

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MARIANA FREDIANI SANT'ANA

Subjetividades interditas: vivências das adolescentes meninas em
internação psiquiátrica

Maringá
2022

MARIANA FREDIANI SANT'ANA

**Subjetividades interditadas: vivências das adolescentes meninas em
internação psiquiátrica**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Subjetividade e Práticas Sociais na Contemporaneidade.

Orientadora: Profa. Dra. Daniele de Andrade Ferrazza

Coorientadora: Profa. Dra. Adriana Barin de Azevedo

Maringá

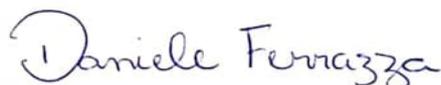
2022

MARIANA FREDIANI SANT'ANA

Subjetividades interditas: vivências das adolescentes meninas em internação psiquiátrica.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

COMISSÃO JULGADORA



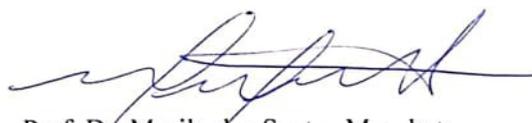
Profª. Dra. Daniele de Andrade Ferrazza
PPI/Universidade Estadual de Maringá (Presidente)



Profª. Dra. Adriana Barin de Azevedo
PPI/Universidade Estadual de Maringá (Coorientadora)



Prof. Dr. Fernando Sfair Kinker
UNIFESP/Universidade Federal de São Paulo



Prof. Dr. Murilo dos Santos Moscheta
PPI/Universidade Estadual de Maringá

Aprovada em: 01 de dezembro de 2022.
Defesa realizada na sala de vídeo do Bloco 118.

AGRADECÊNCIAS

As palavras não nos cabem e o peito parece explodir em folhas secas, confetes e vozes. Essa pesquisa só foi possível, primeiramente, graças ao Sistema Único de Saúde, que com sua saúde frágil, resiste, grita e se faz presente. Foi pelo SUS que me encontrei com os lugares de luta, de desejos de vida, de construção de sentido. Foi pelo SUS que construí vínculos necessários para que essas lutas não fossem solitárias e vãs. Foi pelo SUS que me encontrei com as queridas adolescentes, dispostas a compartilharem suas vozes e fazê-las ecoar, confiando-as a mim no tecer da escrita. Assim, sou imensamente grata à Vanessa, Débora e Carolina, pessoas tão queridas, desejosas pelo ocupar e transformar os espaços, que também me transformaram. Elas abriram as portas de suas percepções e vivências, confiaram e me permitiram confiar também.

Agradeço também à Bolsa Social da CAPES, que se fez presente no meio da caminhada e foi muito importante para que os pés continuassem a dança.

Sou grata às pessoas maravilhosas que aceitaram, guiaram, desconstruíram meu olhar sobre a artesanaria da pesquisa: Daniele Ferraza e Adriana Barin. Duas mulheres que inspiram a transformar o ato da pesquisa em grito, estremecimento e transformação. Nossos encontros sempre foram combustível para que o pesquisar explodisse. Também a pesquisa permitiu que eu me aproximasse de outras pessoas, também em suas trilhas de desejo da pesquisa, Mari Basso, Bruna Rocha e Matheus Pratas. Ainda no campo da universidade, agradeço às professoras e professores que nos acompanharam e se dedicaram tão belamente aos debates na pós-graduação. Foram anos difíceis, pandêmicos, dos encontros online. Vocês se desdobraram para diminuir as distâncias, para que o diálogo não morresse.

Saindo da universidade, caminho de volta para casa, onde encontro minhas gatas, Cacau, Cravo e Pirata (*in memoriam*), minhas plantas e, principalmente, meu companheiro, Fábio. Ele que sempre me recebe com um abraço, um beijo e um afago, que sempre me acarinha quando as angústias que habitam meu peito se chacoalham e me deixa sufocada. Ele que me acalmou, me inspirou e me encorajou a cada segundo no processo do fazer pesquisa e resistir às dificuldades que são a ela inerentes. Sou grata pela sua paciência e pelas nossas sempre tão empolgantes partilhas de vida.

