

**“TRISTE, LOUCA OU MÁ”: UMA ANÁLISE INTERSECCIONAL ACERCA DOS
PROCESSOS DE PATOLOGIZAÇÃO DA SUBJETIVIDADE DAS USUÁRIAS DA
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM JUIZ DE FORA-MG¹**

Laura Fernandes Martins²

Conrado Pável de Oliveira³

Daniela Cristina Belchior Mota⁴

RESUMO

O presente artigo objetivou a compreensão e análise acerca dos processos de patologização da subjetividade de mulheres usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) no município de Juiz de Fora, MG. Foi realizada uma pesquisa de caráter quali-quantitativo, utilizando-se como estratégia metodológica a análise de dados em prontuários, realização de entrevista semi-estruturada e a observação participante por meio da construção de um diário de campo. Foi possível identificar como as mulheres egressas de longas internações vivenciam atualmente o seu processo pós-desinstitucionalização em uma sociedade que é regida por um sistema patriarcal ocidental, afetado pelas diretrizes cisheteronormativas e colonizadoras que também perpassam a lógica manicomial. Ressalta-se a necessidade de uma discussão acerca das opressões geradas através das construções em torno da loucura e como elas se relacionam com os marcadores de classe, raça e gênero, compreendendo as formações de (re)existências, subjetividades e possibilidades de produção de vida interligados as dimensões da saúde da mulher.

Palavras-chave: Mulheres. Subjetividade. Patologização. Desinstitucionalização. Serviços Residenciais Terapêuticos.

**“SAD, CRAZY OR BAD”: AN INTERSECTIONAL ANALYSIS ABOUT
PATHOLOGIZATION PROCESSES OF SUBJECTIVITY OF USERS OF THE
PSYCHOSOCIAL CARE NETWORK IN JUIZ DE FORA**

ABSTRACT

The objective of this article is to understand and analyze the processes of pathologizing the subjectivity of women who use a Psychosocial Care Centers (CAPS) and Residential Therapeutic Services (SRTs) in the city of Juiz de Fora, MG. A qualitative and quantitative research was carried out, using as a methodological strategy the analysis of data in medical records, a semi-structured interview and a participant observation through the construction of a field diary. It was possible to identify how

¹ Artigo de trabalho de conclusão de curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia, na Linha de Pesquisa Psicologia e relações sociais, comunitárias e políticas. Recebido em 04/10/2021 e aprovado, após reformulações, em 09/12/2021. Esse artigo foi realizado a partir de pesquisa submetida a um Comitê de Ética em Pesquisa, com o parecer de aprovação na Plataforma Brasil sob o número 5.154.919/2021.

² Discente do curso de graduação Psicologia do Centro Universitário Academia. E-mail: fernandesmartinslaura@gmail.com.

³ Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela UFMG. Docente do curso de Psicologia do Centro Universitário Academia. E-mail: conradopavel@yahoo.com.br

⁴ Doutora em Processos Psicossociais em Saúde pela UFJF. Docente do curso de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: danielabelchiormota@gmail.com

women who had been hospitalized for long periods currently experience their post-deinstitutionalization process in a society that is governed by a western patriarchal system, affected by the guidelines of cisheteronormative and colonizing beliefs that also permeate the insane asylum logic. It is emphasized the need for a discussion about the oppression that are generated through madness and how they relate to class, race and gender markers, comprising the formations of (re)existences, subjectivities and possibilities of life production interconnected with the dimensions of women's health.

Keywords: Women. Subjectivity. Pathologization. Deinstitutionalization. Therapeutic Residential Services.

1 INTRODUÇÃO

“Alguém me avisou pra pisar
nesse chão devagarinho”
(Dona Ivone Lara)

Ao questionar sobre as condições históricas de possibilidade que forjaram a loucura, as instituições manicomiais emergem como grandes produtoras e reprodutoras de exclusão, violência e opressão. Segundo Desviat (2015), apoiando-se em Foucault (1961), o enclausuramento, como efeito das relações de poder das operadas pelas instituições, surge por meio de um caráter absolutista que objetivava ocultar a miséria no século XVII na Europa. Assim, os corpos que perturbavam a ordem, como os de criminosos, os de indivíduos que eram contrários aos políticos, as mulheres mais pobres, ou até mesmo aqueles que tinham uma doença incurável, eram enclausurados e excluídos, sendo afastados do convívio da sociedade. O intuito era o de prender para supostamente tratar, ou invisibilizar no meio social. Surgem então os manicômios e a sua forma de alienação e controle de corpos vistos como desviantes e de suas subjetividades, fazendo com que essa lógica de docilização fosse difundida pelo mundo (DESVIAT, 2015).

Dentre esses corpos vistos como “desviantes” que foram institucionalizados ao longo da história psiquiátrica, entram em questão aqueles corpos ditos femininos, que através da sua construção atrelada ao sistema patriarcal no ocidente, receberam diversas tentativas de rotulação e nomeação ao longo dos séculos. Vistas como “histéricas”, “bruxas”, “tristes”, “loucas” ou “más”⁵, o ser mulher sempre foi motivo de incômodo e julgamento, seja pela perspectiva religiosa, social ou institucional. De

⁵ Tal como a titulação que leva o trabalho, faz referência à música “*Triste, louca ou má*”, de Francisco, el Hombre (2016)

acordo com Foucault (2008), o sujeito é subjetivado pela extração da verdade que lhe é imposta. Partindo dessa premissa, o processo de subjetivação das mulheres é firmado a partir das nomeações e compreensões criadas em torno delas, produzindo práticas de um assujeitamento duplo, tanto nas concepções que norteiam as construções do “ser mulher”, quanto no que diz respeito à própria patologia, quando se trata de mulheres acompanhadas de um diagnóstico de saúde mental. Ainda, Foucault (1978) aborda que a concepção psiquiátrica de patologização se define por meio da nomeação, classificação e agrupamento de certas experiências de sujeitos e assim, as particularidades e singularidades de cada um são substituídas por um diagnóstico.

Assim como os contrutos patriarcais, compreende-se que o racismo também é estruturante e ambos estão interseccionados com a organização econômica de uma sociedade, sobretudo, em um recorte de uma realidade latino-americana, marcada pela colonização e uma base de estrutura social com vestígios de um sistema escravista como é a do Brasil. Segundo Saffioti (1976), desde as primeiras relações de poder impostas, já existia uma perturbação da subalternidade das questões de raça, classe e gênero. Logo, compreende-se que não se pode falar de classe e gênero, sem tratar de questões étnico-raciais.

Para além desses mecanismos de opressão, tendo como perspectiva o lema da reforma psiquiátrica que luta por “uma sociedade sem manicômios”, a pertinência deste estudo vai para além de uma vontade própria de questionar as diretrizes em que a lógica manicomial ainda perpassa na cultura e na sociedade, indo de contramão a ideia de um cuidado em liberdade nos serviços de saúde. A motivação para construção também parte de uma necessidade de uma discussão analítica e crítica acerca da formação dos processos de patologização das mulheres ao longo da história da loucura, reconhecendo, sobretudo, as particularidades do percurso antimanicomial e a formação social brasileira.

