitas mulheres, está “curatelada” e não tem acesso aos seus benefícios financeiros, o que dificulta bastante sua autonomia e independência, se considerarmos a estrutura de sociedade em que vivemos. Pode-se afirmar que a ausência do recebimento do benefício financeiro faz com que as mulheres fiquem mais dependentes da instituição, afinal, não possuem liberdade para gastar seu dinheiro com compras pessoais, itens alimentícios e demais aquisições, ficando à mercê do que a RT oferece, além da privação de momentos de lazer.

Quando se fala de tutela, é importante trazer à luz o campo dos direitos humanos, no sentido de que: “Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos”. Entretanto, quando falamos de pessoas que apresentam algum transtorno mental, deve-se questionar se esses direitos estão sendo garantidos. Como visto no relato acima, as egressas do manicômio vivem uma outra realidade, no que diz respeito à garantia de direitos, haja

⁵ Gerbera se refere ao seu curador, que é um dos proprietários do manicômio onde ela morou.

vista as diversas violações de direitos sofridas pelas pessoas que estiveram internadas nos manicômios de Sorocaba, conforme vimos anteriormente.

Entende-se que a tutela, do ponto de vista legal, é aparentemente protetiva, visando garantir os direitos da pessoa humana considerada desprovida de razão e consciência, devido à vulnerabilidade em que se encontra por estar com a saúde mental prejudicada. Entretanto, a história dessas mulheres mostra a tutela como uma forma de violência, ferindo gravemente todos os direitos. Um dos aspectos mais graves desse processo é a apropriação dos benefícios previdenciários das tuteladas por seus tutores, negando-se a elas o acesso aos seus recursos, embora tenham plenas condições de lidarem com sua vida financeira de modo autônomo. Tal situação, comum em Sorocaba, reflete-se diretamente em outras áreas da vida da pessoa, uma vez que determina também uma dependência afetiva do curador, contradizendo a necessidade de autonomia para um efetivo processo de desinstitucionalização.

Entendendo que as pessoas em sofrimento psíquico, frequentemente, estão sujeitas às relações de poder desiguais, e considerando o processo de internação vivenciado desde a infância pela maioria das mulheres, nota-se que o fato da maioria das/os trabalhadoras/es nas RTs ser também de funcionárias/os egressas/os dos manicômios acaba por fortalecer esse lugar de tutela frente às mulheres aqui pesquisadas. O incentivo à autonomia das moradoras das RTs por parte dessas/es trabalhadoras/es egressas/os dos manicômios fica prejudicado, pois estas/es também foram institucionalizadas/os sob a lógica disciplinar da instituição total, onde a tutela é naturalizada. É possível pensar na desinstitucionalização com mulheres ainda silenciadas pela tutela? Como transformar um modelo presente durante décadas? Em resposta a tal paradoxo, deve-se refletir sobre a autonomia como principal fundamento para a preservação da dignidade humana, ressaltando que quaisquer vulnerabilidades não sejam impositivas para a estimulação e vivência da autonomia.

3.4 Gênero e saúde mental nas RTs

Pode-se afirmar que o estudo das relações de gênero como viés para se compreender e problematizar o campo da saúde mental é, ainda, incipiente (PEDROSA; ZANELLO, 2016). Entretanto, a partir da Reforma Psiquiátrica e dos processos de desinstitucionalização vivenciados no mundo e no Brasil, há novos equipamentos substitutivos dos manicômios e torna-se cada vez mais necessário problematizar as questões de gênero que estão presentes em todos os campos, tendo em vista o sexismo intenso presente no país.

Os resultados da presente pesquisa têm muita semelhança com os descritos na pesquisa de Roeder (2016), no que diz respeito às vivências de mulheres institucionalizadas. A autora mostrou a ênfase nas SRTs no trabalho doméstico, como fazer faxina, cuidar das/os outras/os pacientes, arrumar as camas, lavar a roupa, dentre outras atividades, sendo caracterizado como estritamente feminino. Foi possível perceber, também, equivalências em relação às restrições de autonomia motivadas pela interdição, o que se mostra evidente por meio do descontentamento das moradoras pelo fato de não poderem administrar seus benefícios.