Aqui pertinho de mim tenho meus irmãos, Thiago e Lucas, os anjos mais velhos que me fizeram desejar estar em Maringá. Eu sempre os segui, como irmã mais nova que admira,

e continuarei seguindo e me inspirando em vocês. Também às minhas cunhadas, Érika e Suelen, mulheres queridas e companheiras das boas conversas. À pequena alegria que ganhei, minha sobrinha Cecília, meu orgulho no tamanho de 6 anos, Ela pergunta como é possível a tia ser estudante e trabalhar ao mesmo tempo. É, minha querida, os mistérios apaixonantes e desafiadores do desejo de construir saberes.

Sempre acompanhando e partilhando as lágrimas e risadas intensas estão meus queridos sogros e cunhados, Lucia, José Luis, Felipe e Camila, a família que me foi presenteada, pessoas que sempre me encorajam e me alimentam de abraços afetuosos. Sou grata por sempre serem meu refúgio e conforto!

Também sempre próximos estão meus queridos amigos, Amanda, Ângelo, Luan, Juliane, Beatriz e Gabriel. Amigos-irmãos, sabemos o quanto cuidamos uns dos outros nas nossas escolhas, voltas, mudanças, angústias, raivas e alegrias. Vocês também habitam essa pesquisa.

Em duzentos e oitenta e dois quilômetros habita minha saudade. Nessa metragem estão meus pais, Wânia e Paulo, professores, encorajadores, educadores de nossas vidas e possíveis trilhagens. Obrigada por fazerem com que eu me apaixone pela vida, obrigada por nunca desistirem da minha revolta, obrigada por simplesmente existirem e fazerem com que eu exista, resista e deseje os caminhos da construção do conhecimento. Também é nessa saudade que estão meus avós, Maria, Antônio (*in memoriam*), Ana (*in memoriam*) e Joaquim. Celebro por aqui a memória dos que partiram e dos que continuam e resistem no caminhar cansado e cheio de histórias. Dedico especialmente em memória de minha avó Ana, mulher brava, que me ensinou muito e que carrego no peito e na saudade.

Os agradecimentos habitam cada linha da pesquisa, cada espaço, que não é vazio. Que a vida nos seja longa o bastante para os devaneios, ócios, festas, encontros, viagens e abraços.

*No descomeço era o verbo.
Só depois é que veio o delírio do verbo.
O delírio do verbo estava no começo, lá onde a
criança diz: Eu escuto a cor dos passarinhos.
A criança não sabe que o verbo escutar não funciona
para cor, mas para som.
Então se a criança muda a função de um verbo, ele
delira.
E pois.
Em poesia que é voz de poeta, que é a voz de fazer
nascimentos —
O verbo tem que pegar delírio.
(Manoel de Barros – O livro das ignoranças)*

RESUMO

No contexto brasileiro atual observamos os desmontes das políticas públicas de Saúde Mental que retrocedem a uma lógica crua de violências, exclusão e silenciamento e a perpetuação das desigualdades de gênero que geram sofrimento às mulheres. Diante de tal cenário, o objetivo desta pesquisa é acompanhar as vivências de adolescentes meninas frente ao processo da internação psiquiátrica, com atenção especial às tecnologias de poder envolvidas na manutenção das desigualdades de gênero. A pesquisa se desenvolve por meio do método cartográfico, utilizando-se do dispositivo das narrativas para compreender os sentidos e implicações das vivências das adolescentes relacionadas à internação psiquiátrica e propiciando espaços de reconstrução dos significados das experiências e compreensões das relações de gênero.