Segundo as construções teóricas dos autores Pereira e Amarante (2017), a produção de conhecimento em torno da patologização dos corpos ditos femininos é formada por uma teia de saberes e instituições que estão ligadas com as diversas formas de relações sociais. Desse modo, tomada pelos retrocessos presentes na reforma psiquiátrica e a construção patriarcal e cisheteronormativa que perpassa a nossa sociedade, buscou-se também desenvolver no decorrer da pesquisa, uma

CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 4, n. 7, p. 630-655, jan./jun. 2022 – ISSN 2674-9483

reflexão acerca do protagonismo e da liberdade dessas usuárias egressas de hospitais psiquiátricos, de um sistema reprodutor de violência e controle dos corpos, e como esses processos ocasionados pelo estigma da loucura se relacionam com os marcadores sociais de classe, raça e sobre, tal como o foco principal deste estudo, a interface de gênero.

O presente artigo, baseando-se nesta concepção, buscou desenvolver, em uma perspectiva interseccional, uma análise quali-quantitativa das construções da patologização da subjetividade de mulheres que vivenciaram o processo de desinstitucionalização município de Juiz de Fora, que na década de 80, no auge das manicomializações, fez parte do que ficou conhecido como “corredor da loucura”. Destaca-se que durante a pesquisa de referenciais bibliográficos, foi encontrado um estudo semelhante realizado no município de Sorocaba, por Silva e Garcia (2019) que contribuiu significativamente para as reflexões do presente estudo. Comprova-se assim, a relevância de discussão da temática na atualidade, questionando as diretrizes em que lógica manicomial atrelada ao sistema patriarcal que perpassam a construção social brasileira.

2 HERANÇAS DE SOFRIMENTO: AS MARCAS DA MANICOMIALIZAÇÃO EM JUIZ DE FORA

Localizado no sudeste do estado de Minas Gerais, o município de Juiz de Fora se configura como o mais populoso da mesorregião da Zona da Mata Mineira, tendo cerca de 577.532 mil habitantes (IBGE, 2021) e caracterizando assim, como um polo de referência em procedimentos de Média e Alta Complexidade para as demais cidades em seu entorno. Assim, desde o processo de implantação da municipalização em saúde de Juiz de Fora, o município foi, sobretudo, foco no que diz respeito a gastos gerados por internações psiquiátricas devido sua forte tradição manicomial (ACÁCIO, 2019).

Juiz de Fora fez parte do que ficou conhecido popularmente como “corredor da loucura”, formado pelas também pelas cidades de Barbacena e Belo Horizonte. Segundo Arbex (2013), dezenove dos vinte e cinco hospitais psiquiátricos existentes em Minas Gerais na década de 80 se localizavam dentro das três cidades. Além disso, de acordo com os estudos de Acácio (2019), no ano de 1986, Juiz de Fora possuía

1792 leitos psiquiátricos, distribuídos em sete hospitais privados que eram conveniados ao setor público e divididos da seguinte forma:

Clínica São Domingos (240 leitos), Clínica São Domingos Filial (180 leitos), Casa de Saúde Esperança (450 leitos), Hospital Aragão Vilar (380 leitos), Clínica Serro Azul convênio (190 leitos), Clínica Pinho Masini (132 leitos) e Hospital São Marcos (220 leitos) (MARQUES, 1996, p. 104 apud ACÁCIO, 2019, p.45).

Ao realizar um estudo sobre o processo histórico da reforma psiquiátrica no município, Acácio (2019) aponta que o primeiro hospital psiquiátrico implantado em Juiz de Fora foi a Casa de Saúde Esperança, inaugurada em 1939. Destaca-se que entre os anos de 1940 e 1950 ocorreu no Brasil um significativo aumento nos números de hospitais psiquiátricos. Entretanto, a criação e ampliação desses hospitais não conseguiu mitigar a situação conflituosa e de sobrecarga em que o sistema passava, implicando no excesso de pacientes e de situações de descaso e abandono das instituições asilares. Tal fato acabou culminando posteriormente para a propensão à privatização desses serviços hospitalares (FONTE, 2012).

Na década de 60 as práticas asilares começaram a ser criticadas no mundo, no entanto, no Brasil a movimentação foi contrária. De acordo com Duque (2019) e Fonte (2012), com o golpe de estado em 1964, e a consolidação de uma política liberal, houve um processo de privatização da assistência, marcada pela contratação e ampliação de novos leitos psiquiátricos, remunerados pelo poder público. Tal processo ficou conhecido como “indústria da loucura”, o intuito era o de prender para supostamente tratar, ou controlar o comportamento e gerar lucro através destes corpos. Em consonância, Acácio (2019) pontua que por meio do processo histórico e documental é possível constatar que a “indústria da loucura” implicou para Juiz de Fora uma forte herança hospitalocêntrica, resultante de um grande número de internações realizadas pela rede privada, favorecendo os donos dos hospitais.

Entre 1980 e 1990, o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) ganhou destaque no Brasil. O MTSM reivindicava mudanças nas políticas de assistência psiquiátrica, denunciando a falta de recursos das unidades e visibilizando a humanização dos serviços e melhores condições de trabalho (BEDIM, 2019). Em 1989, este movimento ganhou apoio do parlamentar, com a formulação do Projeto de Lei nº 3657, proposto pelo deputado federal juizforano, Paulo Delgado, para

regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e extinção progressiva dos manicômios no Brasil (BRASIL, 2005, p.7).

Em consonância ao início da movimentação para o processo de desinstitucionalização e da Reforma Psiquiátrica, também no início da década de 90, o governo de Minas Gerais realizou uma auditoria em todos os hospitais do estado, sobretudo em destaque para os municípios que compunham o “corredor da loucura”. Em Juiz de Fora, a auditoria do estado constatou que havia uma alta taxa de pacientes crônicos internados, haja visto o adoecimento proporcionado pelas internações de longa duração, e essa situação era agravada pelo enclausuramento e pelos processos de produção de violência em que as instituições hospitalares apresentavam. Foi constatado pela auditoria que os hospitais de Juiz de Fora, bem como os das demais regiões do estado, não atendiam às normas técnicas propostas pelo Ministério da Saúde. Essa avaliação foi complexa e influenciou no processo de redução de leitos psiquiátricos no estado de Minas Gerais (ACÁCIO, 2019).

Após doze anos da proposta do Deputado Paulo Delgado, ocorreu a ratificação da Lei Federal 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). Somado a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, essa parte do processo da desinstitucionalização foi marcada pela implantação de serviços substitutivos e redução dos leitos psiquiátricos no Brasil.

Assim, compreende-se que entre avanços e retrocessos, a Reforma Psiquiátrica no Brasil se deu por meio de políticas voltadas para reintegração das pessoas com transtornos mentais graves na sociedade, tais como a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que além de propor a implementação de serviços substitutivos, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), preza também pela atenção humanizada, possibilitando estratégias de cuidado e desinstitucionalização, por meio da criação do Programa De Volta Para Casa (PVC)⁶ e dos Serviços Residenciais Terapêuticos.

