

“Já é doida se ela for normal”: luta antimanicomial e violências contra mulheres institucionalizadas

Olga Machado Cardoso

Tatiana Machiavelli Carmo Souza

RESUMO

Buscamos identificar as violências dirigidas às mulheres institucionalizadas em situação de sofrimento mental em consequência da lógica manicomial. Realizamos estudo qualitativo com três mulheres adultas que experienciaram internação em hospitais ou clínicas psiquiátricas, a fim de entender os impactos da violência institucional em suas vidas. As entrevistas foram realizadas de forma online, entre janeiro e março de 2022, em Goiás. Foram gravadas e, posteriormente, transcritas. A análise dos dados foi feita por meio dos núcleos de significação, em uma perspectiva socio-histórica. Foram constituídos os seguintes núcleos: “Eu tava sendo tratada, mas acredito que não era da maneira correta”: sobre as vivências médicas das participantes e ser mulher no mundo e “Se eles não conseguem ouvir com a pessoa, [...] a resposta pra eles é a injeção na bunda”: violências em âmbito institucional. Encontramos diversas violências cometidas contra as participantes, como descrédito, utilização de medicamentos de maneira forçada e coercitiva, violência física e sexual, negligência, entre outras. O ambiente opressivo e violento das instituições psiquiátricas corrobora para o adoecimento e confusão quanto à própria constituição de si. Por fim, alertamos para a importância de uma sociedade não opressora e com uma rede de atenção à saúde pública fortalecida e bem consolidada.

Palavras-chave: Violências, manicômio, mulheres.

ABSTRACT

“She’s already crazy if she’s normal”: anti-asylum struggle and violence against institutionalized women

We sought to identify the violence directed at institutionalized women suffering from mental illness as a result of the asylum logic. A qualitative study was carried out with 3 (three) women over the age of 18 who had experienced hospitalization in psychiatric hospitals or clinics, in order to understand the impact of institutional violence on their lives. The interviews were conducted online, between January and March 2022, in Goiás. They were recorded and later transcribed in full. The data was analyzed using the nuclei of meaning, from a socio-historical perspective. The following groups were formed: “I was being treated, but I believe it wasn’t in the right way”: about the participants’ medical experiences and being a woman in the world and “If they can’t listen to the person, [...] the answer for them is an injection in the ass”: violence in the institutional environment. We found various forms of violence committed against the participants, such as discrediting, forced and coercive use of medication, physical and sexual violence, neglect, among others. The oppressive and violent environment of psychiatric institutions contributes to illness and confusion about the very constitution of the self. Finally, we draw attention to the importance of a non-oppressive society with a strengthened and well-established public health care network.

Keywords: Violence, asylum, women.

Sobre os Autores

O. M. C.
orcid.org/0009-0002-6243-3277
Universidade Federal de Catalão (UFCAT) – Catalão, Goiás (GO)
olgamac4@gmail.com

T. M. C. S.
orcid.org/0000-0001-8834-7022
Universidade Federal de Catalão (UFCAT) – Catalão, Goiás (GO)
tatimachiavelli@yahoo.com.br

Direitos Autorais

Este é um artigo aberto e pode ser reproduzido livremente, distribuído, transmitido ou modificado, por qualquer pessoa desde que usado sem fins comerciais. O trabalho é disponibilizado sob a licença Creative Commons CC-BY-NC.



A história do tratamento de pessoas em sofrimento mental é marcada por modelos asilares e estigmatizações morais, contribuindo para violências e atrocidades cometidas contra pacientes dentro das próprias instituições, já que a relação institucional é assimétrica e o poder médico subjaz o da(o) doente (Basaglia, 1985). Os manicômios são historicamente símbolos de exclusão social destinados àquelas(es) consideradas(os) inaptas(os) ao convívio em sociedade, a fim de conservar o sistema social vigente através da repressão e da culpa (Basaglia, 2006). Para Goffman (1961, p. 113), “[...] a loucura ou o ‘comportamento doentio’ atribuídos ao doente mental são, em grande parte, resultantes da distância social entre quem lhes atribui isso e a situação em que o paciente está colocado, e não são, fundamentalmente, um produto de doença mental”.

O sofrimento psíquico, portanto, é construído culturalmente, a partir de valores e normas de uma determinada sociedade e época histórica e, do mesmo modo, são constituídas as diferenças entre o que é dito como feminino e masculino (Saffioti, 2004). Nesse contexto, o sistema patriarcal estabelece e controla os papéis desempenhados pelo gênero feminino, facilitando a subjugação das mulheres nas instituições psiquiátricas. A docura, a feminilidade, a naturalização da dedicação e do sacrifício, a debilidade, a necessidade de proteção e a incapacidade de cuidar de si são consideradas características naturais das mulheres, constituindo assim uma dificuldade de reconhecê-las como sujeito histórico-social ativo. Quando essa (pseudo)natureza é transgredida, fugindo do que tradicionalmente se considera boa mãe e boa filha, muitas vezes, a interpretação é de um distúrbio psíquico (Basaglia, 1985).

Mulheres ainda hoje são perseguidas e violentadas em face à sua função e papel na sociedade patriarcal, como as bruxas que foram caçadas no princípio da acumulação e formação capitalista, afinal o machismo não está só no imaginário coletivo, ele possibilita que a violência seja sistêmica e normatizada (Federici, 2019). Como a prisão, o manicômio protege a sociedade daquela que se desvia da norma, não serve para a reabilitação do sujeito (Basaglia, 2006).

