

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

BRUNA GABRIELA MONTE DE OLIVEIRA RAMOS

**COMPREENDENDO ATRAVESSAMENTOS DE GÊNERO, RAÇA/ETNIA E
CLASSE NO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DAS MULHERES EM
SOFRIMENTO PSÍQUICO EM CONFLITO COM A LEI DO ESTADO DO RIO DE
JANEIRO**

NITERÓI-RJ

2018

BRUNA GABRIELA MONTE DE OLIVEIRA RAMOS

**COMPREENENDO ATRAVESSAMENTOS DE GÊNERO, RAÇA/ETNIA E
CLASSE NO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DAS MULHERES EM
SOFRIMENTO PSÍQUICO EM CONFLITO COM A LEI DO ESTADO DO RIO DE
JANEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof. Dra Silvia Helena Tedesco

Coorientadora: Prof. Dra Rachel Gouveia Passos

NITERÓI-RJ

2018

Ficha catalográfica automática - SDC/BCG
Gerada com informações fornecidas pelo autor

R175c Ramos, Bruna Gabriela Monte de Oliveira
COMPREENDENDO ATRAVESSAMENTOS DE GÊNERO, RAÇA/ETNIA E CLASSE
NO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DAS MULHERES EM
SOFRIMENTO PSÍQUICO EM CONFLITO COM A LEI DO ESTADO DO RIO DE
JANEIRO / Bruna Gabriela Monte de Oliveira Ramos ; Silvia
Helena Tedesco, orientador ; Rachel Gouveia Passos,
coorientador. Niterói, 2018.
103 f. : il.

Dissertação (mestrado)-Universidade Federal Fluminense,
Niterói, 2018.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/PPGP.2018.m.08291970440>

1. Desinstitucionalização. 2. Justiça criminal. 3.
Gênero. 4. Raça. 5. Produção intelectual. I. Tedesco,
Silvia Helena, orientador. II. Passos, Rachel Gouveia,
coorientador. III. Universidade Federal Fluminense. Instituto
de Psicologia. IV. Título.

CDD -

Bibliotecária responsável: Thiago Santos de Assis - CRB7/6164

COMPREENDENDO ATRAVESSAMENTOS DE GÊNERO, RAÇA/ETNIA E
CLASSE NO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DAS MULHERES EM
SOFRIMENTO PSÍQUICO EM CONFLITO COM A LEI DO ESTADO DO RIO DE
JANEIRO

BRUNA GABRIELA MONTE DE OLIVEIRA RAMOS

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Sílvia Helena Tedesco
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dra. Raquel Gouveia Passos
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dra. Márcia Oliveira Moraes
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dra. Karla Galvão Adrião
Universidade Federal de Pernambuco

NITERÓI-RJ

2018

Para ela que me permitiu chegar até aqui... mainha!

AGRADECIMENTOS

Pela conclusão, por ter carregado junto comigo o cansaço, o desânimo e muitas vezes a vontade de desistir. Pela minha vida, a Deus e a espiritualidade amiga sempre presente!

Por ter colocado, não por acaso, pessoas no meu caminho as quais, sem elas, esse trabalho não teria sido possível, novamente a Deus e a espiritualidade amiga presente!

Pelo apoio, ao amor incondicional, e por ter dito sempre quando eu precisei “pode vir”, a minha mãe!

Pelo acolhimento, aos meus tios!

Por ter acreditado na minha capacidade e ter sustentado o meu desejo de fazer mestrado, a Paloma Luna!

Minha gratidão para os/as amigos/as que eu construí numa cidade que, por vezes, se apresentou hostil: Amanda Duarte, Catiúscia Munsberg, Renata Salles, Ângela Cristina, Melissa Oliveira, Luiza Marianna, Stallone Abrantes, Denise Luz, Pedro Almeida. A cada um minha sincera gratidão. Sem o amor de vocês isso não teria sido possível!

Pelas palavras de amor, pela sororidade, por sempre se fazer presente mesmo estando longe fisicamente, a Rose Santana!

Por ter enviado textos ótimos, pela sinceridade, pela coerência, pela amizade que prevalece, a Míryam Bessa!

Pelas conversas no bar – em Recife ou no Rio de Janeiro – pela companhia, pela ajuda, e pelas mensagens de desabafo; por ter contribuído para a feminista que eu estou me tornando, a Melissa Oliveira! Sua coerência, seu animo, sua motivação me fortalecem!

Pelos textos, pelas discussões, por ter me apresentado um feminismo distante pra mim e hoje um pouco mais próximo; por ter aceitado o desafio de me coorientar, a Rachel Gouveia Passos!

Por fazer companhia quando eu me sentia sozinha, a Rafael e Vinícius!

Ao amor que eu encontrei quando não quis mais encontrar, a Luiz Paes!

Pelo amor, pela presença, pelas palavras, pelo abraço (sempre que possível), pela parceria, pela dedicação, a Shy!

Por ter me fortalecido, por ter me construído, ter me ensinado a tecer caminhos agradeço aos/as amigos/as que fiz na Universidade Federal de Pernambuco. Em especial a Karla Galvão Adrião que me permitiu continuar participando do grupo de estudos. Foi também essa troca de conhecimentos e afetos que tornaram o percurso menos árduo!

Por ter sido um espaço onde encontrei muitos afetos, ao PPGPSI/UFF!

Pelos conhecimentos compartilhados, ao grupo de estudos da defensoria pública e a Patrícia Magno!

Pelas contribuições ao texto de qualificação, a Márcia Moraes, Beatriz Adura e Rachel Gouveia Passos!

Pela disposição e pela presença, por tirar minhas dúvidas sempre, a Jaqueline!

Pela paciência, pela presença, pelas falas, aos/as participantes da pesquisa!

Pela oportunidade, a Silvia Tedesco!

Pelo apoio financeiro tão importante nesta etapa, a CAPES. O que configura um agradecimento, e ao mesmo tempo uma lamentação, pois, fui aluna bolsista, conseqüentemente privilegiada, uma vez que, não há financiamento para todos/as. Tive que me deparar com os anseios, às angústias de amigos/as que não foram contemplados/as com bolsa. Participei de uma estratégia de educação que, algumas vezes, apresenta-se seletiva.

“Vou mostrando como sou
E vou sendo como posso,
Jogando meu corpo no mundo,
Andando por todos os cantos
E pela lei natural dos encontros
Eu deixo e recebo um tanto”.

(O Mistério do Planeta – Novos Baianos)

Não desiste negra, não desiste
Ainda que tente lhe calar
Por mais que queiram esconder
Corre em tuas veias força ioruba axé pra que possa prosseguir

Eles precisam saber que a mulher negra quer casa pra morar, água pra beber, terra pra se alimentar
Que a mulher negra é ancestralidade de imbês e atabaques que ressondam os pés

Que a mulher negra tem suas convicções, suas imperfeições como qualquer outra mulher vejo
que todas nós
Negras meninas
Temos olhos de estrelas que por vezes se permitem constelar

O problema é que desde sempre nos tiraram a nobreza, duvidaram das nossas ciências e quem antes atendia pelo pronome alteza hoje pra sobreviver lhe sobre o cargo de empregada da casa

É preciso lembrar de nossa raiz semente negra de força matriz
Que brota em riste, mãos calejadas corpos marcados sim
Mas de quem ainda resiste
E não desiste negra, não desiste
Mantenha sua fé onde lhe couber seja espírita
Budista do candomblé
É teu desejo de mudança
A magia que trás da tua dança que vai lhe manter de pé
É, você mulher negra, cujo tratamento majestade é digno
Livre que arma seus crespos contra o sistema
Livre que anda na rua sem sofrer violência
E que se preciso for levanta a arma, mas antes
Antes luta com poema
E não desiste negra, não desiste
Ainda que tentem lhe oprimir
E acredite eles não vão parar tão cedo
Quanto mais você se omitir
Mais eles vão continuar a nossa história escrevendo
Quando olhar para suas irmãs veja que todas somos o início
Mulheres negras, desde o primórdio, desde os princípios
África mãe de todos, repare nos teus traços, indícios
É no teu colo onde tudo principia
Somos as herdeiras da mudança de um novo ciclo
É por isso que eu digo que eu não desisti, que não desisto
Que não desisto
(Preta Rara)

RESUMO

O processo de desinstitucionalização possui o intuito de viabilizar o cuidado em saúde mental no território e na comunidade, tendo os serviços substitutivos como dispositivos de suporte diário para as pessoas em sofrimento psíquico. As mulheres em sofrimento psíquico e autoras de delito são encaminhadas para os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – chamado também de manicômios judiciários –, uma vez que, são consideradas inimputáveis, logo, não são responsáveis judicialmente, mas o Estado as “obriga” a realizar um tratamento compulsório nas referidas instituições de custódia. Com o advento da Lei 10.216/2001, intensifica-se o processo de desinstitucionalização no campo da saúde mental, entretanto, encontra-se inúmeros desafios quando nos direcionamos para os manicômios judiciários. Isso se dá devido aos estigmas atribuídos as pessoas em sofrimento psíquico que cometem delitos, ao saber/poder da psiquiatria, as interdições que aos corpos loucos foram historicamente colocados. Em relação as mulheres identificamos que seus corpos são triplamente violentados pela desigualdade de gênero, de raça/etnia e classe. No intuito de compreender os atravessamentos que perpassam as mulheres custodiadas, adotou-se a pesquisa-intervenção de cunho qualitativo e quantitativo de inspiração cartográfica. Procuramos compreender os atravessamentos de gênero, raça/etnia e classe no processo de desinstitucionalização das mulheres em sofrimento psíquico em conflito com a lei do estado do Rio de Janeiro. Para tanto, os objetivos específicos são: (a) Levantar o perfil das mulheres em sofrimento psíquico autoras de delito, que estão no manicômio judiciário do estado do Rio de Janeiro; (b) cartografar pistas que indiquem opressões de gênero, raça/etnia e classe; e (c) refletir de que formas as opressões encontradas se articulam com o processo de desinstitucionalização da atenção em saúde mental. A fim de alcançar os objetivos deste trabalho foram utilizados quatro instrumentos. Para a análise qualitativa, empregamos a observação participante, o diário de campo e a técnica de entrevista semiestruturada – a qual, sua análise, se operacionalizará por quatro eixos temáticos, a saber: (1) Os pressupostos morais e as concepções científicas acionadas, (2) A disciplina da “natureza feminina”, (3) O processo de desinstitucionalização como desospitalização e (4) Afinal, qual a relação das opressões de gênero, raça/etnia e classe com o processo de desinstitucionalização das práticas de cuidado na área de saúde mental. Além disso, foi feito o levantamento do perfil das mulheres custodiadas de abril/2010 até julho/2017. Este estudo caminha pelas aproximações com as lutas feministas e os movimentos antimanicomiais na área da saúde mental, justiça criminal, e pertencimento a cidade, sem, no entanto, pretender esgotar com as reflexões.

Palavras-chave: desinstitucionalização, justiça criminal, gênero, raça, etnia, classe.

ABSTRACT

The process of deinstitutionalization has the purpose of enabling mental health care in the territory and in the community, with substitutive services as daily support devices for people in psychological distress. Women in psychic suffering and perpetrators of crime are referred to the hospitals of Custody and Psychiatric Treatment - also called asylum institutions - since they are un-imputable, they are not judicially controlled, but the State obliges them to do compulsory treatment in the last custody institutions. With the advent of Law 10.216 / 2001, the process of deinstitutionalization in the field of mental health is intensified, however, there are many challenges within the judiciary asylums. This is due to the stigmas attributed to people with psychic suffering who committed crimes, to the knowledge / power of psychiatry, the interdictions that crazy bodies have historically been placed. In relation to women we identify that their bodies are threefold violated by gender, race / ethnicity and class inequality. In order to understand the crossings that pass through the guarded women, qualitative and quantitative intervention research of cartographic inspiration was adopted. We try to understand the gender, race/ethnicity and class crossings in the process of deinstitutionalization of women in psychological distress in conflict with the state laws of Rio de Janeiro. For this purpose, the specific objectives are: (a) To raise the profile of women in psychological suffering who are perpetrators of crime who are in the Custody of Hospitals and under Psychiatric Treatment in the state of Rio de Janeiro; (b) map clues that indicate oppression of gender, race/ethnicity, and class; and (c) reflect in what ways the oppressions found are articulated with the process of deinstitutionalization of mental health care. In order to achieve the objectives of this work, four instruments were used. For the qualitative analysis, we use the participant observation, the field diary and the semistructured interview technique - which, its analysis, will be operationalized by four thematic axes, namely: (1) The moral assumptions and the scientific conceptions triggered, (2) The discipline of "feminine nature", (3) The process of deinstitutionalization as de-hospitalization and (4) After all, what is the relation between the oppressions of gender, race/ethnicity and class with the deinstitutionalization process of care practices in the area of mental health. In addition, the profiles of women in custody from April 2010 to July 2017 were surveyed. This study is based on approaches to feminist struggles and anti-manicomial movements in the area of mental health, criminal justice, and belonging to the city, without, however, attempting to exhaust the reflections.

keywords: deinstitutionalization, criminal justice, genre, race, ethnicity, class.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mulheres internadas no manicômio judiciário

Figura 2 – Idade das mulheres internadas no manicômio judiciário

Figura 3 – Raça/etnia das mulheres internadas no manicômio judiciário

Figura 4 – Escolaridade das mulheres internadas no manicômio judiciário

Figura 5 – Ocupação das mulheres internadas no manicômio judiciário

LISTA DE ABREVIATURAS E SILGAS

- ATP** – Ala de Tratamento Psiquiátrico
- BPC** – Benefício de Prestação Continuada
- CAPS** – Centros de Atenção Psicossocial
- CEBES** – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
- CPF** – Cadastro de Pessoa Física
- DINSAM** – Divisão Nacional de Saúde Mental
- ECTPs** – Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
- FAC** – Ficha de Antecedentes Criminais
- HCTPs** – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- MTSM** – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
- RAPS** - Rede de Atenção Psicossocial
- RPB** – Reforma Psiquiátrica Brasileira
- SEAP** – Secretária de Administração Penitenciária
- SIF** – Serviço de Internação Feminina
- SRT** – Serviços Residenciais Terapêuticos
- VEP** – Vara de Execuções Penais

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 1	26
PSQUIATRIZAÇÃO DOS CORPOS E COMPORTAMENTOS FEMININOS: O QUE PODE ESTE CORPO?	26
1.1 – O PODER MÉDICO/PSQUIÁTRICO E COMO O GÊNERO, A RAÇA/ETNIA E CLASSE SE ENTRELAMAM.	36
CAPÍTULO 2	42
REFORMA PSIQUIÁTRICA E MEDIDA DE SEGURANÇA	42
2.1 – A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	45
2.2 – SAÚDE MENTAL DAS MULHERES NEGRAS: ALGUNS APONTAMENTOS. .	52
2.3 – MEDIDAS DE SEGURANÇA.....	55
2.4 – O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NOS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS	60
CAPÍTULO 3	64
O ATUAL CONTEXTO DOS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	64
3.2 – SUJEITOS/MULHERES	65
3.2.1 Levantamento do perfil das mulheres no Manicômio Judiciário Limbo.	65
3.3 – RESULTADOS.....	72
3.3.1 – Os pressupostos morais e as concepções científicas acionadas.	74
3.3.2 – A disciplina da “natureza feminina”.	79
3.3.3 – O processo de desinstitucionalização como desospitalização.	82
3.3.4 – Afinal, qual a relação das opressões de gênero, raça/etnia e classe com o processo de desinstitucionalização?	84
CAPÍTULO 4	87
CONCLUSÃO	87
REFERÊNCIAS	Erro! Indicador não definido.
ANEXOS	98
ANEXO A	99
ANEXO B	102
ANEXO C	103
Roteiro da entrevista	103

INTRODUÇÃO

Ora, a posição paradoxal do cartógrafo corresponde à possibilidade de habitar a experiência sem estar amarrado a nenhum ponto de vista e, por isso, sua tarefa principal é dissolver o ponto de vista do observador sem, no entanto, anular a observação (PASSOS & EIRADO, 2015, p. 121).

Ingressei no PPGPSI/UFF com o desejo de realizar a pesquisa com mulheres, todavia, foi com a inserção no Observatório de Saúde Mental e Justiça Criminal/UFF que o contorno desta dissertação foi se desenhando, envolvendo a temática das pessoas em sofrimento psíquico em conflito com a lei, uma vez que o grupo de pesquisa desenvolve trabalhos com tal temática. As construções das problemáticas que aparecem neste projeto se constroem a partir da minha imersão no campo, não obstante, deparei-me com incômodos.

Ser mulher negra e feminista na academia foi uma experiência que me trouxe muitas inquietações e angústias, recordando algumas indagações feitas por bell hooks (1995, p. 467): “Como muitas negras se veriam como intelectuais? Como ganhamos a vida? Estamos todas no mundo acadêmico? Onde estão nossos ensaios sobre produção intelectual etc”. A partir deste trabalho e da inserção no campo da saúde mental e justiça criminal vi-me impelida a refletir sobre temáticas que antes do envolvimento com esta dissertação não me atravessavam. Buscar cartografar pistas acerca dos corpos que ocupam os manicômios judiciários do estado do Rio de Janeiro foi, para mim, questionar-me sobre meu próprio corpo, os espaços que ocupo e os que não estou e, provavelmente, não irei passar.

Na sociedade atual temos atualizadas práticas racistas, que reproduzem diversas outras desigualdades, como a de gênero e de classe. No meio acadêmico, estudando mulheres negras e pobres, busquei empreender na escrita os pontos de interseção com as minhas próprias histórias. Neste sentido, o espaço universitário, normalmente, se mostra “a vontade com a presença de acadêmicas negras e talvez até as deseje mais e menos receptivo a negras que se apresentam como intelectuais engajadas que precisam de apoio tempo e espaço institucionais para buscar essa dimensão de sua realidade” (HOOKS, 1995, p. 468). Encontrando-me nesse lugar, o mesmo que por vezes apresenta-se hostil a nossa presença, foi árduo também o processo de pesquisar mulheres institucionalizadas nos hospitais de custódia. A maior parcela dessa população é negra, e aos nossos corpos negros, independente dos espaços ocupados, é destinado o silenciamento, práticas opressoras, e uma limitada visibilidade.

Entraves foram encontrados por nós no desenvolvimento deste trabalho, relacioná-los-ei, entre outros pontos, aos corpos que compõem o estudo: mulheres, negras, pobres, loucas e criminosas. E, ao passo que vamos descrevendo a metodologia, iremos citá-los.

De partida, localizaremos o grupo de pesquisa o qual sou componente. O Observatório de Saúde Mental e Justiça Criminal/UFF faz parceria com a defensoria pública do estado do Rio de Janeiro, assim, a pesquisa recebeu o convite da defensora responsável pelos processos de medida de segurança e internação para participar dos atendimentos com a equipe multidisciplinar do Centro de Tratamento em Dependência Química Limbo – CTDQ/Limbo¹ –, os quais acontecem trimestralmente e têm como objetivo principal relatar para as/os pacientes do local a situação do processo penal.

O trabalho da defensora ali no momento era o de informar as internas como estava o seu respectivo processo e incluir alguma informação que considere pertinente para os tramites de desospitalização do indivíduo e possível desinstitucionalização como: se a pessoa recebe ou não visita (DIÁRIO DE CAMPO, 2017).

O CTDQ Limbo é uma instituição criada para compor o cenário de atendimentos hospitalares do Complexo Penitenciário de Gericinó – Bangu/Rj –, junto ao Sanatório Penal. Este seria um hospital para atender as emergências psiquiátricas do Complexo. Contudo, a respeito da funcionalidade da instituição mencionada, há alguns impasses. Paralelamente ao período de surgimento do local, emergiram discussões políticas nas quais o Estado se questiona para onde enviar as pessoas em sofrimento mental autoras de delito. Atualmente esta é a maior demanda do CTDQ Limbo, receber as solicitações de pessoas inimputáveis² do estado do Rio de Janeiro, objetivando o cumprimento da medida de segurança. O que justifica a autora Debora Diniz (2013), em seu trabalho sobre O Censo dos Hospitais de Custódia, tratar o CTDQ Limbo como sendo “um dos três Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) do estado do Rio de Janeiro” (p. 235).

Neste sentido, a existência do CTDQ Limbo é uma problemática – já que a instituição foi criada para receber demandas psiquiátricas emergências, porém, atualmente é conhecido como hospital de custódia e exerce majoritariamente a função de asilar pessoas em medida de segurança –, que esta pesquisa não visou se debruçar, mas o apontamento da questão é interessante porque é neste espaço “fluido”, com função não bem definida oficialmente, para onde são encaminhadas as mulheres que cumprem medidas de segurança – e a isto iremos nos

¹ Os nomes presentes nesta dissertação são todos fictícios.

² Pelo Código Penal, art. 26, parágrafo único, é inimputável o indivíduo que “por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (BRASIL, 1984).

remeter ao longo da nossa pesquisa. Daqui por diante trataremos tal instituição de Manicômio Judiciário Limbo, a fim de delinear a dualidade que acompanha a instituição: asilar e punitiva, tangenciando saúde e prisão.

Neste hospital encontram-se pessoas que: (1) demandam atendimentos psiquiátricos emergenciais e retornam para a sua prisão de origem, passada a crise; (2) homens e mulheres que foram presos/as e que possuem algum diagnóstico psiquiátrico e assim são dados como inimputáveis, no momento da sua internação; e (3) pessoas que ao longo do processo de execução, tiveram sua pena convertida em medida de segurança de internação (DIÁRIO DE CAMPO, 2017).

Apesar de ser definido como centro de tratamento e colocado como uma unidade hospitalar, o Manicômio Judiciário Limbo é administrado pela Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro (SEAP-RJ), assim como todos os ECTP's do país, e não pela Secretaria de Saúde. Desta forma, não estão incorporados ao sistema de saúde, mas sim ao penitenciário. Esta relação faz com que diferentes forças atravessem os ECTPs, os saberes/poderes do direito e da saúde estão em disputa constante. Porém, a lógica de segurança pública tem predominado nestes espaços, reproduzindo, para as pessoas em sofrimento psíquico em conflito com a lei o modelo hegemônico de “assistência custodial, impossibilitando mudanças que venham a integrar a pessoa à sua comunidade” (CORREIA, 2017, p. 80), assim como sustentando a lógica manicomial.

No Manicômio Judiciário Limbo encontram-se 114 pessoas, sendo 18 mulheres. Alguns/mas pacientes lá estão provisoriamente, dada à natureza da instituição, logo o número de indivíduos flutua em curto período de tempo (DIÁRIO DE CAMPO, 2017). O quantitativo de pessoas consideradas para esta pesquisa é correspondente até o mês de julho de 2017, e foi conseguido a partir da listagem cedida pela defensoria pública. A instituição é ocupada majoritariamente por pacientes homens, possuindo uma ala feminina.

Realizei visitas durante um ano ao local, acompanhando o atendimento da defensora pública responsável, na Vara de Execuções Penais (VEP), pelos casos de pacientes que cumprem medida de segurança – de internação ou ambulatoriais – no estado do Rio de Janeiro, tanto de homens como de mulheres – porém meu “olhar, ouvir, escrever” (OLIVEIRA, 1996) estava “interessado” nos atendimentos das mulheres. Totalizei em quatro visitas, porque o período de ida ao local obedecia a um intervalo trimestral.

Os atendimentos eram realizados numa sala, junto aos psicólogos e assistentes sociais do hospital, a fim de discutirem sobre os casos das/os custodiadas/os e construíssem juntos estratégias que auxiliem no processo de desinstitucionalização da instituição – repensando o

lugar social daquele espaço –, assim como das pessoas. A minha presença nos atendimentos no hospital de custódia se deu sempre junto à defensora pública, de maneira que eu pude acompanhar os encontros com a equipe multidisciplinar, a realização das pactuações feitas para o desenvolvimento da desinstitucionalização, junto com a construção do Projeto Terapêutico Singular, o qual

possibilita refletir sobre cada caso, um a um. Permite pensar que não há algo que pode ser usado por todos, no mesmo momento, da mesma forma e que terá o mesmo resultado. É a busca pela criação de um espaço comum, de proximidade, de troca entre os diferentes saberes envolvidos no processo, buscando resoluções com e não para o outro (LINASSI et al., 2011, p. 426).

Desde o início, pensei uma pesquisa na qual fosse possível fazer um recorte com mulheres, partindo de estudos feministas a fim de abordar as desigualdades de gênero, a mulher como indivíduo histórico e de conhecimento. Dessa forma, “as questões vinculadas aos diversos aspectos relativos aos seres humanos fossem observadas a partir das diferenciações provocadas pelo gênero” (PAIXÃO & EGGERT, 2011, p. 14). Assim, colocando em tensão como “a história da mulher como gênero tem sido até agora de ser um ser de alguém e para os outros” (Ibidem, p. 14). Primeiramente considerei que incidisse sobre os corpos das mulheres institucionalizadas nos hospitais de custódia, sorrateiramente, problemáticas em trabalhar com a “loucura feminina”. E que isso dificultasse a saída das mulheres que cumprem medida de segurança da instituição.

No início, fui ao local, construí diário de campo, e assim, fui tentando delimitar um problema a ser estudado que pudesse compor as discussões que esta pesquisa vislumbra, a saber: mulheres, saúde mental e justiça criminal. Durante cada visita, escrevia minhas impressões e diálogos que haviam me chamado atenção, principalmente quando estes se referiam às condições das mulheres no Manicômio Judiciário Limbo, além das minhas afetações e de rápidas associações sobre os acontecimentos.

Com as idas à instituição, acompanhando as reuniões da equipe multiprofissional lancei mão da observação participante, ou seja, mantive-me no campo “em contato direto com as pessoas e seu território existencial” (BARROS & KASTRUP, 2015, p. 56). Assim, pude compreender o desenvolvimento dos processos jurídicos dos/as pacientes do Manicômio judiciário Limbo, apreender os conceitos utilizados e observar os desdobramentos do processo de desinstitucionalização – este ponto norteará as problemáticas aqui apresentadas.

Ao longo das visitas, fui observando a construção da desinstitucionalização da referida instituição. Um processo de desconstrução lento, já que, implica na mudança radical dos alicerces da medicina psiquiátrica sobre a loucura, doença e cura. Entrei neste processo pelo

meio. Acompanhada de leituras sobre as histórias dos hospitais de custódia, vi-me debruçada em tentar apreender como a experiência da desinstitucionalização estava acontecendo naquele contexto.

Com a entrada no campo a questão primeira desta pesquisa: problemáticas em trabalhar com a “loucura feminina”, e como isso dificulta a saída das mulheres que cumprem medida de segurança da instituição, sofreu desvios. Através do estudo, esperava que os resultados encontrados corroborassem com a premissa mencionada, ou seja, confirmassem minha hipótese. Contudo, utilizando do método da cartografia pude aproximar-me das questões que foram formadas a partir da imersão no campo, as quais, além de negarem a questão colocada por mim a princípio, construíram outras.

Utilizando a cartografia como método, pude perceber que pesquisar implica “a dissolução do ponto de vista do observador” (PASSOS & EIRADO, 2015, p. 119). Para a cartografia não há uma verdade sobre o objeto a ser desvelada, e nem distância entre prática e teoria. Com essa inexistência, premissas formuladas “fora” da experiência tendem a ser equivocadas, porque não existe nenhuma experiência que se dê longe do acontecimento. É com a aproximação com o campo que produzimos conhecimento, e não antes disso.

O cartógrafo não só tem que trabalhar com a circularidade fundamental e reconhecer a co-emergência “eu-mundo”, mas, sobretudo, ele precisa garantir a possibilidade de colocar em cheque tais pontos de vista proprietários e os territórios existenciais solidificados a eles relacionados. Seu paradigma não é o do conhecer, mas o do cuidar, não sendo também o do conhecer para cuidar, mas o do cuidar como única forma de conhecer, ou ainda, o paradigma da inseparabilidade imediata entre cuidar e conhecer. Nesse sentido, é preciso que se escape da tentação de, frente aos problemas que nos forçam a pensar, apenas buscar soluções e testar hipóteses. O cartógrafo deixa-se penetrar pela emergência de mudanças de ponto de vista que surgem no território como problemas ou crises existenciais e que podem permitir a abertura para o reconhecimento de uma maior liberdade autogestiva dos indivíduos e coletivos (PASSOS & EIRADO, 2015, p. 120).

Na primeira visita ao Manicômio Judiciário Limbo acompanho o diálogo a seguir:

Profissional 1: *“Vamos atender as mulheres todas pela manhã e depois um pouquinho dos homens. “Demoro mais nas mulheres”.*

Profissional 2: *“Por que as mulheres são mais difíceis de atender?”*

Profissional 1: *“Porque elas são mais problemáticas. Falam muito”³.*

Em outra situação, ouço um agente da segurança afirmando: *“o bom é que tirem todas as mulheres daqui, elas dão muitos problemas. Não sei doutora, porque começaram a colocar elas aqui!”.*

Por que é atribuído ao grupo das mulheres *“ser mais difícil”* de ser atendido, além disso, serem *“mais problemáticas”* do que o grupo dos homens? Qual a implicação que pode

³ As aspas acompanhadas de palavras em Itálico serão utilizadas para citações dos/as participantes desta pesquisa. A fim de destacar, algumas palavras ou partes de textos foram sublinhados.

existir na relação entre “*falar muito*” e por isso serem tidas como “*problemáticas*”? Por qual (is) motivo (s) possivelmente às mulheres são atribuídos “*os muitos problemas*”, em uma das falas?