No estudo de Roeder (2016), a autonomia financeira foi desenvolvida progressivamente pelas moradoras de SRTs, no que diz respeito à complementação dos recursos dos benefícios. A autora cita, como exemplo, uma RT pesquisada que transcendeu o lugar de casa enquanto espaço apenas de moradia e consumo, pois nela passaram a ser confeccionados tapetes por meio de doações de materiais de terceiros, caracterizando-se, portanto, também como espaço de geração de renda. Seu estudo, porém, aponta para os limites dessas conquistas, uma vez que as moradoras não têm acesso à uma cooperativa que auxilie na geração de renda e nem outro modo de complementação do benefício, ficando dependentes da equipe técnica em relação às questões que dizem respeito aos seus proventos.

Ainda com base nos estudos de Roeder (2016), embora o benefício assistencial tenha um impacto positivo na vida daquelas/es que dele necessitam, a interdição e a curatela se apoiam na noção da incapacidade civil da pessoa acometida pelo sofrimento psíquico, sendo, muitas vezes, tomadas como recursos de abuso de poder tanto por parte de instituições como por familiares, que consideram esse sujeitos como não-cidadãos. Pode-se refletir sobre como essa relação de poder influencia negativamente nas vivências das mulheres que estão com seus benefícios ainda nas mãos de curadores, que não levam em consideração sua capacidade de gerir seus recursos, de adquirir seus bens, enfim, de decidir sobre sua própria vida financeira.

De acordo com Roeder (2016):

O SRT carrega consigo a ambiguidade de pretender tratar e proteger suas residentes, ao mesmo tempo que lhes incentiva e limita os direitos de cidadania. A própria denominação configurada na legislação atual é ambígua, no sentido de se pretender ser tanto um serviço que se propõe a determinadas terapias quanto um residencial com a finalidade de garantir os direitos de moradia. (ROEDER, 2016, p. 304).

É possível afirmar que as RTs aqui estudadas apresentam essa ambiguidade descrita. Se, por um lado, as profissionais apresentam uma postura de incentivo em relação à

autonomia e percepção das moradoras como detentoras de direitos, por outro, reproduzem atos que limitam essa autonomia, negando às residentes, por exemplo, a administração de seu próprio dinheiro.

A mesma negação de autonomia se manifesta por meio de imposições em relação ao exercício da sexualidade, com a imposição de um modelo de comportamento moralmente correto. De acordo com Roeder (2016), na pesquisa realizada, as residentes afirmam não sentir falta de ter relações sexuais, falam pouco sobre sexo e, ao relatarem experiências sexuais anteriores, associam-as, na maioria das vezes, à gravidez indesejada e à violência. No discurso das mulheres aqui pesquisadas, também foi possível observar essa semelhança, entendendo que a sexualidade parece ser algo da esfera do “perigoso”, que requer um controle extremo, que permite relações de afetividade apenas no caso destas se limitaram a beijos, palavras e carícias. Pode-se afirmar, portanto, que a moralidade ainda parece estar fortemente presente nos parâmetros que engendram a percepção sobre as mulheres e seu estado de saúde, o que inclui as moradoras de SRTs (ROEDER, 2016, p. 304).

Outra característica semelhante encontrada na pesquisa de Roeder (2016) diz respeito à imposição de normas aos corpos das residentes:

A própria imposição de normas aos corpos das residentes, como o controle sobre a sexualidade, sobre o direito de ir e vir sem restrições, ou a obrigatoriedade do uso da medicação, dentre outras medidas, exemplificam que nem sempre a própria negociação sobre o seu estado de saúde é algo tão democrático quanto aparente, funcionando como dispositivo biopolítico de poder. (ROEDER, 2016, p. 306).

A obrigatoriedade do uso de medicação contraceptiva demonstra de forma clara esse dispositivo biopolítico de poder, tanto na pesquisa de Roeder (2016) quanto na aqui descrita. Considerando as contribuições do Relatório Final da III Conferência de Saúde Mental (BRASIL, 2002), entende-se que é necessário que as políticas de saúde mental contemplem mecanismos para o enfrentamento de abusos de poder, ampliando a noção de cidadania, capacidade civil e problematizem as questões de gênero, que influenciam significativamente na autonomia feminina, visando o rompimento de uma lógica sustentada sob os alicerces da opressão, violência e exclusão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No osso da fala das loucas tem lírios.
(Manoel de Barros)

Seria possível afirmar algo no encerramento deste trabalho? Após uma rotina árdua e dolorida, experimentando “*desassossegos*”, a inquietude, as dores e as vivências de muitas mulheres, coloco-me na missão de refletir sobre toda a experiência vivida, as barreiras, os limites e as potencialidades de uma pesquisa que almejou romper com alguns silenciamentos presentes no cenário da saúde mental em Sorocaba.