Palavras-chave: Luta Antimanicomial; Internação psiquiátrica; Método cartográfico; Mulheres adolescentes.

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil

CAPS III – Centro de Atenção Psicossocial III, com funcionamento 24 horas

CID 10 – Classificação Internacional de Doenças

COVID 19 – CoronavirusDisease

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

DSM – DiagnosticandStatistical Manual of Mental Disorders

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAM – Pronto Atendimento Municipal

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SUS – Sistema Único de Saúde

TALE – Termo de Assentimento Livre Esclarecido

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

TO – Terapia Ocupacional

UBS – Unidade Básica de Saúde

UEM – Universidade Estadual de Maringá

SUMÁRIO

PRÓLOGO – Da angústia nasce o desejo	10
O que pretendemos experienciar no caminhar	13
CAMINHOS DO DESEJO	16
PRIMEIRO ATO	20
Cena 1. Corpos de mulheres adolescentes produzidos pelos encontros	20
SEGUNDO ATO	28
Cena 1. A chegada dos corpos no silêncio ensurdecido do manicômio	28
TERCEIRO ATO	32
Cena 1. Corpos medicalizáveis: os trajetos da captura	32
QUARTO ATO	41
Cena 1. O território do hospital psiquiátrico e seus impactos no modo de existir das internas	41
Cena 2. Visita ao hospital: manicômio, seu cheiro, seu piso limpo e suas regras sem sentido	48
QUINTO ATO	58
Cena 1. O que um corpo medicado aguenta? Os impactos da medicação no corpo à tutela manicomial	58
Cena 2. A biomedicalização, a culpa e o corpo a ser calado	65
SEXTO ATO	73
Cena 1. A experiência do uso de substâncias ilícitas	73
SÉTIMO ATO	80
Cena 1. Gênero e sexualidade no manicômio	80

Cena 2. Violências de gênero e abusos sexuais vivenciados pelas adolescentes	88
Subcena 2.1 Corpo como moeda de troca para o uso de drogas	91
Cena 3. Compreensão do feminino – como as adolescentes se percebem	93
DESFECHOS	96
Cena única. Pistas para sairmos do manicômio	96
REFERÊNCIAS	103

PRÓLOGO – Da angústia nasce o desejo

Atuando no campo da Saúde Mental em um município de pequeno porte, que perpetua suas tradições conservadoras que permeiam os espaços das políticas públicas, observei-me¹ em meio a processos de trabalho que reproduziam os interesses manicomialistas na individualização do adoecimento mental e na culpabilização do sujeito. Exatamente no município onde atuo há - bem enraizado - um Hospital Psiquiátrico, cujo dono, antigo político, apresenta-se como figura de poder da cidade e região. Desde que iniciei o trabalho neste município, percebi a rotatividade e a quantidade de pessoas que passavam por internação naquela instituição. Era hábito dos moradores utilizarem o recurso da internação no hospital para todas as pessoas que 'desregulavam' ou 'atrapalhavam' o modo de vida coletivo, ou que apresentavam algum tipo de sofrimento com o qual familiares e comunidade não conseguiam lidar. Aprendi que o ato de sofrer naquela cidade era comumente silenciado e enclausurado no hospital psiquiátrico. Qualquer fala ou ato que representasse o mínimo sofrimento ou fuga de um padrão de comportamento socialmente aceito seria vigiado, comentado, monitorado, caçado e, conseqüentemente, direcionado à internação. A internação, em especial naquele município, parece ganhar o estatuto de punição àquelas mulheres e homens que não obedecem. Adolescentes e mulheres, as figuras tidas como mais rebeldes, costumavam ser ameaçadas de serem internadas quando não obedeciam.