Como nos alerta Rachel Passos⁴ (2011),

Se, por um lado, há uma corrente que busca manter o modelo tradicional de internação, defendendo o asilamento, por outro lado, tem-se a proposta de substituição por um modelo aberto, que leve para fora o paciente. Tal disputa está requerendo o governo dessa política. Contudo, percebe-se que a tensão está entre o “dentro” e o “fora” – deixamos dentro do asilo ou colocamos para fora do asilo os pacientes – e saindo, como estariam? E permanecendo dentro, como ficariam? Deixou-se passar em ambos os caminhos a opressão de gênero (p. 47).

Desta forma, para a discussão sobre desinstitucionalizar a saúde mental e justiça criminal nós tomamos como necessário o debate sobre as opressões de gênero. Assim, será sobre elas que buscamos neste trabalho observar pistas e construir vias possíveis, a fim de considerar tais violações. Uma vez que, desinstitucionalizar se refere a desconstrução da psiquiatria moderna, redirecionamento das práticas de cuidado em saúde mental, torna-se urgente enfatizar as possibilidades de vida das mulheres em sofrimento psíquico em conflito com a lei na cidade; as interdições que são produzidas para seus corpos.

Tais elaborações se fazem importante porque há a inviabilidade de assegurar um processo de desinstitucionalização sem considerar o cuidado dispensado as pessoas dentro das instituições psiquiátricas de custódia, e como as práticas de cuidado se dará no território, sem traçar planos que vislumbre o acesso ao trabalho, ao lazer, a educação. Se os/as pacientes autoras de delito e em sofrimento psíquico são em sua maioria negro/as e pobres (DINIZ, 2013), e historicamente há proibições dos corpos negros e pobres a espaços de cuidado, lazer, educação e saúde, sugerimos a consideração dessas informações na realização do processo de desinstitucionalizar as instituições psiquiátricas.

Notando a prevalência desses corpos no Manicômio Judiciário Limbo, temos um desafio: analisar no estudo como a raça/etnia e classe são compreendidas no processo de desinstitucionalização da saúde mental e justiça criminal, no estado do Rio de Janeiro. Quais estratégias podem ser produzidas na construção do processo de desinstitucionalização, considerando que historicamente as mulheres negras e pobres enfrentam opressões diversas, diárias, sistematizadas e socialmente potencializadas, invisibilizadas e naturalizadas?

Além disso, as mulheres presentes no Manicômio Judiciário Limbo estão em número menor que os homens – “97 homens e 20 mulheres” (MAGNO, 2016), contudo, elas foram

⁴ Conforme as regras para a elaboração e trabalhos da ABNT nas citações devem constar o sobrenome do/a autor/a. Contudo, optei por escrever o nome e sobrenome, quando for citado/a pela primeira vez no texto, desde que a citação esteja no corpo do trabalho.

relacionadas ao grupo que oferecia mais problemas para a instituição. No início das visitas, percebi a carência que existia em mim quanto às definições que envolviam o contexto, e, com o tempo, somente complexificou-se, pois, como entender a relação que foi estabelecida: menor número, porém mais problemas? Inevitável não fazer uma discussão compreendendo que os diálogos giravam em torno das relações de gênero que se estabeleceram na sociedade e se reproduzem dentro do manicômio judiciário.

No caso das mulheres, fui me deparando com um contexto que relatei ao gênero feminino – os discursos que foram proferidos pelos/as profissionais me fizeram pressupor que havia algo que eles/as pressupunham nas mulheres diferente em relação aos homens. Assim, esta dissertação se interessa em compreender as pistas, através das falas dos/as profissionais da saúde mental e do direito que trabalham no processo de desinstitucionalização na saúde mental e justiça criminal: como estas influenciam no processo de desinstitucionalização das pessoas que cumprem medida de segurança no estado. Ou melhor, compreender atravessamentos de gênero, raça/etnia, classe que perpassam o processo de desinstitucionalização das mulheres custodiadas no Rio de Janeiro.

Após minhas visitas, algumas delas eram debatidas no grupo de orientação de pesquisa, e provocavam em mim mais ressonâncias, passando a fazer parte do diário de campo. De acordo com Laura Barros e Virgínia Kastrup (2015, p. 70),

para a cartografia essas anotações colaboram na produção de dados de uma pesquisa e têm a função de transformar observações e frases captadas na experiência de campo em conhecimento e modos de fazer. Há transformação de experiência em conhecimento e de conhecimento em experiência, numa circularidade aberta ao tempo que passa.

Entre eu e as discussões sobre desinstitucionalização da saúde mental na justiça criminal há um espaço, no qual posso permitir que aflorem questões as quais delimitem um movimento entre problemáticas que estão sendo criadas no e pelo encontro. Conhecê-las é

participar de seu processo de construção. O acesso à dimensão processual dos fenômenos que investigamos indica, ao mesmo tempo, o acesso a um plano comum entre sujeito e objeto, entre nós e eles, assim como entre nós mesmos e eles mesmos. O acessar esse plano comum é o movimento que sustenta a construção de um mundo comum e heterogêneo (KASTRUP & PASSOS, 2013, p. 264).

Paralelamente a isto, participei do grupo de estudos na defensoria pública e de reuniões mensais que acontecem no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Escuridão, também no estado do Rio de Janeiro. Estas reuniões foram pertinentes, uma vez que, apresentavam mais pistas sobre como o processo da desinstitucionalização tem ocorrido no entrelaçamento entre a saúde mental e a justiça criminal, já que, participam profissionais inseridos/as nas instituições de saúde mental. Eles/as relatavam nos encontros, além de como

manejavam os processos com a justiça, a continuação dos trabalhos realizados no território com as pessoas que haviam saído das instituições de custódia, ainda refletiam sobre o lugar social da loucura, assim como a desconstrução da psiquiatria hegemônica.

Observamos que a desinstitucionalização no estado do Rio de Janeiro na área da saúde mental e justiça criminal é um processo que envolve majoritariamente profissionais de saúde e da justiça, pois, são eles/as que, tanto dentro dos hospitais de custódia, quanto trabalhando nos espaços territoriais, tensionam as práticas manicômias, o lugar social dos manicômios psiquiátricos, a loucura, a doença e a cura. Assim, optamos por entrevistá-los/as a fim de compreender atravessamentos de gênero, raça/etnia, classe que perpassam o processo de desinstitucionalização das mulheres custodiadas no Rio de Janeiro. Para tanto, os objetivos específicos são: (1) Levantar o perfil das mulheres em sofrimento psíquico autoras de delito, que estão no manicômio judiciário do estado do Rio de Janeiro; (2) cartografar pistas que indiquem opressões de gênero, raça/etnia e classe; e (3) refletir de que formas as opressões encontradas se articulam com o processo de desinstitucionalização.

Tendo em vista o perfil das mulheres em sofrimento psíquico em conflito com a lei, a política pública da saúde mental poderá ser norteada a redirecionar, de forma mais eficaz no sistema judiciário, o processo de desinstitucionalizar o saber psiquiátrico, o jurídico e conceber estratégias menos racistas. Buscar cartografar as opressões de gênero, raça/etnia e classe, assim como refletir como tais violações atravessam o processo de desinstitucionalização apresenta-se importante, porque, desinstitucionalizar no âmbito da saúde mental requer que haja a diminuição das interdições da passagem dos corpos pela cidade. Contudo, este estudo não almeja o esgotamento das questões aqui levantadas, mas sim, sugestões que vislumbrem meios para que a desinstitucionalização na saúde mental e justiça criminal continue traçando caminhos possíveis de existência. Considerar as histórias das mulheres negras e pobres em instituições da violência vale, uma vez que, o processo de desinstitucionalização requer minuciosa atenção, pois “é um processo complexo que busca a transformação social” (AMARANTE, 2007).

Esta pesquisa-intervenção é de cunho qualitativo e quantitativo de inspiração cartográfica. A cartografia é um método de pesquisa que busca acompanhar processos. Ou seja, a partir do uso da cartografia o que se busca é menos representar algo que existe, e mais “desenhar a rede de forças à qual o objeto ou fenômeno em questão se encontra conectado, dando conta de suas modulações e de seu movimento permanente. Para isso é preciso, num certo nível, se deixar levar por esse campo coletivo de forças” (BARROS & KASTRUP, 2015, p. 57).

Ao considerar o plano coletivo de forças partimos da compreensão de que a realidade é construída no interstício das relações de reciprocidade entre o plano das formas e das forças (ESCÓSSIA & TEDESCO, 2015). Acessar o plano de forças consiste em se tornar componente dele, por conseguinte, a/o cartógrafa/o participa ativamente nas intervenções e modulações que se dão no campo de pesquisa (ibidem).

Diante de tal maneira de conceber o modo de se fazer pesquisa, fui me construindo enquanto pesquisadora na medida em que ia pesquisando. A aproximação com o processo de desinstitucionalização da saúde mental e justiça criminal no Estado do Rio de Janeiro é lenta, pois, desinstitucionalizar envolve transformar paradigmas historicamente construídos e praticados. Esse espaço é político de permanente discussões, forças, e atravessamentos de muitas ordens. Tomar gênero, raça/etnia e classe, fez com que, para mim, o campo se tornasse muito mais desafiante.

Delineado o problema, a fim de acompanhar as pistas que nos indicavam dos atravessamentos de gênero, raça/etnia, classe perpassam a desinstitucionalização na saúde mental e justiça criminal no Rio de Janeiro, deixei-me no campo “ser atravessado pelas múltiplas vozes que perpassam um processo, sem adotar nenhuma como sendo a própria ou definitiva conjurando o que em cada uma delas há de separatividade, historicidade e fechamento tanto ao coletivo quanto ao seu processo de constituição” (PASSOS & EIRADO, 2015, p. 116).

Traçamos um plano comum! Permitimos que a pesquisa aconteça. Observamos o processo de desinstitucionalização no Rio de Janeiro e deixamos que surgisse do encontro com a temática, questões que se colocam, e não foram antes daquele encontro, pensadas (KASTRUP & PASSOS, 2013). Logo, “diferentes sujeitos, objetos e instituições, cabendo, portanto, às estratégias de pesquisa acessar o plano que articula, conecta e agencia essa diversidade. Na medida em que a cartografia traça esse plano comum e heterogêneo, ela concorre para a construção de um mundo comum” (Ibidem, p. 265).

A fim de alcançar os objetivos deste trabalho foram utilizados quatro instrumentos. Para a análise qualitativa, empregamos a observação participante, o diário de campo e a técnica de entrevista semiestruturada – a qual, sua análise, se operacionalizará por quatro eixos temáticos –, buscando contribuir para as compreensões dos atravessamentos de gênero, raça/etnia e classe no processo de desinstitucionalização no estado do Rio de Janeiro.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com profissionais da área da saúde e do direito, que trabalham – ou já trabalharam – no processo de mulheres em sofrimento psíquico autoras de delitos, no estado do Rio de Janeiro. Os/As entrevistadas totalizaram seis

pessoas, entre elas tivemos: psiquiatra, psicólogas, assistentes sociais e defensora pública. O contato com estes/as foi realizado por e-mail ou telefone. A seleção dos/as participantes se deu a partir dos encontros mensais no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Escuridão.

As entrevistas foram feitas individualmente nos espaços de trabalho ou nas residências dos/as participantes, e posteriormente transcritas para análise. Na cartografia, é na entrevista semiestruturada que podem emergir tanto os conteúdos explícitos, aqueles pertencentes à forma pragmática da linguagem, como as expressões ligadas aos afetos, ao plano de forças, os silêncios, as repetições (TEDESCO; SADE & CALIMAN, 2013).

Além dessas etapas, na análise quantitativa, realizou-se um levantamento do perfil das mulheres internadas no manicômio judiciário, através de prontuários. Construíram-se gráficos para ilustrar o levantamento do perfil, a partir das informações encontradas na Ficha de Antecedentes Criminais (FAC). Optamos por fazer análises tanto qualitativa como quantitativa, entendendo que as duas podem se complementar nas discussões dos dados. Porque,

afirmamos que a pesquisa cartográfica, inclusive na montagem de seus instrumentos, possui o compromisso com o acesso à experiência, e não com a descrição, o mapeamento e a mensuração de um vivido separado de seu plano genealógico de produção. E, nessa direção, buscamos deslocar a discussão do qualitativo e do quantitativo para outras bases, que não são ancoradas na dicotomia quali-quanti e sim na articulação com o plano de inseparabilidade entre formas e forças, dando ênfase, sobretudo, ao aspecto quantitativo na relação com a pesquisa cartográfica (CÉSAR; SILVA & BICALHO, 2013, p. 360).

Através da FAC das dezoito mulheres internadas no HCTP Limbo criamos gráficos, os quais apresentam o perfil socioeconômico destas, a partir da definição de quatro categorias: idade, raça/etnia, ocupação e escolaridade. Assim, pudemos perceber qual é o perfil das mulheres em sofrimento psíquico em conflito com a lei, do estado do Rio de Janeiro. As informações registradas neste trabalho concernem às mulheres internadas de abril/2010 até julho/2017.

Uma vez que a FAC não visa saber da raça e escolaridade dos/as pacientes infratores/as, criamos estas categorias por considerarmos pertinentes ao estudo. A raça e a escolaridade não foram autodeclarativas, pois as mulheres não foram participantes das entrevistas. A primeira foi retirada a partir das minhas concepções raciais e étnicas - , vendo as fotos presentes na FAC e a partir do diário de campo. Consideramos importante a autodeclaração, contudo o objetivo não era entrevistar as internas. Outra questão relevante é quanto ao uso da categoria “raça/etnia”. O IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística –, define “cor” para identificar as pessoas. Esta pesquisa não considera tal

classificação, já que partimos do pressuposto de que “cor” liga-se ao biológico, enquanto “raça” diz respeito à construção sociocultural (PASSOS, 2016).

Já a escolaridade foi preenchida através da observação participante, registrada em diário de campo – em uma das visitas à instituição, solicitei a defensora pública que perguntasse a escolaridade das mulheres. O nosso acesso aos documentos se deu por intermédio da Defensoria Pública, pois não são dados disponíveis *on-line*.

Quanto ao comitê de ética, esta dissertação não foi aceita. A instituição responsável por liberar as pesquisas que envolvem seres humanos na Universidade Federal Fluminense solicita que os/as pesquisadores/as requeiram cartas de anuência dos lugares onde o estudo se dará. Este documento confirma o compromisso e o desejo que as instituições estabelecem, confirmando que a coleta de dados pode ser realizada no espaço. Contudo, a SEAP – Secretaria de Estado de Administração Penitenciária –, não respondeu ao e-mail no qual fora solicitado a referida carta.

Esta questão apresenta-se muito interessante para nós. Atualmente vivemos um momento político de repressão e diminuição de políticas. Os grupos minoritários são os que mais sofrem a influência de sistemas imperativos, voltados à manutenção de não cuidados adequados as pessoas que ocupam os hospitais de custódia, por exemplo. Nosso projeto não foi negado nem aprovado pela Secretaria de Estado de Administração Penitenciária, ele foi negligenciado, talvez esteja nas “mensagens não lidas”, ou nas “apagadas”. Demonstrando, por conseguinte, desinteresse da instituição por projetos que apresentem interesse em contribuir com estratégias de saúde e cuidado desenvolvidos para pessoas em sofrimento psíquico em conflito com a lei. O que se mostra grave atitude, uma vez que, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como premissas a Universalidade, a Equidade e a Integralidade dos cuidados em saúde. Por sua vez, o comitê de ética responsável fortalece a SEAP quando, em nenhum momento, cria uma modalidade na qual possamos explicar a falta da carta de anuência.

Mesmo sem a aprovação do comitê de ética, temos um compromisso ético com os/as participantes da pesquisa e a integridade mental e física deles/as, a partir do Código de Ética Profissional do Psicólogo, art. 16, onde se lê:

O psicólogo, na realização de estudos, pesquisas e atividades voltadas para a produção de conhecimento e desenvolvimento de técnicas: (a) Avaliará os riscos envolvidos, tanto pelos procedimentos, como pela divulgação dos resultados, como o objetivo de proteger as pessoas, grupos, organizações e comunidades envolvidas; (b) Garantirá o caráter voluntário da participação dos envolvidos, mediante consentimento livre e esclarecido, salvo nas situações previstas em legislação específica e respeitando os princípios deste código; (c) Garantirá o anonimato das pessoas, grupos ou organizações, salvo interesse manifesto destes; (d) Garantirá o

acesso das pessoas, grupos ou organizações aos resultados das pesquisas ou estudos, após seu encerramento, sempre que assim o desejarem (p. 14).

Além disso, segundo Mary Jane Spink (2000), as questões éticas em pesquisa devem considerar mais amplamente o que seja a ética em pesquisa, pois, a ética prescritiva – a qual se estabelece em regras –, não assegura que o estudo seja ético. Neste sentido, estabelecemos um compromisso de assegurarmos uma ética dialógica, uma responsabilidade com os/as participantes e com o conhecimento construído no e pelo encontro. Assim, não dispensamos os Termos de Compromisso Livre e Esclarecido e o de Áudio.

Em certa medida, relacionamos a não resposta da SEAP sobre a carta de anuência a restrita visibilidade que têm os corpos que ocupam os manicômios judiciários no estado do Rio de Janeiro. A história tradicional dos corpos negros e pobres construiu uma sequência de fatos apagados, negligenciados: estes nada têm a dizer! Fazer pesquisa com propostas antimanicomiais e feministas é além de interrogar as instituições e suas práticas, tentar um modo desviante de produzir conhecimento.

CAPÍTULO 1**PSIQUIATRIZAÇÃO DOS CORPOS E COMPORTAMENTOS FEMININOS: O QUE PODE ESTE CORPO?**

Aproximações entre o movimento feminista e o antimanicomial são recentes e desenvolvidos com dificuldades graças às invisibilidades das opressões que, nós mulheres historicamente vivemos, como de gênero, de raça/etnia e de classe. Por escaparem aos estereótipos de gênero, muitas vezes, mulheres são rotuladas como loucas, estabelecendo-se, assim sob seus corpos, um saber/poder que define os caminhos que estes mesmo corpos podem traçar. Foram, e continuam sendo, internadas nas instituições psiquiátricas e judiciais, em busca da “cura”. Nesse caminho, quais são as conexões que podemos compreender entre loucura e gênero?

De saída, já podemos colocar que a forma de se enxergar a loucura e comunicar o seu diagnóstico não partia somente de uma análise que se pretendia científica – e, portanto, livre de qualquer julgamento –, mas também a questão moral e os papéis preestabelecidos (VACARO, 2011, p. 44).

As mulheres, negras e pobres são a maior parcela de pessoas que se encontram nos manicômios judiciários (DINIZ, 2013). Não há uma univocidade acerca das teorias feministas, mas, para este trabalho, consideraremos as discussões feministas que aludem às mulheres negras e pobres, porque as experiências destas são socialmente diferentes, e esta análise nos traz outros dados para compor a história. Considerar gênero concebendo os atravessamentos de raça/etnia e classe é tecer histórias as quais consideram que a sociedade tem imprimido em seu corpo social uma estrutura de poder que unifica esses três eixos – gênero, raça/etnia e classe –, engendrando uma “dinâmica especial”, tratando-se de sistemas distintos, mas inseparáveis (SAFFIOTI, 2004).

A fim de elaborar este trabalho, consideramos gênero, a raça/etnia e a classe como categorias de análise (SCOTT, 1989). Assim, compreendemos que o funcionamento e a organização social são históricos, políticos e totalmente fundamentados nas relações de poder (Ibidem). A princípio, por que historicamente desigualdades biológicas entre homens e mulheres são tomadas para estruturar a sociedade de forma desigual, produzindo a supremacia masculina e submissão feminina? De acordo com Joan Scott (1988, p. 60), “qual é a relação entre as leis sobre as mulheres e o Poder do Estado”?

Usaremos a articulação de gênero, da raça/etnia e da classe por compreendermos que, ao imaginarmos uma pirâmide de opressão, as mulheres negras e pobres estão na sua base por

causa de uma herança escravocrata que ainda carregamos (CUNHA, 1989; SAFFIOTI, 2004). Logo, as instituições – escola, hospitais, manicômios judiciários –, teriam sua estrutura fundamentada não apenas pelas desigualdades de gênero, mas construída de racismo, o qual é parte constituinte da sua existência. O objetivo não é assegurar o caráter quantitativo das opressões (gênero + raça/etnia + classe), mas sim seus funcionamentos e entrelaçamentos, a fim de compreendermos as suas complexidades quando combinadas (SAFFIOTI, 2004).

Assim, conforme Scott (1989), por gênero entende-se que “é um elemento constitutivo das relações sociais [...] e uma forma primeira de significar as relações de poder” (p. 37). Logo, “o gênero é, portanto, um meio de decodificar o sentido e de compreender as relações complexas entre diversas formas de interação humana” (p. 48), contextualizado no tempo e no espaço. Evocando representações culturais, significados compartilhados socialmente, formam subjetividades e organizam instituições sociais (SAFFIOTI, 2004), a partir da regulação das relações “homem-mulher, homem-homem e mulher-mulher” (Ibidem, p. 45).

Em resumo,

como o gênero é relacional, quer enquanto categoria analítica, quer enquanto processo social, o conceito de relações de gênero deve ser capaz de captar a trama de relações sociais, bem como as transformações historicamente por ela sofridas através dos mais distintos processos sociais, trama esta na qual as relações de gênero têm lugar (SAFFIOTI, 1992, p. 187).

Existe um esforço social de identificar comportamentos e relacioná-los as pessoas de acordo com seu sexo. Há a naturalização de processos que são elaborados no e pelo contexto social e que em nada tem a ver com o biológico. As relações de gênero são construídas socialmente, e organizam o funcionamento da sociedade, determinando normas sociais, contudo é um processo complexo e “não-natural” (CHODOROW, 1978 apud SAFFIOTI, 1992).

A partir de uma análise histórica de gênero (SCOTT, 1989), observa-se um sistema de exploração-dominação da mulher pelo homem (SAFFIOTI, 2004), uma sociedade patriarcal. Sob esse regime mulheres, como categoria social, são submetidas a uma engrenagem onde estão subordinadas aos homens, mesmo tendo diferenças de nível no domínio exercido, as origens do fenômeno são as mesmas (Ibidem). O poder do patriarcado apresenta a naturalização da legitimidade que é atribuída ao homem e exercida mesmo na sua ausência. Ou seja, a dominação patriarcal não está somente presente nas relações entre homens e mulheres, perpetra o tecido social. Segundo Heleieth Saffioti (2004), no filme *Lanternas Vermelhas*, um homem é casado com quatro mulheres, acontece que a quarta esposa – em estado etílico – denuncia a terceira – a qual se encontrava com seu amante – à segunda. Esta

os flagra e destina-se para que se cumpra a tradição: assassino da “traidora”. Em todo o filme não se vê o patriarca – o homem – mas, a partir do exemplificado nota-se que mesmo na ausência da figura masculina, o direito do homem dominar a mulher está inscrito. Para a autora:

Quer se trate de Pedro, João ou Zé Ninguém, a máquina funciona até mesmo acionada por mulheres. Aliás, imbuídas da ideologia que dá cobertura ao patriarcado, mulheres desempenham, com maior ou menor frequência e com mais ou menos rudeza, as funções do patriarca, disciplinando filhos e outras crianças ou adolescentes, segundo a lei do pai. Ainda que não sejam cúmplices deste regime, colaboram para alimentá-lo (SAFFIOTI, 2004, p.102).

O gênero define socialmente o masculino e o feminino, enquanto que o sistema patriarcal subjuga as mulheres, controla-as, domina-as, violenta-as; hierarquiza o gênero, é uma especificidade das relações de gênero. A dominação-exploração é uma forma de poder que apenas pode emergir no social, na relação, logo, se afirma que os homens não eliminam as mulheres, uma vez que, precisam delas para perpetuar suas opressões. Esse poder atravessa todo o tecido social e é historicamente contextualizado (Ibidem).

Não existe de um lado os que detêm o poder e de outro aqueles que se encontram aleijados dele. Rigorosamente falando, o poder não existe; existem práticas ou relações de poder. O que significa dizer que o poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona. E funciona como uma maquinaria, como uma máquina social que não está situada num lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda a estrutura social. Não é um objeto, uma coisa, mas uma relação (FOUCAULT, 2015, p. 17-18).

A explanação de Michel Foucault (2015) sobre poder é útil (SAFFIOTI, 1992; 2004), pois, um sistema de exploração-dominação – como o é o patriarcado –, tem a sua organização e seu funcionamento atrelados ao poder, que somente age porque existe aprovação no bojo social. Não podemos nos furtar da concepção de poder, já que, relações de gênero se encontram atreladas a relações de poder. Discutir um esquema de exploração/dominação e submissão é importante a fim de percebermos as diferentes nuances de poder que estão em jogo. Podemos afirmar, de acordo com Foucault (2015), que o poder do patriarcado “intervém materialmente, atingindo a realidade mais concreta dos indivíduos – o seu corpo –, e não acima dele, penetrando na vida cotidiana” (p.14).

Portanto, está dada a presença de, no mínimo, dois sujeitos. E sujeito atua sempre, ainda que situado no polo de dominado. [...] Do exposto decorre que se considera errôneo não enxergar no patriarcado uma relação, na qual, obviamente, atuam as duas partes. Tampouco se considera correta a interpretação de que sob a ordem patriarcal de gênero as mulheres não detêm nenhum poder (SAFFIOTI, 2004, p. 118).

As relações de poder acontecem entre as pessoas de forma pulverizada, o poder circula, porém de maneira desigual onde alguns detêm maiores condições de possibilidade do que outros. Conforme Foucault (2015, p. 39), “o que está em questão é o que rege os

enunciados e a forma como eles se regem entre si para construir um conjunto de proposições aceitáveis cientificamente”. Ou seja, as relações de poder formam jogos discursivos, – compostos pelo dito e pelo não dito –, e é no interstício das enunciações que o plano de forças atua, e produz verdades, por conseguinte, efeitos na sociedade (FOUCAULT, 2015). É a mecânica do poder que nos interessa, pois, é através da análise das estratégias que legitimam ou não algumas concepções de realidade que compreenderemos a produção das histórias contadas e como são.

Socialmente as experiências de relações de gênero iguais suscitam vivências distintas quando acoplamos a estas raça/etnia e classe. De acordo com sua raça/etnia e classe, mulheres têm seus corpos infligidos por diferentes questões, o que organiza a passagem desses por caminhos díspares. Por exemplo, no campo do trabalho encontram-se historicamente as mulheres negras e pobres da sociedade, as quais, desde a escravidão, são destinadas ao trabalho compulsório. Além disso, há algo que apenas poderia ser infligida a elas, em comparação aos homens escravos da época, os abusos sexuais: “enquanto as punições mais violentas impostas aos homens consistiam em açoitamentos e mutilações, as mulheres eram açoitadas, mutiladas e também estupradas” (DAVIS, 2016, p. 26).

Neste sentido, as mulheres negras não são colocadas, enquanto seu gênero, nos mesmos lugares sociais ocupados pelas mulheres brancas da sociedade burguesa, diga-se: boa mãe, boa esposa, “donas do lar”. Não que a estas últimas seja impresso menor dominação-exploração, contudo, são os corpos femininos negros e pobres ligados à imoralidade, à promiscuidade, à inaptidão para “atividades da mente” (DAVIS, 2016), por exemplo.

Por isso,

é preciso compreender que classe informa a raça. Mas raça, também, informa a classe. E gênero informa a classe. Raça é a maneira como a classe é vivida. Da mesma forma que gênero é a maneira como a raça é vivida. A gente precisa refletir bastante para perceber as intersecções entre raça, classe e gênero, de forma a perceber que entre essas categorias existem relações que são mútuas e outras que são cruzadas. Ninguém pode assumir a primazia de uma categoria sobre as outras (Ibidem, p. 20).

Considerando essa junção das análises de gênero, raça/etnia e classe, serão abertas “possibilidades para a reflexão sobre as estratégias políticas feministas atuais e o futuro (utópico), porque ela sugere que o gênero tem que ser redefinido e reestruturado em conjunção com a visão de igualdade política e social que inclui [...] a raça e a classe” (SCOTT, 1989, p. 62). A partir destes cruzamentos, observa-se que o conceito de loucura feminina foi cunhado em pressupostos diferentes, consequentemente criando dispositivos de controle novos para mulheres, tendo sua sexualidade, por vezes, regulada.

A história de exclusão das mulheres, em instituições psiquiátricas, pode ser encontrado no pavilhão “C-mulheres”: o último setor de um hospital italiano a ser fechado (COMBA, 1985). O lugar asilou aquilo que a equipe da instituição via como desafiante, confirmando “[...] as modalidades de violência e exclusão. As internas do ‘C-mulheres’, punidas por ‘culpas’ reais ou imaginárias, ou simplesmente esquecidas, mantiveram-se, ativas e constantemente, separadas do movimento do hospital” (Ibidem, p. 202), pois, enquanto todos os setores sofriam modificação, o “C-mulheres” foi o último. As pessoas do setor “C-mulheres”, assim como outras mulheres colocadas em instituições psiquiátricas, estão inseridas numa combinação específica de exclusões, a que remete ao seu gênero e a sua doença mental, fazendo com que as violências sofridas nestes locais sejam diferentes em relação às violações dispensadas aos homens (Ibidem). O manicômio reproduz as opressões de gênero estruturadas na sociedade.

Neste trabalho consideramos a história das mulheres a partir de uma instituição que une o saber jurídico e o psiquiátrico: os Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs), ou como comumente iremos chamar também de manicômios judiciários. Para estes lugares se encaminham pessoas em sofrimento psíquico autoras de delito. Os indivíduos encaminhados para estas instituições são considerados inimputáveis, logo, a fim de que não reincidam no ato infracional, a Lei Nº 7.209, de 11 de julho de 1984, define a medida de segurança de internamento e institui os ECTPs responsáveis pelo tratamento.