Pensar em um capítulo conclusivo pode ser encarado como arrumar as malas, buscando seguir uma viagem. Foi necessário se despedir, mas sem qualquer necessidade de se despir de todas as experiências que presenciei. Foram tantos encontros e desencontros, sentimentos ambíguos e intensos, histórias de vida, construções e desconstruções.

Apresento um pequeno recorte de uma análise, que acredito que poderia ser mais ampla; entretanto, trazer reflexões e possibilidades se torna necessário para pensar de forma crítica o processo de desinstitucionalização, amparada pela Reforma Psiquiátrica, de acordo com a Lei n. 10. 216/2001.

Há diferentes visões históricas sobre a relação entre Estado e saúde, inclusive a de cunho liberal, que vem sendo retomada, para a qual é desvalorizado o papel do Estado perante a sociedade e a saúde é entendida apenas como a ausência de doenças e desconsiderada enquanto direito universal. Essa postura vem disputando espaço com concepções que focam a saúde como direito e a atenção territorial como princípio básico. Atualmente, essas diferentes visões disputam a hegemonia na sociedade de modo acirrado no Brasil. Desde a criação do SUS, na Constituição de 1988, e mais especialmente na última década e meia, com o estabelecimento de um governo democrático popular em nível federal, foi possível observar um claro fortalecimento do papel de Estado enquanto promotor de direitos por meio de políticas públicas e, também, avanços consideráveis no sentido de compreender a saúde como um fenômeno que transcende o corpo. Assim, ganharam força as práticas intersetoriais para promoção de saúde, pelas quais passaram a ocorrer ações integradas entre o SUS, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), Políticas de Educação, Habitação, Esporte, Cultura, dentre outras. Entretanto, vivenciamos ataques a tais conquistas atualmente, por meio, justamente, de forças conservadoras que vislumbram no Estado mínimo e na perpetuação das desigualdades seu ideal de sociedade, direcionando esforços políticos no sentido de

desconstruir o papel de Estado e propagar a desresponsabilização governamental frente às questões sociais, o que legitima a negação de direitos.

No que diz respeito à atenção à saúde mental no âmbito da saúde coletiva no Brasil, as práticas seguiam o modelo asilar. Portanto, deve-se considerar que a mudança de paradigma é demorada e complexa, afinal, requer uma mudança cultural.

Afirma-se que o modelo asilar consistia, exclusivamente, na segregação de todas/os aquelas/es que “fugiam” dos padrões de normalidade. Os manicômios se configuravam como verdadeiros depósitos, nos quais as/os pacientes não tinham condições mínimas de dignidade humana. Os maus-tratos eram comuns, como se observou em muitas incursões conjuntas do Conselho Federal de Psicologia e do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil em atividades de inspeção nesses locais, realizadas na última década (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2001, 2004, 2006, 2008).

Além disso, a explicação para esses comportamentos inadequados e passíveis de serem normatizados se dava na formulação de supostas desordens individuais, sejam elas orgânicas e/ou morais. Para Machado et al. (1978), a partir de 1830, o nascimento da psiquiatria brasileira, advinda da medicina, estabeleceu-se como instância de controle social das pessoas. Por sua vez, os métodos empregados desconsideravam a influência dos aspectos sócio-históricos na própria produção da chamada loucura, e, conseqüentemente, desprezavam a contribuição de tais aspectos para a melhoria da qualidade de vida da/o considerada/o louca/o e a relação desta/e com a sociedade.

Cabe, ainda, ressaltar a preocupação e o compromisso com a militância – devido ao atual cenário político, com a presença de um governo ilegítimo – no sentido de lutar pela existência de políticas públicas compromissadas com uma saúde mental antimanicomial, campo em que há retrocessos evidentes, tais como: a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que impacta um dos pilares do SUS; a modificação da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), que tem como característica a retirada de direitos das/os trabalhadoras/es; aprovação da Emenda Constitucional 95, “congelando” significativamente os gastos públicos por vinte anos; e as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental, que deixam abertura a possibilidade de restabelecimento de manicômios.