As mulheres internadas em instituições psiquiátricas sempre são atravessadas pelos olhares e julgamentos da sociedade patriarcal, que constantemente “enlouquece” comportamentos tidos como inadequados e, ainda, são alvos de violências constantes vindas de várias direções, seja de profissionais, do Estado ou da própria família (Andrade, 2010; Barreto & Cassoli, 2020; Cardoso et al., 2020; Couto, 1994).

Devido ao anulamento cotidiano, mulheres desenvolvem uma série de adoecimentos mentais tanto dentro quanto fora de instituições manicomiais, tendo em vista que a subjetividade é definida através de relações com outras

subjetividades (Basaglia, 1985). Na história brasileira, o Hospital Colônia de Barbacena foi uma instituição de referência das violências executadas. Dentre as muitas mulheres que tinham seus(us) filhos(as) afastados(as), estava Sueli. Encaminhada à instituição ainda criança e diagnosticada com epilepsia, nunca recebeu visitas familiares e sofria com as violências por parte de colegas de pavilhão e das funcionárias. Quanto mais sofria, mais violência também dirigia às outras. Outra personagem foi Geralda: abusada sexualmente pelo patrônio, engravidou. Foi mandada para o Colônia, onde cuidava do berçário e lavava as roupas. Dois anos depois, foi expulsa do hospital sem seu filho. Um ano depois, quando foi buscá-lo, ele não estava mais lá, então ela foi levada ao eletrochoque e ameaçada de prisão no manicômio. Conseguiu reencontrar o filho, quarenta e cinco anos depois (Arbex, 2013).

No Brasil, desde o final da década de 1970, por força dos movimentos sociais, a trajetória da Reforma Psiquiátrica tem sido implementada buscando o fim dos manicômios e a desinstitucionalização dos sujeitos, a autonomia de pacientes e o tratamento humanizado. O Movimento Antimanicomial procura estabelecer vínculo entre os âmbitos social e político através de profissionais e da sociedade, reiterando o compromisso contra as exclusões e as violências institucionalizadas. Desde 2001, “é vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares” (Lei n. 10.216, 2001).

Na atualidade, o modelo de atenção em saúde mental no Brasil é construído com base na desinstitucionalização e territorialização, isto é, com a atenção voltada para e com a comunidade por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com diferentes tipos de instituições públicas, gratuitas e com modelo de funcionamento de porta aberta. A Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, contudo, contradiz esse movimento incluindo como novo ponto de ação da RAPS o “hospital psiquiátrico especializado”. Desde 2018, o país voltou a investir cada vez mais nesse tipo de instituição, em oposição a Reforma Psiquiátrica e a já referida Lei 10.216/2001 (CFP, 2019).

Nesse contexto de políticas de saúde mental desarticuladas, dados do documento “Hospitais Psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional” levantado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2019), mostram que características prisionais são ainda muito comuns em instituições psiquiátricas, como contenção física mecânica, tratamento violento e rude, constantes maus-tratos por parte de funcionários(as) e negligência. As mulheres são alvos de violências de gênero mesmo antes de sua internação até após receberem alta.

Os cenários dos hospitais contribuem para diversas violências dirigidas às mulheres, como violências sexuais, situações assediosas e vexatórias, dificuldade de acesso à

higiene básica e até corte de cabelo padronizado. Em relação às mulheres transexuais e travestis, há múltiplas violações, despreparo, preconceitos e discriminações, como orientações a usarem roupas largas, o não respeito ao nome social, a obrigação de ficarem na ala masculina e usarem uniforme masculino, o impedimento de darem continuidade ao tratamento hormonal (CFP, 2019).

Problematizar as violências contra mulheres institucionalizadas implica também em falar sobre consentimento e, quando elas estão privadas de liberdade, este é um direito ainda mais violado. O totalitarismo existente nas instituições psiquiátricas (Goffman, 1961) mina a autonomia e a expressão de si, uma vez que não existe privacidade e intimidade em um ambiente opressor. Assim, sujeitos que ali estão passam a ser corpos abjetos, privados da razão e de suas subjetividades (Andrade, 2010) que não necessitam ou, pior, não têm capacidade de autorizar ou desautorizar qualquer coisa que lhes dizem respeito.

Como práticas institucionais violentas comuns têm-se pacientes sendo obrigadas a tomar medicações sob risco de sofrer castigos e perseguições, sanção à “clientes inquietas”, internação compulsória de usuárias de drogas e mulheres grávidas em situação de rua, desconhecimento do tratamento e o motivo pelo qual está internada, limitação e/ou proibição de comunicar-se com familiares e amigas (os). Há instituições que, como em Barbacena, retiram os(as) filhos(as) no momento do nascimento e também fazem uso do procedimento de Eletroconvulsoterapia (ECT) de forma desregulada e exacerbada (Basaglia, 2006; CFP, 2019).

Ademais, pacientes fazem trabalhos que deveriam ser de profissionais, seja porque são obrigadas, por falta de pessoal na equipe de trabalho, por vontade própria causada pela ociosidade a que são deixadas ou ainda para ganhar “recompensas”, como fumos ou outros itens. As mulheres ficam muitas vezes incumbidas de serviços domésticos, como no auxílio da faxina nos ambientes hospitalares ou do preparo dos alimentos (CFP, 2019), mostrando que os estabelecimentos tendem a ser atravessados pelos papéis desempenhados na comunidade, já que essas tarefas domésticas são tradicionalmente imputadas às mulheres (Federici, 2019; Goffman, 1961; Saffioti, 2004).