De acordo com o Código Penal Brasileiro, art. 26, é inimputável o indivíduo que “por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”, e os menores de 18 anos⁵ (BRASIL, 1984). Juridicamente estas pessoas não recebem uma pena, mas são obrigadas a cumprirem um tratamento definido como medida de segurança, a qual pode ser de internação ou ambulatorial – estabelecida para cumprimento do tratamento no território. A partir dos ECTPs, o Estado propõe assegurar o cuidado em saúde mental. Estes podem ser alas especiais em unidades prisionais comuns – Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs) –, ou unidade hospitalar de custódia – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs).

Segundo Débora Diniz (2013), até o ano de 2011, no Brasil existia vinte e seis ECTPs: vinte e três eram Hospitais de Custódia e tratamento Psiquiátrico e três eram Alas de

⁵ Esses últimos são considerados inimputáveis, mas ao cometerem um delito são encaminhados para unidades de ressocialização para menores infratores.

Tratamento Psiquiátrico. No estado do Rio de Janeiro eram à época três HCTPs. Atualmente são dois⁶ HCTPs, porque em 2013 houve o fechamento do HCTP Abismo^{7 8}, que finalizou suas atividades como Hospital de Custódia, e hoje funciona como Instituto de Perícias⁹ – lugar onde são realizadas as perícias psiquiátricas das pessoas que cumprem medida de segurança do Estado do Rio de Janeiro.

A medida de segurança pauta-se no pressuposto de periculosidade, através do qual a psiquiatria afirmou historicamente a natureza e a possibilidade de reincidência nos atos criminais dos/as loucos/as perigosos/as. Assim, ao cometer um crime, age sobre o indivíduo o discurso do judiciário, pois o Estado compreende que, a partir da lógica de segurança pública, deve isolar o/a infrator/a, por ele/a oferecer risco para a sociedade. Quando a este/a é atribuído/a o caráter de inimputabilidade, isso o/a torna ileso da pena, em contrapartida, cumpre um tratamento compulsório, o qual não tem tempo determinado, e normalmente é delegado a medida de segurança de internação, em ECTPs (SILVEIRA et. al., 2017). O limite da medida de segurança é de acordo com a verificação, por parte da perícia psiquiátrica, que a pessoa não incorrerá novamente no ato infracional, e caso não seja constatado a cessação de periculosidade, a medida terapêutica continua.

Foi Phillipe Pinel quem associou a ideia de loucura ao perigo, assim, o/a louca possui naturalmente o mal, que seria um déficit moral: “uma loucura perigosa, imprevisível, violenta, sem culpa e sem razão” (BARROS-BRISSET, 2011b, p. 45 *apud* SILVA, 2015, p. 74). O hospital seria, por consequência, a instituição onde é possível tratar a loucura e conter a imprevisibilidade que ela tem, além de afastar o mal da parcela da sociedade dita normal. Contudo, o/a louco/a não é responsável por sua natureza, mas deve ser controlado/a a partir de técnicas que domesticuem o comportamento desviante. Sugerindo, logo, que o tratamento oferecido às pessoas em sofrimento psíquico não é de caráter clínico, mas sim orientado para punir aqueles/as que apresentam os comportamentos de natureza perigosa (SILVA, 2015). Segundo Robert Castel (1978), “o tratamento será, frequentemente, uma espécie de sanção.

⁶ Aqui tomamos como referência a menção aos HCTPs que a autora Débora Diniz (2013) faz em seu trabalho “A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: Censo 2011”.

⁷ Nome fictício.

⁸ Para aprofundar a temática sobre o fechamento deste manicômio judiciário ler Ana Luiza Santos (2016).

⁹ O Instituto de Perícia é responsável por apurar se a pessoa que cometeu o delito é responsável pelo ato, ou seja, no momento da infração compreendia a situação e quis realizar. Logo, “o quesito pericial visa substancialmente saber se o ilícito foi ou não sintomático em relação ao distúrbio psiquiátrico” (VENTURINI, CASAGRANDE & TORESINI, 2012, p. 226), ou seja, se o estado do sofrimento psíquico se relaciona com o crime cometido. A perícia também é realizada para constatar se houve a cessação de periculosidade, a fim de dar alta para o indivíduo.

Mas ainda que seja sempre assim com o louco, doravante a repressão só pode progredir disfarçada. Ela deve ser justificada pela racionalização terapêutica” (p. 28).

Perigoso/a e imprevisível – fundamentos da periculosidade – são características da loucura em uma sociedade que se estrutura no capitalismo e que tem como pressupostos uma ordem social burguesa a qual impede qualquer tipo de perturbação nos seus princípios, uma vez que, a desordem distorce o pacto social, fundado em determinada moralidade na qual a loucura não tem espaço. Assim, o/a louco/a que comete algum ato infracional deve ser punido/a a fim de reparar o mal causado, impedindo que provoque outras perturbações (CASTEL, 1978).

A periculosidade do/a louco/a infrator/a fundará a articulação possível entre a psiquiatria e o poder judiciário: a prisão-asilo, a reeducação penal - tratamento moral (CASTEL, 1978) são as formas que os dois poderes/saberes iram incidir nos corpos loucos que cometem algum delito. A lógica da periculosidade ligada à loucura fundamenta o afastamento dos/as autores/as de delito da sociedade, e embasado no discurso psiquiátrico o judiciário instaura sua lógica de isolamento e “tratamento” a partir da concepção do “monstro perigoso” (SILVEIRA et al., 2017), cria-se assim os manicômios judiciários.

Segundo Foucault (1999), no decorrer do século XVIII, houve um deslocamento social em que a reforma moral deixa de ser um mecanismo de defesa de certos grupos e é incorporada ao poder da autoridade penal. [...] o que é pior, como é gerida pelas classes mais altas, detentoras do poder, o controle social será um instrumento de poder destes sobre as classes mais pobres. O crime passa a ser entendido como um dano social, uma perturbação a toda sociedade e o criminoso, por conseguinte, é aquele que perturba o inimigo do Estado, que rompeu com o pacto social. Dessa maneira, o tratamento pela nova lei penal ao criminoso, deveria ser o de reparar o mal causado ou impedir que males semelhantes pudessem ser cometidos novamente contra o corpo social, por meio da sua transformação moral, sua sujeição aos valores morais vigentes (Ibidem, p. 77 grifo nosso).

São frequentemente as pessoas pobres que, a partir do ideal burguês, rompem com o pacto social, perturbam a ordem estabelecida na sociedade, e encontram-se no grupo dos que cometeram algum delito, dos moradores de rua, dos/as ditos/as “loucos/as”.

Tomamos aqui o manicômio judiciário como uma “Instituição da Violência”, (BASAGLIA, 1985), a qual somente é possível em uma sociedade pautada nas relações desiguais entre quem detém o saber/poder e quem não o tem, o que dá aval para aqueles controlarem estes. Esta radical divisão subsidia a construção do manicômio como espaço de tratamento da doença mental, consequentemente do/a doente mental, ao instaurar técnicas de controle que visam levar à “cura” ao “tratamento”, buscando uma disciplina, um acerto moral, para a readequação à ordem social.

No que concerne às mulheres, estas são psiquiatrizadas por apresentarem comportamentos desviantes da norma, dos papéis impostos socialmente para elas. Há socialmente papéis esperados que o/a “doente mental” desenvolva, tais papéis fundamentam o desvio e reintegram a relação médico-paciente, assim, “o portador de uma determinada doença dá sentido a determinadas representações sociais (cultural), reitera normas de interações existentes (sociedade) e se constitui em sujeito (subjetividade)” (FREITAS & AMARANTE, 2015, p. 19). Tem-se um controle infligido aos seus corpos, a sexualidade, “‘a natureza feminina’ vai explicar a loucura, a degeneração moral, a criminalidade, de tal forma que a mulher é considerada como um ser incapaz de autonomia” (VIEIRA, 2002, p. 30).

Estatisticamente são as mulheres negras que pertencem às camadas mais pobres da nossa sociedade (BRASIL, 2012). Desta forma, não podemos compor um estudo sobre a desinstitucionalização das mulheres no Estado do Rio de Janeiro sem considerar tais dados: o gênero, a pobreza e a raça/etnia, e como se articulam na sociedade capitalista. Indicar essa relação no campo se mostra relevante, uma vez que, as histórias das mulheres que se passam dentro dos manicômios judiciários são histórias de privação e evidenciam um sofisticado jogo de exploração-dominação.

As narrativas de mulheres que ousaram desviar da norma são atravessadas pela solidão, por violações, pelo sofrimento, e pela “dor da cor” – no caso das mulheres negras –, que inunda suas histórias, sendo os manicômios, muitas vezes, suas moradas. Junto a isso, tem-se uma complexa engrenagem das condições sociais que estas vivem, a partir do extrato social ao qual pertencem. No caso das mulheres pobres, observa-se que estão sujeitas a práticas desiguais, por exemplo. É na execução da política de saúde, que, por vezes promove isolamento, exclusão e reproduz estereótipos de gênero, ao patologizar comportamentos que desviam daqueles hegemonicamente construídos e compartilhados como “naturais” para as mulheres.

Atualmente neste campo, tem-se a estratégia da desinstitucionalização. Este processo:

[...] passou a designar as múltiplas formas de tratar o sujeito em sua existência e em relação com as condições concretas de vida. Nesta tradição, a clínica deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral pineliano, para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades. O sujeito da experiência da loucura, antes excluído do mundo da cidadania, antes incapaz de obra ou de voz, torna-se sujeito, e não objeto de saber. Neste sentido, desinstitucionalização não se restringe à reestruturação técnica, de serviços, de novas e modernas terapias: torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações. Por isso, é acima de tudo, um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos (AMARANTE, 2012, p. 01).

Há o deslocamento do cuidado oferecido às pessoas em sofrimento psíquico na saúde mental. O saber/poder da psiquiatria é questionado, seu objeto – a doença –, assim como a sua estratégia de intervenção – o manicômio – são considerados ineficazes. Considera-se a urgência da clínica tradicional como terapêutica privilegiada, ter seus pressupostos desconstruídos e, em seu lugar, emergir outras concepções que sirvam de fundamento a uma nova ética para o indivíduo em sofrimento psíquico.

As mudanças acontecem porque os enunciados que proferem sobre a doença mental são compostos por novas forças. As transformações se dão quando as relações de poder operam de forma diferente, construindo outros paradigmas. Vale salientar que a psiquiatria é composta por vários enunciados, contudo ainda prevalecem aqueles que corroboram as práticas manicomiais, que produzem o isolamento e, estigmatização.

Nesse sentido, substituir os manicômios judiciários por serviços substitutivos da rede de saúde mental é uma pequena parte do processo. A tensão não pode ser apenas a decisão de deixar “dentro” ou “fora” das instituições asilares, uma vez que, as opressões de gênero, raça/etnia e classe atravessam os dois espaços, reproduzindo lógicas excludentes. Reinventar o modo de se compreender as histórias das mulheres nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos é crucial para a construção de uma sociedade menos excludente, manicomial, porque ela tem a ver com o nosso passado de escravidão.

É urgente que a luta antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica tomem para si o desafio desta problematização e se posicionem frente à patologização e institucionalização de mulheres. Este tema não pode mais estar restrito aos estudos temáticos de gênero e deve ser tratado não mais como especialidade, e sim como complexidade necessária. Apenas assim podemos de fato falar na transformação de paradigmas e em uma lógica de atenção psicossocial atenta às opressões de gênero, classe, raça (PEREIRA & AMARANTE, 2017, p. 179).

Ao lermos os últimos levantamentos nacionais de informações penitenciárias (INFOPEN) – o de junho e o de dezembro de 2014 – percebemos que o primeiro traz timidamente os dados penitenciários sobre as pessoas que cumprem medida de segurança no Brasil. Já no correspondente a dezembro de 2014, tais informações não aparecem, sugerindo não ser importante coletar subsídios desta população que se encontra em privação de liberdade. Seguindo a invisibilidade, no INFOPEN de junho de 2014 não há registros da natureza da prisão das mulheres que cumprem medida de segurança.

Diante desta invisibilização das mulheres nos dados oficiais e considerando a necessidade de que elas possam ser vistas em sua materialidade de corpos, raça, classe, gênero e experiências nos HCTPs, essa dissertação realizou um levantamento do perfil socioeconômico das mulheres que se encontram no único HCTP do estado do Rio de Janeiro

que recebe encaminhamentos judiciais de mulheres. Para tanto, tivemos acesso a Ficha de Antecedentes Criminais e, a partir dela, criamos quatro categorias: Idade, raça/etnia, escolarização e ocupação. Consideramos esse levantamento a fim de evidenciarmos, junto a análise qualitativa, dados negligenciados pelo INFOPEN Mulheres e pela maior parte dos estudos produzidos na área (DINIZ, 2013; MAGNO, 2016). Conhecer o perfil das mulheres que estão no HCTP no estado do Rio de Janeiro pode auxiliar nos estudos sobre as políticas públicas. Além disso, considerar tais categorias pode evidenciar questões desconhecidas, as quais, para as mulheres, tornam os manicômios judiciários um local muito mais inóspito.

Assim, pontua-se a relevância, para o processo de desinstitucionalização, de informações acerca da raça/etnia, escolaridade, idade e ocupação para o conhecimento de quem são as mulheres que se encontram no manicômio judiciário do Rio de Janeiro, visto que é no conhecimento de suas individualidades e no reconhecimento de suas potencialidades e dificuldades que a construção de políticas e, conseqüentemente, de práticas para essa população poderá ser realmente efetiva. Considerar gênero, raça/etnia e classe para estudos em saúde mental e justiça criminal são imprescindíveis atualmente, já que,

[...] nas atuais configurações da política de saúde mental, no contexto pós-reforma psiquiátrica brasileira, poucas são as pesquisadoras que se debruçam sobre a temática das relações de gênero e da questão racial. A escassez da análise impede avanços, inclusive, nas abordagens dos serviços substitutivos, uma vez que naturalizamos as desigualdades e opressões sociais, raciais/étnicas e de gênero nas relações sociais do cotidiano (PASSOS, 2017, p. 78).

Contar a história das mulheres em sofrimento psíquico nos manicômios judiciários é nos deter em um passado/presente de opressões, asilamentos, exclusões, relações raciais e de classe desiguais que se dão na sociedade com as mulheres e se reproduzem nas instituições. A maior parte da população feminina dos ECTPs é negra, com baixa escolaridade, inserida no mercado informal de trabalho (DINIZ, 2013). Desta forma, caso não reconheçamos a ação política e ética que tem o peso das relações que fomentam as opressões de gênero, raça/etnia e classe, e repararmos, não conseguiremos efetivar o processo de desinstitucionalização da saúde mental nos manicômios judiciários, mesmo que esses sejam todos fechados. Tem que haver o rompimento com os paradigmas da psiquiatria moderna, com as relações de tratamento asilares, uma vez que, “estamos diante de uma situação única, que [...] representa e simboliza a manutenção da norma do asilo” (BASAGLIA, 1985, p. 222).

Neste trabalho, utilizamos as categorias de análises de gênero, raça/etnia e classe. Consideramo-las indissociáveis, e as desigualdades que elas fundam, imprescindíveis à lógica capitalista de produção (CISNE, 2015). Se o processo de desinstitucionalização está sendo realizado, o mesmo acontece numa sociedade historicamente patriarcal, racista e classista e,

não reconhecer tais desigualdades perpetuadas durante séculos é conceber que as opressões aconteçam sobre novas roupagens. Compreender tais entrelaçamentos na saúde mental é fundamental, uma vez que, as práticas manicomiais são reproduzidas com vieses deferentes para homens e mulheres. Transformar os cuidados dispensados às mulheres em sofrimento psíquico autoras de delito requer que nos debrucemos sobre o histórico de exclusões e opressões que atingem mulheres negras e pobres, o qual é útil para a sustentação e perpetuação da lógica manicomial. Desinstitucionalizar é construir um novo projeto de sociedade, amparado

em legislação específica que garante o aparato jurídico e, em boa parte, administrativo-organizacional para as mudanças no modelo assistencial nesta área, a Reforma Psiquiátrica depende, cada vez mais, das articulações e ampliações que puder fazer de seus aportes teórico-conceituais, técnicos e organizacionais com outros campos de conhecimentos (aposta na interdisciplinaridade), outros instrumentos de trabalho (aposta na clínica ampliada, em novas tecnologias de cuidado) e outros equipamentos/estruturas substitutivas (aposta na intersetorialidade) (PAULON & NEVES, 2013, p. 14).

Além disso, transformar modos de intervir requer que tomemos em análise a estrutura social em que nossas instituições – escolas, hospitais, manicômios judiciários – estão apoiadas, visando também transformá-las.

1.1 – O PODER MÉDICO/PSIQUIÁTRICO E COMO O GÊNERO, A RAÇA/ETNIA E CLASSE SE ENTRELAÇAM.

Passa a existir, juntamente com a perspectiva de higiene pública, a preocupação em produzir indivíduos física e moralmente adequados a um determinado projeto social (MACHADO et al., 1978 *apud* VIEIRA, 2002, p. 30).

Quando tomamos como norte a história das mulheres, percebemos que a loucura delas é frequentemente relacionada ao controle social da sexualidade. Segundo Elizabeth Vieira (2002, p. 70), “o caminho da normalidade é estreito”, porque ele apenas é traçado de acordo com as noções do corpo feminino ter funções que englobem a maternidade, o casamento, a reprodução e a criação dos/as filhos/as. A louca é toda aquela que não representa o papel da boa mãe e esposa. As mulheres sempre foram tidas como doentes em potencial, “na medida em que são mulheres, são também doentes e são doentes porque são mulheres” (ROHDEN, 2001, p. 30).

Diante de algumas leituras (CRUZ, 2015; PEREIRA & AMARANTE, 2017; ROHDEN, 2001; VIEIRA, 2002) pontua-se a articulação entre o corpo feminino e a loucura,

realizada pela área das ciências médicas. Historicamente, o corpo foi tido como o “nervoso *per se*” (PEREIRA & AMARANTE, 2017, p. 160). A partir da sociedade patriarcal, é compartilhado que as mulheres apresentam disfunções orgânicas as quais justificam a desordem feminina e sua inferioridade, pois seus corpos são frágeis, sensíveis e somente úteis enquanto para a procriação, cuidado com os/as filhos/as e o marido e destinados ao casamento e felicidade da família, sendo isso estruturante para a manutenção da ordem social vigente (Ibidem).

Acerca disso, os corpos das mulheres loucas são atravessados pelas marcas de gênero que definem a condição de inferioridade atribuída a ser mulher em relação aos corpos masculinos, e, estando em sofrimento psíquico, terão também seus corpos significados, a partir do discurso da psiquiatria sobre a loucura. Logo, “para a mulher até mesmo a possibilidade de ser seu próprio corpo parece escarpar-lhe indefinidamente, assim como parece escarpar-lhe a possibilidade de sair da própria exclusão” (COMBA, 1985, p. 210). Conforme Juliana Vacaro (2011, p. 30), “as mulheres fora da norma apresentam a priori uma série de comportamentos interpretados como sintomas doentios de sua cabeça”.

A produção da doença mental para mulheres – suas causas, efeitos e tratamentos – foi historicamente relacionada à essência feminina e ao caráter desviante de sua sexualidade. Transgressoras morais e/ou sexuais, libertinas, meretrizes, loucas, mulheres públicas eram assim apontadas àquelas que não seguiam os padrões impostos para seus corpos, e contribuía para a desordem social.

Em “Os Delírios da Razão: médicos, loucos e hospícios” (2001), a autora escreve algumas histórias de mulheres internadas em hospitais psiquiátricos na cidade do Rio de Janeiro. A partir destas, observamos que discursos morais são majoritariamente usados para sancionar um diagnóstico psiquiátrico. Na história de Bárbara de Jesus¹⁰ encontramos que a mesma apresentava “perversão do sentimento sexual”, “perversão dos sentimentos afetivos”, sendo descrita pelos jornais da época como uma “velha decrépita”, pois tinha 67 anos e desejou casar com um homem mais novo, possuindo assim, uma “sexualidade anormal”. Já Isaltina manifesta “afetividade e sexualidade desviante”, pois, apaixonou-se por um homem que não era seu conjugue e apresentava desejos ambíguos por seu filho, logo exibia “um amor materno vacilante”. Isaltina fica internada por 11 anos no Hospital Nacional de Alienados/RJ (ENGEL, 2001).

¹⁰ A história completa encontra-se no livro *Os Delírios da Razão: médicos, loucos e hospícios* (2001), de Magali Gouveia Engel.

[...] colocou-se a sexualidade na linha divisória do desatino. Em todos os tempos, e provavelmente, em todas as culturas, a sexualidade foi integrada num sistema de coações; mas é apenas no nosso, e em data relativamente recente, que ela foi dividida de um modo tão rigoroso entre a Razão e o Desatino, e logo, por via de consequência e degradação, entre a saúde e a doença, o normal e o anormal (FOUCAULT, 2014, p. 90).

Já em seu trabalho “Psiquiatria e Feminilidade”, Magali Engel aponta alguns casos de mulheres que cometeram um crime e posteriormente, devido à especificidade do delito, são consideradas doentes mentais. Assim é a história de Maria Ferreira Mendes Tourinho que, após matar seu marido, foi avaliada por médicos psiquiatras e seu caso ganhou notoriedade. Para a classe médica, os sinais que melhor indicavam a doença estavam circunscritos em sua moralidade: o fato de ter perdido seu afeto pelo marido e pelos filhos, além de uma vida sexual anômala (ENGEL, 2000).

Vacaro (2011), em seu trabalho sobre os discursos presentes nos prontuários do Sanatório Pinel, no estado de São Paulo, apresenta a história das pacientes e como os relatos e as queixas construídos pelos profissionais da instituição e/ou familiares, começam a partir do momento no qual a mulher desviou da norma, não fazendo mais o que era esperado para seus comportamentos. Por exemplo, ao considerarem a faixa etária de algumas mulheres “fora da idade de casamento”, muitas foram indicadas em seus prontuários de “solteironas”. No documento de outra paciente havia: “irônica, mordaz, ridiculariza as enfermeiras, sobretudo as estrangeiras que falam português com sotaque carregado” (VACARO, 2011, p. 47). Em outro prontuário, a paciente foi apresentada como:

[...] sempre de temperamento alegre e brincalhão, um pouco infantil nas suas ideias, mas, nunca havia sido notada qualquer manifestação de desequilíbrio mental. Faz seus estudos com boa aplicação e aproveitamento e, ultimamente, exercia as funções de funcionária em uma repartição pública.

No mês de novembro passado, foi ao Rio de Janeiro, a passeio, arranjando lá um namorado. Como estivesse passeando muito, sem obedecer à parente que a hospedava, foi por esta repreendida. Contrariamente ao seu temperamento, respondeu irritada e desabridamente, retirando-se em seguida e embarcando para São Paulo. Ao chegar já se achava visivelmente perturbada das faculdades, conforme puderam constatar vários de seus parentes (VACARO, 2011, p. 57 grifo nosso).

A autora escreve o quanto as descrições auxiliavam o diagnóstico mental das mulheres naquela instituição. Era comum e bastante frequente que a comprovação dos “distúrbios” das pacientes, fosse feita a partir do comportamento delas e com a contribuição dos relatos dos familiares. Vemos assim que, “a família, com suas exigências, torna-se um dos critérios essenciais da razão e é ela, sobretudo, que pede e obtém o internamento” (FOUCAULT, 2014, p. 90).

O relato da família aqui aparece como importante e indiscutível ao internamento das mulheres, uma vez que, “[...] para afirmar a alienação mental basta algumas vezes um ligeiro e completo exame; contudo, para afirmar a sanidade de espírito é necessária uma exploração integral do indivíduo e um exame indireto e minucioso, um inquérito nas famílias, um prolongado convívio com os doentes” (CAMARGO, 1921, p. 27 apud ENGEL, 2000, p. 85).

Neste sentido, no processo de psiquiatrização dos corpos vão-se produzindo corpos femininos que, ao desviarem da norma preestabelecida socialmente, são punidos – no caso aqui, as loucas são inseridas em instituições psiquiátricas – contudo, sob uma promessa de tratamento. Através desse olhar, sugere-se como o saber/poder da psiquiatria conduz o corpo das mulheres até o diagnóstico de doentes mentais, controlando e disciplinando seus corpos, para inscrever neles uma norma: “ser mulher”, boa mãe, boa esposa. A psiquiatria auxilia na [re]produção da ordem social, moral e política, constrói realidade e atribui significados aos corpos (PASSOS, CORREIA & ALMEIDA, 2017). A doença mental nas mulheres é relacionada ao desvio moral, sexual e social (PEREIRA & AMARANTE, 2017).

Certamente entende-se aqui que as pacientes atravessam um momento de sofrimento psíquico, contudo, quer-se enfatizar como as linhas de forças que apoiam os discursos hegemônicos que produzem a doença mental, e como tais pressupostos de verdades recaem sobre as mulheres e tornam-se mecanismos segregatórios, excludentes e seletivos. Nesta direção, nos aponta Paulo Amarante (2007) que ao relatar o trabalho de Franco Basaglia em Trieste, afirma que “tudo se refere à doença” (p.68), nada mais pertence às necessidades do indivíduo.

Quero me pentear; mas não tenho um pente, preciso de um pente, tenho direito a um pente!
 Mas ninguém lhe atendia: a obsessão pelo pente seria um mero sintoma psicótico?
 Para que uma louca necessitaria de um pente? O transformaria numa arma? O jogaria fora e pediria um outro, e mais outro, e outro ainda?
 Com o domínio da noção de doença mental, uma simples necessidade básica, inclusive de autocuidado e autonomia, pode ser entendido como um mero sintoma.
 Nada mais é do sujeito: tudo se refere à doença! (AMARANTE, 2007, p. 68).

Através da articulação de saberes – especificamente aqui o jurídico e o da psiquiatria – sobre os corpos femininos, pode-se perceber que o processo medicalizante está apropriado na transformação de “experiências consideradas indesejáveis ou perturbadoras em objetos da saúde, permitindo a transposição do que originalmente é da ordem do social, moral ou político para os domínios da ordem médica e práticas afins” (FREITAS & AMARANTE, 2015, p. 14).

Partindo de uma perspectiva de classe observamos que as mulheres de diferentes extratos da sociedade são compreendidas de formas distintas. De acordo com a “[...] inserção

social, o discurso médico cria conceitos relativos à menor ou maior aproximação da ‘natureza’ dos corpos femininos. [...] Ou seja, as mulheres da elite econômica da sociedade teriam uma ‘natureza’ menos ‘natural’, em função de estarem inseridas em uma vida mais civilizada” (VIEIRA, 2002, p. 36-37). Assim, as mulheres de camadas populares irão ser entendidas, pelo discurso médico, como mais próximas a natureza feminina, ou como as “doidas varridas”, as verdadeiras loucas. Dado isso, notamos que essa população possui uma “natureza geral feminina”, que a coloca em desigualdade de gênero por ser tida como inferior e frágil, e, conforme a classe social, – a da louca verdadeira (VIEIRA, 2002).

Na base da pirâmide, ocupando a posição de mais radical aniquilamento, estão as mulheres negras. Portadoras desta dupla condição são vistas e tratadas pela medicina alienista como portadoras de uma dupla inferioridade que as torna mais próximas da natureza que da condição humana (CUNHA, 1989, p.124).

Conforme bell hooks (1995),

Desde a escravidão até hoje o corpo da negra tem sido visto pelos ocidentais como o símbolo quintessencial de uma presença feminina natural orgânica mais próxima da natureza animalística e primitiva. [...] Entre os grupos de mulheres assassinadas como bruxas [...] as negras têm sido historicamente vistas como encarnação de uma perigosa natureza feminina que deve ser governada. Mais que qualquer grupo de mulheres nesta sociedade as negras têm sido consideradas o corpo sem mente (p.468-469).

Estatisticamente, tem-se o levantamento realizado no Distrito Federal sobre o perfil das mulheres que cumprem medida de segurança no estado, no qual constatou-se que 82% das mulheres eram negras, a maior parte não tinha completado o ensino fundamental e, estava inserida no mercado informal de trabalho (CRUZ, 2015). Dados semelhantes a estes foram apontados pelo Censo dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (DINIZ, 2013), que apontou que a maior parcela da população dessas instituições era negra (pretas e pardas, segundo classificação do IBGE), com baixa escolarização e encontravam-se também no mercado informal de trabalho. Há uma predominância de mulheres negras e pobres nos manicômios judiciários, “o que nos faz pensar não apenas na patologização das mazelas sociais, como pontuam Zanillo e Silva (2012), mas também que recortes de raça e classe continuam a traçar o perfil da anormal, da loucura e da mulher que deve ser institucionalizada ainda nos dias atuais” (PEREIRA & AMARANTE, 2017, p. 172).

Através do exercício do trabalho, as mulheres negras e pobres são peculiares em comparação com as que não são. Para estas, o trabalho sempre esteve presente em suas trajetórias, visto que a condição da mulher negra perpetua vestígios escravocratas.

O enorme espaço que o trabalho ocupa hoje na vida das mulheres negras reproduz um padrão estabelecido durante os primeiros anos da escravidão. Como escravas,

essas mulheres tinham todos os outros aspectos de sua existência ofuscados pelo trabalho compulsório (DAVIS, 2016, p. 24).

A existência dos manicômios judiciários esta colocada numa estrutura social a qual justifica a existência de ambientes onde autores/as de delito em sofrimento psíquico sejam alocadas, e sejam submetidas a uma terapêutica. A criação da “doença mental” fundamenta as técnicas de controle que dela vão surgir para auxiliarem na ordem social, pois disciplinam corpos, não deixando de considerar que nesta subentende-se inerente as também questões políticas as quais estruturam nossa sociedade.