São evidentes as inúmeras dificuldades encontradas no processo de desinstitucionalização em Sorocaba, considerando o grande número de pessoas que estiveram institucionalizadas durante décadas na cidade e região. Além do mais, percebe-se a lógica manicomial nos diversos serviços substitutivos ao manicômio. Entretanto, é possível afirmar que existem significativas “resistências” ao cenário político, representado pelas

trabalhadoras/es, movimentos que lutam e resistem pela permanência e defesa do SUS e de outras políticas públicas. Em Sorocaba, é importante destacar a implantação dos serviços de Residência Multiprofissional em Saúde como potencializadora da atuação das/os profissionais de saúde sob a lógica da Atenção Psicossocial, sendo capaz de promover o desenvolvimento de uma postura ética-técnico-política, que visa o rompimento da cultura hegemônica e manicomial.

É necessário, também, a reflexão no sentido de ampliar a discussão sobre saúde mental, que leve em conta as questões de gênero, raça e classe, que amplamente atravessam seu campo, mas que ainda são invisibilizadas no debate. Entendo que interseccionar a discussão traz caminhos para se pensar o rompimento da lógica manicomial, fortemente presente nos serviços prestados, na atuação das/os profissionais e na sociedade.

Destaca-se, além disso, a importância a problematização frente às relações de poder, incluindo o poder manicomial e o poder patriarcal, entendendo que ampliar o debate para essas relações é abrir possibilidades para mecanismos de resistência, tão urgentes e necessários.

Por meio dos relatos das mulheres, as *flores de Sorocaba*, e da análise do seus prontuários, fica evidente a presença de algum tipo de sofrimento psíquico. No entanto, faz-se necessário considerar que as internações ocorreram ainda na infância e moldaram os comportamentos, modos de ser e o futuro dessas mulheres, reduzindo suas vivências ao trabalho doméstico.

Diante disso, entendo que o movimento antimanicomial, que visa garantir a liberdade como forma de tratamento para questões subjetivas e psíquicas, deveria estar fortemente relacionado ao movimento feminista, já que a lógica manicomial também é usada para reprimir e normatizar as diferenças de gênero. O movimento da luta antimanicomial busca não apenas a desativação do manicômio como instância física, mas acabar com o poder manicomial e suas estratégias de controle. Portanto, pensar a luta antimanicomial sem considerar as questões de gênero, classe e raça pode ser arriscado, no sentido de reproduzir violências e de ser subserviente aos interesses racistas e patriarcais.

De acordo com Martins et al. (2017), o lema “Por uma sociedade sem manicômios” se vincula à luta pela transformação da sociedade capitalista, mas deve incluir, também, a luta contra o machismo e o racismo.

Deve-se atentar, ademais, ao fato que o racismo pode ser (re)produzido, se abandonarmos a discussão da branquitude enquanto privilégio racial, invisibilizando as interseções de gênero e raça. No Brasil, negras/os e as/os indígenas sofrem racismo,

extermínio e invisibilização. Ao ampliarmos a discussão para as questões de saúde mental, considerando o histórico das pessoas que foram estigmatizadas como “loucas”, é muito provável que identificaremos que grande parte das pessoas internadas era negra e de classe baixa, reflexo significativo de nossa herança escravocrata.

É urgente, enfim, refletir sobre nossas lutas no campo da saúde mental, incluindo a discussão do lugar racializado da mulher. Falar e problematizar o racismo exige a reflexão acerca dos lugares que ocupamos, das nossas práticas, e o reconhecimento do lugar privilegiado que as mulheres brancas ocupam. Ser antimanicomial é almejar romper com todos os paradigmas presentes numa sociedade marcadamente manicomial, mas também racista e misógina.

De acordo com Roeder (2016), faz-se necessário construir políticas que articulem gênero e saúde mental, possibilitem a comunicação com as diversas áreas de conhecimento e levem em consideração os princípios da equidade e da integralidade nas ações.

Finalizo ressaltando a importância de se refletir e proporcionar outros diálogos no campo da saúde mental que possam contemplar as questões de gênero, raça, classe e demais categorias, para que seja possível pensarmos sobre a desinstitucionalização de forma plena, que acabe com lógicas segregacionistas, desumanas e opressoras. E desejo que nós, profissionais da saúde, pesquisadoras/es e militantes, possamos continuar resistindo a qualquer *golpe*, que estejamos cientes do nosso compromisso social, sendo necessária e urgente a busca por estratégias e potencialidades para que a nossa luta continue em busca de uma sociedade mais justa e igualitária, na qual a liberdade seja um elemento central no cuidado em relação às pessoas consideradas loucas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

• Entrevistas

COPO DE LEITE. *Entrevista*. [2017]. Entrevistadora: Thaiga Danielle Saldanha Momberg. Sorocaba, 2017.