Apesar das SRTs configurarem em dispositivos de saúde, estas são em formato de casas e são implantadas na cidade, garantindo o acesso à moradia e

⁶ Programa de auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. O benefício contempla pessoas que foram institucionalizadas em hospitais psiquiátricos por dois anos ou mais (BRASIL, 2003)

possibilitando a reintegração do egresso do processo de manicomialização na sociedade e visando assim, o cuidado em liberdade. Ressalta-se que cada serviço residencial deve ser referenciado a um CAPS com o intuito de operar no território com apoio da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2005).

Ressalta-se, que segundo Acácio (2019), em contextos históricos diferentes, todos os hospitais psiquiátricos citados anteriormente foram descredenciados do Ministério da Saúde. É curioso salientar que a última instituição a ser fechada, foi justamente a primeira a ser implantada: a Casa de Saúde Esperança em 2015 foi interditada, e seus internos encaminhados para demais serviços da cidade.

Por meio de dados coletados em campo, o CAPS Casa Viva foi credenciado pelo Ministério da Saúde no ano de 1996, sendo pioneiro em Juiz de Fora. Em 2014, o CAPS sofreu a alteração para funcionamento 24 horas, na modalidade de CAPS III proposta na RAPS. Atualmente o município possui cinco CAPS regidos pela prefeitura e vinte e oito SRTs geridas por uma instituição filantrópica de religião espírita.

3 METÓDO

Os caminhos que movimentaram a tecitura do presente artigo se firmaram através da realização de um estágio em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Juiz de Fora, no qual se pode acompanhar de perto a vivência de mulheres que tiveram suas vidas atravessadas pela manicomialização e hoje em dia residem em Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). Assim, a construção deste texto é descrita através da compreensão das inquietações, limitações, bem como as angústias e as reflexões que nortearam a montagem do presente trabalho na visão da autora enquanto pesquisadora, mas, sobretudo compreendendo também as suas implicações como ex-estagiária do serviço.

3.1 DELINEAMENTO

Trata-se de uma pesquisa de caráter quali-quantitativo. De acordo com Fraser e Gondim (2004), a pesquisa qualitativa manifesta-se de forma contrária à abordagem nomotética que visa os controles de variáveis de forma quantitativa, dessa forma ainda segundo as autoras, o principal objetivo dessa abordagem é conhecer as opiniões dos participantes da pesquisa acerca de determinado tema, entendendo os valores, motivações e as visões de mundo.

Para alcançar o objetivo deste estudo quanto aos procedimentos metodológicos, o trabalho de campo foi dividido em três partes: a análise documental, entrevista semi-estruturada e observação participante por meio do diário de campo.

Para compreensão do perfil das usuárias, a primeira parte do estudo foi por meio da análise documental dos registros em prontuários do CAPS. De acordo com Souza, Kantorski e Luis (2011), a análise documental consiste em identificar e apreciar os documentos com um objetivo específico. Ainda segundo as autoras, tal metodologia se faz pertinente quando se pretende aperfeiçoar o conhecimento acerca de uma situação ou fenômeno.

Com o intuito de caracterizar e compreender a vivência e as histórias das mulheres que residem em SRTs, foi realizada uma entrevista narrativa semi-estruturada com cada uma das cinco participantes. De acordo com Minayo (2001), essa modalidade facilita o processo de abordagem e assegura aos pesquisadores das suas hipóteses e pressupostos com o apoio das sequências das questões. Parte desse processo ocorreu no próprio CAPS, mas por conta da dificuldade de deslocamento de algumas usuárias, a pesquisadora também foi até os Serviços Residências para a realização das entrevistas.

Além disso, para utilização de técnica de construção de dados, foi realizada a elaboração de um diário de campo fundamentado por meio da observação das participantes e dos demais autores que compuseram o cenário da pesquisa. A utilização do instrumento de diário de campo em uma pesquisa evidencia o processo de construção e auxílio da trajetória de um estudo, tal como as influências externas encontradas no campo. De igual modo, também faz com que o pesquisador amplie seu conhecimento e explore novas realidades de pesquisa (VIEIRA, 2001). Destaca-se que por meio da inserção no campo da pesquisa, foram relatadas também no diário de campo as inquietações e angústias da pesquisadora.

3.2 PARTICIPANTES

O CAPS em que foi realizada a pesquisa, atualmente é referência de quatro SRTs femininas, contendo em cada casa, dez moradoras. No entanto, destaca-se que como critério de inclusão foi estabelecido o acompanhamento contínuo no CAPS, seja por oficina terapêutica ou atendimento ambulatorial. Dessa forma, moradoras que são assistidas pelo serviço de saúde da rede privada, as que fazem acompanhamento no **CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 4, n. 7, p. 630-655, jan./jun. 2022 – ISSN 2674-9483**

CAPS de álcool e outras drogas e as que foram contrarreferenciadas para o serviço para Unidade Básica de Saúde foram excluídas do estudo. Assim, no total, foram analisados trinta e três prontuários.

A seleção das participantes para entrevista se deu por meio de critério de conveniência, totalizando cinco entrevistas. No intuito de garantir o anonimato das usuárias, seus nomes foram substituídos por fictícios, dessa forma, essas mulheres serão aqui chamadas de Tiê, Sabiá, Andorinha, Saíra e Jandaia⁷.

3.3 ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados coletados, as entrevistas narrativas foram interpretadas de modo a garantir o caráter interativo do texto, que foi subdividido em unidades-chave experimentais, tendo como eixos os processos de patologização e compreensões acerca do cuidado em saúde mental e a concepções que norteiam as vivências de institucionalização e de desinstitucionalização. Assim, os eixos foram contrastados com o texto como um todo, para que se possa ter acesso a múltiplas interpretações. As análises do texto oriundo das entrevistas ocorreram de acordo com o método hermenêutico dialético. Assim, o texto das entrevistas foi sistematizado em categorias de análise, que foram interpretadas e discutidas em um processo de triangulação com dados pesquisa documental e da observação participante (MINAYO, 1996).

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Destaca-se que a realização dessa pesquisa foi construída respeitando os conformes éticos e os cuidados em relação à resolução 466/12 e à resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, que dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.

Com relação aos documentos de apresentação obrigatória, a solicitação de autorização para realização da pesquisa foi dirigida à gestão da saúde mental e à Secretaria de Saúde de Juiz de Fora, bem como a solicitação de infraestrutura. Além disso, foi apresentado também o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

⁷ Nomes de pássaros da região. A escolha dos nomes foi pensada através de uma analogia referente ao simbolismo e o processo de liberdade dos pássaros e das mulheres escolhidas para compor esse estudo.

na qual elucidou aos participantes o foco da pesquisa, a possibilidade de interrompê-la a qualquer momento e a autorização para gravação em áudio das entrevistas. Consecutivamente, também foi produzido e apresentado Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD), garantindo a confidencialidade sobre os dados coletados nos prontuários analisados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A dimensão de gênero, raça, classe e loucura se articulam com a patologização da subjetividade das mulheres usuárias dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial. Esta seção tem por objetivo apresentar e realizar uma discussão acerca dos resultados obtidos no estudo, mediante as experiências e atravessamentos vivenciados no caminho para a construção desse trabalho. Serão apresentados conjuntamente os dados encontrados nos prontuários e também nas entrevistas, sendo importante ressaltar que as informações das entrevistadas, também estão nos documentos analisados, sendo possível ao longo da construção do trabalho, complementar e articular os materiais coletados na pesquisa.