CAPÍTULO 2

REFORMA PSIQUIÁTRICA E MEDIDA DE SEGURANÇA

[...] se o retorno ao passado já resulta impossível, não é claro o ponto de chegada do processo como um todo (AMARANTE, 1995, p.14).

Abordar sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira é nos ater a formação e repercussões do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) – que aconteceram paralelas a Reforma Sanitária no Brasil –, aos problemas e questões que os/as diferentes atores e atrizes da sociedade civil, universidades, assim como outras instituições levantaram sobre saúde, doença, tratamento, acesso das pessoas aos serviços, e o mais importante, as reflexões, propostas e formulações de novos paradigmas para o campo da saúde mental – são essas as condições de possibilidades e concretudes para a Reforma Psiquiátrica no Brasil (AMARANTE, 1995). Tal movimento culminou em profundas reformas no saber/poder da psiquiatria e trouxe para o cenário político novas forças que atravessam a ética do cuidado direcionada aos indivíduos que possuem algum tipo de sofrimento psíquico.

A Reforma Psiquiátrica questiona, ainda hoje, várias propostas manicomiais como as longas internações em hospitais psiquiátricos, o isolamento, o asilamento, o saber/poder da psiquiatria tradicional. Radicaliza a problemática e sugere que uma sociedade sem manicômios somente é possível ao se pensar na construção de um novo projeto societário, pois, a partir de um processo de democratização, almejou tensionar antigas e novas problemáticas no campo ético-estético-político da saúde mental. As forças que atravessam os manicômios – tanto psiquiátricos como judiciais – refletem a conjuntura atual da nossa sociabilidade, da ordem social. Logo, as opressões de gênero, classe e raça/etnia são reproduzidas nas instituições, mais especificamente aqui, no manicômio judiciário.

Como veremos, o Movimento Antimanicomial segue propondo novas perspectivas nos cuidados em saúde mental, conseqüentemente trouxe para este contexto reformas nos modelos até então propostos sobre a loucura. A aposta é centrada na integralidade em saúde das pessoas em sofrimento psíquico. Assim, a atenção é oferecida em vários serviços extramuros e de forma a assegurar a vivência dos indivíduos nos territórios, ocupando os espaços urbanos, a cidade. Porém, a promoção de mudanças no paradigma somente reverbera se houver uma transformação complexa na sociedade, pois, a compreensão que o “louco é perigoso”, “lugar do louco é no hospício” e que a doença mental não possui racionalidade são

significados ainda compartilhados socialmente e fomentados por uma parcela da medicina psiquiátrica (AMARANTE, 2007, p. 71).

O que se espera da reforma psiquiátrica não é simplesmente a transferência do doente mental para fora dos muros do hospital, —confinando-o à vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue à própria sorte. Espera-se, muito mais, o resgate ou o estabelecimento da cidadania do doente mental, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento sem a idéia de cura como o único horizonte. Espera-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade. (GONÇALVES & SENA, 2001, p 51 *apud* TRABUCO & SANTOS, 2015).

O percussor da Reforma Psiquiátrica na Itália, Franco Basaglia, já se questionava: o que no território repele a doença mental e a confia na psiquiatria e em instituições psiquiátricas? (BASAGLIA, 2005 *apud* AMARANTE, 2007). Assim, “o ponto de partida é começar a pensar o campo da saúde mental e atenção psicossocial não como um modelo ou sistema fechado, mas sim como um processo; um processo que é social; e um processo social que é complexo” (ROTELLI *et al.*, 1990 *apud* AMARANTE, 2007, p. 63).

A construção da loucura, como hegemonicamente ela é conhecida, tem suas bases construídas pelo saber/poder médico, que, por sua vez, está pautado na ciência absoluta, universal e neutra. Desta forma, é atribuída à doença um caráter institucional na qual: o saber psiquiátrico classifica ela no corpo, e é criado um lugar social para que o corpo doente seja alocado dentro da sociedade. A psiquiatria cria a doença mental e sua terapêutica – o manicômio –, estabelecendo assim, as formas de cuidados dispensados aos sujeitos que neles são identificados com o “mal”. Neste sistema, a produção da subjetividade se fixa em um único modelo possível no qual o indivíduo doente é tido como anormal, desviante.

Têm-se corpos que devem ser colocados em instituições responsáveis por contê-los, como afirma Passos (2011, p. 45): “a psiquiatria tradicional nega o louco, atribui-lhe a doença mental e enuncia uma série de consequências por sua condição de enfermo. Nega a liberdade do doente e defende sua cura pelo isolamento”.

Em 2001 no campo da saúde mental brasileira tem-se a homologação da Lei Federal da Reforma Psiquiátrica, ou Lei 10.216/01, a qual redireciona a assistência em saúde mental para a oferta de tratamento em serviços de saúde considerando o modo de atenção psicossocial, assim, os atendimentos às pessoas em sofrimento psíquico devem ser realizados preferencialmente no território. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) passam a ser os responsáveis pelo cuidado em saúde mental dos indivíduos em sofrimento psíquico e, considerando a Portaria nº 816/GM/MS, de 30 de abril de 2002, os/as usuários/as abusivos/as de álcool e outras drogas também têm garantido, pelo Sistema Único de Saúde (SUS),

atendimentos nestes lugares específicos para pessoas com necessidades em decorrência ao uso abusivo de álcool e/ou outras drogas (CAPSad). Há ainda os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) (BRASIL, 2012).

As reformas construídas e seus reflexos nas políticas de saúde mental atravessam o manicômio judiciário com grande dificuldade. No Brasil ainda existem inúmeras pessoas internadas em instituições psiquiátricas cumprindo medida de segurança. Os dados oficiais apontam que, em 2014, 2.497 pessoas encontravam-se em ECTPs no território brasileiro (INFOPEN, 2014). Esses números mostram uma contradição na efetivação da nova política, visto que, uma vez redirecionado o cuidado no campo da saúde mental, pessoas em conflito com a lei e em sofrimento psíquico deveriam também ser encaminhadas para tratamento nos serviços territoriais como os mencionados acima, ou outros dispositivos especializados em saúde, como a Estratégia de Saúde da Família. Porém, nos deparamos com uma realidade diferente daquela esperada a partir da promulgação da Lei 10.216/01, no âmbito institucional.

Ao contrário, estas pessoas são encaminhadas para os Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e devem permanecer ali por um prazo mínimo de um a três anos, ou até que cesse sua periculosidade, mediante a decisão judicial. Isso se dá dessa forma, porque para os indivíduos que cometem algum delito e possuem algum tipo de transtorno mental, a punibilidade é extinta, e atribui-se, através do Código Penal, um tratamento para estas pessoas. Este pode ser realizado em instituições psiquiátricas – como é o caso dos ECTPs – ou ambulatorialmente. Porém, em sua grande maioria, as pessoas continuam sendo encaminhados/as para tratamentos em manicômios judiciários, ao invés dos ambulatoriais (BRASIL, 2005).

As medidas de segurança, desta forma, são sancionadas de maneira irregular, já que as pessoas são obrigadas a cumprirem, compulsoriamente, o tratamento em Estabelecimentos de Custódia e Tratamentos Psiquiátricos. Uma vez que tais estabelecimentos são geridos pela SEAP – Secretária de Administração Penitenciária –, a política de saúde mental encontra impasses para efetivar suas diretrizes (BRASIL, 2005). Logo, a não assistência aos/as pacientes psiquiátricos em conflito com a lei torna-se flagrante. Esses indivíduos não são considerados no que tange aos cuidados em saúde mental, eles/as encontram-se “esquecidos dentro dos manicômios judiciais, que, embora recebam o nome de hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, são verdadeiras prisões que não oferecem sequer tratamento a esses pacientes” (PEREIRA, 2013, p. 242). Conforme Alberto Reis (2010), “os manicômios judiciários são a parte mais difícil da implementação da reforma psiquiátrica, um lugar inóspito e estigmatizado” (p.53).

Além disso, a desinstitucionalização, na busca da atenção integral à saúde e baseada num modelo psicossocial, visa [re]estabelecer principalmente no território moradia, trabalho e lazer aos/as usuários/as em sofrimento psíquico (DUARTE, PASSOS & GOMES, 2015). Desta forma, diante da estigmatização – pois são loucas/os criminosas/os – que pessoas que cumprem medida de segurança enfrentam ao ocupar espaços que historicamente foram negados para estas, um grande desafio para o processo de desinstitucionalização dos manicômios judiciários (PASSOS, CORREIA & ALMEIDA, 2017). Mas especificamente aqui, além da estigmatização, têm-se um conjunto de opressões que atinge mulheres pobres e negras: de gênero, raça/etnia e classe.

Desta forma, neste capítulo abordaremos as mudanças profundas que ocorreram no campo da saúde mental, apresentando as condições de possibilidades destas, as discussões da reforma sanitária, suas reverberações no MTSM e os desafios que a desinstitucionalização – no que tange à política de saúde – enfrenta no cuidado das pessoas em sofrimento psíquico em conflito com a lei. E compreender que todo o processo de democratização em saúde busca por engajamento na construção de um novo projeto societário, criação de um novo lugar social para os indivíduos, em particular aqui, para as autoras de delito em sofrimento psíquico:

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, p. 06).

2.1 – A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

A Reforma Psiquiátrica brasileira surge em um contexto de muitas mobilizações sociais na área da saúde. Em meados dos anos 1970 – período que ainda compreende a ditadura militar – o país percorre crises políticas, econômicas e sociais. A assistência em saúde apenas é direcionada àqueles/as que contribuem para a previdência social, logo somente contribui trabalhadores/as que estão inseridos/as no mercado formal. Desta maneira, o atendimento em saúde é ligado ao poder econômico das pessoas, destinado para os/as que produzem (FLEURY, 2009).

Essa forma de acessibilidade pauta uma desigualdade política, social e econômica neste campo, formando um modelo de proteção social que só beneficia uma parcela da

sociedade, a que tem vínculos com o sistema previdenciário. Nem todos/as são tidos como cidadãos e cidadãs, uma vez que só alguns têm acesso, indicando, concomitantemente, para quem os direitos são feitos. A saúde é cada vez mais privatizada, os investimentos estatais para esta área são escassos e há o descaso em políticas públicas envolvidas com o desenvolvimento social (MATTA & PONTES, 2007).

O Estado fomenta uma assistência social seleta, exclusivista, baseada na estrutura de trabalho formal. É neste contexto que surgem diversas pautas para que houvesse mudanças nas estruturas do funcionamento do Estado. O movimento sanitário emergiu buscando transformações na área da saúde, mas, sobretudo, propondo a reestruturação do sistema estatal, fomentando a implantação da seguridade social, e a democratização em saúde (FLEURY, 2007).

Estas mudanças se refletiram a partir do forte engajamento dos movimentos sociais em luta pela democratização do país e na centralidade assumida pela Assembleia Nacional Constituinte, em 1977-78, como arena pública privilegiada de enfrentamento de projetos em disputa por uma nova institucionalidade.

A construção de um projeto de reforma sanitária foi parte das lutas de resistência à ditadura e ao seu modelo de privatização dos serviços de saúde da Previdência Social e pela construção de um Estado democrático social (FLEURY, 2007, p. 744).

É neste movimento de democratização social que em 1988, com a Constituição Federal, é assegurado o Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, as políticas de saúde detêm uma inovadora configuração que virá a orientar todas as práticas de cuidado direcionadas para a população, e não surpreendentemente, também para as pessoas em sofrimento psíquico. São essas as condições de possibilidades e concretudes da Reforma Psiquiátrica brasileira.

A efervescência das ideias do movimento sanitário em saúde impulsiona o movimento antimanicomial. O início do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil data de 1978 quando em abril deste mesmo ano profissionais de quatro instituições psiquiátricas do Estado do Rio de Janeiro – Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e o Manicômio Judiciário Abismo – deflagraram uma greve. Tais instituições eram componentes da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), a qual era responsável pelas formulações das políticas em saúde mental. Denúncias como a precarização do serviço oferecido aos/as pacientes e familiares, a falta de concursos públicos, os baixos salários, os episódios de violências cometidos nos hospitais psiquiátricos, a mercantilização da loucura, o grande incentivo dado pelo Estado a rede privada de saúde eclodem dos/as profissionais contra o referido órgão, ganhando apoio de diferentes entidades da área da saúde mental – Movimento de Renovação Médica (REME) e do Núcleos Estaduais de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (AMARANTE, 1995; BRASIL, 2005).

O modelo hospitalocêntrico e o saber da psiquiatria foram criticados. A construção da loucura como desvio à norma e o tratamento oferecido passam a ser questionados. Os hospitais psiquiátricos começam a ser tidos como lugares inóspitos, os quais fracassaram quanto ao cuidado dirigido para a população. Esses socialmente reproduzem “um micro-universo das relações sociais, podendo significar a exclusão ou a tentativa de normalização de pessoas que haviam rompido os parâmetros sociais” (COUTO, 1994, p.58).

Tais acontecimentos resultam na crise da DINSAM, concomitantemente a organização e fortalecimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, no qual é formado por pacientes e familiares, trabalhadores do movimento sanitário, sindicalistas e diversas Associações. Como processo que tinha a democratização da participação como princípio, junto à sociedade são realizadas conferências, encontros, reuniões, congressos a fim de discutir a atual conjuntura da saúde mental da época, e propor novas formulações para o campo. Vale enfatizar que é o aspecto não instituído do MTSM – sendo contrário a burocratização, a hierarquização de líderes e a não pactuação direta com o Estado – que se desdobra em uma ação que privilegia a democratização das participações e reflexões realizadas dentro do movimento (AMARANTE, 1995).

Diferentes demandas existiam para a reforma da atenção que era dada aos/as pacientes psiquiátricos/as. A qualidade da assistência pública neste período estava sucateada por causa dos investimentos mínimos no campo da saúde, pois o país encontrava-se voltado para o crescimento econômico. Isto resultou em uma configuração da área da saúde onde: a política privilegiava as privatizações dos hospitais, estes com características asilares e manicomialis; os leitos psiquiátricos aumentaram na rede pública em 2%, num período de 30 anos, para o mesmo período a assistência privada contabilizou cerca de um acréscimo de aproximadamente 300%; por conta da lógica de proteção social somente trabalhadores/as que trabalhavam e contribuíam para a previdência, tinham acesso à atenção em saúde;

Quando teve início o Movimento da Reforma Psiquiátrica, sabia-se com certeza que as transformações não ocorreriam da noite para o dia. Afinal, seriam duzentos anos de história da psiquiatria a ser mudados: duzentos anos de um determinado tipo de prática que instruiu à sociedade na forma de lidar com a loucura. Naqueles anos era extremamente grave a situação da assistência psiquiátrica no Brasil, de acordo com os relatórios do próprio MTSM que forneciam alguns indícios da árdua luta que se tinha pela frente (AMARANTE, 1997, p. 166).

As reverberações que são provocadas pelo MTSM são impulsionadas também pelo contexto histórico internacional. Países como Estados Unidos, Inglaterra, França e Itália encontravam-se em profícuas discussões acerca da assistência dispensada aos/as pacientes psiquiatrizados/as. Em outubro de 1978 ainda, na realização do I Congresso Brasileiro de

Psicanálise de Grupos e Instituições, o país recebe a visita de grandes nomes que têm pensamentos críticos sobre o campo da saúde mental. Pessoas como Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel, Erving Goffman junto com o apoio da Cebes, realizam encontros em universidades e outras instituições, difundindo ideias sobre como o processo de desinstitucionalização vinha acontecendo mundialmente, até então (AMARANTE, 1995).

Essas novas sugestões de transformações do âmbito da saúde mental ficam conhecidas como desinstitucionalização. Este conceito originou-se nos Estados Unidos, no campo da Psiquiatria Preventiva¹¹, e foi usado para designar um conjunto de medidas para a desospitalização. Ou seja, foram adotadas ações que possibilitassem a redução dos/as pacientes dos hospitais psiquiátricos, a redução do tempo de permanência e as altas hospitalares. A Inglaterra foi outro país que também desenvolveu experiências que colocaram em questão o poder/saber da psiquiatria. A Antipsiquiatria, como ficou conhecida, foi criada quando psiquiatras passaram a considerar que os/as pacientes eram vítimas de opressões e outros tipos de violências. Logo, construíram estratégias para solucionarem tais acontecimentos (AMARANTE, 1995).

Essas alterações nos procedimentos até então dispensados aos/as pacientes com transtorno mental, somente obtiveram suas condições de possibilidades porque, com as experiências das duas guerras mundiais, parte da sociedade, direcionando seu olhar para os hospitais e colônias psiquiátricas, constatou as grandes violações que acometiam as pessoas em sofrimento psíquico da época (AMARANTE, 2007). No período pós-guerra, os soldados ingleses eram encaminhados para hospitais buscando o tratamento de seus problemas emocionais. Com uma grande demanda de atendimentos e recursos humanos escassos, tem-se pela primeira vez a criação e definição da “Comunidade Terapêutica”.

Esta apresenta uma dinâmica onde tanto os membros técnicos como as pessoas internadas e seus familiares são considerados/as responsáveis pelo tratamento dos/as pacientes. Essa experiência é inovadora, uma vez que sugere que a instituição deveria trabalhar horizontalizando, democratizando as organizações sociais, modificando as relações de poder (AMARANTE, 2007). Emerge uma concepção de que não apenas os espaços físicos do hospital devem mudar, mas também os vínculos interpessoais que se estabelecem nesses lugares.

De diversas outras experiências surgiram conceitos e ações as quais compuseram o cenário para as reformas no campo da saúde mental. Além das Comunidades Terapêuticas, as

¹¹ Para saber mais sobre a Psiquiatria Preventiva, Antipsiquiatria consulte Amarante (1995; 2007).

práticas francesas contribuem com a transversalidade que, de acordo com Paulo Amarante (2007), pode ser compreendida como a problematização das hierarquias e hegemonias que se estabelecem nas instituições hospitalares. Grupos, encontros, reuniões, produtos eram feitos com o corpo técnico do espaço junto aos/as internos/as, pois se apostava que assim haveria “uma reorganização interna na dinâmica psíquica” (AMARANTE, 2007, p.44). Setorização, o acompanhamento terapêutico por uma equipe multiprofissional e a regionalização foram elementos também importantes para a transformação dos cuidados em psiquiatria.

Como podemos perceber nenhuma dessas intervenções no campo da saúde mental, resultaram em mudanças de paradigmas no que concerne ao saber/poder da medicina psiquiátrica. Foram realizadas transformações que pretenderam reformular a assistência às pessoas em sofrimento psíquico, mas ainda consideraram esses/as como sujeitos que alocavam uma natureza doente. Pois, “recentrar a psiquiatria na sociedade não significa implantar aí mais ou menos artificialmente equipamentos e equipes extra-hospitalares, mas reinventá-la ao mesmo tempo em que se desenvolvem outras práticas sociais com a ajuda direta das populações concernidas” (GUATTARI, 1992, p. 194).

A vivência italiana é a iniciativa, internacionalmente reconhecida, mais incisiva de romper com os ditames da medicina psiquiátrica. A criação dos serviços substitutivos regionalizados em saúde mental. Já em 1978 foi aprovada a Lei 180, na Itália, a qual demarcou institucionalmente, a substituição dos manicômios enquanto aparato psiquiátrico, e o deslocamento do modelo de cuidado para outros meios (AMARANTE 1997).

O movimento democrático italiano foi “o único a nível internacional que abriu as portas do manicômio rompendo efetivamente com a Psiquiatria; ele se diferencia das reformas psiquiátricas que ocorreram na Europa e nos EUA” (NICÁCIO, 1989:97 *apud* PASSOS, 2011, p.46 [...]) Buscou-se, por meio dessas experiências, romper e renovar a capacidade terapêutica da psiquiatria tradicional, saindo do território restrito e partindo para a construção em conjunto com a sociedade de um espaço real da vida humana (PASSOS, 2011, p. 46 grifo nosso).

A partir destas mudanças, a nível internacional no campo da saúde mental, o movimento contra o saber/poder pautado pela psiquiatria, a redefinição de saúde e doença, as mudanças políticas impulsionadas no Brasil, é que em 1987 aconteceu a 8ª Conferência Nacional de saúde. A organização da “Oitava”, como ficou conhecida, buscou envolver de forma mais abrangente e incisiva a participação popular nas discussões e nas formulações das políticas em saúde, e criou as possibilidades para que o Sistema Único de Saúde fosse refletido de forma mais concreta. Como desdobramento da Oitava, tem-se a I Conferência Nacional de Saúde Mental (AMARENTE, 2007). Neste evento foi reafirmada a necessidade

de substituição das instituições psiquiátricas por lugares não asilares e manicomial, a criação de uma rede alternativa (AMARANTE, 1997).

No II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, que aconteceu no mesmo ano da I Conferência Nacional, emergiu o lema “Por uma sociedade sem manicômios”! A partir deste marco o movimento pauta um caráter mais participativo dos/as usuários/as e familiares, assim como adota um posicionamento mais claro quanto à existência dos hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 2007).

“Por uma sociedade sem manicômios” o lema surgido deste encontro de Bauru, expressava uma ruptura, tanto epistemológica, quanto estratégica que marcaria os anos subsequentes, onde o eixo dos debates saía dos limites meramente assistenciais e, mais ainda, da simples oposição entre serviços extra-hospitalares versus serviços hospitalares, para a superação radical do modelo psiquiátrico tradicional, expresso tanto no manicomial quanto no saber médico sobre a loucura (AMARANTE 1997).

Contudo, mesmo neste evento tendo sido discutido que “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” (CARTA DE BAURU, 1987), as opressões de gênero, classe e raça não são citadas como presente no conjunto dos mecanismos de violações cometidas pelo Estado, e que atingem as pessoas em sofrimento psíquico. Desta forma, a luta antimanicomial, apresenta-se distante, neste momento, das discussões de gênero, raça e classe. Ao não reconhecer essas opressões não busca garantir acesso à saúde mental de todos os indivíduos. Logo, pautamos que discutir acessos é considerar também as diferentes opressões sofridas pelas mulheres negras e pobres em sofrimento psíquico.

A assistência à saúde da mulher é uma temática que vêm sendo pautada desde os anos 80, juntamente aos outros movimentos sociais que encontram espaço para essas discussões no processo de democratização no campo da saúde. A Carta de Itapeçerica de 1984 é o primeiro documento público realizado por mulheres que considera as discussões relativas à saúde integral específica das mulheres, e denúncia à concepção machista que a medicina concebe a saúde destas, pois, são vistas apenas como reprodutoras (ÁVILA & CORRÊA, 1999). Desta forma, exigem:

Um programa de saúde integral para a mulher envolvendo todos os seus ciclos biológicos: infância, adolescência, juventude, maturidade, menopausa e velhice; concretizados na sua especificidade sexual (menstruação, contracepção, gravidez, parto, aleitamento, infertilidade, doenças venéreas, prevenção do câncer ginecológico e de mama, saúde mental, e algumas doenças clínicas mais comuns) (CARTA DE ITAPEÇERICA, 1984 grifo nosso).

Nota-se que algumas mulheres já consideravam a saúde mental como importante fator no campo geral da saúde, e que já apontavam para as estruturas machistas nas quais a

medicina estava apoiada. No II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, o qual acontece três anos após a publicação da carta de Itapecerica, não se afirma quais as opressões às quais as mulheres que precisam de uma assistência em saúde mental estão submetidas, mas esclarece que

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).

Em 1989 tem-se a construção do Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, o qual subsidiaria as discussões em saúde mental. Seguindo as últimas proposições realizadas no campo, a Lei propõe a extinção progressiva dos manicômios, a substituição por outra rede assistencial e atribui algumas regulamentações para a internação psiquiátrica compulsória (AMARANTE 1997). Contudo, o projeto de lei limita-se nas suas prerrogativas, não discutindo sobre a relação entre saúde mental e periculosidade, não sugere a destruição dos manicômios judiciários e nem amplia a responsabilidade da construção do laudo para a internação psiquiátrica compulsória para uma equipe técnica, competindo ao médico à exclusividade de sua formulação (AMARANTE, 1997).

Com toda a efervescência dos movimentos pela democratização do país e conseqüente participação da sociedade civil nas decisões em diferentes âmbitos, deu-se a criação do SUS em 1988. Sendo implementado em 1990, tem-se a política em saúde mental orientada pelos princípios e pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde. Os movimentos sociais buscaram por maior participação popular nas decisões, e execuções das políticas. A Lei Orgânica da Saúde – ou Lei 8.080 – dispõe sobre as condições de promoção, prevenção e reabilitação, assim como, de qual forma os serviços deveriam funcionar (BRASIL, 2003).

Os fundamentos sugeridos para viabilizar a democratização da saúde são, a saber: universalidade do acesso, integridade dos serviços, equidade da atenção e a participação popular (AMARANTE, 1997). Desta forma, a Política Nacional de Saúde Mental está balizada em tais normas, prestar atendimento a toda população em sofrimento psíquico, considerando os atravessamentos que estão implicados na saúde mental desta.

É neste contexto que se realiza o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, em 1993, discutindo a temática da assistência orientada para o processo de desinstitucionalização da saúde mental, reorientando as práticas da atenção dispensadas às pessoas em sofrimento psíquico. Esta experiência de desinstitucionalização em quase nada tem a ver com o processo dos EUA, no campo da psiquiatria preventiva – pois esta considerou a desospitalização. Já

neste momento, a desinstitucionalização como estratégia no âmbito das políticas públicas tem a pretensão de ser uma prática de cuidados, envolvendo criação de serviços substitutivos aos manicômios, mas também uma transformação complexa na relação que a sociedade estabelece com a loucura. Assim, “aposta-se em linhas de cuidado que potencializem recursos na atenção básica e que venha garantir novas práticas de cuidado em saúde mental, não restringindo tal atenção apenas aos serviços substitutivos, ampliando-se, conseqüentemente, os espaços sociais de acolhimento da loucura” (DUARTE, PASSOS & GOMES, 2015, p. 04).

Os pressupostos da Atenção Básica, ou Atenção Primária à Saúde, consideram que a saúde deve ser abrangida de maneira que alcance a população integralmente, ou seja, em suas características individuais e coletivas promovendo, prevenindo, diagnosticando, reabilitando e tratando das doenças (BRASIL, 2012). Porém, algumas demandas em saúde não são consideradas historicamente, e essas ausências se tornaram mais visíveis a partir do processo de democratização do país.

2.2 – SAÚDE MENTAL DAS MULHERES NEGRAS: ALGUNS APONTAMENTOS.

Dentro das discussões dos movimentos sociais sobre saúde percebem-se solicitações das mulheres negras, estas afirmam que o atendimento dispensado a elas nos serviços é diferente, e atribuem isso a uma herança social de cunho escravocrata e de práticas ainda bastante racistas: a saúde reatualizaria as desigualdades raciais (SOUZAS, 2008; DAMASCO, MAIO & MONTEIRO, 2012).

A Declaração de ItapecERICA da Serra das Mulheres Negras Brasileiras, datada de 1993, trouxe importantes contribuições acerca da saúde das mulheres negras. O documento foi elaborado porque havia vários indícios de que as políticas públicas, principalmente desenvolvidas na área da saúde reprodutiva, tinham finalidade de controlar especialmente a sexualidade das mulheres negras, diminuindo a natalidade entre esta parcela da população (DAMASCO, MAIO & MONTEIRO, 2012). A declaração apontou a relevância de utilizar o debate de raça para construções das políticas de saúde, visto que o que o país advém de grande desigualdade racial.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2006) foi concebida a fim de ressaltar as necessidades em saúde deste segmento da sociedade, e dá-se na busca da superação do racismo e almejando o exercício pleno da cidadania, igualdade racial, no combate étnico-racial das ações e nos atendimentos nos serviços do SUS (BRASIL, 2007),

sendo promulgada no Diário Oficial apenas em 2009 (BATISTA, WERNECK & LOPES, 2012). Vale salientar que ela somente se consolidou no poder estatal após 21 anos da Constituição Federal, ainda que fosse pauta nos movimentos sociais desde a década de 80.

Foram levantadas novas propostas para que os serviços em saúde desenvolvessem atenção equânime em relação à população negra. Contudo, o desafio da atenção à saúde mental destinada a esta população permanece grande no funcionamento do Sistema Único de Saúde, pois mesmo com a realização da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, as mulheres negras pobres continuam sendo maioria nas instituições que flagrantemente são concebidas para punição, correção, controle, exclusão e disciplina dos seus corpos (PEREIRA & AMARANTE, 2017). Ou seja, com esta constatação parece-nos que o povo negro e pobre permanece, desde a época da escravidão, posto em espaços de um “não cuidado”, mas sim de controle e regulação.

As relações de forças presentes atuam nas subjetividades das pessoas negras e pobres de modo diferente do seu exercício na população branca, e isso reverbera no oferecimento de cuidado em saúde mental para aquele grupo. O processo de subjetivação se dá em meio às relações de forças que são estabelecidas dentro da sociedade, logo, as subjetividades emergem do plano histórico-político (TEDESCO, 2006). Os modos de sentir, viver, de existir, a cultura, a história têm relação com discursos hegemônicos, com sentidos produzidos e compartilhados socialmente, assim, alguns comportamentos são valorizados pelas pessoas e outros não. A subjetividade da população negra é deslegitimada há décadas. Conforme a autora,

falar da subjetividade como processo de produção implica em falar do plano onde este processo de produção, este processo de construção do si, ocorre. Como consequência, precisamos considerar o caráter político, as relações de poder que compõem este plano, as relações de forças implicadas no processo de produção (TEDESCO, 2006, p. 358).