GERBERA. *Entrevista*. [set. 2017]. Entrevistadora: Thaiga Danielle Saldanha Momberg. Sorocaba, 2017.

GIRASSOL. *Entrevistas*. [out. 2016; maio/ago./set. 2017]. Entrevistadora: Thaiga Danielle Saldanha Momberg. Sorocaba, 2016-2017.

JASMIM. *Entrevista*. [set. 2017]. Entrevistadora: Thaiga Danielle Saldanha Momberg. Sorocaba, 2017.

LÍRIO. *Entrevista*. [2017]. Entrevistadora: Thaiga Danielle Saldanha Momberg. Sorocaba, 2017.

ORQUÍDEA. *Entrevista*. [set. 2017]. Entrevistadora: Thaiga Danielle Saldanha Momberg. Sorocaba, 2017.

• Carta e relato escrito

GIRASSOL. [Carta] 09 nov. 2017, Sorocaba [para] Thaiga Danielle Saldanha Momberg, Sorocaba.

JASMIM. [Relato escrito] set. 2017, Sorocaba [para] Thaiga Danielle Saldanha Momberg, Sorocaba.

• Prontuários médicos

PRONTUÁRIO MÉDICO DA PACIENTE GERBERA. CAPS, Sorocaba,

PRONTUÁRIO MÉDICO DA PACIENTE GIRASSOL. CAPS, Sorocaba, [s. d.].

PRONTUÁRIO MÉDICO DA PACIENTE LÍRIO. CAPS, Sorocaba, [s. d.].

PRONTUÁRIO MÉDICO DA PACIENTE ORQUÍDEA. CAPS, Sorocaba, 16 maio 1986.

_____. CAPS, Sorocaba, [s. d.]

• **Bibliografia geral**

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 73-95.

_____. Reforma sanitária e reforma psiquiátrica no Brasil. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Coord.). *Saúde Mental, políticas e instituições: programa de ensino à distância*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; EAD/FIOCRUZ, 2003.

_____. Revisitando os paradigmas do saber psiquiátrico: tecendo o percurso do movimento da Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. p. 21-50.

ARBEX, Daniela. Holocausto Brasileiro: 50 anos sem punição. *Tribuna de Minas*, Juiz de Fora, 20 nov. 2011. Disponível em: <<https://tribunademinas.com.br/noticias/cidade/20-11-2011/holocausto-brasileiro-50-anos-sem-punicao.html>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

AROUCA, Antônio Sérgio. A reforma sanitária brasileira. *Tema: Radis*, n.11, p. 2-4, nov. 1988.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. *Ranking – Todo Brasil*. 2010. Disponível em: <<http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/ranking/>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

BARROS, Sônia; BICHAFF, Regina (Orgs.). *Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo*. São Paulo: Secretaria de Saúde; FUNDAP, 2008. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/censo_psicossocialSP.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2017.

BEAUVOIR, Simone de. *O segundo sexo: fatos e mitos*. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1960. V. 1.

_____. *O segundo sexo: a experiência vivida*. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1960. V. 2.

BRAH, Avtar. Diferença, diversidade, diferenciação. *Cad. Pagu*, Campinas, n. 26, p. 329-376, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0104-83332006000100014&lng=en&nrm=iso>>. Acesso em: 15 out. 2017.

BRASIL. Advocacia-Geral da União; Ministério da Justiça; Presidência da República; Ministério da Defesa; Ministério da Fazenda. Lei n. 13105, de 16 de março de 2015. Código de Processo Civil. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 17 mar. 2015, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm>. Acesso em: 15 out. 2017.

_____. Ministério da Justiça. Decreto n. 3725, de 4 de dezembro de 1919. Faz diversas correções no Código Civil e manda fazer do Código corrigido uma edição de cinco mil exemplares. *Coleção de Leis do Brasil*, Rio de Janeiro, 1919. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/historicos/dpl/DPL3725-1919.htm>. Acesso em: 20 jul. 2017.

_____. Lei n. 3071, de 1º de janeiro de 1916. *Coleção de Leis do Brasil*, Rio de Janeiro, 1916. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l3071.htm>. Acesso em: 20 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?Idtxt=24134>. Acesso em: 20 fev. 2017.