4.1 CONHECENDO AS PARTICIPANTES DA ENTREVISTA

Sabiá, 41 anos, natural de Juiz de Fora e se autodeclara preta. De acordo com informações coletadas no prontuário da usuária “com 10 anos de idade já ficava agitada”. Além disso, consta como diagnóstico, CID 10⁸ - F.25.0 “Transtorno esquizoafetivo, tipo maníaco”. Em entrevista conta:

[...] eu morei na rua com a minha mãe de zero até uns oito anos e minha mãe também tinha problema mental, entendeu? Ai eu sempre perguntava “que dia a gente vai pra casa?” e ela sempre me respondia (risos) “o dia que você deixar de ser uma capetinha você vai para casa (SABIÁ)

A usuária relata ter ficado mais de 10 anos em hospitais e que reside em SRT há cerca de nove anos (sic). Atualmente sua renda é por meio do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC)⁹ e é curatelada pela tia.

⁸ Ferramenta de classificação diagnóstica, denominado como “Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde”

⁹ Previsto através da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e assegura um salário mínimo mensal para pessoas de 65 anos ou mais, e à pessoa com deficiência de qualquer idade.

Outra participante que compõe esse estudo é a Jandaia, natural de Ubá e que atualmente tem 33 anos e se autodeclara preta. Segundo informações encontradas no seu prontuário “usuária heteroagressiva, com internações desde os cinco anos de idade”, “agressiva e imprevisível”, possuindo o diagnóstico da CID - F. 06.8 “Outros transtornos mentais orgânicos especificados decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física” e G. 40 “epilepsia”. Em entrevista, conta que veio para Juíza de Fora ainda pequena e ficou cerca de cinco anos internada em hospitais psiquiátricos da região.

A minha avó me trouxe porque a minha madrasta me maltratava muito. Me fazia limpar (pausa) Vamos supor que essa casa daqui é dela, é... Ela fazia eu limpar a casa tudo, lavar vasilha, lavar banheiro, e... (pausa) e olhar minhas irmãs (JANDAIA)

Além disso, informa morar na SRT há 10 anos. Atualmente, recebe o BPC e é curatelada pela mãe.

Já a moradora Saíra é natural de Cataguases, tem 53 anos e se autodeclara parda. De acordo com informações retiradas do prontuário, “paciente com crises de hipersexualidade, logorreia, agitação, heteroagressividade” e possuindo o diagnóstico de F.31.7 “Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão”. Conta que veio para Juiz de Fora quando teve sua primeira “crise” aos 19 anos de idade.

Eu comecei a ver vulto, comecei a gritar que queria o meu marido. Comecei a repetir ‘eu quero o meu marido, eu quero o meu marido’. Eu tava sozinha com meus filhos e meu cunhado. Ai o meu cunhado me deixou com meus dois filhos e saiu correndo para buscar meu marido. O meu marido veio correndo e me levou pro hospital. Me deram um calmante e aí comecei meu tratamento (SAÍRA)

Informa que mora em residência há cerca de cinco anos. Relata ter feito internações esporádicas em hospitais da região de Juiz de Fora. Atualmente recebe aposentadoria e não é curatelada.

Já Andorinha possui 42 anos e se autodeclara parda. A usuária é natural de Barbacena. De acordo com informações do seu prontuário, a história de Andorinha é marcada pelo processo de abandono, desde pequena tendo vivências de rua e de institucionalização, “usuária agitada, impaciente, realizando uso de álcool e outras drogas, delírios voltados para gravidez, heteroagressiva e com o juízo crítico prejudicado”. Possui como critério diagnóstico o F.31.7 “Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão” e F.19.2 “Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de múltiplas drogas e do uso de outras substâncias psicoativas

em síndrome de dependência”. Em entrevista relata que veio para Juiz de Fora por conta de *“negócio de namorado”*:

Eu vim atrás do meu namorado, mas ele me deu o cano e sumiu. Vim trabalhar (...) mas a firma quebrou e me deixou na merda (ANDORINHA)

Informa morar na SRT cerca de cinco anos (sic). Atualmente não é curatelada e não recebe nenhum tipo de benefício por conta da ausência de documentação pessoal.

Por fim temos Tiê, de 52 anos, sendo natural de Nova Iguaçu, no estado do Rio de Janeiro. A usuária se autodeclara parda e de acordo com informações retiradas do seu prontuário possui o diagnóstico F.31.2 “Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos”. Além disso, é posto “usuária delirante, com pensamento desestruturado e se demonstra agressiva com profissionais e moradores”. Narra que veio ainda pequena para Juiz de Fora, pedindo carona na rua com o seu pai:

É de carona de caminhão. Fui pedindo, pedindo, pedindo. Fui pedindo esmola também, foram me dando dinheiro. Aí deu para pegar o ônibus pra poder vir pra cá (TIÊ).

Relata ter vivido bastante tempo na rua e foi levada por um profissional da rede para o hospital psiquiátrico após uma crise de epilepsia:

Começou a dar convulsão na rua mesmo. Ai o rapaz do HPS que era doutor de lá e saiu de lá. Ele trazia depakene pra mim no meio da rua. Ai eu tomava o depakene e tomava cachaça em cima. Era um depakene e uma cachaça por cima. Era assim. Eu fiquei desinquieta. Fui no hospital me consultar. Fiquei boa e voltei pra rua de novo. Aí aconteceu a mesma coisa, depakene e cachaça por cima, depakene e cachaça por cima (TIÊ).

Tiê informa que vive há três anos na SRT, não é curatelada e fazia uso do benefício do programa Bolsa Família.

4.2 DE INVISIBILIZAÇÃO EM INVISIBILIZAÇÃO: DA RUA PARA O MANICÔMIO

Na primeira metade do séc. XX no Brasil, diante de uma política de higienização e reorganização do espaço urbano, boa parte da população de rua era encaminhada para o asilamento (FOUCAULT, 1978). Em entrevista, Tiê afirma ter vivido boa parte da sua vida na rua e em hospitais psiquiátricos.

Morei com a minha tia. Ai depois minha tia faleceu e eu saí de casa, e aí eu fui pra rua. Morei dez anos na rua. Depois da rua eu arrumei um hospital pra ficar. Morei no Esperança. Fiquei no Esperança, no São Marcos (TIÊ).

Nas suas narrativas, Andorinha e Sabiá também trazem as marcas de suas vivências:

[...] na rua. Morei na rua. Ir para o hospital foi horrível, por que não podia sair. Eu tinha que tomar meu remédio e tinha umas doida lá [...] elas ficavam brigando, xingando e tirando a roupa (ANDORINHA).