Em uma situação que acompanhei, o uso da internação como punição apareceu como consequência e ameaça frente ao mau comportamento. Em visita a família de uma adolescente, **Vanessa**², que se encontrava em internação psiquiátrica involuntária, a mãe explicou o motivo de sua filha ter sido internada: “tem transtorno mental” (MÃE DE VANESSA, s/d) - afirmando que a psiquiatra não havia determinado um diagnóstico fechado. Ainda nos relatou que o tempo de internação poderia ser reduzido e sua filha poderia receber alta mais rapidamente se apresentasse bom comportamento. A instituição informou à mãe que na internação muitas meninas se cortavam, iniciavam confusões repentinamente e que se sua filha não fizesse ou participasse de tais situações teria sua internação abreviada, internação esta utilizada, como no século XIX, como estratégia punitiva. Não se trata somente do ato da internação, mas de vários outros aspectos externos que a envolvem e que produzem essa

¹ Esclareço que em alguns momentos do projeto me apresentarei na primeira pessoa, pois a pesquisa se guia por uma postura na qual eu, pesquisadora, me considero implicada e não-neutra na pesquisa. Assim, possibilita-se esclarecer que há motivações pertencentes à experiência do pesquisador, porém a pesquisa se baseia em um compromisso ético que enxerga as relações que permeiam o fazer científico.

² Nome fictício

conotação disciplinar. Um dos relatos marcantes da mãe diz respeito ao reencontro com a filha nas visitas, em que vai reagindo de forma diferente com o passar do tempo. Na primeira visita a filha chorou, e que em outras visitas a filha pediu somente para que a mãe levasse refrigerante, bolo ou salgado para ela comer no hospital psiquiátrico. Ficamos sabendo que ainda durante sua internação a adolescente foi exposta pela escola aos outros pais como má influência para as outras adolescentes. Esse relato é um de muitos outros que nos deparamos com histórias de vida permeadas por violações de direitos e de muitos sofrimentos. Estamos falando de pessoas muito jovens, com histórias a serem traçadas e que carregam as feridas dessas vivências de internamento e psiquiatrização de vida.

Pensar nos destinos de tantas adultas e adolescentes carimbadas como doentes mentais, codificadas por meio de manuais diagnósticos, institucionalizadas nos moldes de um Hospital Psiquiátrico, atravessou desde o começo de minha profissão e me mobiliza como mulher e como profissional de Psicologia. As histórias de vida que li ou aquelas às quais ofereci escuta me fizeram refletir o quanto as adolescentes consideradas loucas ou perigosas perdem a voz e os direitos em nome de um ideal de razão guiada por relações de saber-poder.

No contexto das políticas públicas nos deparamos com a violência e com o que podemos nomear de “mortes sociais” decorrentes das internações psiquiátricas. Pessoas que aparecem e de repente desaparecem. Quando reaparecem, já não estão mais aqui. Perdidas, dopadas, com medo de mais internações, algumas tornam-se caladas, obedientes, sorridentes demais para despistar o sofrimento. Outras, inclusive, já não desejam ser encontradas, desaparecem, se escondem, já não atendem a porta ou o telefone. Algumas se permitem dar a oportunidade de buscar vias de fuga. Era aqui que eu escutava alguns relatos. Ouvir sobre as internações gerava ainda mais um misto de raiva e angústia. Como nos mantemos em pé para sermos também combativas? Tantas vezes, nos momentos de partilhas, escutava e minha cabeça rodava. A angústia tomava conta do meu corpo. Tem sido um caminho doloroso no qual por vezes tento me proteger para que esse sofrimento também não me anule.

Uma via vislumbrada foi transformar essa angústia em texto, passar para o papel, convidar outras pessoas a falarem, a compartilharem essa experiência do silenciamento, graças ao processo de mestrado. Só agora consigo escrever esse início, ainda com dificuldade. Enxergo, no cotidiano das políticas públicas, que necessitamos de mais pessoas nesse caminho de enfrentamento, de descontentamento. Isso acontece por meio da partilha, do ensino crítico. Podemos construir caminhos que contemplem as jovens que vivenciaram a

internação psiquiátrica. Para tanto, quem nos contará sobre as experiências da vivência da institucionalização serão as próprias adolescentes.