Desta forma, dá-se a necessidade de nos ater neste trabalho ao modo como foi a construção do “ser negra” na nossa sociedade, a fim de compreendermos as particularidades, as opressões, as relações de forças que possibilitam que negros/as tenham um maior agravamento em relação ao sofrimento psíquico. De acordo com Marco Guimarães e Angela Baraf Podkameni (2012), as doenças que acometem as pessoas negras e brancas são semelhantes, contudo é o racismo, a desigualdade racial maior fator correspondente ao adoecimento psíquico do primeiro grupo.

A inscrição que foi/é produzida nos corpos das pessoas negras diferencia-se de como a população branca foi/é determinada, e como efeito têm-se agravos em saúde mental que diferem, dependendo da raça/etnia a qual se pertence. Através da violência observamos como

o plano de forças atua nos corpos negros de uma maneira diferente daquela exercida nos que não compõem este grupo. De acordo com Neusa Santos (1983), o exercício da violência parece a pedra angular da questão, pois, ela impõe na população negra constantes, cruéis e contínuas violações. Existe um ideal do “ser branco/a” que o/a negro/a deve persistir, em detrimento ao reconhecimento do seu corpo negro, e à custa de seu equilíbrio psíquico (SANTOS, 1983). É a forma de “ser branco/a” e de como afastar-se de “comportamentos negros” que estrutura os modos de vida no corpo social.

O/A negro/a tem sua desvalia diante da sociedade. A partir de concepções da supremacia branca tem-se que a biologia não privilegiou a população negra, logo, sobrecai nela o não reconhecimento, a desqualificação, “o outro comunica ao sujeito que é desqualificado, que este não tem nada a dizer, não tem nada a comunicar, ou seja, não tem nada a pensar” (ROUSSILLON, 2006, p. 55 apud GUIMARÃES & PODKAMENI, 2012, p. 217). Conforme bell hooks (1995), as mulheres negras proletárias têm, como consequência da supremacia branca racista, desde crianças, uma “vida da mente” interdita. Há discursos que fixam que elas existem para “servir aos outros”, já que, são corpos sem mente.

As mulheres por causa de sua raça/etnia são produzidas como muito próximas à natureza, sendo desregradas, imprevisíveis, devem ser controladas. Elas detêm, a partir da hegemonia branca, “o status inferior nessa cultura e reservado aos julgados incapazes de mobilidade social por serem vistas em termos sexistas racistas e classistas como deficientes, incompetentes e inferiores” (HOOKS, 1995, p. 469). Neste sentido, para Santos (1983, p. 11-12), “a combinação de certas regras de higiene com certas manifestações intelectuais unem-se às condições de moradia e à miscigenação de traços físicos, para definirem um contorno de condutas e posturais físico-morais, tidas como índice de brancura”.

O plano de disputa de forças que há entre questões da supremacia branca e burguesa, e do povo negro fixa este último no polo de opressão. O valor moral que se atribui às mulheres negras, um “corpo sem mente”, provoca agravos ao que concerne a saúde mental, pois, vários caminhos são interditados para a passagem dos seus corpos. As interdições se dão porque no plano das forças produz-se a verdade de um corpo sem mente, assim, cria-se a noção de inferioridade das mulheres negras, e o racismo destinado a essa população.

2.3 – MEDIDAS DE SEGURANÇA

[...] o modelo psiquiátrico, nascido do modelo biomédico, teve como uma das suas características principais um sistema 'terapêutico' baseado na hospitalização. Como este modelo pressupõe um paciente portador de um distúrbio que lhe rouba a Razão, um insano, insensato, incapaz, irresponsável (inclusive a legislação considera o louco irresponsável civil), o sistema hospitalar psiquiátrico se aproxima muito as instituições carcerárias, correcionais, penitenciárias. Portanto, um sistema fundado na vigilância, no controle e na disciplina. E como não poderia deixar de ser, um sistema com dispositivos de punição e repressão (AMARANTE, 2007, p.61).

Quando uma pessoa que possui transtorno mental comete uma infração, esta é considerada inimputável perante o Sistema Judiciário, assim, nesses casos, o direito penal brasileiro aplica a medida de segurança. É considerada inimputável a pessoa que, no momento da infração, tenha apresentado “doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado” (BRASIL, 1940, art. 26), “embriaguez completa decorrente de caso fortuito ou força maior” (BRASIL, 1940, art. 28, § 1º; c); ou ainda “dependência de substância entorpecente” (BRASIL, 2006, art. 45). Abaixo fragmentos da Lei Nº 7.209, de 11 de julho de 1984, a qual altera ações do Código Penal, e impõe outras providências.

Art. 96 - As medidas de segurança são:

I - internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado;

II - sujeição a tratamento ambulatorial.

Parágrafo único - Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta.

Imposição da medida de segurança para inimputável

Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.

1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de um a três anos.

Perícia médica

§ 2º - A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução.

Desinternação ou a liberação condicional.

§ 3º - A desinternação ou liberação será sempre condicional devendo ser reestabelecida condicional a situação anterior se o agente, antes do decurso de um ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade.

§ 4º - Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos.

Substituição da pena por medida de segurança para o semi-imputável.

Art. 98 - Na hipótese do parágrafo único do art. 26 deste código e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de um a três anos, nos termos do artigo anterior e respectivos.

§§ 1º a 4º.

Direitos do internato

Art. 99 - O internado será levado a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento.

Em suma, as medidas de segurança estabelecem que indivíduos em sofrimento psíquico transgressores da lei tenham tratamento adequado a fim de prevenir a reincidência.

Conforme a Lei Nº 7.209/84, as medidas de segurança são cumpridas em Estabelecimentos de Custódia e Tratamentos Psiquiátricos (ECTP). Os ECTP's são diferenciados entre Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e em Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs). Nem todos os Estados brasileiros têm ECTP, logo, é recomendado que as pessoas sejam encaminhadas para a rede do Sistema único de Saúde – SUS (BRASIL, 2004). De acordo com Débora Diniz (2013), em seu Levantamento sobre os HCTP's brasileiros, até 2011, existiam 26 estabelecimentos de custódia de tratamento Psiquiátrico, sendo “23 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e 3 Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs), localizadas em complexos penitenciários” (p. 35).

Desde o Código Penal de 1890 os/as autores/as de delito em sofrimento psíquico eram compreendidos/as sem responsabilidade penalmente, entregues aos seus familiares ou internados/as em instituições psiquiátricas (CARRARA, 1998). Foi em 1903 com a Lei Federal de Assistência aos Alienados que se criou o Hospício Nacional de Alienados, para onde eram encaminhados os/as “criminosos/as loucos/as” (CARRARA, 2010).

O primeiro HCTP do Brasil somente foi inaugurado em 1921, no Rio de Janeiro, cujo nome foi em homenagem ao diretor da instituição da época: Heitor Carrilho. Mais tarde, mudando para Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, finalmente, em 1986, designado como Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho (CARRARA, 2010). A história do surgimento dos manicômios judiciários começa com a loucura, o crime e a homossexualidade. E dizemos isso porque o primeiro interno do manicômio judiciário foi Febrônio Índio do Brasil: não obstante, homossexual, negro, pobre. Deu entrada com 27 anos e morreu aos 84 anos no manicômio judiciário.

Tanto tempo de internamento talvez se dê pela natureza desta instituição: “uma forma inteiramente nova de intervenção social, mais flexível, mais globalizante, mais autoritária” (CARRARA, 1998, p. 194). E isso porque “os/as criminosos/as loucos/as” são vistos como perigosos/as para a sociedade, dado tanto ao seu diagnóstico, quanto ao crime que cometeram. Estes/as não poderiam ser mais encaminhados/as a prisão – porque são dados/as como “irresponsáveis legais” –, nem ao manicômio psiquiátrico, uma vez que, oferecem risco aos

demais pacientes – apenas loucos/as, sem a marca do crime –, tampouco ficarem libertos: pois colocam em risco a população, por conta da sua “natureza perigosa” (CARRARA, 1998).

É possível que eles sejam freqüentemente vítimas da própria fatalidade orgânica, em que se exprimem associações de múltiplos fatores pelos quais o indivíduo não pode ser moralmente responsável. Mas deixemos de parte esses problemas complicados. Contentemo-nos em lamentar as vítimas inocentes da degeneração alheia e cuidemos em colocar esses desequilibrados em lugar seguro e remoto (OP, 11/10/1919, p. 3 apud CARRARA, 1998, p. 192).

Ao nos remetermos um pouco mais a história do primeiro interno do manicômio judiciário – Febrônio Índio do Brasil –, percebemos a atividade do saber/poder do judiciário ligado ao da psiquiatria e suas produções. Febrônio foi tido como o autor de matar crianças, têm no seu processo, as medidas de seu corpo: “considerável desenvolvimento das mamas (Gynecomastia), bacia larga, lembrando o typo feminino” (FRY, 1982, p. 72). A homossexualidade dele também fez parte do parecer, indicando “pederastia”. Não surpreende que características relacionadas ao corpo feminino tenham composto o documento que serviu a sua penalidade de passar toda sua vida trancada no manicômio judiciário Heitor Carrilho, uma vez que, o biológico feminino é mais próximo à anormalidade, ao crime, ao perigo (Ibidem). Febrônio é classificado como “louco moral” e enviado ao HCTP.

Por vários anos, ele e seus irmãos solicitaram a repetição do exame a fim de averiguar seu estado mental, dizendo que assumiriam a responsabilidade pelo interno, inclusive seu tratamento. Todos os laudos acusaram a necessidade que existia de que Febrônio permanecesse no local, pois tinha ainda tendências antissociais. Uma das solicitações foi realizada a fim de que ele fosse transferido para um tratamento na “Colônia de Psychopatas de Jacarepaguá”, porém, foi desaconselhável, alegando: “dado o caracter aberto daquelle estabelecimento, que oferece, pela sua própria natureza, grande possibilidade de evasão aos doentes nas condições de Febrônio Índio do Brasil” (FRY, 1982, p. 77).

De vez em quando aparece mais um laudo médico, sempre confirmando a periculosidade de Febrônio, mas também documentando sua gradual decadência. Mantido calmo através de eletrochoque e Cardiazol, Febrônio transforma-se, nas palavras do então diretor do manicômio, Dr. Ulysses de Carvalho, “na relíquia do Manicômio Judiciário Heitor Carrilho” (Ibidem, p. 78).

Foram cinquenta e cinco anos de confinamento, justificados através do seu comportamento perigoso, do risco que ele oferecia para a sociedade, e de como a “solução” de mantê-lo na instituição mantinha a segurança pública, pois o “monstro” – como ficou conhecido – estava preso. Acreditamos que não são os atos de Febrônio que o colocam no manicômio, é o *status quo* que, em seu corpo, o saber/poder da psiquiatria e do judiciário emprega.

Tal instituição não surgiu, a princípio, contendo um caráter terapêutico, mas sim “antes, apontavam sua urgente necessidade para uma repressão mais eficaz aos delinquentes” (CARRARA, 1998, p. 192). Destarte, os manicômios judiciários não sustentam um projeto de cuidado, tratamento, tampouco de cura. Febrônio era acusado de ter um “comportamento sádico”, uma “mente diabólica”, ser “cruel”, uma “figura do mal”. Como ele, outras pessoas insurgem com diagnósticos e colocam uma questão tanto para a área jurídica, como para o saber/poder médico: “para onde encaminhar os doentes mentais marcados pelo crime?” (BRUNO; PEGDEN & SOUZA, 2014, p.3). Os manicômios judiciários vão se construindo como respostas a esta questão, porque

[...] o manicômio efetivamente se constitui sobretudo como local de descarga e de ocultamento de tudo aquilo que, como sofrimento, miséria ou distúrbio social, resulta incoerente frente aos códigos de interpretação e de intervenção (de problema-solução) das instituições que fazem fronteira com a Psiquiatria, ou seja, a medicina, a justiça e a assistência. E por isso a Psiquiatria se constitui em última instância na fronteira, no cruzamento dessas instituições e assume o dever de absolver no seu interior tudo aquilo que resta da lógica problema-solução que a governa e, portanto, todos os problemas que ao resultarem incoerentes, insolúveis e irredutíveis são por isso expulsos. Neste sentido a Psiquiatria revela ser uma instituição que mais do que qualquer outra coisa administra aquilo que sobra, isto é, uma instituição, residual ela mesma, que detém, em relação ao sistema institucional em sua totalidade, um poder tanto vicário quanto insubstituível (Rotelli; Leonardis & Mauri, 2001, p. 26-27).

Os manicômios judiciários chamam a atenção por serem espaços designados para o tratamento, mas, historicamente, não apresentam indícios de que seja essa sua finalidade. São lugares que servem para o asilamento e a prisão ao mesmo tempo, lugar híbrido: penitenciário e hospitalar (DALLPOSSO, 2013). Complexo, já que para a prisão enviamos culpados e para os hospitais inocentes, em busca da cura (CARRARA, 2010). Fundado nesta ambivalência, neste segmento que está alocado/a o/a autor/a de delito em sofrimento psíquico.

Esse conflito histórico une dois imaginários sociais – sobre a loucura e o crime –, duas medidas interventivas, contudo, um mesmo projeto de sociedade – capturas das transgressões, de subjetividades que desviam da norma. A psiquiatria atrelada à justiça funda o manicômio judiciário e o justifica a partir da concepção que

se do ponto de vista jurídico o crime é definido como uma ofensa à sociedade, como uma quebra do pacto social, a escolha do interesse individual contra os direitos do outro, uma transgressão do contrato, uma infração a lei, para a medicina ele é definido fundamentalmente por seu caráter patológico: é uma doença moral (MACHADO et al., 1978, p. 324).

E sendo uma doença moral, o “tratamento” oferecido aos/as autores/as de delito em sofrimento psíquico é admitido.

Segundo o sistema de informações penitenciárias – INFOPEN –, em 2014 existiam 20 dispositivos judiciais para o cumprimento da medida de segurança (INFOPEN, 2014). Majoritariamente, a população carcerária cumprindo medidas de segurança é composta na sua maioria por homens, e as mulheres representam uma porcentagem de 7%, do total. É em grande parte, negros e negras, com escolaridade que não ultrapassa o ensino médio, possuindo a maior parte o ensino fundamental incompleto – 45% – (DINIZ, 2013).

Os indivíduos que estão em sofrimento psíquico e cometem alguma infração são penalizadas duplamente ao cumprirem medida de segurança, pois, recai sobre estes a periculosidade, conforme Foucault (2002, p. 44)

Trata-se de uma percepção da loucura em sua peculiar associação com uma incapacidade ou ausência de autocontrole dos impulsos. Esse aspecto se torna etiologicamente importante na avaliação psiquiátrica da criminalidade, no sentido de ser um pré-anúncio de atos criminosos futuros, decorrentes do “acting out” do doente mental. Esse tipo de avaliação psiquiátrica se constitui, basicamente, de qualificações morais, fazendo com que se torne possível construir um novo tipo de discurso que será uma versão psicológica e ética do delito. Ao fazer isso, a psiquiatria deslegaliza a infração tal como ela é determinada na legislação e faz do delito uma irregularidade frente a regras morais, sociais, psicológicas e também fisiológicas. Com isso, o que o juiz vai condenar não é mais o delito, o crime, e sim as condutas irregulares do indivíduo que os originaram. [...] A lógica do julgamento e da administração de penas nessa área se apoia na noção de periculosidade. O indivíduo localizado exatamente no limiar da loucura e da criminalidade é o indivíduo perigoso, que não pode permanecer na sociedade. É necessário, portanto, institucionalizá-lo, seja no espaço da prisão, no polo judiciário, ou em hospital psiquiátrico, no terapêutico. Com isso, apresenta-se o problema [...] do perigo social: isto é, ele será também o discurso do medo, um discurso que terá por função detectar o perigo e opor-se a ele. É, pois, um discurso do medo e um discurso da moralização [...].

A culpabilização da loucura, a periculosidade do/a pessoa em sofrimento psíquico autor/a de delito é uma virtualidade designada àqueles/as que devem permanecer isolados/as da sociedade, uma vez que, podem vir a cometerem novamente o ato criminoso em virtude da sua condição psicológica. É arbitrário, deliberante, uma vez que, a instituição psiquiátrica e de custódia abriga pessoas que são julgadas por seus crimes, como também por situações que podem vir a acontecer. A periculosidade é uma acusação preditiva, visionária, “é uma bola de cristal”. Segundo Carrara (2010, p. 02), “os manicômios judiciais são instituições complexas, que conseguem articular, de um lado, duas das realidades mais deprimentes das sociedades modernas - o asilo de alienados e a prisão - e, de outro, dois dos fantasmas mais trágicos que "perseguem" a todos: o criminoso e o louco”. Unindo o poder/saber médico e jurídico, a contenção ao/a louco/a e o argumento jurídico (CASTEL, 1978).

2.4 – O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NOS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS

*Atenção ao dobrar uma esquina
 Uma alegria, atenção menina
 Você vem, quantos anos você tem?
 Atenção, precisa ter olhos firmes
 Para este sol, para esta escuridão
 Atenção
 Tudo é perigoso
 Tudo é divino maravilhoso
 Atenção para o refrão
 É preciso estar atento e forte
 Não temos tempo de temer a morte
 Atenção para as janelas no alto
 Atenção ao pisar o asfalto, o mangue
 Atenção para o sangue sobre o chão
 Atenção
 Tudo é perigoso
 Tudo é divino maravilhoso
 Atenção para o refrão
 É preciso estar atento e forte*

(Divino maravilhoso, Gal Costa).

Segundo Basaglia (1985), todas as Instituições da Violência são locais de controle do social. Elas estabelecem um problema – solução (a doença e sua terapêutica), instituindo uma determinada forma da sociedade se relacionar com a doença, e conseqüentemente, com o doente (ROTELLI; LEONARDIS & MAURI, 2001). Baseadas na definição de doença mental e do tratamento adequado são estabelecidos critérios de como lidar com o problema e qual solução optar. Frequentemente, as concepções dos problemas ligados à mente relacionam-se com desvios morais, pessoas que se comportam subversivamente. Logo se coloca: como controlar esses “impulsos”? A psiquiatria responde tal questão impondo ao indivíduo um tratamento para restabelecer plenamente a normalidade (Ibidem).

A desinstitucionalização da saúde mental é uma maneira de se relacionar com a enfermidade, delineando parâmetros diferentes da psiquiatria positivista, consistindo de mudar a lógica da doença e da instituição delegada para o seu tratamento. No processo de desinstitucionalização há a concepção de um novo objeto de intervenção, não é mais a doença, mas sim, “a existência-sofrimento dos pacientes e a sua relação com o corpo social” (Ibidem, p. 30). Assim, todas as direções para o estabelecimento do tratamento são subvertidas, as instituições, no processo da desinstitucionalização, fundam novas estratégias de interagir com a pessoa doente.

No Brasil, a Lei 10.216/01, ou Lei Antimanicomial é aprovada onze anos após o PL Paulo Delgado – em 6 de abril de 2001. Esta transcorre sobre os direitos e a proteção das pessoas em sofrimento psíquico, e redireciona o modelo de atenção na saúde mental. Tal acontecimento é importante por ser este um marco ocorrido no poder legislativo e que agora compõe o regulamento e as responsabilidades que o Estado tem neste campo.

Porém, novamente aqui – agora na instância estatal – não se encontram indicativos que reconheçam as opressões de gênero, raça e classe e logo, estratégias que busquem prevenir que violações com estas características aconteçam dentro do novo modelo de assistência. No artigo 1º da Lei lê-se:

Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (BRASIL, 2001).

Mesmo buscando assegurar que a nova lei atenda todos/as, a não discriminação e o exercício, por conseguinte da cidadania, exercitando a igualdade no atendimento dos/as usuários/as no SUS, infelizmente não garante todas as diretrizes – Universalidade, Integralidade e Equidade – que orientam as políticas públicas em saúde. Não considerar as opressões estruturais que estão presentes no Estado é, por conseguinte, não oferecer um serviço em saúde equânime. Permite-se assim, que mulheres pobres e negras continuem sofrendo violações nos atendimentos. Há uma alarmante desigualdade no nosso país, uma sociedade machista, sexista, classista que exerce várias formas de controle, impede o exercício pleno da cidadania e da equidade proferida pelo SUS.

A partir do princípio da equidade do SUS, tem-se um mecanismo para a elaboração da estratégia que visa combater as opressões de gênero, raça e classe nos serviços públicos de saúde. De acordo com Edna Roland (2000) citada por Raquel Souza (2008), “existem dificuldades para o reconhecimento das mulheres negras, como sujeito político, que precisam ser superadas, para que se alcance outro patamar na discussão sobre questão racial e saúde” (p. 07).

Dada às condições históricas de dominação-exploração das mulheres negras no Brasil, reconhece-se a importância de, desinstitucionalizando, perceber se a dimensão da raça/etnia tem norteado os pressupostos do processo, ou se esta população continua sendo negligenciada em seus aspectos, assim como acontece desde a escravatura (CUNHA, 2012). Tal compreensão não é clara e o assunto não é amplamente discutido por algumas questões: como o Sistema Único de Saúde já determina em seus princípios a equidade seria de se esperar que

fosse colocada em prática. Contudo, o mito da “democracia racial” produz uma invisibilidade das opressões que as mulheres negras vêm sofrendo com o passar das décadas.

O acesso da população negra à saúde se dá de forma desigual em relação à branca. A morbimortalidade, as dinâmicas de adoecimento e de saúde têm relação com a raça/etnia a que pertencem as pessoas. Assim como ocupação, renda familiar, educação, lugar de moradia, o acesso à saúde da população negra é diferente quando comparado com a branca (Ibidem). Estudos mostram (SOUZAS, 2008; CUNHA, 2012), que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é importante e urgente por causa das desigualdades raciais que se têm. Porém, ainda enfrentamos na área da saúde muitos entraves em decorrência do racismo institucional¹², do não reconhecimento de um passado/presente de opressões infligidas aos corpos negros.

No estado do Rio de Janeiro se encontram aproximadamente dezoito mulheres cumprindo medida de segurança de internação, até julho/2017. A partir do censo dos Estabelecimentos de Custódia (2013) e do INFOPEN (2016), é a população negra e pobre que mais ocupa os manicômios judiciários brasileiros. O processo de desinstitucionalização visa criar novos espaços tanto de inserção das pessoas em sofrimento psíquico, quanto desconstruir o saber/poder da psiquiatria clássica que busca isolar as pessoas em hospitais, e no nosso caso, em HCTP's. Desta forma, além de deslocar os indivíduos dos Hospitais de Custódia para a rede de saúde mental, desinstitucionalizar significa que os acessos à cidade devem ser uma busca incessante de passagem para os corpos “loucos” (AMARANTE, 1996).

Devido ao gênero, à raça/etnia e à classe, historicamente as mulheres negras e pobres têm seus corpos interditados em diferentes caminhos da cidade. Elas ocupam a maior parte dos trabalhos informais, moram em lugares muitas vezes inóspitos, possuem baixa escolaridade, têm uma expectativa de vida menor que a população branca (BATISTA, WERNECK & LOPES, 2012). Ser a maior parcela das pessoas que estão nos Hospitais de Custódia nos indica o perfil – negras e pobres – que ainda delinea as Instituições da Violência (BASAGLIA, 1985), especificamente aqui, os manicômios judiciários brasileiros (PEREIRA & AMARANTE, 2017).

Neste sentido, o processo de desinstitucionalização que vem acontecendo nos Hospitais de Custódia deve levar em consideração as especificidades da população mais

¹² O racismo institucional pode ser definido como o fracasso coletivo das organizações e instituições em promover um serviço profissional e adequado às pessoas devido a sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ancorada em um esquema interpretativo que reconhece a existência de fenômenos sociais irreduzíveis ao indivíduo, e apontando a reprodução de práticas discriminatórias que se assentam não apenas em atitudes inspiradas em preconceitos individuais, mas na própria operação das instituições e do sistema social (JACCOUD, 2008 apud FAUSTINO, 2012, p. 102).

presente cumprindo medida de segurança. Isso porque, a efetividade do processo depende da adoção de práticas que procurem diminuir as desigualdades de gênero, raça/etnia e classe a que as mulheres negras e pobres estão submetidas historicamente. Enfatizamos aqui as definições que Amarante (1996) aponta sobre a desinstitucionalização da saúde mental, pois, o autor nos chama a atenção para as diferenças conceituais deste processo em relação aos termos desospitalização e a desinstitucionalização como desassistência.

A desospitalização está relacionada com a crença de que a instituição hospitalar é incipiente para atender às necessidades dos/as pacientes, logo, necessita de reformulações, sendo os serviços oferecidos no território os adequados para a população. Mas, não deslegitima o saber/poder da psiquiatria, assim, as práticas de cuidado continuam pautadas neste paradigma, “a causa da falência do sistema psiquiátrico não estaria na psiquiatria, mas na má aplicação desta” (AMARANTE, 1996, p. 17). Já a desinstitucionalização como desassistência diz respeito às estratégias que visam acabar com as instituições hospitalares, no entanto, não substituí-las, provocando um abandono às pessoas que precisam de cuidados na área da saúde mental, “entende-se [...] que a desinstitucionalização significaria abandonar os doentes à própria sorte, seja pela premissa crítica, correta, de que seu objetivo pode ser o de reduzir ou erradicar a responsabilidade do Estado para com essas pessoas e familiares, seja por uma compreensão pouco correta do conteúdo teórico que está em jogo” (Ibidem, p. 19).

A compreensão desses conceitos junto à consideração do gênero, raça/etnia e classe é imprescindível para que possamos oferecer cuidados de forma mais equânime para todos/as, sem prejuízo à saúde mental das pessoas. A preconização pelo SUS das suas diretrizes – Universalidade, Igualdade e Equidade –, deve ser articulada com pressupostos que priorizem a diminuição das desigualdades de gênero, étnicas raciais e de classe, uma vez que, garantir saúde mental é assegurar o acesso dos indivíduos aos diversos espaços da sociedade. O processo de desinstitucionalização das mulheres em medidas de segurança, por conseguinte, deve buscar combater as violações de direitos, a dominação-exploração, as situações de abusos que historicamente essa população tem sido submetida (BATISTA, WERNECK & LOPES, 2012).

CAPÍTULO 3

O ATUAL CONTEXTO DOS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Atualmente há dois Manicômios Judiciários no estado do Rio de Janeiro: o MJ/Limbo e o MJ/Escuridão. Mas, existiam três, como traz a pesquisa do senso dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (2013), o Manicômio Psiquiátrico Abismo. A instituição tinha

Vinte, vinte duas mulheres internadas, sendo que dessas haviam mulheres cumprindo medida de segurança, acauteladas¹³ e por determinação judicial. [...] e também tinham aqui as pessoas das emergências nas cadeias, que eram as mulheres que estavam cumprindo pena, e vinham pra cá por terem surtado na cadeia ou porque causavam muitos problemas na cadeia de relacionamento, aí as pessoas achavam que era maluca. E realmente eram pessoas que tinham perturbação grave, algumas usuárias de drogas, outras com comorbidade. Sempre tinha alguma que eles chamavam a bola da vez (Profissional 5).

Seu fechamento, como Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, acontece em 2013¹⁴.

Até o ano de 2013 as mulheres eram internadas no Abismo. Esta instituição fecha em 2016, como Manicômio Judiciário, e permanece como instituto de perícias. A partir de 2013 tanto as mulheres que ainda estavam internadas no Abismo, quanto as novas entradas de mulheres são encaminhadas para o Manicômio Judiciário Limbo. Contudo, algumas ainda ficaram naquela instituição, pois estavam abrigadas, aguardando locais para onde pudessem se dirigir, pois o retorno familiar não foi possível (DIÁRIO DE CAMPO, 2017).

No estado do Rio de Janeiro têm-se dezoito mulheres manicomializadas, todas atualmente ficam no Manicômio Judiciário Limbo. Esta instituição é um hospital misto, sendo ocupado majoritariamente por homens, possuindo apenas uma ala feminina. Esta instituição compõe o cenário de atendimentos hospitalares do Complexo Penitenciário de Gericinó/RJ, junto ao Sanatório Penal. Construído originalmente para atender as emergências psiquiátricas do sistema penitenciário, atualmente recebe também os encaminhamentos judiciais de medida de segurança (DIÁRIO DE CAMPO, 2017). Enquanto que o Manicômio Judiciário Escuridão apenas interna homens que tiveram sua medida de segurança delegada, e não realiza atendimentos em casos de emergências psiquiátricas.

¹³ “Acautelada” é um termo usado pelos profissionais que trabalham nos HCTP’s para se referirem as pessoas cumprindo medida provisória (DIÁRIO DE CAMPO, 2017).

¹⁴ Contudo, algumas pessoas ficaram albergadas/abrigadas na instituição, esperando retorno familiar ou encaminhamento para os serviços substitutivos, como RT. Os indivíduos referidos já tinham cumprido suas medidas, mas, em decorrência de falta de vaga na rede ou outros motivos, demoraram a sair do Manicômio Judiciário Abismo. Até 2016 esta situação permaneceu. Foi fechado e transformado em instituto pericial: Instituto e Perícia Abismo.

Em 2016, ao todo eram aproximadamente 117 pessoas que se encontram nos manicômios judiciários do Rio de Janeiro – a maior parte homens –, seja cumprindo medida de segurança de internação, mandato judicial ou precisando de atendimento nos casos de emergências psiquiátricas (MAGNO, 2016), atualmente são 232 pessoas nos manicômios judiciários, sendo que 136 são medidas de segurança, tanto de internação como ambulatorial (DIÁRIO DE CAMPO, 2017).