Com tantas humilhações e degradações, as violências no contexto institucional contribuem para que a subjetividade seja sistematicamente mortificada. A barreira entre o internado e o mundo externo, a rotina imposta e os uniformes corroboram para a mutilação do eu, para o rompimento com os papéis socialmente desempenhados e com a identidade. Logo na admissão da paciente, a violência se instaura no fato de que o saber médico prevalece sobre o saber da própria paciente, cuja legitimidade do conhecimento sobre si é

inexistente. A autoridade médica, hegemonicamente masculina, é quem valida ou invalida a experiência da mulher, reforçando a lógica patriarcal. Em estudo feito em Goiás, sobre o Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, as causas escritas em prontuários que levaram à internação de mulheres remetiam aos padrões normativos vigentes da época; comportamentos inadequados só podiam ser justificados com a “loucura” (Barreto & Cassoli, 2020).

Destarte, admitindo que o manicômio se estrutura para além de uma edificação, se baseia em medidas como medicalização e patologização da vida, internação compulsória, esterilização coercitiva e higienização urbana, ainda que ele seja social, introjetado e reproduzido nas relações sociais (Passos, 2018), essa lógica então permeia e se perpetua nos cuidados relativos à saúde mental nos dias que se segue. Considerando ainda que as relações sociais são imbricadas nas relações de gênero, são construções culturais e seguem as normas sociais de cada tempo histórico (Saffioti, 2004), percebe-se que “[...] tais sofrimentos advêm de relações assimétricas de gênero e de papéis sociais e identidades historicamente assumidas pelas mulheres.” (Andrade, 2010, pp. 288-289).

A literatura tem se debruçado na análise da realidade de mulheres institucionalizadas em contexto de sofrimento mental a partir de uma retrospectiva histórica (Andrade, 2010; Arbex, 2013; Barreto & Cassoli, 2020; Basaglia, 1995, 2006; Couto, 1994; Kurchaitd et al., 2023; Mazetto & Garcia, 2023). Frente a escassez de investigações que retratem esse contexto na atualidade, essa pesquisa busca identificar as violências dirigidas às mulheres institucionalizadas em situação de sofrimento mental no tempo presente.

MÉTODO

Trata-se de investigação qualitativa que busca compreender os sentidos, os processos e as contradições do vivido, como propõe Rey (2005), acerca das violências dirigidas às mulheres institucionalizadas em situação de sofrimento mental em consequência da lógica manicomial. Foi realizada pesquisa de campo com mulheres que experienciaram a internação em hospitais ou clínicas psiquiátricas.

As participantes foram localizadas com base na técnica snowball (Bockorni & Gomes, 2021). Nesse caso, cada entrevistada indicava outra mulher construindo, assim, um recrutamento em cadeia. Foram alcançadas 3 (três) mulheres no contexto do estado de Goiás. Adotamos como critérios de inclusão para participação no estudo: a) ser mulher, cisgênero ou transexual, b) ter 18 anos ou mais, c) ter passado por ao menos uma internação em instituição psiquiátrica, seja ela pública ou privada.

Tabela 1. Perfil identitário das participantes

Nome	Idade	Raça	Identidade de gênero	Orientação sexual	Filhos	Estado civil	Ocupação	Internações
Franca	35 anos	Branca	Cisgênero	Heterossexual	Sem filhos	Solteira	Funcionária pública	3
Heleieth	46 anos	Branca	Cisgênero	Heterossexual	1 filho	União estável	Fisicamente incapacitada	1
Silvia	32 anos	Branca	Cisgênero	Heterossexual	1 filha	Solteira	Desempregada	3

Respeitando as medidas de biossegurança impostas pela pandemia de Covid-19, as entrevistas semiestruturadas foram realizadas de forma online, via Google Meet ou Whatsapp, entre janeiro e março de 2022. Foram gravadas e, posteriormente, transcritas de maneira integral para melhor análise dos dados. As entrevistas foram realizadas com questões abordando a fase pré-paciente, a fase de internação e a fase de ex-doente (Goffman, 1961), buscando compreender toda a trajetória dessas mulheres em relação às internações, a vivência institucional e as consequências da institucionalização no curso na vida pessoal delas.

A análise dos dados foi feita por meio dos Núcleos de Significação em uma perspectiva sócio-histórica, a fim de expressar questões centrais e fundamentais implicadas no sujeito. Através da articulação dos núcleos com a realidade histórica e social é possível apreender os sentidos (Aguiar & Ozella, 2006) constituídos pelas participantes às experiências vividas. A análise levou à constituição dos seguintes núcleos: “Eu tava sendo tratada, mas acredito que não era da maneira correta”: sobre as vivências médicas das participantes e ser mulher no mundo, “Se eles não conseguem ouvir com a pessoa, [...] a resposta pra eles é a injeção na bunda”: violências em âmbito institucional.

Esse estudo é parte do Projeto Integrado “Violência, gênero e família: implicações na psicologia e sociedade” e conta com autorização do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Goiás, sob parecer CAAE 26933614.4.0000.5083. Todas as participantes consentiram por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram adotados pseudônimos com intuito de proteger as suas identidades.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

“EU TAVA SENDO TRATADA, MAS ACREDITO QUE NÃO ERA DA MANEIRA CORRETA”: SOBRE AS VIVÊNCIAS MÉDICAS DAS PARTICIPANTES E SER MULHER NO MUNDO

Percebemos que as participantes passaram por diversas negligências e equívocos médicos, muitas vezes seguidos por uma lógica biologizante que culminou no descrédito do tratamento por parte delas. O despreparo profissional e a

realidade do contexto que estavam inseridas geraram nelas um sofrimento mental ainda maior. Esse sofrimento social caminha de mãos dadas com o sofrimento clínico, perceptível pela quantidade de reinternações que elas passaram ao longo da vida.