_____. Portaria n. 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 24 fev. 2000, n. 39-E, Seção 1, p. 23. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2017.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

_____. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2017.

CALEIRO, Regina Célia Lima; MACHADO, Jacqueline Simone de Almeida. Loucura feminina: doença ou transgressão social? *Revista Desenvolvimento Social*, Montes Claros, v. 1, n. 1, p. 1-8, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.rds.unimontes.br/index.php/desenvsocial/article/view/87>>. Acesso em: 01 dez. 2017.

CAYRES, Alina Zoqui de Freitas et al. (Orgs.). *Caminhos para a desinstitucionalização no Estado de São Paulo: censo psicossocial 2014*. São Paulo: Secretaria de Saúde; FUNDAP, 2015.

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

CONEXÃO REPÓRTER. *A Casa dos Esquecidos*. 2012. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=UZBMaKNxua0>>. Acesso em: 02 dez. 2017.

CONEXÃO REPÓRTER. *A Casa dos Esquecidos. O retorno*. 2014. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=XuXuXlrCq5s>>. Acesso em 02 dez. 2017.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. *Anais...* Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf>. Acesso em: 20 out. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *A instituição sinistra*. Mortes violentas em hospitais psiquiátricos o Brasil. Brasília: CFP, 2001.

_____. *Benefício de Prestação Continuada: não abra mão da sua cidadania*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2007. Disponível em <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2007/06/cartilha_banalizacao.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2018.

_____. *Relatório de inspeção a Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs)*. Brasília, CFP, 2008.

_____. *Relatório de inspeção nacional de unidades psiquiátricas em prol dos direitos humanos*. Brasília: CFP, 2004.

_____. *Um retrato das unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei*. Relatório sobre as inspeções às unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei. Brasília: CFP, 2006.

CPI encontra irregularidades em hospital psiquiátrico. *Jornal PSI*, Conselho Regional de Psicologia, São Paulo, ano 16, n. 98, mar./abril 1996. Disponível em: <http://www.crp.org.br/portal/comunicacao/jornal_crp/098/frames/fr_luta_antimanicomial.aspx>. Acesso em: 15 out. 2017.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, jan. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2017.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. *Cidadelas da ordem*. A doença mental da República. São Paulo: Brasiliense, 1990.

_____. *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*. São Paulo: Paz e Terra, 1986.

DAVIS, Angela. *Mulheres, raça e classe*. São Paulo: Boitempo, 2016 [1. ed. 1981].

DE LEONARDIS, Ota. Il ciclo di una politica: la riforma psichiatrica. In: DONOLO, C; FICHERA, F. (Eds.). *Le vie dell'innovazione*. Milano: Feltrinelli, 1988.

DEL PRIORE, Mary (Org.). *História das Crianças no Brasil*. São Paulo: Contexto, 1991.

_____. *História das Mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2000.

DIAS, Mara. S. de L.; SILVA, Rosana S. B. da. O histórico da institucionalização de crianças e adolescentes. *Ciência e Cultura: Revista da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência* versão on-line, Curitiba, n. 45, p. 177-188, 2012.

ENGEL, Magali. Psiquiatria e Feminilidade. In: DEL PRIORE, Mary (Org.). *História das Mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2006. p. 322-361.

FIGUEIREDO, G; FERRAZ, M. Século XIX no Brasil: D. Maria I, fundação do ensino e hospício de alienados. *Rev. ABP-APAL*, 2-(3), p. 75-85, 1998.

FÓRUM DA LUTA ANTIMANICOMIAL DE SOROCABA (FLAMAS). *Levantamento de indicadores sobre os manicômios de Sorocaba e região*. Sorocaba: SinPsi, 2011.

FOUCAULT, Michel. *A Arqueologia do Saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1986.

_____. *A História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1997.

_____. *Microfísica do Poder*. 23. ed. São Paulo: Graal, 2004.

_____. *Os Anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. São Paulo: Ática, 2002.

FRAYZE-PEREIRA, João. *O que é loucura*. São Paulo: Abril Cultural/Brasiliense, 1985 (Coleção Primeiros Passos vol. 18).

GARCIA, Carla Cristina. *Ovelhas na névoa: um estudo sobre as mulheres e a loucura*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994.