[...] Morei na rua muitos anos. Fiquei até os meus oito anos morando na rua, dormindo na rua, pedindo comida de porta em porta (SABIÁ).

No que tange à população de rua, as trajetórias de vulnerabilização e pobreza estão ligadas ao aprofundamento do processo de desigualdade social e higienização urbana. De acordo com Coldibeli (2020), a história da formação social do Brasil é marcada por um processo de dependência, colonização e escravidão. A realidade hegemônica forjada em uma lógica de colonialidade no país produz e reproduz exploração e opressão, seja pelo ponto de vista social ou pessoal. Esse controle e dominação de corpos são assumidos pelas classes dominantes, reproduzindo crenças de um sistema marcado pela competitividade, desigualdade e invalidações, influenciando assim, a redução de oportunidades e inclusão social.

Dessa forma, segundo Coldibeli (2020), é possível compreender que a pobreza por si só não é um fator responsável para o aumento da população de rua, como também acaba evidenciando a falta de acesso a políticas públicas voltadas para esse público, tornando o processo de segregação, uma condição inerente a esse cenário, sendo reproduzido nos âmbitos econômicos, sociais, políticos e culturais da sociedade.

Tal construção se assemelha com o que é imposto nas diretrizes manicomiais, marcadas pelo formato de alienação e controle de corpos vistos como desviantes e de suas subjetividades, influenciando as ações, crenças e comportamentos de uma determinada população e caracterizando como negativos e indesejáveis. Compreende-se então, que na rua ou nas internações, as existências de Tiê, Sabiá e Andorinha, mulheres, pobres, negras e vistas como loucas, no ponto de vista social, nunca deixaram de ser invalidadas, indesejadas e marcadas por um viés de bases eugênicas e higienistas.

4.2.1 “Encapsulamento”: Do Manicômio para o CAPS

Ao longo da construção do trabalho, foram evidenciados no diário de campo, narrativas de diversos atores que compuseram a trajetória da pesquisa. Nos elementos colhidos através dessas conversações, se fizeram presentes relatos dos profissionais acerca dos incômodos voltados a como se dão às práticas de cuidado em rede territorial. Muitas das vezes, a única estratégia de cuidado em saúde presente na vida das usuárias é desenvolvida no CAPS, refletindo assim, a dificuldade encontrada no processo de articulação intersetorial e suas implicações na sobrecarga dos profissionais do serviço. Tendo em vista essa perspectiva, Silva e Pinho (2015, p. 1569) apontam que “as ações dos trabalhadores do CAPS parecem ainda restritas ao espaço do serviço, levando, muitas vezes, à percepção de que o que está fora não seria de sua competência”.

Para exemplificar esse processo, durante a pesquisa, ao ser perguntada sobre os serviços de saúde que utiliza, Andorinha relata só fazer acompanhamento no CAPS. Muitas das vezes, ao longo do processo de realização do estágio, foi possível observar que a usuária procurava o serviço para dormir, resolver questões voltadas à renda e para um amparo em um espaço de cuidado.

Foucault (1978) aborda que a concepção psiquiátrica de patologização se define por meio da nomeação, classificação e agrupamento de certas experiências de sujeitos e assim, as particularidades e singularidades de cada um são substituídas por um diagnóstico moldado pelo saber biomédico. Correlacionando essa perspectiva, o diagnóstico em saúde mental pode ser um empecilho para a circulação em rede, devido aos estigmas ocasionados pela concepção acerca da loucura, implicando no fato das ações de tratamento ficarem circunscritas apenas ao espaço físico do próprio CAPS.

Posto isto, Amarante (2007) lembra que a atual política de saúde mental não pode ser compreendida como “capsização do modelo assistencial” e não devem promover e produzir práticas cronificadoras e segregadoras, “encapsulando” os sujeitos e reproduzindo práticas de redução a uma lógica da institucionalização. Ainda, o autor pontua que não se deve só quebrar as paredes dos hospitais, mas também se deve romper com a lógica manicomial que perpassa as práticas sociais.

4.3 “NEGRO É A RAIZ DA LIBERDADE”¹⁰: UM RECORTE DOS CORPOS QUE OCUPARAM E OCUPAM O LUGAR DA LOUCURA.

Diante da concepção de que o manicômio é um equipamento produtor e reprodutor de patologização dos corpos que vivem dentro dele, Arbex (2013) aponta em seus estudos que nos hospitais psiquiátricos de Minas Gerais cerca de 70% dos internos não tinham diagnóstico de doença mental, mas sim eram homossexuais, alcoolistas, mulheres que eram violentadas, esposas que eram enclausuradas para que os seus maridos pudessem encontrar a amante e, em sua maioria, as mulheres que vivenciaram a manicomialização eram negras e pobres.

Tais construções também foram pontuadas através da Carta de Bauru. O processo de desinstitucionalização e da luta antimanicomial foram marcados através da criação de Conferências de Saúde Mental em que se pode discutir acerca dos direitos humanos e dos mecanismos de opressão que perpassam a lógica manicomial. A primeira Conferência ocorreu em 1987, em Bauru- SP e deu origem ao documento denominado Manifesto de Bauru que demonstra a direção em que a luta antimanicomial deveria ser construída.

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida. (MANIFESTO DE BAURU, 1987).

Por meio dos resultados obtidos durante a análise dos prontuários, em sua maioria, as mulheres que compõem esse estudo vieram de um processo longo de manicomialização e em seguida foram encaminhadas para os demais dispositivos da rede, como apresentado na tabela 1.

Tabela 1 - Origem do encaminhamento para o CAPS

¹⁰ Trecho extraído da canção “Sorriso Negro”, da Dona Ivone Lara (1981).

Unidades de origem de encaminhamento	N	%
Hospitais Psiquiátricos de Juiz de Fora e Região	27	81,80%
Serviço de Urgência Psiquiátrica de um Hospital Geral em Juiz de Fora	3	9,10%
Não consta	3	9,10%
Total	33	100%

Fonte: dos autores.

Entretanto, mesmo compreendo que através do processo histórico e social do Brasil, grande parte das usuárias de SRTs que foram manicomializadas são negras, durante o desenvolvimento da análise dos prontuários, não foram encontrados muitos registros referentes à identidade racial dessas mulheres (tabela 2).

Tabela 2 - Registro de Raça em prontuários do serviço

RAÇA	N	%
Não consta	24	72,70%
Pretas	6	18,20%
Pardas	2	6,10%
Branças	1	3%
Total	33	100%

Fonte: dos autores.

Através dos resultados obtidos é possível problematizar o formato em que as desigualdades raciais são tratadas no Brasil, reforçando a subalternização desses corpos. Compreende-se que o racismo é estruturante e resultante de um sistema de dominação e colonização que fazem parte da construção social brasileira. Segundo Silva et. al (2015), os corpos pretos ainda sofrem com a exclusão e segregação social, sendo ainda mais pobres.