Fui no endócrino e ele me passou um ansiolítico e... O médico cardiologista me passou um remédio pra pressão, porque segundo ele era minha pressão que tava alta né. [...] eu não sei se é porque eles [psiquiatras] acham que a gente toma remédio e tem que ficar vendo florzinha todo o dia, mas a gente é ser humano, a gente sente as coisas sabe (Franca).

A realidade encontrada fora dos muros das clínicas pode ser tão violenta quanto a que se vê do lado de dentro. Identificamos que o desrespeito aos direitos e a constante anulação enquanto mulheres durante a institucionalização foram elementos que contribuíram para o desgaste da identidade e personalidade das participantes. Esse desgaste tem relação com o lugar invisível e passivo em que são socialmente colocadas articulando, assim, a descrença em fazer serem vistas.

Não aguento mais isso aqui, eu quero embora, eu quero ir pra minha casa, aí você chega em casa e cê se depara com toda uma realidade. E você tem que encarar do pós-internação. Aí dá vontade de voltar correndo. E esquecer do mundo, e ficar só lá. Eu acho que é por isso que as pessoas criam um ciclo muito vicioso nas internações (Silvia).

As vivências na instituição de saúde mental não permitiram o desejo de se reorganizarem socialmente, ao contrário, fez emergir a vontade de “esquecer do mundo”. Essas vivências são generificadas e marcadas pelos símbolos socialmente construídos (Federici, 2019; Saffioti, 2004). Esse “corpo de mulher” carrega significantes historicamente ligados à fraqueza, necessidade de proteção, incapacidade para cuidar de si apesar de sua suposta função natural de procriação (Basaglia, 1985). O “mundo” a ser esquecido é este que adoece mulheres devido aos estereótipos de gênero estabelecidos, associando o feminino ao irracional, emotivo, inferior e, portanto, inválido (Kurchait et al., 2023).

Há aí uma dialética em que o sofrimento causado em sociedade leva ao sofrimento mental e à internação como alternativa de cuidado, já que teoricamente as instituições psiquiátricas são locais controlados e especializados no cuidado às pessoas adoecidas. No entanto, são também ambientes opressivos em busca de um suposto super controle. Identificamos, pelos discursos, que nestes locais há uma intensificação da tensão e violências cometidas contra as pacientes e, quando as participantes retornaram ao seu cotidiano do lado de fora da clínica se depararam com elementos que lhes adoeceram novamente, com o agravante de que agora elas têm também marcas da violência institucional e carregam o estigma de "loucas".

Às vezes você tá dormindo você acorda com alguém gritando, num surto. Durante o dia mesmo, você tá tranquilo assim de repente passa alguém que... Então não é um ambiente que assim... Não dá uma sensação muito boa [...] (Franca).

Eu cheguei a querer suicidar no pós internação. [...] eu quis suicidar, eu entrei em depressão no pós internação, eu me isolei, eu tinha vergonha das pessoas. [...] Porque quem é louco uma vez, é louco o resto da vida. Então a pessoa espera que você vai agredir, a pessoa espera que você vai matar [...] (Silvia).

A forma como o adoecimento vai ser interpretado e cuidado também é determinado pelo local social em que se encontra a mulher adoecida, ou seja, o enlouquecimento pode ser uma resposta às opressões sofridas (Passos, 2018). Observamos que a internação em instituição psiquiátrica funciona como um regulador de comportamentos, assim, mulheres são mais afetadas por esse funcionamento social, inclusive internamente nos hospitais. Mazetto e Garcia (2023), em estudo na região de Sorocaba, São Paulo, discutem a regulação de corpos das mulheres institucionalizadas a partir de relatos de ex-funcionárias evidenciando vários episódios em que a sexualidade feminina estava sob jugo e repressão da instituição, denotando certa permissividade em relação aos estupros cometidos contra elas.

Constatamos, pelos relatos das participantes, que pacientes particulares ou com planos de saúde recebem tratamento diferenciado em relação às pacientes usuárias do SUS. No caso do atendimento na rede privada, são ambientes que visam o lucro e, portanto, questões relativas à classe os atravessam.

Como mulher faz você ver assim, a vulnerabilidade de ser mulher na sociedade patriarcal, entendeu? [...] Porque a mulher é assim, até lá dentro, a mulher é mais doida que o homem, entendeu? [...] Então assim, tem essa diferenciação pra mulher, a mulher é duas vezes mais doida, cê consegue entender o que eu tô querendo te dizer?

[...] Ela já é doida se ela for normal. Vamo pôr dessa forma, eles são mais satisfeitos lá dentro. Talvez porque eles não sejam tratados como loucos. [...] são dois prédios separados por uma rua no meio, os dois prédios [SUS e particular] com entradas independentes, o que deveria ser tratado de forma igualitária dando oportunidades iguais para todos é tratado entre os que são muito maltratados e os que ficam em condições desumanas (Helelith).

Percebemos que a presença de homens (como médicos, pais, etc.), na trajetória das participantes na institucionalização, é outro atravessamento importante na dimensão do gênero. Esses homens são figuras de opressão, resultando na vivência de silenciamento e na construção de relações de submissão e passividade na trajetória institucional. Isso perpassa, especialmente, a figura do psiquiatra: seu poder médico influencia enormemente no tratamento que as participantes recebiam. Essa relação desigual de poder incidiu nas experiências institucionais, assim como nas marcas que carregaram para fora da instituição, através do processo de subjetivação.

[...] o médico falou que eu ia sair no fim de semana e ele não me deixou sair no fim de semana, aí eu tive uma crise de choro, dei piti [...] aí eu fiquei 'uai, mas eu tô na previsão. O que que eu fiz de errado?' né, nossa eu fiquei muito mal, muito mal, eu chorei, nossa." (Franca)

Não tinha recomendação médica legal necessária pro meu pai fazer essa intervenção, uma adulta, sã, capaz, em condição de completa vulnerabilidade. [...] A outra coisa que eu fiz foi pôr meu celular gravando no sutã e perguntar pro meu pai num dia de visita dele, é... Que dia que eu ia sair de lá né? Aí ele falou assim 'no que dia que cê aprender a me obedecer' [...] (Helelith).