3.2 – SUJEITOS/MULHERES

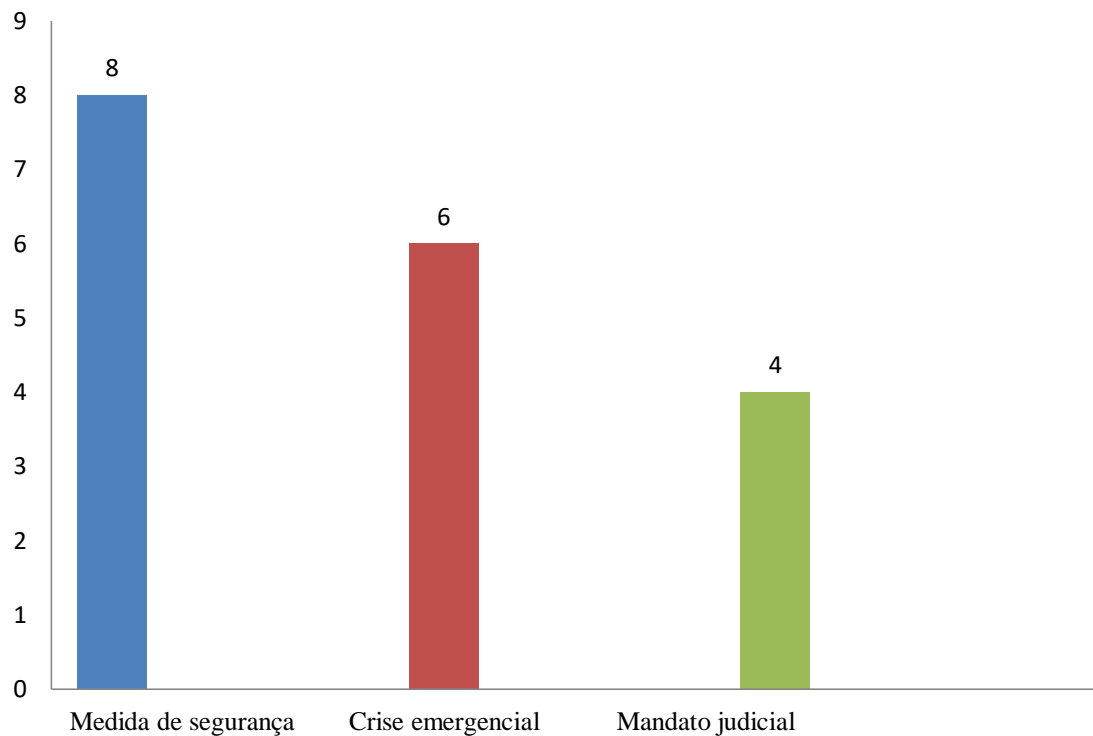
3.2.1 Levantamento do perfil das mulheres no Manicômio Judiciário Limbo.

O presente levantamento foi realizado a partir da FAC – Ficha de Antecedentes Criminais – das mulheres internadas no Manicômio Judiciário Limbo. A padronização deste documento é semelhante para os/as pacientes dos ETCPs como para os/as presos/as em unidades prisionais, assim os dados que podem ser encontrados dizem respeito aos aspectos gerais e pessoais do indivíduo, e é produzido no momento do internamento – no caso, dos/as inimputáveis. É produzido pela SEAP e lançado em seus arquivos. Vamos apresentar, a partir de uma análise quantitativa, algumas informações que foram pertinentes para o delineamento da raça/etnia e da classe das pacientes internadas no estado do Rio de Janeiro.

Já que o Manicômio Judiciário Limbo é uma instituição que compõe o cenário de atendimentos hospitalares do Complexo Penitenciário de Gericinó – Bangu/Rj –, ele recebe mulheres que (1) demandam atendimentos psiquiátricos emergenciais, e retornam para a sua prisão de origem, após a crise. Além disso, (2) mulheres que cumprem medida de segurança de internação; e (3) pessoas que ao longo do processo de execução, tiveram sua pena convertida em medidas de segurança de internação (DIÁRIO DE CAMPO).

No momento do levantamento das informações nem todas as mulheres em sofrimento psíquico autoras de delito cumpriam medidas de segurança —, porém, entendemos que todas tangenciam as discussões de gênero e loucura no âmbito da saúde mental e justiça criminal. Logo, percebemos como pertinente o levantamento concebendo todo o grupo de mulheres, uma vez que, todas têm seus corpos expostos a esta “Instituição da Violência” (BASAGLIA, 1985). Desta forma, o levantamento foi feito considerando todas as mulheres que estavam internadas no hospital de abril/2010 até julho/2017.

Figura 1 – Mulheres internadas no Manicômio Judiciário



Fonte: Elaborado pela autora

A partir dessas informações percebemos que, oito mulheres encontram-se no manicômio judiciário cumprindo medida de segurança. Já outras seis estão internadas porque tiveram uma crise emergencial, logo, podem retornar às suas unidades prisionais de origem. E quatro pessoas encontram-se lá porque tem mandato judicial, isso quer dizer que no momento do ato infracional, o/a juiz/a determinou que a infração pode ter sido determinada por algum sofrimento psíquico. Ficando a autora no hospital de custódia aguardando o processo, o qual pode ser convertido em medida de segurança de internação ou ambulatorial.

No Manicômio Judiciário referido havia dezoito mulheres internadas até julho/2017. Tal dado é menor que o número levantado pelo censo dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em 2011, produzido pelo Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero. Nesta época foi registrado um total de vinte e três mulheres institucionalizadas no manicômio judiciário, no estado do Rio de Janeiro (DINIZ, 2013).

O grupo das dezoito mulheres aqui consideradas tangencia a insanidade. No caso de algumas – crise emergencial e mandato judicial – a categorização de sanidade pode retornar, porém para oito mulheres que cumprem medida de segurança – a “loucura” as

acompanha. Contudo, para a dissertação consideramos todas, uma vez que, elas, estando no manicômio judiciário, estão submetidas a “Instituição da Violência” (BASAGLIA, 1985), bem como às opressões de raça/etnia, classe e gênero. Desse grupo, das mulheres cumprindo medidas de segurança, uma está internada há sete anos – desde abril/2010 –, as outras variam entre dois, três e quatro anos.

Figura 2 – Idade das mulheres internadas no Manicômio Judiciário

Faixa etária	Número de Mulheres
18 a 29 anos	0
30 a 45 anos	11
46 anos em diante	7
Sem informação	0
Total	18

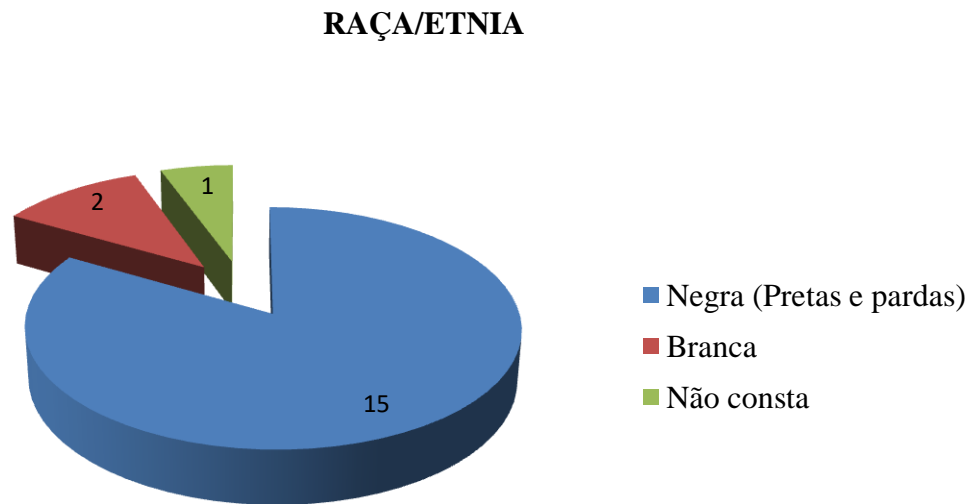
Fonte: Elaborado pela autora

A faixa etária da maior parte das mulheres no manicômio judiciário é de 30-45 anos – 61% (11) das mulheres encontram-se neste grupo –, sendo 38% (7) com 46 ou mais. De acordo com o INFOPEN Mulheres (2014), 50% da população feminina em privação de liberdade são jovens, têm entre 18-29 anos¹⁵. Contudo, percebemos que as mulheres institucionalizadas no Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro não são jovens, e não havia, até julho/2017, nenhuma jovem no local.

Tais dados corroboram com o censo dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamentos Psiquiátricos, realizado em 2011 no país. Ele apresenta que, mesmo não diferenciando por idade/sexo, a maior parcela dos indivíduos nos manicômios judiciários do Rio de Janeiro não é de jovens (18-29 anos). Contudo, as mulheres que tem suas penas convertidas para a medida de segurança, ou seja, as que se encontram no manicômio judiciário por crise emergencial e mandato judicial, são mais jovens, entre 20 e 39 anos (DINIZ, 2013).

¹⁵ De acordo com a Lei Nº 12.852 de 5 de agosto de 2013, a qual dispõe sobre os direitos, institui o Estatuto da Juventude e orienta os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude – SINAJUVE, compreende-se como juventude as pessoas entre 15-29 anos (2013).

Figura 3 – Raça/etnia das mulheres internadas no Manicômio Judiciário



Fonte: Elaborado pela autora

Percebemos que 83% (15) das mulheres que se encontram no manicômio judiciário no Rio de Janeiro são negras¹⁶ (pretas e pardas, segundo classificação do IBGE). Sendo 11% (2) brancas e 6% (1) não consta. Essa informação é semelhante a do INFOPEN Mulheres (2014) sobre o perfil da população carcerária feminina brasileira. Segundo o documento, a prevalência, no sistema penitenciário geral, é de mulheres negras (68%). Conforme o Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça (2015), aproximadamente, na população feminina, 85% é negra (preta e parda), sendo no estado do Rio de Janeiro 52%.

Essa análise foi realizada considerando as fotos que estão na FAC de cada mulher, porém, uma das fichas não possuía a imagem, por isso, a raça/etnia de uma pessoa não foi possível constar. Mesmo considerando importante a autodeclaração, o objetivo do estudo não era entrevistar as mulheres, logo, esse dado não foi autodeclarativo. Realizamos a determinação da raça/etnia a partir das nossas concepções raciais e étnicas.

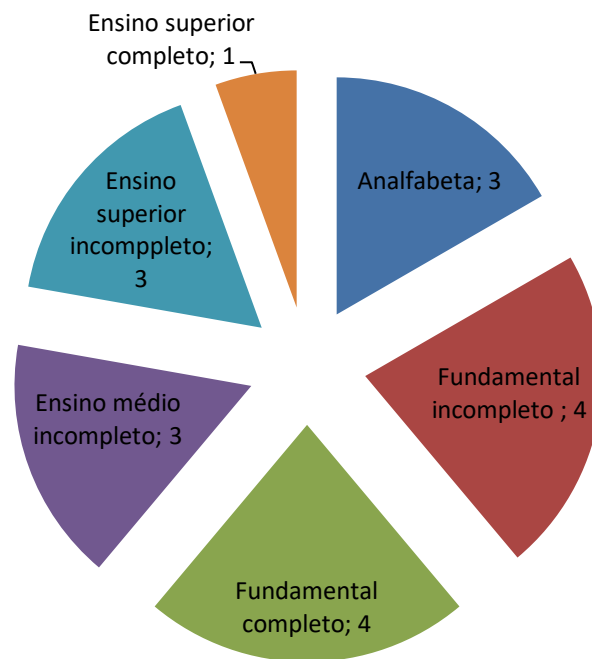
Relevante observar que a categoria “raça/etnia” não se encontra nas informações da FAC – constatando a invisibilidade que possui a raça no sistema prisional, já que a Ficha de Antecedentes Criminais é igual para todos/as. Assim, observa-se que raça/etnia não é um subsídio importante para a política. A criação desta categoria para o estudo se deve a

¹⁶ Aqui juntamos pretas e pardas e denominamos a categoria de “negra” por considerarmos que os aspectos sociais, culturais, históricos, as condições de vida são semelhantes entre esses dois grupos (CUNHA, 2012).

importância que damos à desigualdade racial brasileira e a influência que esta tem no desenvolvimento e na abrangência das políticas públicas (SOUZAS, 2008; CUNHA, 2012). Compreendemos que todas as informações são importantes, inclusive a raça/etnia, “como fonte para a formulação de Políticas Públicas capazes de promover um impacto na desigualdade racial” (SOUZAS, 2008, p. 07).

Outra questão é quanto ao uso da categoria “raça”. O IBGE define “cor” para identificar as pessoas. Esta pesquisa não considera tal classificação, já que partimos do pressuposto de que “cor” liga-se ao biológico, enquanto “raça” diz respeito à construção sociocultural (PASSOS, 2016). Considerar a história, a cultura, os modos de vida da população negra são imprescindíveis, a fim de criar práticas de cuidado para essa parcela da sociedade.

Figura 4 – Escolaridade das mulheres internadas no Manicômio Judiciário



Fonte: elaborado pela autora

Observamos que, ao que concerne a escolaridade, 22% (4) das mulheres possuem fundamental incompleto, também 22% (4) têm fundamental completo. Possuem ensino médio incompleto 16% (3), nenhuma com ensino médio completo. Já com ensino superior incompleto encontramos 16% (3) também e 5% (1) com ensino superior completo. São analfabetas 16% (3) da população.

Assim como a raça/etnia, a escolaridade também não é uma informação que se encontra na FAC, logo, a categoria foi preenchida através da observação participante, registrada em diário de campo. Em uma das visitas à instituição, solicitei a defensora pública que perguntasse a escolaridade às mulheres durante o atendimento individual.

Segundo Diniz (2013), das mulheres institucionalizadas nos manicômios judiciários do estado do Rio de Janeiro – num total de vinte e três – 43% tinham o ensino fundamental incompleto, 13% possuíam o ensino fundamental completo, 5% tinham o ensino superior e 13% eram analfabetas. Outro estudo mostra que a população feminina cumprindo medida de segurança em Brasília, não completou o ensino fundamental (36%), tendo poucas o ensino superior (14%), e um percentual alto de analfabetas (5%), num total de 22 mulheres (CRUZ, 2015).

A grande parcela das autoras de delito em sofrimento psíquico possui baixa escolaridade básica. No Brasil, segundo o senso dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamentos Psiquiátricos (2013), tínhamos 291 mulheres internadas nos manicômios judiciários, onde “20% (57) eram analfabetas, 36% (105) tinham ensino fundamental incompleto, 26% (75) tinham ensino fundamental completo, 7% (20) tinham ensino médio e 2% (5) tinham ensino superior” (DINIZ, 2013, p. 39).

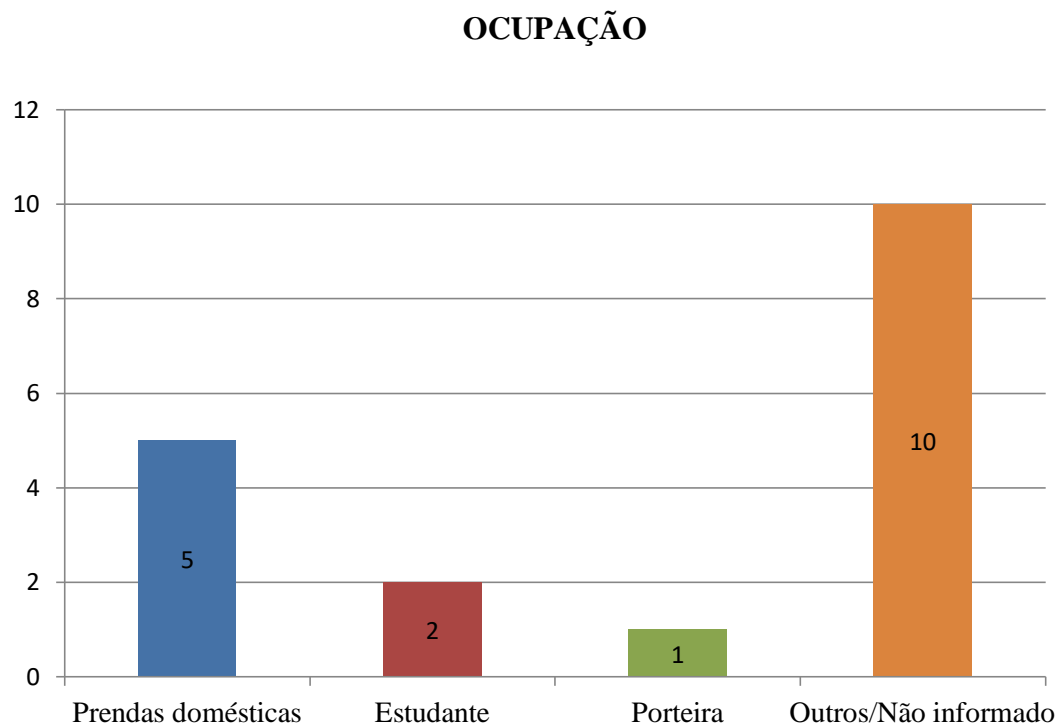
A partir da escolaridade das mulheres no estado do Rio de Janeiro, foi possível constatar que das duas pessoas brancas encontradas e sinalizadas na tabela 3, uma estava cursando a faculdade quando foi internada, e a outra era engenheira ambiental (DIÁRIO DE CAMPO). Indica assim que as trajetórias escolares da maior parcela das pacientes de raça/etnia branca que se encontram no hospital de custódia são diferentes das mulheres negras. Estes dados assemelham-se a escolarização da população geral brasileira. De acordo com Passos (2017), as mulheres negras no Brasil correspondem a 42,5% sem instrução ou com nível fundamental incompleto, enquanto as mulheres brancas a 28,2%. Percebemos, por conseguinte, desigualdades quanto à raça.

Grande parte das mulheres institucionalizadas no Manicômio Judiciário no estado do Rio de Janeiro é negra, como já vimos na figura 3. O desenvolvimento escolar de negras e a permanência na escola estão relacionados com a “dor da cor” (CARNEIRO, 2005). Na escola toda identificação com a raça negra é subjugada, as histórias são contadas relativizando o sofrimento e a vida das pessoas negras e enaltecendo a supremacia branca e burguesa. Há, na instituição escolar uma negação racial, uma dúvida a respeito da capacidade intelectual do negro, e sendo mulher, isso se torna muito mais iminente. Pois, como aponta bell hooks (1995), sustentados por uma supremacia branca, patriarcal

capitalista, a sociedade relega mulheres negras ao espaço do cuidado dos outros, fazendo com que o domínio de uma “vida da mente” seja um lugar interdito.

De acordo com a autora é socialmente compartilhado que: “as negras são intelectualmente inferiores aos negros, têm o cérebro menor etc, indica até onde muitas pessoas negras internalizam o pensamento sexista/racista sobre a identidade feminina negra” (Ibidem, p. 469). Neste sentido, além da postura racista, sexista e classista da escola, as mulheres negras aceitam o lugar de submissão, criando desprezo pelo espaço escolar por não verem significantes nele de suas experiências concretas de vidas (hooks, 1995).

Figura 5 – Ocupação das mulheres internadas no Manicômio Judiciário



Fonte: elaborado pela autora

Percebemos a inserção de 88% (16) das mulheres no mercado informal de trabalho e 11% (2) é estudante. A maior parcela das pessoas inseridas no mercado informal poder ser atribuída à baixa escolaridade que as mulheres apresentam – como observado na figura 4. Indo ao encontro do que Diniz (2013) afirma em relação às profissões da população dos

ECTPs, “uma concentração de indivíduos em profissões que exigem pouca ou nenhuma qualificação técnica e educacional” (p. 39).

Na Ficha de Antecedentes Criminais, no campo “profissões”, encontramos em algumas a palavra “outros”, em outras, “não informado”. Unimos esses dois dados porque não fica claro a diferenciação do critério que é utilizado para se conceber outras profissões e não explicitá-la, como é o caso das preenchidas nas outras oito fichas. Logo, entendemos que ter “outras profissões” ou “não ter informado a profissão” recaí sobre a mesma questão: a arbitrariedade do preenchimento da FAC ao que concerne a este tópico. As mulheres acerca das quais estamos atendo nossas discussões são pessoas estigmatizadas pela sociedade, e possuem suas trajetórias deslegitimadas.

Outra problematização é que, uma vez que, “prendas domésticas” é considerada, neste documento, uma profissão, nos surpreende o fato de não ter-se 55% (10) das fichas preenchidas no tópico “profissões”. Esperávamos que, como não possuem profissões formais ou informais, o grupo de mulheres seria encaixado na categoria “prendas domésticas”, donas de casa. Contudo, tal ideia não se confirmou, sugerindo que estas mulheres manicomializadas não são compreendidas como capazes de ocupar este espaço.

3.3 – RESULTADOS

Diante do já exposto, iremos a partir daqui nos deter mais atentamente na análise das entrevistas. A análise se operacionalizará por quatro eixos temáticos: (1) Os pressupostos morais e as concepções científicas acionadas, (2) A disciplina da “natureza feminina”, (3) O processo de desinstitucionalização como desospitalização e (4) Afinal, qual a relação das opressões de gênero, raça/etnia e classe com o processo de desinstitucionalização das práticas de cuidado na área de saúde mental. Desta forma, buscar contribuir para os atravessamentos de gênero, raça/etnia, classe que perpassam o processo de desinstitucionalização das mulheres custodiadas no Rio de Janeiro. Para tanto, foram entrevistados/as seis profissionais, a saber: um psiquiatra, duas psicólogas, duas assistentes sociais e uma defensora pública.

Os/As profissionais entrevistados/as são pessoas que trabalham no processo de desinstitucionalização de homens e mulheres em sofrimento psíquico e que cometeram algum delito. O saber da psiquiatria compõe a equipe das perícias realizadas no Manicômio Abismo, conseqüentemente responsável pelos documentos que visam atestar a sanidade mental ou a permanência do sofrimento psíquico dos/as pacientes dos ECTP's. Já a defensora pública avalia todos os processos dos indivíduos que cumprem medida de segurança. Os demais

profissionais estão inseridas em equipes multiprofissionais dentro das instituições psiquiátricas e de custódia.

Percebemos que é pelas áreas do direito e da saúde que passam os corpos das mulheres em sofrimento psíquico e que cometeram algum crime, e encontram-se cumprindo medida de segurança de internação. Tanto a defensoria pública quanto a rede de saúde mental do estado do Rio de Janeiro veem realizando trabalhos a fim de desinstitucionalizar as pessoas custodiadas. São desenvolvidas atividade conjuntamente, ou seja, a defensora pública mantém reuniões com as equipes multiprofissionais e as pacientes buscando planejar o processo de desinstitucionalização delas, conseqüentemente repensando a definição de saúde mental. Assim, propõe-se o retorno familiar, e caso este não seja possível, faz-se o levantamento sobre o território geográfico e afetivo (SILVA, SILVEIRA, PONTES & VIEIRA, 2014) que as mulheres desejam residir. Outras estratégias também são pautadas, como Serviços Residenciais Terapêuticos e moradias assistidas.

As negociações são realizadas com o acompanhamento e consentimento das mulheres em medida de segurança de internação, com o objetivo de desenvolver o Projeto Terapêutico Singular, e assim delinear a estratégia que orientará a desinstitucionalização das pacientes. Enquanto dentro do manicômio judiciário é proposto: saídas terapêuticas – visitas à família, idas ao CAPS. O Projeto Terapêutico Singular deve indicar o local onde as pessoas moraram (Retorno familiar, Residência Terapêutica ou moradia assistida) e, se possível, apontar inserção no mercado de trabalho, se houver, dentre outras informações que apresentem segmentos que as mulheres terão fora da instituição.

A partir desta pesquisa, buscamos compreender atravessamentos de gênero, raça/etnia, classe que perpassam o processo de desinstitucionalização das mulheres custodiadas no Rio de Janeiro. Para tanto, foram entrevistados profissionais que trabalham ou já trabalharam no processo de desinstitucionalizar práticas dos cuidados oferecidas as pessoas em sofrimento psíquico em conflito com a lei. Apreendemos que os/as participantes da pesquisa têm seus saberes/poderes contribuindo de forma substancial no processo de desinstitucionalização das mulheres que cumprem medida de segurança de internação. Os resultados abaixo apontam pistas de como o processo de desinstitucionalização é construído por esses profissionais, quais têm sido seus percursos. Os resultados abaixo se relacionam com os discursos hegemônicos desses saberes/poderes acionados por estes profissionais, e seus efeitos no processo de desinstitucionalização.

3.3.1 – Os pressupostos morais e as concepções científicas acionadas.

Neste tópico buscamos agrupar as falas dos/as profissionais que se relacionam com suposições que moralizam o uso da sexualidade das mulheres em relação à dos homens. Logo, qual a relação de forças que fundamenta tais discursos? Vários espaços coletivos dos manicômios judiciários são interditados a elas a fim de que os mecanismos de controle das instituições sejam correspondentes com o projeto sexual construído socialmente para estas mulheres. Para isto, é acionado através de comentários, da maneira como os manicômios são construídos e com espaços separados e das ações administrativas tomadas, o dispositivo da sexualidade o qual Foucault (2015) define como sendo:

[...] em primeiro lugar, um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos. Em segundo lugar, gostaria de demarcar a natureza da relação que pode existir entre estes elementos heterogêneos. Sendo assim, tal discurso pode aparecer como programa de uma instituição ou, ao contrário, como elemento que permite justificar e mascarar uma prática que permanece muda; pode ainda funcionar como reinterpretação desta prática, dando-lhe acesso a um novo campo de racionalidade. Em suma, entre estes elementos, discursivos ou não, existe um tipo de jogo, ou seja, mudanças de posição, modificações de funções, que também podem ser muito diferentes (p. 364).

Deste modo, a partir de algumas falas dos/as profissionais podemos observar como o dispositivo da sexualidade funciona, a fim de manter as mulheres em sofrimento psíquico controladas, [re]produzindo certa naturalização dos seus corpos. Sexualidade e loucura são tidas numa relação direta com o biológico, articuladas ao social e ao moral (PEREIRA & AMARANTE, 2017).

Profissional 1¹⁷: *no Limbo as mulheres têm uma carga de exclusão superior, então, elas ficam para depois mesmo!*

E: *mas por que essa carga de exclusão?*

Profissional 1: *eu acho que existe mais preconceito em relação a elas, de uma forma geral, tanto da rede quanto da unidade. E elas demoram mais tempo para estabilizar porque elas ficam muito trancadas. Elas não vão pro pátio. [...] Não pode! Elas disputam espaço com os homens. Então elas só têm aquilo, que é um espacinho dessa sala. [...] Então, elas ficam ou trancadas ou no solado. Elas não têm oficinas de verdade porque é uma oficina por semana, aí não pode misturar com os homens. Elas não têm acesso à educação, porque só tem aquela turma, com aquele professor e não pode disputar espaço com os homens. Elas não usam o espaço lá de fora que é do pátio, que é onde elas poderiam correr, andar, respirar, não ficar olhando pros prédios só vendo um pedacinho de céu.*

E: *mas já foi pautado pra as mulheres terem acesso?*

Profissional 1: *já! Mas, ai eles respondem: ‘ah, [...] é melhor conter assim, elas estão acostumadas assim.*

Profissional 1: *[...] disputar os espaços com homens. Então, por exemplo, elas não têm o mesmo acesso ao Projeto Terapêutico que os homens.*

E: *Não?*

¹⁷ Os/As profissionais foram indicados/as com “Profissional”, e a pesquisadora com “E”.