Coldibeli (2020) lembra que no Brasil, a mulher negra carrega dois marcadores que são alvo de opressões. O de gênero que a coloca no lugar de inferioridade do campo de vista da relação entre homem e da mulher, e o de raça, que sustenta as construções previamente já citadas. Assim, compreende-se que as mulheres que

vivenciaram o processo de internações – em sua maioria pretas – são triplamente estigmatizadas por também carregarem um diagnóstico em saúde mental.

Dessa forma, dentro do campo da saúde mental, a utilização do quesito cor/raça nos instrumentos de saúde é de extrema importância, pois apontam a construção histórica de uma subalternidade e uma patologização dos corpos vistos como “desviantes” que foram enclausurados ao longo da história psiquiátrica. A falta desses registros nos prontuários, demonstra a invisibilidade e o formato de inferioridade em que a população negra é tratada na construção social brasileira.

4.4 “SERÁ QUALIFICADA ELA, QUEM RECUSAR SEGUIR A RECEITA CULTURAL”¹¹: MULHERES, LOUCURA E A LIBERDADE.

Muitas das questões descritas nos prontuários das usuárias eram voltadas para o comportamento das mesmas. Das trinta e três mulheres, vinte e seis foram vistas com comportamento agressivo em algum momento nas descrições dos prontuários, muitas vezes classificadas como “de difícil manejo”, “heteroagressiva”, “impulsiva” e “com comportamento dissimulador”. Assim, é possível questionar o que está por trás das atitudes dessas mulheres e os processos históricos que influenciam esses rótulos.

Dentro da tradição cisheteronormativa imposta no Ocidente cristão há séculos, as relações entre homens e mulheres foram norteadas pelo construto de subordinação imposta pelo matrimônio. Segundo Beauvoir (1970), a produção das diferenças entre homens e mulheres é mantida de forma histórica, social e cultural. Tais desigualdades colocam as mulheres em uma de “o segundo sexo”, estabelecido pela condição sexista do determinante patriarcal.

A relação dos dois sexos não é a das duas eletricidades, de dois pólos. O homem representa a um tempo o positivo e o neutro, a ponto de dizermos "os homens" para designar os seres humanos, tendo-se assimilado ao sentido singular do vocábulo vir o sentido geral da palavra homo. A mulher aparece como o negativo, de modo que toda determinação lhe é imputada como limitação, sem reciprocidade (BEAVOUIR, 1970, p.10)

Em consonância, Del Priore (2020), destaca que, com o passar do tempo para além dos argumentos religiosos, o sistema patriarcal ocidental aderiu às perspectivas

¹¹ Trecho extraído da música “Triste, louca ou má”, de Francisco, el Hombre (2016)

médicas e biológicas para classificar a condição de diferença entre homens e mulheres. Segundo a autora, tal diferença vem do argumento biologicista, resultante da visão limitada e, novamente, cisheteronormativa, em que seria natural a justificativa de que homens vistos como ativos, complementariam as mulheres, tidas como passivas. Dessa forma, Pereira (2019), nesse mesmo viés, salienta que os primeiros tratados psiquiátricos já destacavam que, para além da diferença orgânica e inferior ao homem, o “ser mulher” apontaria para uma predisposição para o enlouquecimento, “na medida em que são mulheres, são também doentes e são doentes porque são mulheres” (ROHDEN, 2001, p.30 apud PEREIRA, 2019). Tal afirmativa, segundo a autora, ocupou as escritas psiquiátricas no século XVII e XIX, e que prevalecem de certa forma na atualidade.

Compreende-se que esse processo de patologização não vem de hoje. Engel (2004) pontua que o corpo e a sexualidade feminina foram alvos prioritários para intervenções normalizadoras dentro do construto do alienismo no século XVIII. Segundo a autora, dentro daqueles que eram vistos como irrecuperáveis destacam-se as mulheres que praticavam o onanismo, a devassidão e a homossexualidade.

É possível perceber os atravessamentos atuais desta visão normalizadora presentes nas narrativas das usuárias entrevistadas sobre a vivência em hospitais, onde eram reprimidos e controlados os seus desejos sexuais.

Eu também queria ter relações, mas eu sabia que não podia ter porque minha mente não tava tão ruim. Ali não era lugar pra isso. Ali era lugar pra tratamento, não era pra isso [...] Era diferente. Os homens ficavam muito à vontade, querendo abusar da gente. Uns olhavam, outros não olhavam. Tinha uma enfermeira que ficava lá e eu fiz amizade com ela, aí ela me dizia assim “fica perto de mim, porque se alguém mexer com você, eu te protejo”, aí onde ela ia, eu atrás (SAÍRA)

Fora das internações psiquiátricas também se percebe o peso da patologização e moralização sobre a dimensão da sexualidade, sempre atrelado às construções patriarcais. Tiê afirma que a residência é melhor do que hospital, pois lá “não tem homem pra ficar fazendo figa na gente” e quando questionada do termo exposto, diz “fazer figa é fazer vontade de fazer sexo”. Nesse mesmo sentido, relatam Saíra e de Jandaia.

Pelo meu grau de doença. Eu não consigo fazer um serviço de uma casa sozinha, eu não posso cuidar de um homem pra ser meu marido. Eu tenho vontade de fazer sexo. muita vontade de fazer sexo. Aí eu compro umas de borracha e vou fazendo (SAÍRA)

Tive um relacionamento no hospital [...] Ele mandava cartas para mim e eu mandava pra ele [...] eu escrevia a carta, e na hora da janta *nois* entregava os “mimo” para ele. Quando eu vim pra SRT, pegaram as minhas cartas e jogaram tudo no lixo (JANDAIA).

Segundo Silva e Garcia (2019), a manifestação da sexualidade das mulheres é patologizada, assim como os seus desejos são vistos como tabu. Dessa forma, os autores denunciam a ideia disseminada de que o desejo sexual das mulheres só poderia existir se fossem controlados por meio das crenças cisheteronormativas e patriarcais que as levam à crença de reprodução de comportamentos impostos como adequados para “o ser mulher”. Assim, as que são vistas como recatadas e para cuidar do lar, teriam sua sanidade mental controlada.

Compreende-se, assim, que a construção social da mulher, sobretudo no viés patriarcal, é envolta à perspectiva de cuidado, como se a mulher fosse responsável por essa prática. No entanto, no que tange às mulheres com diagnóstico em saúde mental, essas são vistas de acordo com Azzerboni e Espindola (2019), como “incapazes” de tomar decisões em qualquer aspecto de sua vida e com isso, são os profissionais no ambiente médico e jurídico que decidem sobre a sua (im)possibilidade de geração e cuidado.