Quando falamos sobre mulheres, esse controle efetuado pela instituição psiquiátrica se dirige de maneira mais violenta diretamente àquelas que subvertem o papel de "boa mulher", exercendo controle aos comportamentos que ousam questionar a naturalização da subserviência e suposta docilidade feminina (Basaglia, 1985).

"SE ELES NÃO CONSEGUEM OUVIR COM A PESSOA, [...] A RESPOSTA PRA ELES É A INJEÇÃO NA BUNDA": VIOLENCIAS EM ÂMBITO INSTITUCIONAL

A coerção e castigos físicos são constatados como práticas comuns e rotineiras nas instituições, ferindo de maneira evidente os incisos 2º, 3º e 8º do artigo 2º da lei nº 10.216/2001, os quais afirmam que é direito da pessoa em sofrimento mental ser tratada humanamente com intuito de beneficiar sua saúde e recuperação, ser protegida contra abusos e explorações e, ainda, ser tratada com alternativas menos invasivas quanto forem possíveis (Lei n. 10.216, 2001). Porém, nos relatos as participantes demonstraram vivências de violências físicas, descaso, diversas

negligências, falta de preparo profissional e uso constante da força:

Porque assim, se eles não conseguem conversar com a pessoa, se eles não conseguem ouvir com a pessoa, ver o que ela precisa, a resposta pra eles é a injeção na bunda, um calmante sabe. Amarra ali, fica aquela gritaria, fica aquela confusão, é onde você vê que um paciente pega um isqueiro e bota fogo no colchão, tenta se matar (Franca).

O ambiente de constante tensão, evidenciado pelas participantes, é produtor de sentimentos como medo e vulnerabilidade. Considerando que são mulheres, essa vulnerabilidade se torna ainda mais intensa, pois, elas estão sempre à mercê de um outro em vista das relações patriarcais que tecem a sociedade (Federici, 2019; Saffioti, 2004). Ser mulher é um agravante à situação de loucura. Percebemos que nas relações entre as participantes e outras mulheres havia um certo conforto e acolhimento diante da situação que se encontravam, assim como com grande parte das enfermeiras. Diante dos homens (enfermeiros, médicos e mesmo outros pacientes), contudo, havia vulnerabilidade e passividade.

Então é um local muito propício a ter vários tipos de abuso, sabe, do tipo assim, é... De um cara que tá internado e tem uma tendência sexual maior e se aproveita de alguma mulher, eu vi isso lá também. E às vezes as mulher tá num estado tão assim... Meio... Meio... Meio... Como que eu posso dizer... Num estado meio... Não tá sã né, não tá plena de sua consciência, de sua faculdade mental e acha que tá tudo okay, que tá tudo lindo. [...] as internas, as outras mulheres que tavam lá me acolheram de um jeito. [...] A questão é mais do homem mesmo [...] (Franca).

A sensação de vulnerabilidade constante relatada pelas participantes provém também do próprio adoecimento, da confusão mental de não entender o que está acontecendo consigo mesma. Nesse contexto, as violências exemplificadas na grande quantidade e dosagem de medicamentos que as deixam dopadas, ampliavam o desconforto e a insegurança.

Porque assim, quando eu cheguei lá, nos primeiros dias eu tava muito fora de mim né, e aí... Tipo assim, eu acordava, eu conversava com as pessoas pra me situar direito e entender o que de fato estava acontecendo (Franca).

É tudo muito brutal. [...] A hora que eu cheguei lá eu me senti coagida, numa situação de vulnerabilidade, e era tarde, eu tava exausta, sabe aquela coisa assim ‘a única coisa que eu quero é deitar e dormir?’ [...] Então eu já cheguei lá tendo esse susto e assim você fala com o enfermeiro eles te tratam mal, foi um choque, lembrando bem assim foi um choque entender que eu tava institucionalizada sem o direito de sair por vontade própria, e assim eu não sabia que existia uma lei, porque se eu

soubesse eu não tinha ficado lá 24 horas, eu tinha cuspido a lei (Helelith).

Ademais, a vulnerabilidade deixava as participantes mais expostas à violência institucional. Identificamos que elas não se sentiam segura nas instituições quando no lugar de paciente, já que as violências eram justificadas e normalizadas como experiência necessária e prática benéfica, levando ao sentimento de impotência diante das consequências de se colocarem contra esse poder tirânico que perverte a posição de saber profissional (Azeredo & Schraiber, 2017).

Vemos que a realidade descrita por Barreto e Cassoli (2020) acerca do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, quando criado, por vezes ainda se faz presente. Frequentemente, mulheres são submetidas a opressões de uma sociedade que lhes dita o que deve ser seu comportamento normal; em consonância, as instituições psiquiátricas aliadas à família e às demais instituições sociais participam e colaboram para que esse controle seja pautado na moral e nas funções que se espera que uma mulher exerça. Diversas violências foram praticadas invisibilizando e silenciando o sofrimento real das participantes.

Eles [psiquiatras] acham que qualquer coisa você tem que se entupir de remédio. [...] Já teve remédio que eu ficava dormindo até quatro da tarde, cinco horas da tarde, imprestável, não servia pra nada. [...] Às vezes a pessoa só queria fazer um telefonema, falar com alguém que tá ali de fora sabe. Porque... Cê já tá ali isolado do mundo inteiro, de quem você ama, da sua família, você não pode dar um telefonema? Sabe? [...] E se você se revolta, você vai levar uma injeção na bunda, você vai ser contido. (Franca).