Profissional 1: *não! Porque veja, como é que eu vou fazer um Projeto Terapêutico de oficina terapêutica pras mulheres? A terapeuta ocupacional vai uma vez por semana. O que é que ela pode fazer? Como é que ela pode fazer no máximo? Uma vez no mês ela vai atender as mulheres, as outras três semanas ela vai ficar com os homens, porque os homens são um número maior. Então quantitativamente, como eles são maior, o número é maior, eles vão ter mais acesso do que as mulheres.*

E: *mais acesso às atividades?*

Profissional 1: *a atividades! Os espaços são os mesmos pra culto, pra educação [...] é o mesmo espaço, e existe uma carência, se tiver que escolher vai escolher os cem homens ou as vinte mulheres? [...] eles acabam tendo mais espaços dentro das atividades. Então, elas ficam com o tempo mais ocioso. [...] existem esses elementos que são elementos de dados concretos né?!*

Profissional 4: *[...] O cuidado pra engravidar... Porque não tinham mais paredes, né? Mas as sexualidades existiam. O homem a pessoa não engravida, mas a mulher engravida. Então como que vai... E a gente tinha uma paciente aqui que veio do CAPS, ela tinha um namorado fixo...*

E: *Que vinha visitá-la?*

Profissional 4: *Que morava lá, ele era um dos presos. Então, se encontravam. Como é que alguém vai controlar 24 horas por dia que não acontecesse nada? Não tinha como. Até porque quando começou a ter dinheiro eles pagavam pra que elas fizessem alguma coisa [risos].*

E: *Ah é?*

Profissional 4: *É. São espertos. E teve uma [...] que ela é prostituta, ela já sabia. Então a gente tinha questões bem específicas das mulheres que a gente tinha que ter um olhar bem atento. E elas mesmo contavam, [...]. Ele quer fazer assim e ele vai me dar um dinheiro. Ela não tinha dinheiro, fazia. Eles tinham um esquema de vivência naquilo ali muito específica e a gente tinha que amarrar com todos os cuidados possíveis e imagináveis, né? Tanto com camisinha, quanto com métodos contraceptivos, a gente tinha que ter um trabalho com as mulheres muito sistemático.*

Profissional 5: *Quer dizer, quando eu entrei aqui no Abismo, em 2000, existia uma equipe, nessa época não se falava em desins. Acho também que isso é uma coisa mais nova na própria saúde mental, né?! Depois da Lei 10.216. Quando eu entrei pra cá, havia assim, uma equipe técnica só voltada para os leitos femininos, que eram 30. Tinha o serviço de internação feminina aqui que ficava bem separado do prédio dos homens. A sigla era SIF – Serviço de Internação Feminina.*

Profissional 5: *Era uma repressão muito grande em relação as mulheres. Elas ficavam muito confinadas no espaço desse prédio, com um pátio que tinha... nós conseguimos poucos avanços com elas, do tipo, no verão ter um chuveirão lá pra elas poderem se refrescar, porque era sempre muito quente.*

E: *e nesse sentido era diferente os homens das mulheres? Pros homens tinham mais coisas, ou...*

Profissional 5: *os homens tinham mais coisas. Tinham muito mais liberdade de ir e vir, de andar. E o grande receio – isso acontece também – medo da gravidez! ‘Ah, vão transar, vão escapolar pro cantinho e transar’. Isso até acontecia... Bom mas era uma vigilância enorme pras mulheres. Tinham duas guardas naquela época, não se admitia ter apenas uma. Tinha um medo danado daquilo acontecer. De se acontecer qualquer coisa.*

E: *e se acontecesse a culpa era das mulheres?*

Profissional 5: *seria da mulher! Isso sempre foi assim.*

Profissional 6: *O hospital colônia que eu trabalhava também era masculino e feminino, as mulheres ficavam afastadas dos homens era um pavilhão separado e bem isolado. No Abismo era um pavilhão também isolado e separado, as mulheres tinham menos circulação tinham menos liberdade do que os homens.*

E: *Porque você acha que as mulheres tinham menos circulação lá no Abismo do que os homens?*

Profissional 6: *Eu acho que é só uma preocupação...da...dessa, aproximação eu acho que entra alguma coisa cultural das mulheres poderem ficar ali segregadas num espaço menor e o homem poder ter essa circulação toda.*

Em uma análise semelhante sobre o HCTP Abismo, Elza Ibrahim (2014) discutida por Magno (2016), traz também relatos sobre a situação dos/as pacientes neste manicômio judiciário do Rio de Janeiro. A autora afirma que, as mulheres permanecem em suas celas, isoladas todo o tempo, ou caminham entre as galerias e enfrentam resistências administrativas para trabalharem na faxina. Além disso, o setor feminino encontra-se localizado longe dos demais, todos os fatores colaboram para que as mulheres tenham muito tempo ocioso e pouca convivência com as pessoas dentro da instituição. Enquanto que aos pacientes homens é permitido o acesso ao pátio, e aos serviços técnicos. A informação chegou ao Mecanismo Estadual de Combate e Prevenção à Tortura da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (2015, p. 48), que ao vistoriar identificou que: “a grande maioria do tempo as internas ficam ociosas, perambulando pelos corredores da galeria, durante a nossa visita algumas dormiam dopadas” (MAGNO, 2016, p. 118).

São destinadas às mulheres nos manicômios judiciários as interdições realizadas: sejam estes relacionados aos espaços de circulação e/ou aos objetos disponíveis para elas. É sob os corpos das mulheres que a equipe do hospital, tanto técnica como administrativa, exerce ações designadas “*possíveis e inimagináveis*” de vigilância, controle, máxima atenção, a fim de manter a sexualidade “segura, intocável” para não desordenar as regras estabelecidas para todos/as na instituição. São elas que não circulam no espaço físico do hospital para não “*disputar o espaço com os homens*”, são elas que têm seus acessos negados à educação, à saúde – já que a acessibilidade aos Projetos Terapêuticos Singulares é menor.

Por que é nos corpos femininos que as decisões de interdição recaem? Por que com elas é feito um trabalho “*muito sistemático*” (*sic*)? Quais os motivos que levam os/as profissionais depositarem sobre as mulheres a responsabilidade de não engravidarem, por exemplo? As negações acontecem interditando os corpos femininos para que os homens possam atravessar os corredores, o pátio, participar das oficinas, e quando foi proposto mudar a instituição afirmou-se que “*é melhor conter assim*” (*sic*). Interrogamos: por que a contenção incide mais fortemente sobre as mulheres?

Mesmo não podendo ter as mulheres em sofrimento psíquico autoras de delito como participantes da entrevista, mediante a pesquisa trazida por Foucault na obra História da Sexualidade e de como gênero, raça/etnia e classe se entrecruzam, e com as falas acima

trazidas, constatamos como essas articulações produzem verdades acerca da sexualidade exercida pelas mulheres em sofrimento psíquico que cometeram algum delito. Quais as forças que atuam há décadas que fazem com que profissionais defendam estratégias que afastam as mulheres “desse costume perigoso para sua saúde e sanidade”? (PEREIRA & AMARANTE, 2017, p. 163).

Segundo Foucault (2015), o dispositivo tem como estratégia a dominação da loucura, da doença mental, e que, para nós, está pautado na sociedade patriarcal, uma vez que, o dispositivo responde também ao sistema que viabiliza a exploração-dominação das mulheres. O dispositivo, ao mesmo tempo, justifica saberes/poderes e funciona sustentado por eles (FOUCAULT, 2015), legitimando e incitando comportamentos e deslegitimando, outros tantos. Mas, por que é através da vigilância do exercício de suas sexualidades que o dispositivo atua?

As histórias das mulheres e o exercício da sexualidade nos reserva algumas pistas para as questões colocadas neste trabalho. O poder/saber da psiquiatria fixou as mulheres historicamente como pessoas que têm naturalmente menos desejo sexual que homens, logo o uso da sexualidade por estas é tido como mais susceptíveis ao irracional e desregrado: “o desejo sexual feminino é potencialmente mais perigoso” (ROHDEN, 2001, p. 43), já que não é natural. Sozinhas, as mulheres que apresentam desejo sexual “elevado”, não se controlam. Por elas estarem mais próximas à natureza (VIEIRA, 2002), serem irracionais e, portanto, naturalmente perigosas, é atribuído às mulheres o risco de cederem a investidas. Então, para prevenir, faz-se necessário a utilização de meios que impeçam o possível afloramento de seus desejos sexuais, pois, “as mulheres com excesso de desejo não eram apenas doentes, mas também perigosas para a família, a ordem moral, a civilização” (ROHDEN, 2001, p. 43).

Há “naturezas femininas” diferentes, em relação com o sexo e com a condição social. Isso fica exemplificado na crença de que a mulher negra é bem mais próxima de sua “natureza natural” em comparação com as brancas, em função da inserção destas em uma vida mais “civilizada” (VIEIRA, 2002). A partir do século XIX, a medicina, e especificamente aqui, a psiquiatria passa a regular o físico e a moral feminina, e atribuir desvios, principalmente em relação ao uso da sexualidade. Afirma-se, baseado no fenômeno do cio, que as mulheres são vistas como potencialmente capazes do desvio, da criminalização, da loucura, da degeneração (DIAS, 1913 apud VIEIRA, 2002). Acompanhando o fenômeno da menstruação, mensalmente despertaria nas mulheres necessidades de reprodução. Desta forma, reprimir sexualmente tais corpos seria difícil (Ibidem). Somente enquanto procriadoras as mulheres podem exercer sua sexualidade. Entende-se assim, que o desvio à norma seria intrínseco com

as mulheres “degeneradas”, as mães “desnaturadas”, pois, a sexualidade nestas situações não teria sido exercida em prol da reprodução, procriação.

Tem-se aqui a articulação de uma moral sexual: as mulheres são definidas conforme sua genitália, de modo que, são atribuídas aos seus corpos que estas, ao demonstrarem interesse sexual, estariam mais propensas às doenças do que homens. Logo, faz-se necessário manter a sexualidade das mulheres controlada. Como afirma Comba (1985), parece que escapa às mulheres as chances de serem seus próprios corpos, assim como é estreita a possibilidade de ultrapassarem a exclusão a que elas são submetidas. Por conseguinte, para as mulheres, o elevado uso da sexualidade relaciona-se ao desatino, já que, “naturalmente” a elas é negado o desejo sexual.

Cabe, desta forma, aos/as profissionais auxiliar no forte controle da sexualidade feminina, pois, esta pode ser facilmente desregulada, e principalmente as pessoas em sofrimento psíquico em conflito com a lei, uma vez que, elas estão na instituição por já terem rompido com o acordo social. O que reforça as estratégias realizadas sob os corpos femininos, é o discurso que a psiquiatria fundou há décadas sobre esses mesmos corpos. As relações desiguais de gênero pautam a ciência, que, conseqüentemente cria modelos de instituições que exercem controle sobre os corpos, feminino e masculino, mediante táticas diferentes, as quais reforçam as desigualdades, num vetor que sempre subordina os primeiros. Como a sexualidade feminina é instituída para reprodução, procriação, as medidas repressivas são tomadas como práticas terapêuticas, a fim de se evitar o desvio (VIEIRA, 2002).

A ciência moderna pauta seus conhecimentos ao olhar os fenômenos e descrevê-los, contudo, a partir da sociedade patriarcal, as mulheres historicamente são colocadas em um sistema de dominação-exploração. Consideradas nervosas *per si*, a ciência positivista traça para os corpos femininos caminhos que reforçam estereótipos de gênero, construindo o ideal de mulher. Assim pauta que o uso da sexualidade seja feito de forma moderada ou mesmo não o exercendo, a fim de prevenir os riscos do uso desregrado da sexualidade, desta forma, “seria papel do médico manter a sexualidade das mulheres sob controle” (GILBERT et al., 2006 apud PEREIRA & AMARANTE, 2017, p. 174).

Na sociedade há um esforço imenso para classificar e definir papéis de gênero e isso atravessa as falas, as interdições realizadas às mulheres em sofrimento psíquico autoras de delito, e, por conseguinte, suas vidas dentro e fora das instituições. Considerar que “*alguma coisa cultural das mulheres poderem ficar ali segregadas num espaço menor e o homem poder ter essa circulação toda*” (*sic*), corrobora com os estereótipos e vincula que todas as ações devem ser pautadas neles. Naturaliza dinâmicas de caráter estritamente social e

construídos historicamente, “profundamente não-natural” (CHODOROW, 1978 apud SAFFIOTI, 1992, p. 188).

Não apenas o risco do uso desregrado e irracional da sexualidade faz com que os/as profissionais controlem mais excessivamente as mulheres. Historicamente a capacidade intelectual das mulheres negras sempre foi tida como menor. Logo, sugerimos também que, por serem negras – na maior parte –, o acesso delas à educação segue esta lógica. Advertimos da força que atravessa tais interpelações: o racismo institucional. Segundo Davis (2016), historicamente “os poderes mistificadores do racismo emanam de sua lógica irracional e confusa. De acordo com a ideologia dominante, a população negra era supostamente incapaz de progressos intelectuais” (p. 110). Logo, através desta lógica, o racismo institucional se instaura nas instituições, impondo, aos corpos negros, baixo ou nenhum acesso às atividades de estudos. Contudo, são as mulheres negras as mais atingidas nesse processo, reforçando que a dominação-exploração não pode ser observada apenas por uma perspectiva. Mas sim, através da articulação das categorias de gênero, raça/etnia e classe.

3.3.2 – A disciplina da “natureza feminina”.

Historicamente, perceber-se uma articulação entre o corpo feminino (biológico), orientando a condição social do gênero. Sendo mulher, há determinantes sociais que indicam quais comportamentos são esperados, naturalizando a condição feminina. Das mulheres não se espera o desenvolvimento da razão, somos socializadas para possuímos comportamentos dóceis, cordatos, apaziguadores (SAFFIOTI, 2004): “correr não convém, gritar é proibido, enfim escrava de suas emoções mais inocentes, a mulher até no seu rir é sujeita a regras” (RENOTTE, 1895, p. 14 apud VIEIRA, 2002, p. 36).

A natureza feminina tem uma relação íntima com o extrato social ao qual pertencem às mulheres. Ao longo da história, pode-se acompanhar como as concepções de saúde e os cuidados assegurados são diferenciados conforme a classe social. Enquanto, por exemplo, a maternidade era delegada às mulheres, nem todas são consideradas aptas ao papel. Esta tarefa é negada para pobres, pessoas em sofrimento psíquico e criminosas, inclusive citamos que, em determinada época, a esterilização compulsória nesta população foi legalizada (VIEIRA, 2002). Atualmente esse procedimento não é mais realizado, porém, surgiram novas formas de controle para este público.

As “Instituições da Violência” (BASAGLIA, 1985) reproduzem estereótipos de gênero a fim de articular a demarcação social com o modo de produção capitalista (VIEIRA, 2002). É através das relações sociais que a sociedade expressa nos corpos, de acordo com o

biológico, as maneiras que determinado corpo pode existir, situando-os no mundo (CISNE, 2012). Os estereótipos de gênero são aqui definidos como relacionais, ou seja, é a partir “do contrato social simbólico entre os sexos” (FERREIRA, 2002, p. 23 apud CISNE, 2012, p. 79) que é fixado o que socialmente entendemos ser adequado aos homens e às mulheres.

É a partir desta impressão cultural nos corpos que estes são disciplinados, controlados, estabelecendo para as pessoas normas que devem ser seguidas. Conforme Eduarda Barbosa e Karla Adrião (2011, p. 233), “Não é raro nos depararmos com comentários, diálogos ou outras expressões carregadas de sentidos disciplinadores acerca da mulher. Há quem considere que é natural que a menina ‘sente com as perninhas fechadas, não fale palavrão, não se masturbe, não fale sobre sexo’”. Foucault (2015) afirma que a disciplina age nos corpos a fim de que o poder das instituições possa molda-los, construir o “corpo útil” (p. 132), e torna-los aptos ao sistema capitalista (CISNE, 2012). Historicamente os corpos das mulheres negras e pobres foram e ainda são encontrados nos espaços de coerção, punição e controle, como nos hospitais psiquiátricos e de custódia (ZANELLO & SILVA, 2012; PEREIRA & AMARANTE, 2017).

Deste modo, o poder disciplinar produzido nas instituições, aqui especificamente nos manicômios judiciários, exerce mais intensamente sua força sobre mulheres negras e pobres, pautando para estas normas, a partir do gênero a qual pertencem. Disciplinar os corpos não é novidade, em muitas sociedades os mesmos são controlados de diferentes formas, e a “docilidade dos corpos” foi produzido junto à modernidade (FOUCAULT, 2015).

[...] em qualquer sociedade, o corpo está preso no interior de poderes muito apertados, que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações. Muitas coisas entretanto são novas nessas técnicas. A escala, em primeiro lugar, do controle: 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, atitude, rapidez: poder infinitesimal sobre o corpo ativo (Ibidem, p. 132 – 133).

O controle descrito pelo autor pode ser observado abaixo em algumas falas dos/as profissionais que trabalham no processo de desinstitucionalização dos manicômios judiciários, justificando muitas vezes como pertencentes “à natureza feminina”, a disciplina exercida sobre os corpos das mulheres em sofrimento psíquico autoras de delito.

Profissional 4: *Elas brigavam por competição de alguma coisa, entendeu? Porque uma olhou pra outra e riu de cara feia... Porque uma queria uma coisa da outra, as vezes até um batom, entendeu? Coisas assim, coisas que somente o sexo feminino faz. Não sei se você já... Assim, se você estudar gênero o homem não vai fazer questão de certas coisas.*

E: *[Humrum].*

Profissional 4: *ela era uma paciente muito cronificada, difícil, a sociabilidade da R era muito difícil, ela se vestia como homem, não tinha capacidade nenhuma de... Se*

você botasse um vestido ela tirava, colocava uma bermuda jeans larga, era uma forma mesmo de se camuflar.

Profissional 4: *era um trabalho difícil com as mulheres nesse sentido, porque como elas brigavam, muitas vezes por nada... Mas aquele nada se transforma numa coisa grande, porque às vezes queimava o rosto, queimava, entendeu? E se desse batia com alguma coisa que pudesse machucar.*

Profissional 4: *e os mau humores da mulher, que é bem diferente do homem.*

Quando estavam agitadas, estavam irritadas.

E: *E com os homens, qual o tipo de dificuldade que você vê assim de trabalhar com eles. Ou se não vê também... O que é que te chamou a atenção de estar com eles?*

Profissional 4: *então eu levava muito eles pra praia. Os homens ficavam, entravam na água porque a água estava agradável. Elas não, elas se comportam como mulheres. Sentavam, ficavam na toalha pegando sol e depois elas entravam, depois de muito se convencer elas tiravam a roupa, entendeu? Era uma forma muito igual, as mulheres, entendeu? Os homens tinham pouco processo, às vezes tinha uma bola eles iam jogar bola, ficavam muito sozinhos, uns ficavam fumando, outros se enrolavam na areia, entendeu? Mulher não faz isso, de jeito nenhum, se toca na areia vai tirar a areia, entendeu? Os homens se comportam como eles são, entendeu? Tinham mais aquela coisa... Um instinto meio animal, mesmo. Aquela coisa de ficar, né? Vai na água, não tem medo de entrar, né? Aquele mar pra ele não representa um perigo. As mulheres ficam mais na delas, observando entendeu? Se enrolavam na areia, faziam todo esse rolo que eu tô te falando, isso num passeio de praia. Num passeio de zoológico, que a gente fez, elas eram as que queriam ver os bichos mais mimosos, entendeu? Eles queriam ver as cobras, queriam ver os... A gente conseguiu uma visita guiada na parte onde tem patinho, eles achavam aquilo ali meio chato. As mulheres achavam muito legal. [...] ela foi conseguindo fazer com que a Renata fosse um pouco dobrada. Dobrada porque as vezes ela queria que a Natália trouxesse requieijão. E aí a gente começou a ensinar ela a passar o requieijão no pão pra comer, entendeu? Fizesse o sanduíche, entendeu? Então, assim, ela começou a conseguir um pouco externalizar esse lado feminino dela, entendeu? Passando as vezes um batom, botando um vestido, entendeu? As vezes ela jogava fora. Rasgava tudo, xingava a Natália de tudo quanto é nome, mas assim...*

Profissional 6: *acho que a característica da mulher mesmo é...num sei ...é mais agitado...teve alguns projetos que eu também presenciei no hospital psiquiátrico ... na expectativa de criar enfermaria mista no intuito de que traria maior privacidade ali para os homens e talvez as mulheres ficassem mais calmas ,mas eu não percebi nada disso, acho que a questão...acho que...não sei...se é gênero,não sei!*

E: *quê... O que me chama atenção é que o número de mulheres é menor, mas sempre é menor, no Limbo é menor, no Escuridão era menor mas é recorrente assim...vocês me dizem que essas enfermarias é bem mais agitado do que...*

Profissional 6: *acho que é da espécie ...no meu caso eu estudei em colégio militar na época que era só homem e assim, bem agitado.Acho que por ter só homem a coisa ficava mais agitada e tal...acho que se tem ali o sexo feminino já entra o “vou me conter um pouco mais né..?!...”num sei...nas enfermarias é a mesma coisa ,mas na enfermaria feminina é mais agitada.*

Diante do colocado, não se espera das mulheres que as mesmas grem, corram, briguem. Quando esses comportamentos acontecem eles são tidos como desviantes do “normal” imposto socialmente para elas.

3.3.3 – O processo de desinstitucionalização como desospitalização.

Segundo Amarante (1996), as práticas de cuidado em saúde mental são várias e remetem-nos a processos diferentes, mas muitas vezes confundidos. A partir dos movimentos internacionais algumas medidas de desinstitucionalização são consideradas como desospitalização, outras como desassistência e finalmente o processo de desinstitucionalizar como desconstrução: “O que efetivamente demarca uma real distinção entre os projetos de reforma [...], é a forma de lidar prático e teórico da desinstitucionalização, conceito este que sobre metamorfose substancial e que abre novas possibilidades para o campo da reforma psiquiátrica” (Ibidem, p. 15-16). Para a discussão deste tópico, focamos nos processos de desospitalização e desinstitucionalização como desconstrução.

O processo de desinstitucionalização entendido como desospitalização remete-se a noção de retirada dos/as pacientes das instituições psiquiátricas, e/ou psiquiátricas e de custódia. Originando-se dos Estados Unidos, partindo da medicina preventiva e comunitária (mencionadas no capítulo 2), entende que não há erro nas formulações da psiquiatria, mas sim equivoco na utilização. Há a diminuição de leitos nas alas de internação, e no período de permanência das pessoas, contudo, não se realiza críticas no modelo conceitual da medicina psiquiátrica. Há a

implantação de uma rede de serviços e ações de cunho sanitário, preventivo/promocional e comunitário que intercederiam no surgimento ou desenvolvimento das doenças. Desta forma, o que se considera “intermediário” tem dois sentidos: o primeiro é no sentido de ‘passagem’ entre o hospital e a comunidade, ou vice-versa (isto é, quando o paciente transita pelo serviço em processo de saída hospitalar, em processo de readaptação social, ou quando por tentativa de evitar a internação integral ou imediata); o segundo, é no sentido de ‘provisório’, isto é, como modalidade assistencial que deveria existir até o momento em que o hospital tornar-se-ia obsoleto, dada a implantação da rede de serviços preventivos e comunitários (Ibidem, p. 17).

Em uma das visitas ao Manicômio Judiciário Limbo, uma senhora entra na sala para ser atendida, senta-se em silêncio e escuta o que a defensora tem para dizer: “*No momento, não há nenhuma novidade no seu processo*”. A senhora interrompe seu silêncio e começa a gritar: “*Ninguém aqui está para me ajudar, mas sim trabalhando para que eu continue neste lugar*”. Ela levanta-se e sai da sala. Neste momento, a defensora olha para a equipe multiprofissional e afirma: “*Se ela for falar com qualquer juiz assim, nenhum vai desinstitucionalizá-la*” (DIÁRIO DE CAMPO, 2017). A partir desta fala queremos sinalizar o processo de desinstitucionalização como desospitalização e tecer algumas reflexões.

As pessoas que se encontram internadas no manicômio judiciário cumprindo medida de segurança, quando tem seus Projetos Terapêuticos desenvolvidos pela equipe

multiprofissional da instituição, passam por uma perícia médica psiquiátrica¹⁸ e são encaminhadas para as audiências judiciais em presença de um/a juiz/a, o/a qual pode deferir ou indeferir a saída do/a paciente do hospital psiquiátrico e de custódia. Todavia, tal processo não significa que o/a magistrado/a pode desinstitucionalizá-la, uma vez que, a desinstitucionalização não é praticada neste momento, como se, metaforicamente, fosse simbolizada pela “martelada” do direito. A permanência ou não no manicômio judiciário refere-se a prática de desospitalização.

Desinstitucionalizar, como já vimos, trata-se do esquivamento, ou melhor, do desvio, da transformação dos pressupostos básicos que direcionam os cuidados em saúde mental também na justiça criminal. O processo de desconstrução na psiquiatria remete-nos a construção de um projeto societário diferente do hegemônico, ou seja, as definições sobre loucura, cura, doença, saúde, cidadania, cidade, dentre outras são interpeladas, e atribuindo-se a esses conceitos novas propostas. E isso porque, a partir dos movimentos antimanicômias, consideramos que a função social que o saber/poder da psiquiatria exerce sobre a sociedade não contribui para uma vida possível a todos/as (AMARANTE, 1996).

Conforme, essa nova estratégia em saúde mental fomenta-se “a luta pela extinção/superação das instituições da violência, que traduzem um processo prático de ‘construção’ de uma nova realidade em torno da loucura e da psiquiatria” (Ibidem, p. 22). Sendo assim, a desinstitucionalização as práticas de cuidados oferecidas por um manicômio judiciário deveria iniciar pela reflexão da função social da própria instituição na sociedade. A senhora que entra na sala já é considerada em processo, e não fora ou no aguardo dele através do/a juiz/a, uma vez que, a desinstitucionalização não se dá pelo alvará no tribunal, mas sim é um movimento de questionamentos, de invenção de lugares originais para a loucura ocupar, que componha com o desvio, com a mudança de regras sociais.

Logo, “a implementação de uma reforma social é sobretudo um processo social complexo e contraditório, no qual se produz inovações nas características e nas formas de presença de atores, nos conteúdos e nos modos de conflito (ROTELLI, LEONARDIS & MAURI, 2001, p. 53). Assim, a fala da defensora nos sinaliza tanto pistas do processo de desinstitucionalização, quanto como o movimento para desinstitucionalizar encontra-se em uma dinâmica não fixada, aberto às incertezas, e onde são relevantes as ações operativas concretas, “as experimentações, as aprendizagens” (Ibidem, p. 51).

¹⁸ Para saber mais sobre as perícias nos ECTP's ir a Carrara, 2010.

O uso do termo “desinstitucionalização” pela defensora pública está equivocado, mas não percebemos isso como um erro. Retirar a paciente do manicômio judiciário faz parte do processo, contudo, não o caracteriza como um todo. Desospitalizar todas as pessoas que se encontram atualmente nas instituições de custódia é imprescindível para relocarmos paradigmas da psiquiatria, do direito, da saúde mental, e fortalecermos cada vez mais uma sociedade que pautar a loucura com outros sentidos.

Profissional 5: *na medida que a gente vinha trabalhando a desinstitucionalização, ia trabalhando a rede... (quando fala das reformas que o MJ passou). A gente arrancou todos os vasos turcos, instalou privadas, chuveiro elétrico, tudo adaptando para como é aqui fora. Que é todo um trabalho a ser feito, porque é um hábito que se modifica.*

Como afirmam Rotelli, Leonardis e Mauri (2001, p. 53) sobre a prática do processo de desinstitucionalização: “[...] neste percurso a reforma não é um objetivo finalmente alcançado, não significa a finalização da desinstitucionalização. [...] a realização deste objetivo não pode ser outro senão um percurso social complexo que suscita conflitos, crise e transformações dentro da rede”.

3.3.4 – Afinal, qual a relação das opressões de gênero, raça/etnia e classe com o processo de desinstitucionalização?

O processo de desinstitucionalização está atrelado a mudanças de ordem estrutural na sociedade. Ele é viabilizado nas desconstruções contínuas que são produzidas nos discursos e ações da psiquiatria moderna quando o saber/poder da medicina psiquiátrica é tensionado e se desdobra em dúvidas quanto às práticas dispensadas às pessoas em sofrimento psíquico, e aqui, também as autoras de delito. Trata-se de pressupor que “o manicômio é: o lugar zero da troca¹⁹. A tutela, a internação têm esta única finalidade: subtração das trocas, estabelecer relações de mera dependência pessoal” (ROTELLI, 2001, p. 61).

Historicamente, às mulheres é dispensado um controle na sua vida sexual, reprodutiva, laborativa. Contudo, além desses controles, as mulheres negras e pobres são submetidas ao racismo e as estruturas dominantes burguesas, as quais delimitam um espaço muito mais limitado para o desenvolvimento da vida dessas. Encontrando-se em manicômios judiciários, as mulheres são punidas conforme seu gênero, sua raça/etnia e classe, como observado em alguns exemplos mencionados durante o estudo apresentado.

A internação é uma criação institucional própria ao século XVII. Ela assumiu, desde o início, uma amplitude que não lhe permite uma comparação com a prisão tal como esta era praticada na Idade Média. Como medida econômica e precaução social ela

¹⁹ Trocas sociais. Nota da obra original.

tem valor de invenção. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade. As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido (FOUCAULT, 1972, p. 78).

A loucura cunhada pelo e no sistema capitalista estabelece relações, com as mulheres negras e pobres, de controle, violações racistas e patriarcais. Como podemos perceber ao longo do trabalho, esse sistema não apenas é útil para enclausurar mulheres em sofrimento psíquico em conflito com a lei, mas também, historicamente, não mudou o perfil delas: negras, pobres, baixa escolaridade, trabalhadoras informais (PEREIRA & AMARANTE, 2016).

Desinstitucionalizar é vislumbrar um novo projeto societário. Construção de novas formas de cuidado onde as mulheres em sofrimento psíquico em conflito com a lei possam ter acesso à saúde, à educação, ao lazer, ao trabalho formal. Porém, como pode ser traçado vias de possibilidades para isso quando estamos diante de modelos de controle, do governo dos corpos, do governo das mulheres (FOUCAULT, 2008), os quais atravessam as vidas das mulheres negras e pobres mesmo antes de cometerem uma infração?

Tais mecanismos de dominação-exploração são reproduzidos nas instituições de violência, fazendo com que as práticas de cuidado estejam na iminência do fracasso, ou no fluxo de práticas de cuidado duvidosas, pois, criam exclusão, sofrimento e violações. Historicamente, ser mulher negra e pobre é ter as vidas atingidas por todas as formas de controles racistas, de classe, de gênero. Os saberes/poderes da saúde mental e do direito montam estratégias que tende a responder a conjuntura social que nos encontramos, mantendo em “seus lugares” as mesmas pessoas e seus respectivos privilégios.

O capitalismo é forjado com as desigualdades de gênero, do racismo, majoritariamente burguês, sistemas distintos, mas inseparáveis para a apreensão do social (SAFFIOTI, 2004). O exercício da sexualidade, o controle dos corpos seguem as normas sociais pré-estabelecidas e impostas. De acordo com Saffioti (2004), as mulheres tem menor acesso à educação, ao trabalho formal e bem remunerado. Nossas instituições, seguindo nosso meio de produção têm um pacto onde a exploração das mulheres é intrínseco a composição do tecido social, assim, “o valor central da cultura gerada pela dominação-exploração patriarcal é o controle, valor que perpassa todas as áreas da convivência social” (Ibidem, p. 122).