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. *Rev. psicol. polít.*, São Paulo, v. 12, n. 23, p. 105-120, jan. 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1519-549X2012000100008&lng=pt&nrm=iso>>. Acesso em: 01 out. 2016.

GOFFMAN, Ervin. *Manicômios, Prisões e Conventos*. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003 [1. ed. 1987].

HAINZ, Carine Goto; DUARTE, Carolina Gomes; GARCIA JÚNIOR, Sérgio Augusto. Movimento em Flamas: o Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba. In: MARTINS, Marcos Francisco (Org.). *História dos movimentos sociais da região de Sorocaba: origens, conquistas e desafios*. Holambra: Editora Setembro, 2012. p. 159-162. Disponível em: <[http://www.ppped.ufscar.br/mce/arquivo/pagina29/hist%C3%B3ria_dos_movimentos_sociais_da_regi%C3%A3o_de_sorocaba_-_marcos_francisco_martins_\(org.\).pdf](http://www.ppped.ufscar.br/mce/arquivo/pagina29/hist%C3%B3ria_dos_movimentos_sociais_da_regi%C3%A3o_de_sorocaba_-_marcos_francisco_martins_(org.).pdf)>. Acesso em: 20 fev. 2017.

HOOKS, Bell. Intelectuais Negras. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 464, jan. 1995. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16465>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

INSTITUTO HISTÓRICO, GEOGRÁFICO E GENEALÓGICO DE SOROCABA. 2012. Disponível em: <<https://www.ihggs.org.br/sorocaba/>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

KUHLMANN JR., Moysés. *Infância e educação infantil: uma abordagem histórica*. Porto Alegre: Mediação, 1998.

MACHADO, Roberto et al. *Danação da Norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MAGRO FILHO, João Baptista. *A tradição da loucura: Minas Gerais, 1870-1964*. Belo Horizonte: COOPMED/UFMG, 1992.

MARCINIK, Georgia Grube; MATTOS, Amana Rocha. Branquitude e racialização do feminismo: um debate sobre privilégios. In: OLIVEIRA, João Manuel de; AMÂNCIO, Lúcia (Orgs.). *Gêneros e sexualidades: Interseções e Tangentes*. Lisboa: Centro de Investigação e de Intervenção Social (CIS-IUL), 2017. p. 159-173. Disponível em: <<https://red-liess.org/wp-content/uploads/2017/03/Generos-e-Sexualidades-Interse%C3%A7%C3%B5es-e-Tangentes.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

MARSIGLIA, Regina Giffoni et al. *Saúde mental e cidadania*. São Paulo: Mandacaru, 1987.

MARTINS, Ana Paula Vosne. Apresentação. In: _____. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. pp. 11-20. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/jnzhd>>. Acesso em: 05 dez. 2017.

MARTINS, Beatriz Adura et al. (Ainda) Por uma sociedade sem manicômios: experiências do Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial do Rio de Janeiro. *O Social em Questão*, Rio de Janeiro, ano XX, n. 37, p. 221-238, jan./abr. 2017. Disponível em: <http://osocialequestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_37_art_12_Martins_Coelho_Pererira_Passos.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010 (Coleção Temas Sociais).

MUÑOZ, Pedro Felipe Neves de. *Degeneração atípica: uma incursão ao arquivo de Elza*. 2010. 191f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6099>>. Acesso em: 10 set. 2017.

OLIVEIRA, João Manuel de; AMÂNCIO, Lúcia (Orgs.). *Gêneros e sexualidades: Interseções e Tangentes*. Lisboa: Centro de Investigação e de Intervenção Social (CIS-IUL), 2017. Disponível em: <<https://red-liess.org/wp-content/uploads/2017/03/Generos-e-Sexualidades-Interse%C3%A7%C3%B5es-e-Tangentes.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

ONOKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira (Orgs.). *Desafios da avaliação de programas e serviços de saúde*. Campinas: Editora Unicamp, 2011.

PARDAL, Maria Vittoria de Carvalho. O cuidado às crianças pequenas no Brasil escravista. In: VASCONCELOS, V. M. R. (Org.). *Educação da infância: história e política*. Rio de Janeiro: DP&A, 2005. p. 51-72.

PEDROSA, Mariana; ZANELLO, Valeska. (In)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 32, n. esp., e32ne214, p. 1-8, 2016 [epub 27 mar. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722016000500213&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 ago. 2017.

PEREIRA, Rosemary. *Política de saúde mental no Brasil*. O processo de formulação da reforma psiquiátrica (10216/01). 2004. Tese (Doutorado em Ciência na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.