O descaso, o destrato assim, a forma que você não é... Você é desumanizado. Você ser desumanizado inclui uma... Uma gama muito grande de situações vexatórias, de preconceito, de tudo não é? [...] De ter o preconceito, de agir no preconceito, de ignorar a existência de outro ser humano por preconceito. Além das violações da lei tem violações de direitos humanos mesmo (Helelith).

Notamos que o uso obrigatório – e muitas vezes contra vontade – de medicações é ainda recorrente. Uma vez prescritos pelo médico, segundo as participantes, não havia a possibilidade de recusá-los. Para além do uso forçado de remédios, que viola a autonomia da paciente, identificamos que o ambiente de internação pode contribuir enormemente para outras situações de violação dos corpos das participantes e situações assediosas. As violências e assédios vivenciados pelas participantes foram naturalizados no cotidiano das internações, sendo até validados como situação de pouca importância em decorrência das relações patriarcais que elas viveram ao longo de suas vidas.

Teve um dia pela manhã, quando eu acordei, ele tava se deitando em cima de mim, sabe? Esse enfermeiro. Aí eu acordei assim aquele homem em cima de mim e 'ah eu vim te acordar pra você tomar seu café', achei aquilo esquisito. [...] Todo mundo ali tá muito vulnerável né, e aí depois ela [colega de quarto] me contou que ele [o enfermeiro] estava dando em cima dela e tal, e teve um final de semana que a gente ia sair de... Saída de final de semana que eles se encontraram sabe. [...] Levou ela pra lá! Pra abusar dela ali! [...] De repente alguém deu um grito 'ou, sai daí céus dois' [...] todo mundo fica ali misturado, mas fica alguém de olho ali nos interno? Não fica. Então essas coisas acontece ali demais! (Franca).

O controle no âmbito institucional é tão intenso que age sob todos os níveis que constituem o sujeito, inclusive a dimensão corpórea (Cardoso et al., 2020). O patriarcado estrutura as relações sociais que deslegitimam as mulheres como sujeitos autônomos. Nesse sentido, para ser validada como sujeito a vida da mulher demanda o olhar do outro - especialmente de um homem (Saffioti, 2004). No contexto da institucionalização, isto é, no hospital psiquiátrico, o olhar masculino serve ao controle e silenciamento das mulheres. Percebemos que os relatos de violências que atravessam os corpos das participantes, de dimensão afetiva e sexual como assédios e estupros, são recorrentes, os quais são enfrentados com omissão e descrédito por parte da instituição, assim como em relação a outras violências nesse espaço, por exemplo agressões físicas entre pacientes e mesmo suicídio. Quando há uma resposta institucional, ocorre através de violência.

[...] os pacientes continuam sendo negligenciados, tem caso de suicídio [...] E o rapaz teve uma consulta com ele [psiquiatra], saiu de lá, subiu as escadas, se jogou da janela e se matou. Então assim... Ele não tava recebendo um apoio psicológico e o psiquiatra não percebeu ali o que ele ia fazer? Sabe? (Franca).

[...] quando o menino morreu não foi oferecida uma ajuda pra nós. E se ele chegou a se matar dentro de uma instituição é porque não foi oferecida nenhuma ajuda pra ele. Eu estava sentada com ele 40 minutos antes dele se matar. E ele ficou lá até 5h da manhã pra poder sair na surdina, entendeu? [...] Agora, eu vi gente amarrada, vi gente quebrando a janela e passando assim no pulso, é... Tarado sexual misturado com mulher, é... Ah, eu tomei um murro na cara de uma paciente. [...] Não, não fizeram nada. (Heleieth).

Percebemos também a normatização do sofrimento mental, que se mostra, por exemplo, no episódio em que acontece um suicídio dentro do hospital ou quando o sujeito tem uma reação agressiva. No entanto, este é um local que alimenta, produz e não oferece a devida atenção e cuidado a esses adoecimentos. O tratamento se resume a remédios e

uma consulta rápida com o psiquiatra, que conta com perguntas genéricas e vazias, sem a devida preocupação às participantes. Quando elas questionam e solicitam outras formas de tratamento, como psicoterapia e atividades terapêuticas, são negadas, desviadas a outras atividades ou não realizadas da forma correta, esvaziadas de sentido.

[...] você tinha que fazer uma terapia ocupacional né [...] tinha um professor de Educação Física, que volta e meia ele fazia com a gente, mas também não era sempre [...] Eles querem encher de paciente a qualquer custo, não dão uma assistência assim, igual não dá o psicólogo, [...] se você tiver passando por alguma coisa você vai falar com quem? Com o psiquiatra, [...] o psiquiatra não escuta, eles acham ruim (Franca).

[...] quando era com o psicólogo [a terapia] era a maioria das vezes era em coletivo. Não era só, era só com a turma toda. Quem quisesse participar participava, não era obrigatório também. [...] como era em coletivo a gente se sente um pouco, as vezes a gente sente um pouco superficial né. Você quer a atenção só pra você né, então acaba que você não tira muito proveito daquilo ali. (Silvia).

Notamos que a falta de informação acerca dos direitos corrobora para a manutenção do desrespeito e desumanização durante o suposto tratamento. Quando o uso de determinado medicamento é negado pela participante, ela é culpabilizada por seu sofrimento mental, como se não quisesse "melhorar", reduzindo a saúde mental ao remédio e o sujeito a seu sofrimento. Muitas vezes, esses remédios mal administrados dopam, ferindo mais uma vez a autonomia do sujeito e colaborando para sua invisibilização e percepção como sendo alguém violento. Requerer os próprios direitos se torna uma espécie de justificativa para medidas institucionais violentas e descrédito (Cardoso et al., 2020).