Concordando com essas formulações, acrescentamos o “novo patriarcado-racismo-capitalismo” (Ibidem, 125). Tal sistema apresenta-se ao observarmos o perfil dos corpos que

ao longo da história ocupam espaços de punição, controle, disciplina. Como já citados, pobres e negros! Desta forma, a fim de repensarmos o processo de desinstitucionalização, temos que propor que as opressões de gênero, raça/etnia e classe também sejam levadas em consideração, pois, as instituições da violência asseguram a reprodução delas.

Estas sugestões tornam-se possíveis porque o processo de desinstitucionalização visa à reinvenção dos indivíduos, todos eles, e de suas histórias, “a partir de hoje a exclusão será mais difícil” (ROTELLI, 2001, p. 64). Assim, a complexidade das violações presentes no tecido social podem ser colocadas como pistas que orientem o movimento, as experimentações, as aprendizagens, as [des]construções do processo de desinstitucionalização na saúde mental, mas aqui especificamente, junto a justiça criminal.

CAPÍTULO 4

CONCLUSÃO

A partir do levantamento do perfil feito das mulheres em sofrimento psíquico e autoras de delito, tem-se que suas trajetórias são marcadas por delimitação dos espaços onde estas podem transitar desde muito jovens. Como notamos ao longo do trabalho, as mulheres que estavam institucionalizadas até julho/2017 têm baixa escolaridade, conseqüentemente, ocupando o mercado informal de trabalho. Tais informações se assemelham com o relatório de Diniz (2013) sobre o levantamento dos hospitais de custódia.

As mulheres do Manicômio Judiciário Limbo, além de negras, em sua maioria, possuem suas vidas escolares interdidas por várias questões, possivelmente influenciadas pela compreensão de que não pertencem ao espaço escolar. E no que se refere à vida adulta, têm suas ocupações profissionais ligadas às profissões informais ou ainda, ao “não consta” ou ao “não informado” nas suas FAC, por provavelmente terem pela sociedade não legitimidade de que “seus corpos loucos” podem ocupar tal lugar. De acordo com Amarante (2010, p. 15): “ao louco é subtraída a possibilidade de inscrição no mundo [...], no espaço da cidade, no mundo dos direitos”.

Neste trabalho consideramos as categorias de gênero, raça/etnia e classe como indispensáveis para compreendermos os fenômenos sociais, além disso, nos distanciamos das teorias que postulam o funcionamento dessas três categorias de forma isolada. Aproximamos nossas reflexões a fim de explicitarmos uma dinâmica específica de dominação-exploração ao observarmos a combinação do gênero, da raça/etnia e classe, por conseguinte, processos interdependentes (SAFFIOTI, 2004; CISNE, 2012). E com isso, buscamos compreender como tal conjunto atravessa o processo de desinstitucionalização de mulheres nos manicômios judiciários, no estado do Rio de Janeiro. Uma vez que, “[...] as marcas desse passado escravista e colonial estão ainda vivas nas instituições políticas brasileiras; na forma de organização da produção material; na maneira como nós brasileiros, nos relacionamos entre nós e com o mundo” (MOURA, 1994, p. 62 apud PASSOS, 2017, p. 81), consideramos relevante pensarmos se o processo da desinstitucionalização tem se debruçado sobre a questão.

As mudanças que a Reforma Psiquiátrica brasileira propõe são bastante diversas conforme seus atores, atrizes e os lugares onde estes/as atuam (AMARANTE, 1996). No estado do Rio de Janeiro a desinstitucionalização das mulheres em sofrimento psíquico

autoras de delito tem se realizado com muitas limitações e, não obstante, dificuldades principalmente ao que concerne a diminuição das desigualdades de gênero, raça/etnia e classe.

Tendo a desinstitucionalização como um “conceito [...] que sofre metamorfose substancial e que abre novas possibilidades para o campo da reforma psiquiátrica” (AMARANTE, 1996, p. 16), este trabalho buscou compreender que, a partir do reconhecimento das vidas das mulheres negras e suas trajetórias históricas de exclusões, o processo de desinstitucionalização requer esforço não apenas a fim de desconstruir a loucura – a qual historicamente também foi criada para compor a noção de desvio, conseqüentemente, manter a noção de normalidade –, mas almeja que a loucura seja entendida enquanto uma história que se relaciona com o gênero, raça/etnia e a classe de formas diferentes.

Não pretendemos esgotar as questões que podem advir do processo da desinstitucionalização das mulheres em sofrimento psíquico autoras de delito, mas sim, tecer novas problematizações e enegrecer as discussões que tangenciam a loucura, a pobreza e as mulheres. Compreendemos que os manicômios judiciários devem ser extintos, por serem “Instituição da Violência” (Basaglia, 1985), e em nenhuma medida atendem às necessidades de saúde da população.

Apontamos as dificuldades deste exercício, uma vez que, as Instituições da Violência estão pautadas em uma sociedade racista, classista, burguesa e de supremacia branca, como consequência temos opressões que se [re]produzem historicamente na sociedade, principalmente em espaços de punição, coerção e tratamento. Nossa relação com o sofrimento psíquico passa necessariamente pela articulação desta com outros norteadores, como gênero, raça/etnia e classe. A partir destes podemos notar que mulheres negras e pobres compõem o perfil das autoras de delito em sofrimento psíquico que se encontram no manicômio judiciário do Rio de Janeiro, delineando que o anormal, a louca, a mulher institucionalizada ainda permanecem sendo as mesmas.

Desinstitucionalizar é, por conseguinte, acompanhar os caminhos nos quais os corpos das mulheres em sofrimento psíquico autoras de delito estão passando ou não. Tanto os espaços interditados quanto os de passagem para elas na cidade se relacionam diretamente com as estruturas manicomialis que almejamos abolir, por isso, observá-los e transformá-los é abrir brechas para o exercício de práticas de cuidado menos opressoras, excludentes, de controle. Temos que nos ater a modelos que reportem “à psiquiatria um campo epistêmico que delineia o ‘ideal da saúde mental’, o que significa dizer que, ao vislumbrar para além do tratamento ou da cura das doenças mentais, aspectos por si sós absolutamente polêmicos, edifica o ideal da ausência das doenças mentais no meio social” (AMARANTE, 1996, p. 18).

Portanto, as novas práticas acerca da loucura, dizem respeito também aos novos modos como concebemos a “doença mental”, e as intervenções que legitimamos com eles – como, inclusive, as instituições que delegamos para esta.

Com o sistema de produção capitalista que temos, ficamos com a seguinte questão: como trabalhar para desinstitucionalizar?

Para Santos, tal ‘fase’ se traduz no que é ‘a ambiguidade e a complexidade da situação do tempo presente, um tempo de transição, síncrone com muita coisa que está além ou aquém dele, mas descompassado em relação a tudo que habita’ (SANTOS, 1987:6). Se essa é uma ‘fase de transição’, não se sabe ainda o que está por vir; e, como anunciava Basaglia (1985:10), ‘e não sabemos qual será o próximo passo’, porque essa não é uma realidade estática, em equilíbrio, mas em construção, de invenção prático-teórica, em relação direta e objetiva com a realidade que a cada momento se apresenta e se transforma. Esse movimento, ou essa incerteza no ‘saber o futuro’ [...] é, em resumo, uma importante atitude epistemológica no ‘lidar com as contradições do real’, na qual o projeto de desinstitucionalização volta-se para a superação do ideal de positividade absoluta da ciência moderna em sua causalidade de causa-efeito, para voltar-se para a ‘invenção da realidade’ como processo histórico (AMARANTE, 1996, p. 23-24).

Extinguir todos os manicômios judiciais não assegura que práticas manicomialis não possam perpetuar na sociedade. Há distintos poderes/saberes que impõem aos corpos das mulheres em sofrimento psíquico autoras de delito um “não lugar” social. Conforme Foucault (2015 p. 15), “nem o controle nem a destruição do aparelho de Estado, como muitas vezes se pensa – embora, talvez, cada vez menos –, é suficiente para fazer desaparecer ou para transformar, em suas características fundamentais, a rede de poderes que impera em uma sociedade”.

Ou seja, mais do que acontece no e pelo Estado, o processo de desinstitucionalização na área da saúde mental e justiça criminal será efetivado somente quando conseguirmos deslocar nossas práticas para a construção de um novo projeto societário. Para tanto, considerando que nossas relações de gênero se dão numa sociedade patriarcal, racista, burguesa e hegemonicamente branca, desconstruir o saber/poder da psiquiatria e do direito – para acabar com a medida de segurança –, é também desinstitucionalizar o modo como nos relacionamos na cidade. Neste sentido, temos que “garimpar” ainda muitos caminhos, a fim de que os corpos das mulheres possam poder atravessar.

Diminuir as desigualdades existentes na sociedade é nos comprometermos a repensar as instituições que ainda legitimamos em nosso corpo social. É desconstruirmos as bases que historicamente controlam, dominam-exploram pessoas. É rever nosso modo de produção, mudarmos a maneira como nos relacionamos conosco e com os outros. Os cuidados em saúde mental em uma estratégia de desinstitucionalização dependem desse esforço, a fim de efetivar

transformações, visando à superação da sociedade patriarcal, do racismo e das desigualdades de classe.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos Pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995

_____. **O Homem e a Serpente**: outras histórias para a loucura e para a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996.

_____. Manicômios, como viver sem eles? As transformações no campo assistencial. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

_____. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antônio Ivo de. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p.735-759, 2012.

ARRAZOLA, Laura Susana Duque. Ciência e Crítica feminista. In: COSTA, Ana Alice Alcântra; SARDENBERG, Cecília Maria Bacellar (Orgs). **Feminismo, Ciência e Tecnologia**. 8ª coleção Bahianas, 2002.

ÁVILA, Maria Betânia de Melo; CORRÊA, Sonia Onuffer. O Movimento de Saúde e Direitos Reprodutivos no Brasil: Revisitando Percursos. In: GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan. (Org.). **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil**. São Paulo/SP: Hucitec, p. 70-103, 1999.

BARBOSA, Maria Eduarda; ADRIÃO, Karla Galvão. “Menina, fecha as pernas” e outras questões de gênero. **Revista Polis e Psique**, v. 1, nº 3, 2011.

BARROS, Laura Pozzana de; KASTRUP, Virginia. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virginia.; ESCÓSSIA, Liliana da (Orgs.). **Pistas do Método da Cartografia**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015.

BASAGLIA, Franco. As Instituições da Violência. In: _____. **A Instituição Negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1985.

BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda. (Orgs.). Saúde da população Negra. 2. Edição, Brasília, DF: ABPN - **Associação Brasileira de Pesquisadores Negros**, 2012.

BERNER, Vanessa Oliveira Batista; JUCÁ, Roberta Laena Costa; MORAES, Heloisa Melino de (orgs). Teoria Crítica, Descolonialidade e Direitos Humanos. In: MAGNO, Patrícia Carlos. **Encarceramento Feminino**: um olhar sobre mulheres e medidas de segurança. Freitas Bastos Editora, 2016.

BRASIL. Código Penal. **Decreto Lei 2848/40**, 1940.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2003.

_____. **Lei Nº 7.210 de 11 de julho de 1984.** Institui a Lei de Execução Penal – LEP. 1984.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Ministério da Saúde. Brasília, 2002b.

_____. 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, novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Justiça. **Sistema integrado de informações penitenciárias (INFOPEN).** Departamento Penitenciário Nacional 2014. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/depen/data/Pages/MJE9614C8CITEMIDD1903654F8454D5982E839C80838708FPTBRNN.htm>>. Acessado em: 20 fev.2016.

_____. Ministério Público Federal – MPF, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão – PFDC. **Parecer sobre as medidas de segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei 10.216/2001.** Brasília, DF, 2011.

_____. **Resolução nº 05, de 4 de maio de 2004.** Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001.

BRUNO, Fernanda Glória; PEGDEN, Raphael Thomas Ferreira Mendes; SOUZA, Ramiro Faria de Melo. O Paciente 00001: Febrônio Índio do Brasil. **Scientiarum Historia VII.** ISSN 2176-1248, 2014.

CARNEIRO, Aparecida Sueli. **A Construção do Outro como não-ser como Fundamento do Ser.** Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

CARRARA, Sérgio Luis. **Crime e Loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século.** Rio de Janeiro: edUERJ. São Paulo: Edusp, 1998.

_____. A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil. **Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 20, n. 1, p. 16-29, 2010.

CARTA DE BAURU. **Encontro Nacional “20 anos de luta por uma sociedade sem manicômios”.** Bauru, 2007. Disponível em: <http://www2.pol.org.br/lutaantimanicomial/index.cfm?pagina=carta_de_bauru>. Acessado em: 31 jul. 2017.

CASTEL, Robert. **A Ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo.** Rio de Janeiro: Editora Graal, 1978.

CÉSAR, Janaína Mariano; SILVA, Fabio Hebert da; BICALHO, Pedro Paulo Gastalho de. O Lugar do Quantitativo na Pesquisa Cartográfica. **Fractal, Revista de Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 357-372, 2013.

CISNE, Mirla. **“A própria história do capitalismo foi fundida com a lógica de exploração do patriarcado e do racismo”:** depoimento [4 fev. 2015]. Escola Politécnica de Saúde

- Joaquim Venâncio – FIOCRUZ. Entrevista concedida a Cátia Guimarães. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-propria-historia-do-capitalismo-foi-fundada-com-a-logica-de-exploracao-do>>. Acessado em: 09 out. 2017.
- COMBA, Letizia Jervis. "C-mulheres": o último setor fechado. In: BASAGLIA, Franco. **A Instituição Negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1985.
- COUTO, Rita Cristina Carvalho de Medeiros. Eugenia, Loucura e Condição Feminina. **Cad. Pesq.**, São Paulo, n.90, p.52-61, ago., 1994.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP nº 010/05**. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. 2014.
- CORREIA, Ludmila Cerqueira. Enterrando o Manicômio Judiciário: contribuições da Reforma Psiquiátrica brasileira para a garantia do direito à saúde das pessoas em sofrimento mental autoras de delito. In: CORREIA, Ludmila Cerqueira; PASSOS, Rachel Gouveia (Orgs). **Dimensão Jurídico-Política da Reforma Psiquiátrica Brasileira: limites e possibilidades**. Rio de Janeiro, Gramma, 2017.
- CRUZ, Mônica Oliveira da. **Negras e Loucas: O perfil das mulheres que cumprem medida de segurança no Distrito Federal**. 2015. 55 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) – Curso de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Ceilândia. 2015.
- DALLPOSSO, Luana Karina. **Prisão e loucura: uma narrativa de mulheres em medida de segurança no Distrito Federal**. 2013. 45 f. Trabalho de Conclusão de Curso (monografia) – Curso de Serviço Social, Universidade de Brasília, 2013.
- DAMASCO, Mariana Santos; MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Feminismo Negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). **Estudos Feministas**, v. 20, n. 1, p. 133-151, 2012.
- DAVIS, Ângela. **Mulheres, Raça e classe**. São Paulo: Boitempo, 2016.
- DECLARAÇÃO DE ITAPECERICA DA SERRA DAS MULHERES NEGRAS BRASILEIRAS. **Itapecerica da Serra**. 22 de agosto, 1993.
- DELEUZE, Gilles. **Conversações, 1972-1990**. São Paulo: Editora 34, 1992. (Coleção TRANS).
- DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011** [recurso eletrônico]. Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, 2013.
- DUARTE, Marco José de Oliveira; PASSOS, Rachel Gouveia; GOMES, Tathiana Meyre da Silva. 3º Encontro Internacional de Política Social 10º Encontro Nacional de Política Social Tema: “**Capitalismo contemporâneo: tendências e desafios da política social**”. Vitória/ES, Brasil, 22 a 25 de junho de 2015.
- ENGEL, Magali Gouveia. Psiquiatria e Feminilidade. In: PRIORE, M. D. (org.). **História das Mulheres no Brasil**. 3ª ed. São Paulo: Contexto, 2000.
- _____. **Os Delírios da Razão: médicos, loucos e hospícios**. Loucura & Civilização collection. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

ESCÓSSIA, Liliana da; TEDESCO, Silvia. O Coletivo de Forças como Plano de Experiência Cartográfica. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (Orgs.). **Pistas do Método da Cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015.

FAUSTINO, Deivison Mendes. A Equidade Racial nas Políticas de Saúde. In: BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda. (Orgs.). **Saúde da População Negra**. Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. **Medicalização em Psiquiatria**. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2015.

FERRO, Luís Felipe. Trabalho Territorial em Hospitais Psiquiátricos – construindo no presente um futuro sem manicômios. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 29, n. 4, p. 752 - 767, 2009.

FINE, Michelle; WEIS, Lois; WESEEN, Susan; WONG Loonmun. Para quem? Pesquisa qualitativa, representações e responsabilidades sociais. In.: NORMAN, K. DENZIN; YVONNA, S. LINCON (Orgs.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14 (3): 743-752, 2009.

FOUCAULT, Michel. **Em Defesa da Sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

_____. **Os Anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. **História da Loucura: na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2014.

_____. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

FRY, Peter. Febrônio Índio do Brasil: onde cruzam a psiquiatria, a profecia e a lei. In: FRY, P. et al. **Caminhos cruzados**. São Paulo: Brasiliense, 1982.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 48-55, 2001.

GUIMARÃES, Reinaldo. (Org.) **Saúde e Medicina no Brasil**: contribuição para um debate. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1978.

GUIMARÃES, Marco Antônio; PODKAMENI, Angela Baraf. **Racismo: Um Mal-Estar Psíquico**. In: BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda. (orgs.). **Saúde da População Negra**. ABPN – Associação Brasileira de pesquisadores Negros. São Paulo: p. 224-239, 2012.

GUATTARI, Félix. **Caosmose: um novo paradigma estético**. Tradução Ana Lúcia de Oliveira e Lúcia Cláudia Leão. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

HOOKS, bell. Intelectuais Negras. **Estudos Feministas**. Ano 3, 2º semestre, p. 464-478, 1995.

KASTRUP, Virgínia; PASSOS, Eduardo. Cartografar é traçar um plano Comum. **Fractal, Revista de Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 263-280, 2013.

LEBRE, Marcelo. Medidas de segurança e periculosidade penal: medo de quem? **Responsabilidades**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 273-282, 2013.

LINASSI, Jordana; STRASSBURGE, Dioze; SARTOR, Marcele; ZARDIN, Melissa Vione; RIGHI, Liane Beatriz. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: Vivenciando Uma Experiência de Implementação. **Revista Contexto & Saúde**. Editora Unijuí, v.10, nº 20, jan/jun, p. 425-434, 2011.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Angela; LUZ, Rogerio; MURICY, Katia. **Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MAGNO, Patrícia Carlos. Encarceramento feminino: um olhar sobre mulheres e medidas de segurança. In: BERNER, Vanessa Oliveira Batista; JUCÁ, Roberta Laena Costa; MORAES, Heloísa Melino de (Orgs.). **Teoria Crítica, Decolonialidade, e Direitos Humanos**. Freitas Bastos Editora, 2006.

MAMEDE, Margarida. **Cartas e retratos: uma clínica em direção à ética**. Editora Altamira, 2006.

MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura. **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007.

NARVAZ, Martha Giudice; KOLLER, Sílvia Helena. Metodologias feministas e estudos de gênero: articulando pesquisa, clínica e política. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 647-654, set./dez. 2006.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. O Trabalho do Antropólogo: Olhar, Ouvir, Escrever. **Revista de Antropologia**, São Paulo, USP, v. 39, nº 1, 1996.

OLIVEIRA, Hilderline Câmara de; CAVALCANTE, Christianne Medeiros; CRUZ, Eduardo Franco Correia; SANTOS Joseneide Sousa Pessoa dos. **Assistência a saúde à mulher - presa: um direito negado**. II Seminário Nacional Gênero e Práticas Culturais: culturas, leituras e representações, s/d.

PAIXÃO, Márcia; EGGERT, Edla. A Hermenêutica Feminista como Suporte para Pesquisar a Experiência das Mulheres. In: EGGERT, Edla (Org.). **Processos Educativos no Fazer Artesanal de Mulheres do Rio Grande do Sul**. Santa Cruz do Sul, EDUNISC, 2011.

PASSOS, Rachel Gouveia. Mulheres e Reforma Psiquiátrica: o lado esquecido da história. **Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH**, São Paulo, 2011.

PASSOS, Eduardo; EIRADO, André do. **Cartografia como Solução do Ponto de Vista do Observador**. Porto Alegre: Sulina, 2015.

_____. **Trabalhadoras do Care na Saúde Mental**: contribuições marxianas para a profissionalização do cuidado feminino. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Estudos Pós-graduados em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

_____. “De escravas a cuidadoras”: invisibilidade e subalternidade das mulheres negras na política de saúde mental brasileira. **O Social em Questão**, Ano XX, n. 38, 2017.

PASSOS Rachel Gouveia; CORREIA, Ludmila Cerqueira; ALMEIDA, Olívia Maria de. Controle médico e controle penal: violações de direitos humanos de mulheres em sofrimento mental autoras de delito. In: CORREIA, Ludmila Cerqueira; PASSOS, Rachel Gouveia (Orgs). **Dimensão Jurídico-Política da Reforma Psiquiátrica Brasileira: limites e possibilidades**. Gramma, 2017.

PAULON, Simone; NEVES, Rosane (Orgs.). **Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013.

PEREIRA, Melissa Oliveira; AMARANTE, Paulo. Mulheres, Loucura e Patologização: desafios para a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial. In: PASSOS, Rachel Gouveia; COSTA, Rosane Albuquerque; SILVA, Fernanda Gonçalves da. **Saúde Mental e os desafios atuais da atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

PEREIRA, Sarah Caroline de Deus. A Criminalização da Loucura no Modelo Jurídico-Terapêutico-Punitivo-Prisional dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. **Revista SJRJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 37, p. 239-249, 2013.

PISCITELLI, Adriana. Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. **Sociedade e cultura**, v.11, n.2, p. 263-274, 2008.

REIS, Alberto. A Saúde mental, democracia e responsabilidade. **Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 20, n. 1, p. 11-15, 2010.

ROHDEN, Fabíola. **Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

ROTELLI, Franco. (Org.). Desinstitucionalização uma Outra Via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos ‘Países Avançados’. In: ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SAFFIOTI, Heleieth. Rearticulando gênero e classe social. In: COSTA, Albertina de Oliveira; BRUSCHINI, Cristina. **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992.

_____. **Gênero, Patriarcado e Violência**. São Paulo: Perseu Abramo, 2004.

SANTOS, Neusa. **Tornar-se Negro: As vicissitudes da Identidade do Negro Brasileiro em Ascensão Social**. Ed. Graal, RJ, 1983.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica**. New York: Columbia University Press, 1989.

SILVA, Alyne Alvarez. **Das vidas que não (se) contam: dispositivos de desinstitucionalização da medida de segurança no Pará**. 2015. 345f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2015.

SILVEIRA, Luana da; MOREIRA, Ana Isabel Pereira; CUSTÓDIO, Ana Vitória Lossávoro; GONÇALVES, Carolina Cordeiro; CARVALHO, Isabella Pesanha Bittarde; SILVA, Jéssica Perreira da; BARRETO, Leniara Dias; DURANS, Patrícia Henrique de Souza; MARINHO,

Vítor Ducan. Se Você quer Prender, não é Seguro: problematização da medida de segurança e da internação compulsória de pessoas em sofrimento psíquico. In: CORREIRA, Ludmila Cerqueira; PASSOS, Rachel Gouveia (orgs.). **Dimensão Jurídico-Política da Reforma Psiquiátrica Brasileira: limites e possibilidades**. Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

SOUZAS, Raquel. A Construção de “Novos” Direitos no Campo da Saúde: movimentos de mulheres negras e a questão étnico-racial na saúde. **Diálogos & Ciência – Revista da Rede de Ensino FTC**. Ano VI, n. 13, 2008.

SPINK, Mary Jane. Risco e sociedade contemporânea: vivendo na sociedade de risco. **Projeto Integrado de Pesquisa**, CNPq (vigência 2000-2002), 2000.

TEDESCO, Silvia Helena. As Práticas do Dizer e os Processos de Subjetivação. **Interação em psicologia**, 10 (2), p. 357-362, 2006.

TEDESCO, Silvia Helena; SADE, Christian; CALIMAN, Luciana Vieira. A Entrevista na Pesquisa Cartográfica: a experiência do dizer. **Fractal, Revista de Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 299-322, 2013.

VACARO, Juliana Suckow. **A Construção do Moderno e da Loucura: mulheres no sanatório Pinel de Pirituba (1929-1944)**. 2011. 64f. Dissertação (Mestrado em História Social) – faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

VENTURINI, Ernesto; CASAGRANDE, Domenico; TORESINI, Lorenzo. **O Crime Louco**. Brasília: CFP, 2012.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A Medicalização do Corpo Feminino**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

ZANELLO, Valeska; BUKOWITZ, Bruna. Loucura e cultura: uma escuta das relações de gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados. **Revista Labrys Estudos Feministas**. Volume 20-21, 2011.

ZANELLO, Valeska; COSTA E SILVA, René Marc. **Saúde Mental, Gênero e Volência Estrutural**. Revista Bioética, 2012. Disponível em <http://www.redalyc.org/html/3615/361533259009/>. Acessado em: 20 maio, 2017.

ANEXOS

ANEXO A**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Compreendendo Atravessamentos de Gênero, Raça/Etnia e Classe no Processo de Desinstitucionalização das Mulheres em Sofrimento Psíquico em Conflito com a Lei do Estado do Rio de Janeiro.

Universidade Federal Fluminense

(21) 969230029

Nome do/a voluntário/a:

Idade: ____ anos

R.G. _____

O (A) Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “*Compreendendo Atravessamentos de Gênero, Raça/Etnia e Classe no Processo de Desinstitucionalização das Mulheres em Sofrimento Psíquico em Conflito com a Lei do Estado do Rio de Janeiro*”, de responsabilidade da pesquisadora Bruna Gabriela Monte de Oliveira Ramos.

A presente pesquisa tem como objetivo compreender atravessamentos de gênero, raça/etnia, classe que perpassam o processo de desinstitucionalização das mulheres custodiadas no Rio de Janeiro. Para tanto, peço gentilmente que aceite responder as perguntas da entrevista semiestruturada, a qual poderá ser audiogravada, conforme sua concordância. E posteriormente, transcritas para análise.

Contudo, seus dados pessoais são confidenciais. As gravações serão armazenadas em local seguro, depois de transcritas, as mesmas serão destruídas. No momento da transcrição, o nome será trocado por pseudônimos. Muito embora a sua participação não ofereça risco à integridade física, psíquica e moral nem à dignidade dos participantes, é possível que algumas pessoas se sintam constrangidas e/ou incomodadas, assim há plena liberdade para que a entrevista seja interrompida no momento que o/a participante desejar. Além disso, eu estou à disposição, caso o/a participante desejar, para oferecer-lhe apoio psicológico. Assim, respeitando a sua integridade física, moral e o seu bem-estar os/as participantes da pesquisa tem, caso necessário, assistência imediata, sem ônus de qualquer espécie ao/a participante da

pesquisa. Bem como, assistência integral, atendimento devido complicações e danos decorrentes, direta ou indiretamente, da pesquisa.

O/A participante da pesquisa será respeitado em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida. No que diz respeito aos benefícios e a relevância social. No que diz respeito aos benefícios, essa pesquisa pretende contribuir refletir sobre a desinstitucionalização nas instituições psiquiátricas e de custódia. Assim como, assegurar aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, pois vocês terão acessos à pesquisa final.

Sua participação é voluntária e uma recusa não implicará em qualquer tipo de prejuízo. Possíveis danos serão evitados. As informações que você fornecer poderão ser utilizadas em trabalhos científicos, mas sua identidade será sempre preservada, seu nome não aparecerá em nenhum momento e não haverá qualquer sinal ou palavra que possa identificar sua pessoa, assim a confidencialidade e privacidade estão garantidas pela pesquisa. Você é livre para desistir da participação no trabalho em qualquer momento.

Agradecemos desde já a sua participação e nos colocamos à disposição para outros esclarecimentos que se façam necessários no seguinte telefone e e-mail: (21) 969230029/bgabrielaoliveira@gmail.com.

- Sim. Aceito ser entrevistado(a) para este estudo e que esta entrevista seja gravada.
- Sim. Aceito que trechos desta entrevista (sem identificação) sirvam de ilustração para trabalhos acadêmicos.

Estando assim de acordo, assinam o presente termo de consentimento em duas vias.

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Niterói, _____ de _____ de _____

Participante

Responsável pelo projeto.

Primeira testemunha

Segunda testemunha

ANEXO B

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada “*Compreendendo Atravessamentos de Gênero, Raça/Etnia e Classe no Processo de Desinstitucionalização das Mulheres em Sofrimento Psíquico em Conflito com a Lei do Estado do Rio de Janeiro*”, poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, AUTORIZO, por meio deste termo, a pesquisadora Bruna Gabriela Monte de Oliveira Ramos a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte. Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso da pesquisadora acima citada em garantir-me os seguintes direitos: 1. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais; 2. minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas; 3. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização; 4. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Niterói, _____.

Assinatura do/a participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora responsável

ANEXO C

Roteiro da entrevista

Idade:

Profissão:

Instituição que trabalha:

1. Como você percebe essas mulheres daqui? E os homens?
2. Como você percebe o processo de desinstitucionalização?
3. Como você começou a trabalhar com mulheres que cumprem medida de segurança?
4. Como é para você trabalhar com mulheres que estão cumprindo medidas de segurança?
5. Você percebe alguma dificuldade no processo de desinstitucionalização das mulheres?
Se “sim”, quais? Se “não”,
6. Você gostaria de contar mais alguma coisa sobre o processo da desinstitucionalização?

Agradeço!