De forma mais explícita, percebe-se isso na história de Andorinha. Ela nunca pôde exercer a maternidade. Por meio do estágio extracurricular, realizado durante dois anos no campo escolhido para a realização da pesquisa, foi possível o acompanhamento de perto da vivência da usuária em seu processo de gravidez. Entre os anos de 2019 e 2020, Andorinha ficou grávida de gêmeos. Durante esse período, Andorinha diminuiu o uso de drogas e em sua construção psíquica pretendia ficar com as crianças. No âmbito jurídico, social e médico, foi avaliado que Andorinha não teria condições de ficar com as crianças e, sem mesmo ouvir e explicar a situação para a usuária, elas foram tiradas de forma abrupta de suas mãos, fazendo com que o seu processo de crise psíquica tenha se intensificado ao longo dos últimos anos, boa parte dos delírios de Andorinha são voltados para gravidez e o desejo de ser mãe. Cabe lembrar que a usuária viveu boa parte da sua vida na rua e em hospitais, onde não pode ter sido possível exercer o papel de filha e não pôde prestar os cuidados para os seus filhos enquanto mãe.

Compreende-se que essas mulheres são patologizadas, violentadas e controladas nas suas diversas formas de existências, principalmente no ponto de vista

de comportamento e sexualidade. Cabe, portanto, uma reflexão acerca do posicionamento e classificação das queixas dessas usuárias no serviço de saúde. Essas mulheres são “heteroagressivas” e “de difícil manejo” ou só estão resistindo aos processos de patologização de sua própria construção de subjetividade, e firmando sua (re)existência no mundo?

4.5 O ENTRELACE DE GÊNERO, RAÇA, CLASSE, LOUCURA E OS PROCESSOS DE PATOLOGIZAÇÃO DA SUBJETIVIDADE DA MULHER

Cunha (1989) destaca que as diferenças sociais, raciais e sexuais são identificadas de forma circunscrita dentro da relação asilar, nivelando assim pobres e ricos, homens e mulheres, negros e brancos que se encontravam na mesma condição de sujeição. A autora pontua que as mulheres mais pobres recebiam diagnósticos que se aproximavam “do estado primitivo”. Já para as mulheres negras, os diagnósticos eram ainda mais de designação inferior. Assim, ao somar-se os marcadores sociais, gênero, raça e classe, as mulheres eram triplamente subalternizadas.

Em contrapartida, ainda, Cunha (1989) narra que as “mulheres de boa família”, em sua maioria heterossexual, branca e de classe média, tinham direitos de um cuidado diferenciado, com direito a alojamentos individuais e não tinham seus cabelos raspados. Nessa dinâmica, no que tange ao sistema de opressão que caracteriza os determinantes nos processos de saúde-doença, a vivência de gênero não se configura de forma independente das relações de raça e classe. Tais opressões, como condição de desigualdade, produzem experiências distintas, fazendo com que seja possível a leitura desses cruzamentos de opressões, a partir de uma produção interseccional das subjetividades.

Segundo Foucault (1984), tal construção ocorre por meio das relações de poder que são vistas como práticas produzidas por “dispositivos” de controle, mediante técnicas de poder que acentuam a diferença entre as pessoas e classificam sua função de raça, gênero e classe. De acordo com o autor, esses dispositivos podem ser definidos como “um conjunto heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas”. Assim, esses

dispositivos forjam os mecanismos de vigilância e punição que implicam na construção e reprodução do sistema de exclusão social.

Torres e Amarante (2001) pontuam que a subjetividade é produzida por meio do processo histórico, cultural e social, assim sendo sempre de caráter coletivo e não individual. Portanto, compreende-se que a produção de subjetividade é definida pelos modos de existência humano, sendo regulada por leis e crenças. Em consonância, Guattari e Rolnik (1996 p.31), pontuam que a “subjetividade não é passível de totalização ou de centralização do indivíduo”.

Concomitante, Zanello (2018), apoiada em Foucault (1982), pontua que a diferença de gênero, raça e classe, dentro da formação social e cultural está diretamente relacionada a caminhos de subjetivação que foram construídos e mantidos por essas tecnologias. Entende-se que o processo de subjetivação é firmado a partir das nomeações e compreensões criadas em torno dos corpos, sobretudo, os vistos como desviantes, como os das mulheres, negras e de classe dominada, produzindo assim, práticas de assujeitamento e patologização.

Correlacionando essas perspectivas, observa-se que ao longo do processo histórico, seja pela perspectiva, religiosa, social, biomédica ou institucional, a subjetividade das participantes da pesquisa, foi firmada pelos construtos de negação, opressão e subalternização. Tiê, Sabiá, Andorinha, Jandaia e Saíra em variados contextos tiveram suas existências controladas e definidas por meio de rotulações patologizantes e estereótipos moralizantes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Fizeram muros altos, cinzentos esconderam a terra.
Mas o quadrado azul está presente.
Sempre.”
(Maura Lopes Cançado)

O presente artigo é um recorte das vivências de mulheres que tiveram sua vida atravessadas por dinâmicas de controle e patologização ao longo das suas existências. A construção desse trabalho surgiu através de inquietações da autora, ainda no campo de estágio. Enquanto estudante de psicologia, a escuta das narrativas das usuárias, aqui apresentadas como Tiê, Sabiá, Andorinha, Jandaia, Saíra, foram primordiais para a produção de questionamentos e impactos que permeiam a formação profissional e pessoal da autora.

Os resultados obtidos através da pesquisa demonstram que apesar de não vivenciarem mais a manicomialização, a existência das mulheres apresentadas no estudo, são atravessadas pelos construtos patologizantes que permeiam o “ser mulher”, uma vez que é posto como que devem ser as experiências femininas na sociedade capitalista e patriarcal. Ressalta-se que esses processos de patologização apresentam interseccionalidades, diferenciando homens de mulheres, mas também hierarquizando as vivências de gênero ao serem ligadas as interfaces de classe e raça.

Destaca-se que, conforme fora analisado, as mulheres participantes da pesquisa - em sua maioria, negras - tiveram sua sexualidade controlada tanto no manicômio, mas fora dele também, sendo reguladas nas suas múltiplas formas de desejo e muitas vezes classificadas como “hipersexualizadas”, “heteroagressivas”, entre outros adjetivos moralizantes. Ademais, por carregarem um diagnóstico de transtorno mental, essas mulheres também foram silenciadas e tiveram os seus papéis sociais definidos e controlados pelo saber biomédico e jurídico.

Observou-se a importância de se falar sobre o processo que envolve tanto a construção histórica da loucura, mas também as marcas de herança de sofrimento que o território de Juiz de Fora carrega, devido a sua forte herança hospitalocêntrica e manicomial. Compreende-se que a lógica de controle e invisibilização impostas pelas práticas asilares ainda perpassa as práticas de cuidado em saúde na cidade, firmando não só o local em que os corpos vistos como loucos devem ocupar, mas também que corpos são esses e como eles devem se portar perante a sociedade.

De acordo com Amarante (2007), a reforma psiquiátrica é um processo social complexo e que se interliga com diferentes dimensões sociais, variando desde o âmbito científico às intervenções socioculturais que viabilizam diferentes formatos da compreensão acerca da loucura. Dessa forma, acaba sendo difícil criar aproximações para um fechamento da construção deste trabalho, pois além de complexo, é uma temática que necessita ser constantemente questionada e reafirmada através das práticas profissionais.