[...] se normalmente a gente já é desacreditada, num local como esse acontece muito mais, muito mais. Então, eu não sei qual o grau de confiabilidade que eles vão dá pra alguma paciente, já que é um paciente psiquiátrico eles podem falar que ela é doida, que ela tá inventando, que isso é coisa da cabeça dela (Franca).

Se eu soubesse que era ilegal eu não teria ficado, porque a partir do momento que você tá lá dentro se você chamar a polícia, que que cê acha que a polícia vai fazer? É aí que eu te digo que a violência é estruturada, estratificamente assim, estruturada. Que que o policial vai fazer se você ligar pra ele lá de dentro pra dizer que o tratamento é péssimo? (Heleieth).

Verificamos que quanto mais a participante se aproxima de um modelo de paciente ideal construído por meio das violências, menos essas violências são percebidas, dadas pela falsa sensação de que não está sendo afetada, já que não são direcionadas diretamente a ela. Subjacente a essa

dinâmica, há uma lógica doutrinária. A entrevistada Silvia denotou em seu discurso essa consequência da opressão institucional do papel de boa paciente, reproduzindo a repressão social para ser também o que se espera socialmente de uma boa mãe. Mesmo o ambiente do hospital sendo hostil e suas vivências nesse contexto terem sido marcadas por violências e situações constrangedoras, Silvia não enxergava dessa forma, pois, não interpretava que foram dirigidas a ela também, ainda que a tenham afetado.

Então eu acho que por eu não ter sido uma paciente agressiva então o meu tratamento não foi um tratamento hostil. [...] Eu mesma pedia [referindo-se à medicação 'S.O.S'], tinha vez deu pedir, eu já não tava aguentando mais a mente perturbada. Eu não vou mentir, não é querendo me gabar não, mas eu fui uma paciente muito tranquila. Acho que pelo medo e por imaginar 'mano, o que que eu tô fazendo aqui?' eu ficava muito preocupada em sair e estar bem. Então eu não me metia em confusão, eu não me metia em nada. Por que o que que acontece? Quando chega lá na internação todas as suas atitudes são relatadas no cronograma do médico. Então até o remédio que eu tomo pra dormir além dos remédios que eu tô tomando, ali eu já perdi cinquenta pontos. [...] E eu dei muito problema porque eu chorava muito porque eu queria minha filha. Porque no meu surto eu imaginei que ela tinha morrido e as pessoas não queriam me falar, por isso que eu tava sendo internada. (Silvia).

Percebemos que a quantidade e qualidade da alimentação oferecida era também uma maneira de controle e expressão da violência simbólica. São múltiplas as agressões cotidianas relacionadas às refeições ou a falta delas, tanto em relação a quantidade de alimentos quanto a variedade deles, como por exemplo não oferecer o necessário para que comessem bem, não existir alternativas para quem tem restrições alimentares, horários rígidos para realizar as refeições e ainda a falta de diversidade dos alimentos oferecidos.

[...] a carne era regrada, se você demorar pra ir almoçar também você fica sem alguma coisa, fica sem carne, fica sem uma fruta. Então se você tem que ser o primeiro da fila pra você poder almoçar. E não tem mais aquilo de 'ah quero repetir' [...] vamos supor que a pessoa tem uma dieta mais restrita, é vegetariana, é vegana, não tem comida pra essa pessoa lá dentro não. [...] A única carne que eles servem lá [Clínica B] é carne de frango. (Franca).

[...] cê tranca diversas pessoas num lugar e você não fornece alimento pra eles suficiente é uma coisa que na minha opinião é constrangedor. [...] Porque a comida não dava, tipo assim, a comida não dava pro último da fila, quanto mais pro primeiro repetir. [...] eu não como glúten, eu não como leite, não como ovo. 75% da refeição que me foi oferecida lá todos os dias continha leite, glúten e ovo,

isso me causa uma reação física inflamatória no meu corpo de proporções... Então lá pro oitavo dia eu já tava passando tão mal que eu parei de comer. [...] É uma violência, é um constrangimento cê ter que comer uma comida que você não pode (Helelith).

A violência institucional acontece de maneira explícita nos serviços de saúde mental (Cardoso et al., 2020). Até na alimentação a tentativa de moldar a paciente ideal se mostra presente: a participante tem que ser a primeira da fila, respeitosa e paciente, não pode questionar o modo de funcionamento que a instituição estabeleceu que deve ser no momento de se alimentar, apenas seguir o que está posto, sob risco de penalidade. A desumanização é constante, ferindo um direito humano básico que é uma alimentação adequada e equilibrada, conforme inciso segundo do Artigo 2º da Lei 10.216/2001. Como prática comum apontada em "Hospitais Psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional" (CFP, 2019), ao desconsiderar as especificidades de saúde, a instituição agrava seu estado físico também.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa teve como objetivo compreender as violências sofridas por mulheres institucionalizadas, buscando assim demarcar as consequências das opressões e abusos institucionais a elas e, ainda, reafirmar a importância da Luta Antimanicomial. Analisando a trajetória de vida das participantes observamos violências que as atravessaram – desde o tratamento errôneo antes da internação – marcas das vivências de opressões estruturadas em um sistema patriarcal, até após as internações – ao carregarem os estigmas de serem mulheres loucas e precisarem lidar com essa etiqueta que lhes foi imposta. Como destaca Saffioti (2004), a violência contra as mulheres é parte de um sistema mais amplo de dominação, que também se expressa nas instituições de cuidado, transformando-as em instrumentos de opressão.