PERROT, Michele. *Minha história das mulheres*. São Paulo: Contexto, 2007.

PINSKI, Carla Bassanezi. Apresentação. In: PERROT, Michele. *Minha história das mulheres*. São Paulo: Contexto, 2007. p. 9-11.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (Orgs.) *Cidadania e loucura - Políticas de saúde mental no Brasil*. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 15-73.

RIBEIRO, Djamila. As diversas ondas do feminismo acadêmico. *Carta Capital*, 25 nov. 2014. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/blogs/escritorio-feminista/feminismo-academico-9622.html>>. Acesso em: 02 dez. 2017.

RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma. *A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente*. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004. Disponível em: <http://www.editora.vrc.puc-rio.br/media/ebook_institucionalizacao_de_crianças_no_brasil.pdf>. Acesso em: 10 set. 2017.

ROEDER, Maika Arno. *Gênero e Saúde Mental nos Serviços Residenciais Terapêuticos: fragmentos de vidas contidas*. São Paulo: Phorte, 2016.

ROLNIK, Sueli. Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. *Cadernos de Subjetividade: Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUCSP*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 241-51, fev./set. 1993. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/nucleo-desubjetividade/Textos/SUELY/pensamentocorpodevir.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

ROTELLI, Franco. A Instituição Inventada. NICÁCIO, Franco (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990. p.89-99.

ROTELLI, Franco; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JR., Benilton; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Orgs.). *Psiquiatria sem hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/UFRJ, 1992. p. 42-55.

SANTOS, Walkyria Chagas da Silva. A mulher negra brasileira. *Revista África e Africanidades*, Rio de Janeiro, ano 2, n. 5, p. 1-5, maio 2009. Disponível em: <http://www.africaeaficanidades.com.br/documentos/A_mulher_negra_brasileira.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2016.

SÃO PAULO (Estado). Ministério Público. Procuradoria Geral da Justiça. *Termo de Ajuste e Conduta (TAC)*. São Paulo, 18 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/atuacao-do-mpf/tac-desinstitucionalizacao-de-hospitais-psiquiatricos-2012>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

SARACENO, Benedetto. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1996.

SCARCELLI, Ianni Regia; ALENCAR, Sandra Luzia de Souza. Saúde mental e saúde coletiva: intersetorialidade e participação em debate. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*,

Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./abr. 2009. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1001>>. Acesso em: 10 out. 2017.

SCOTT, Joan Wallach. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez. 1995. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721/40667>>. Acesso em: 10 maio 2017.

SILVEIRA, Maria de Fátima Araujo; SANTOS JR., Hudson Pires de O. (Orgs.). *Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização*. Campina Grande: EDUEPB, 2011. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/pgwpg/pdf/silveira-9788578791230.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2018.

TV TEM. *Série “Liberta Mente”*. Sorocaba, 2016. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sao-paulo/itapetininga-regiao/tem-noticias1edicao/videos/v/serie-liberta-mente-conheca-o-drama-de-quem-viveu-40-anos-em-hospital-psiquiatrico/5125650/>>. Acesso em: 3 dez. 2017.

VACARO, Juliana Suckow. *A Construção do Moderno e da Loucura: Mulheres no Sanatório Pinel de Pirituba (1929 – 1944)*. 2011. 63 f. Dissertação (Mestrado em História Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.

VALVERDE, Dayana Lima Dantas. Reforma Psiquiátrica: Panorama Sócio-histórico, Político e Assistencial. *Rede PSI*, 21 nov. 2010. Disponível em: <<http://www.redepsi.com.br/category/artigos/aspectos-hist-ricos-do-campo-psi81/>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

WEBER, Lúcia Natalia Dobrianskyj. Os filhos de ninguém: abandono e institucionalização de crianças no Brasil. *Conjuntura Social*, Rio de Janeiro, n. 4, p. 30-36, jul. 2000. Disponível em: <<http://lidiaweber.com.br/Artigos/2000/2000Osfilhosdeninguem.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2017.

WEYLER, Audrey Rossi. As transformações no relacionamento entre o louco e a cidade: do desenraizamento ao morar. In.: *Cadernos IPUB*: nº 22. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2006. p.111-119.

YASUI, Silvio; COSTA-ROSA, Abílio. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78-79-80, p. 27-37, jan./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773003.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2017.