Assim, cabe destacar que a pluralidade de questões que envolvem o tema é extensa, e que ainda seria possível pontuar diversas enunciações que marcaram a construção dessa pesquisa, mas que devido às delimitações do objetivo do presente trabalho, não foram possíveis serem abordadas. Destaca-se, portanto, que as **CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 4, n. 7, p. 630-655, jan./jun. 2022 – ISSN 2674-9483**

inquietações e questionamentos acerca das vivências aqui apresentadas não se esgotaram, podendo ser levantadas possibilidades para análises futuras de discussão dos desdobramentos encontrados no trabalho. O desejo para movimento não se encerra, ele se reinicia constantemente no *quefazer* profissional.

Por fim, ressalta-se a necessidade de lutar por políticas públicas que respeitem a condição social e de vida das mulheres, opondo-se as práticas de privilégio que são impostas pela perspectiva patriarcal e cisheteronormativa na sociedade. Deve-se atentar para o desenvolvimento de protagonismo e recapturação das falas, desejos e sonhos das mulheres, compreendendo os seus atravessamentos socioculturais. Se faz urgente que a luta antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica enxerguem e se posicionem a frente do processo de patologização das mulheres, “para que não se esqueça. Para que nunca mais aconteça”.

REFERÊNCIAS

ACÁCIO, Thaís Silva. **O processo de Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora: uma construção**. 2019. 111 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/36293>. Acesso em: 10 de out. de 2021

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração, 2013.

AZZERBONI, Camila; ESPINDOLA, Noelia B.. Patriarcado y Encierro Manicomial: la educación sexual y su ejercicio como derecho a la salud en el encierro. In: PEREIRA, Melissa de Oliveira; PASSOS, Rachel Gouveia. **Luta Antimanicomial e Feminismos**: inquietações e resistências. Rio de Janeiro: Autografia, 2019.

BRASIL. **Lei nº 10.216/2001, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 25 de outubro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, nov. 2005.

BEAUVOIR, Simone de. **O Segundo Sexo: fatos e mitos**. 4. ed. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1970.

BEDIM, Vanisse Bernardes. ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA REDE DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA/MG:UM RELATO DE EXPERIÊNCIA. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília. **Seção: Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional**. Brasília: Fapdf, 2019. v. 16, n. 1. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/issue/view/1>. Acesso em: 18 abr. 2022.

COLDIBELI, Larissa Pimenta. **A vida tecida em contradições: itinerários terapêuticos de mulheres em situação de rua a partir de uma etnografia multilocal**. 2020.133 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, UFJF, Juiz de Fora, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/11998> Acesso em: 10 de out. de 2021.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. Loucura, Gênero Feminino: As Mulheres de Juquery na São Paulo do Início do Século XX. **Rev. Bras. de Hist.**, São Paulo, v. 9, n. 18, p. 121-144, ago. 1989. Disponível em: https://www.anpuh.org/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3853. Acesso em: 06 de nov de 2021.

DEL PRIORE, Mary;. **Sobreviventes e guerreiras: uma breve história da mulher no Brasil de 1500 a 2000**. São Paulo: Planeta, 2020.

DESVIAT, Manuel. **Reforma Psiquiátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

DUQUE, Camila da Cunha. Ascensão e declínio da indústria da loucura e a cidade de juiz de fora - mg. In: **ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM PLANEJAMENTO URBANO E REGIONAL, 18.**, 2019, Natal: Enanpur, 2019. Disponível em: <http://anpur.org.br/xviiienanpur/anaisadmin/capapdf.php?reqid=1322>. Acesso em: 18 abr. 2022.

ENGEL, Magali. **PSIQUIATRIA E FEMINILIDADE**. In: PRIORE, Mary del. História das Mulheres no Brasil. 7. ed. São Paulo: Contexto, 2004.

FONTE, Eliane Maria Monteiro da. DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA À REFORMA PSIQUIÁTRICA: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no brasil. **Estudos de Sociologia**, [s. l], v. 1, n. 18, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235/28258>. Acesso em: 18 abr. 2022.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. 12. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 4, n. 7, p. 630-655, jan./jun. 2022 – ISSN 2674-9483

FOUCAULT, Michel. **Segurança, Território, População**. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FRASER, Márcia Tourinho Dantas; GONDIM, Sônia Maria Guedes. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia** (Ribeirão Preto) v. 14, n. 28, p. 139-152, ago. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/MmkPXF5fCnqVP9MX75q6Rrd/?lang=pt>. Acesso em: 18 abr. 2022.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

IBGE, 2021. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/panorama> Acesso em: 30 de abril de 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p. 621-626, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012000300007. Acesso em: 21 fev. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

NASCIMENTO, Letícia Carolina Pereira do. TRANSFEMINISMO NEGRO: TENSIONANDO INTERSECCIONALIDADES. In: BOAKARI, Francis Musa; SILVA, Francilene Brito da; BATISTA, Ilanna Brenda Mendes. **POLÍTICAS PÚBLICAS E DIVERSIDADE: quem precisa de identidade?**. Teresina: Universidade Federal do Piauí – Edufpi, 2020.

PEREIRA, Melissa de Oliveira; AMARANTE, Paulo. Mulheres, Loucura e Patologização,: desafios para a luta antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde Mental e Os Desafios Atuais da Atenção Psicossocial**, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, p. 108-127, 2017.

PEREIRA, Melissa de Oliveira. Psicofármacos e Mulheres brasileiras: sobre o que nos fala essa relação?. **Mad In Brasil: ciência, psiquiatria e justiça social**, Rio de Janeiro, nov. 2019. Disponível em: <https://madinbrasil.org/2019/11/psicofarmacos-e-mulheres-brasileiras-sobre-oque-nos-fala-essa-relacao/>. Acesso em: 05 out. 2021.

SAFFIOTI, Heleieth. **A mulher na sociedade de classes: mito e realidade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1976.

SILVA, Thaiga Danielle Momberg; GARCIA, Marcos Roberto Vieira. Mulheres e loucura: a (des)institucionalização e as (re)invenções do feminino na saúde mental. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora , v. 13, n. 1, p. 42-52, abr. 2019 . Disponível

em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472019000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2021.

SILVA, Aline Basso; PINHO, Leandro Barbosa. Crack e gestão do cuidado no território: desafios no cotidiano do trabalho em saúde mental. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 14, n. 4, p. 1564-1571, 2015. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/27083> Acesso: 22 de abril de 2022.

SOUZA, Jacqueline de; KANTORSKI, Luciane Prado; LUIS, Margarita Antonia Villar. ANÁLISE DOCUMENTAL E OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE NA PESQUISA EM SAÚDE MENTAL. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, ago. 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5252>. Acesso em: 18 abr. 2022.

TORRES, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, p. 73-85, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pSWQzXMxtHGb7HLm6hwPMwp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 de set. de 2021.

VIEIRA, Josênia Antunes. O uso do diário em pesquisa qualitativa. **Cadernos de Linguagem e Sociedade**, Brasília, v. 5, p. 93-104, 2001. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/9244>. Acesso em: 18 abr. 2021.

ZANELLO, Valeska. **Saúde mental, gênero e dispositivos**: cultura e processos de subjetivação. Curitiba: Appris, 2018.