Destarte, encontramos ainda hoje violências nas instituições, sejam elas chamadas de hospital psiquiátrico, clínica psiquiátrica ou comunidade terapêutica. Tais violências perpassam dimensões fundamentais da constituição enquanto das mulheres, como o corpo, a subjetividade, os vínculos afetivos e as instituições que a cercam. O atravessamento se dá no descrédito às pacientes, a utilização de medicamentos de maneira forçada e coercitiva, a violência física e sexual a que estão intensamente expostas, a negligência perante os diversos abusos, a falta de conhecimento acerca do tratamento e mesmo a falta de tratamento profissional e humano.

Grande parte das violências e negligências aos direitos humanos expostas pela literatura acerca dessas instituições estiveram presentes na vida das participantes, causando

consequências negativas sobre a própria condição de saúde. O ambiente opressivo e violento corrobora para o adoecimento e confusão quanto à constituição de si, já que é a instituição quem dita o que e como deve ser, agir e mesmo se alimentar.

Frente a esses aspectos, destarte, salientamos a Luta Antimanicomial indicando a importância de fortalecer-la, principalmente pelas(os) usuárias(os) do SUS, pacientes psiquiátricas(os), familiares e profissionais da RAPS. O manicômio se estende para além da estrutura física e se faz presente como uma lógica que pode permear as diversas instituições e formações de profissionais. Dessa forma, o fomento ao funcionamento de uma sociedade não opressora, em que se pode ser quem se é, com garantia de direitos à saúde e melhores condições de vida é imprescindível para alcançarmos uma existência livre de manicômios e uma rede de atenção à saúde pública fortalecida e bem consolidada.

CONTRIBUIÇÃO DE CADA AUTOR

Certificamos que todas as autoras participaram suficientemente do trabalho para tornar pública sua responsabilidade pelo conteúdo. A contribuição de cada autora pode ser atribuída como se segue:

O.M.C. e T.M.C.S. contribuíram para a conceitualização, investigação, análise formal dos dados e construção do artigo; O.M.C. fez a redação inicial do artigo (rascunho) e T.M.C.S. é responsável pela redação final (revisão e edição).

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSES

As autoras declararam que não há conflitos de interesse no manuscrito submetido.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, W. M. J., & Ozella, S. (2006). Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 26(2), 222–245. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000200006&lng=pt&tlng=pt
- Andrade, A. P. M. (2010). O gênero no movimento da reforma psiquiátrica brasileira. In S. W. Maluf, & C. S. Tornquist (Eds.), *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas* (pp. 273–293). Letras Contemporâneas.
- Arbex, D. (2013). *Holocausto brasileiro*. Geração Editorial.
- Azeredo, Y. N., & Schraiber, L. B. (2017). Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(9), 3013-3022. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.13712017>
- Barreto, R. A. B., & Cassoli, T. (2020). "Eu não quero ficar no lugar das mulheres peladas, não!": as causas das internações de mulheres no Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho (Goiânia, Goiás). *Mnemosine*, 16(2), 212-230. <http://doi.org/10.12957/mnemosine.2020.57662>
- Basaglia, F. (1985). *Mujer, Locura y Sociedad*. Universidad Autónoma de Puebla.
- Basaglia, F. (2006). *Razón, Locura y Sociedad*. Siglo Veintiuno Editores.
- Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Presidência da República. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
- Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt358_8_22_12_2017.html
- Bockorni, B. R. S., & Gomes, A. F. (2021). A amostragem em snowball (bola de neve) em uma pesquisa qualitativa no campo da administração. *Revista de Ciências Empresariais da UNIPAR*, 22(1), 105-117. <https://doi.org/10.25110/receu.v22i1.8346>
- Cardoso, A. J. C., Silva, G. A., Antunes, R. L. M., Santos, J. L., Silva, D. V., Branco, S. M. J. & Bessoni, E. A. (2020). Violência institucional e enfermidade mental: narrativas de egressos de um manicômio da Bahia. *Saúde Debate*, 44(127), 1105-1119.
- Conselho Federal de Psicologia (2019). *Hospitais Psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional*. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/549.3_ly_RelatorioInspecaoHospP_siq-ContraCapa-Final_v2Web.pdf
- Couto, R. C. C. M. (1994). Eugenia, loucura e condição feminina. *Cadernos de Pesquisa*, 90, 52-61. <http://publicacoes.fcc.org.br/index.php/cp/article/view/892>
- Federici, S. (2019). *Mulheres e caça às bruxas*. Boitempo.
- Goffman, E. (1961). *Manicômios, prisões e conventos*. Perspectiva.
- Kurchaitd, M. Z., Saraiva, J. S., Brandão, M. B., & Muhl, C. (2023). Duas Interpretações Sobre Loucura e Gênero: Franca Basaglia e Marcela Lagarde. *Caderno PAIC*, 24(1), 457-474. <https://cadernopaic.fae.edu/cadernopaic/article/view/541>
- Mazetto, T. C. G., & Garcia, M. R. V. (2023). Costurando "memórias rasgadas": histórias dos manicômios de Sorocaba sob a lente da interseccionalidade. *Revista Psicologia Política*, 23(56), 75-97. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2023000100075&lng=pt&tlng=pt
- Passos, R. G. (2018). "Holocausto ou Navio Negreiro?": inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. *Argumentum*, 10(3), 10-23. <https://doi.org/10.18315/argumentum.v10i3.21483>
- Rey, F. G. (2005). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. Thomson
- Saffiotti, H. (2004). *Gênero, patriarcado, violência*. Expressão Popular.

Data de submissão: 11/10/2023
Primeira decisão editorial: 31/03/2025
Aceite: 27/04/2025