Narro tanto na primeira pessoa do singular quanto na primeira pessoa do plural. Falarei aqui da minha experiência, mas principalmente do que escutei nos encontros e entrevistas cartográficas com três adolescentes que vivenciaram processos de internação psiquiátrica: Vanessa, Débora e Carolina³. Compreendo que contar o que elas me contaram possa significar estratégias de resistência e enfrentamento. Também estarão as vozes de tantas outras pessoas que vivenciaram e vivenciam os processos de exclusão e de silenciamento pelas teias manicomiais. Tantas Jaquelines, Sônias, Paulas, Suelens, Laras e outras mais. Vamos ressignificar esses encontros por meio da escrita como um exercício de coragem, fazendo germinar algo novo a partir do cuidado e do olhar pelo percurso. Rolnik (2018) compartilha o significado de garganta ou *ñe'eraity*, para os guaranis, como ninho das palavras-alma, território de cuidado onde as palavras fecundam, germinam. Produzimos aqui a partir daquilo que sufoca e que pode florescer. Tento imaginar esse processo como uma dança que me retira dos velhos lugares de certezas e de silenciamentos. Se conseguir fazer com que elas estejam vivas com palavras que as representem, ainda que insuficientemente, talvez também todas nós nos façamos presentes.

³ Nomes fictícios

O que pretendemos experienciar no caminhar

Buscaremos problematizar o processo de determinação da internação psiquiátrica em correlação com as desigualdades de gênero das adolescentes mulheres, considerando as interseccionalidades como idade, raça e classe social. Quais estilos de vida, que condições de violência levam a internação psiquiátrica? Quando elas são internadas, passam por quais julgamentos? Essas meninas, violentadas, vivenciam outros tipos de violência?

Para tanto, os objetivos da pesquisa são:

1. Cartografar os encontros com as adolescentes, dando visibilidade ao que elas compreendem sobre seu lugar de ser mulher, sobre seu sofrimento psíquico, sobre a determinação de diagnóstico psicopatológico;
2. Rastrear os efeitos da institucionalização psiquiátrica na produção dos corpos e subjetividades das adolescentes;
3. Acompanhar o processo de internação psiquiátrica de adolescentes mulheres com atenção aos atravessamentos de discursos e praticarem uma perspectiva de gênero heteronormativo;
4. Narrar as vivências quanto ao habitar nas ruas, os abusos, o uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, as violências de gênero dentro e fora da instituição psiquiátrica.

Em uma construção das palavras vivas, o texto foi se organizando de acordo com alguns temas que nos foram gritantes com os encontros e diálogos com aquelas adolescentes que se disponibilizaram a estarem conosco. Não nos preocupamos com uma rigidez da ordem dos acontecimentos, mas de como os encontros foram construindo sentido. A construção de sentidos é coletiva, parte do que construo enquanto conhecimento vívido e do que as adolescentes construíram enquanto vivências. As divisões em atos e suas cenas são uma forma de enredarmos os encontros e as partilhas de afetos, em um movimento humano de construção dos sentidos, que não nos é dada como uma verdade ou um caminho pronto.

Caminharemos por entre esses atos e cenas que se traduzem nos impactos dos encontros e desencontros, compreendendo a artificialidade de suas divisões, mas ao mesmo tempo a tentativa de construção de sentidos dessas histórias que nos atravessam. No **Primeiro Ato, Cena 1**, Vanessa, Débora e Carolina se apresentam, trazemos os nossos primeiros encontros, nossos primeiros olhares, os territórios de pertencimento das adolescentes, os Corpos e suas histórias que se presentificam nessa pesquisa.

No **Segundo Ato, Cena 1**, discorremos sobre o encontro dessas existências com o silêncio ensurdecedor do manicômio, a experiência e os caminhos envolvidos no ato da internação. Também entramos em contato com as sensações trazidas por elas do isolamento e dos corpos que vivenciam a violência institucional.

A partir disso, caminhamos para o **Terceiro Ato**. Em sua **Cena 1** buscamos compreender o conceito e o processo de medicalização dos corpos das adolescentes pelo trajeto da internação e das vivências que a precederam, como esses corpos e existências em seus discursos percebem essas violências, herdadas também de uma história de limpeza social e racial que ainda se fazem presentes nos espaços de isolamento. Por meio dessa cena, compreendemos as formas de captura das existências como objetos de cuidado.

No **Quarto Ato, Cena 1**, adentramos ao hospital psiquiátrico. Capturadas, as adolescentes compartilham a experiência do tédio e do esvaziamento de sentido durante a internação. Elas se tornam reconhecidas como pacientes de saúde mental e seus corpos já não devem manifestar-se de outras formas que não sejam nessa lógica de esgotamento e anulação das existências diversas. Na **Cena 2** caminhamos pelos corredores do manicômio, compartilhamos também minha experiência de habitar tais espaços estéreis e de sufocamento. Também nos deparamos com as regras impostas pelo hospital psiquiátrico, esvaziadas de sentido e que permearam a experiência de internação das adolescentes.

No **Quinto Ato**, em sua **Cena 1**, entramos em contato com os impactos da medicação nos corpos das adolescentes e a experiência de tutela das figuras do manicômio sobre elas. A partir disso, adentramos à **Cena 2**, baseado na atualização do processo de medicalização pela biomedicalização. Discorremos sobre esses corpos que aderem, que se submetem a uma identidade medicalizável e que se identificam como problemáticos, culpados pelo seu sofrimento. Trata-se de uma expansão das tramas que capturam as formas de existência das adolescentes.

A partir das pistas que as adolescentes nos dão, chegamos ao **Sexto Ato**, a respeito das experiências do uso de substâncias psicoativas ilícitas, do discurso proibicionista e do nascimento de uma guerra já perdida, que carrega consigo o encarceramento, a exclusão e estigmatização dos corpos.

Caminhamos para o **Sétimo Ato**, explorando na **Cena 1** como a instituição psiquiátrica reproduz a violência sobre as existências, principalmente com o ser mulheres, disciplinando e punindo aquelas que fogem aos comportamentos esperados no campo do gênero e da sexualidade. A partir da **Cena 2** começamos a caminhar de volta para os espaços

extramuros das adolescentes, compartilhando as vivências de gênero e abusos sexuais vivenciados por elas e compreendidos como fatores de sofrimento e adoecimento atravessados pelo gênero. Uma **Subcena**, ainda que tímida, brota desse espaço, com o corpo, carregado pela violência de gênero e sexual, que se objetifica como moeda de troca para o uso de drogas ilícitas. Por fim, na **Cena 3** compartilhamos como as adolescentes, diante dos cenários possíveis, percebem-se e compreendem o feminino.

O **Desfecho** de nosso breve encontro se dá em uma **Cena Única**. A pergunta que ressoa e que nos serve de bússola é: Como saímos do manicômio, como escapamos, resistimos e sobrevivemos a ele? Aqui debatemos um pouco as impressões das adolescentes sobre os dispositivos de Saúde Mental, retomamos os atravessamentos das violências de gênero e suas marcas na saúde mental das adolescentes e por quais trilhas as adolescentes resistem!

CAMINHOS DO DESEJO

Nosso ato proposto a partir da pesquisa é o do encontro e dos afetos. As heterogeneidades que permitem e que atravessam esse fazer pesquisa envolvem as vivências relacionados à Vanessa, Débora, Carolina, minha orientadora, minha coorientadora e a mim. Chegar à pesquisa permitiu-nos entrar em contato com o fazer cartográfico, que se torna uma via de produção de sentidos e de diálogos a partir de um plano comum.

Compreendemos o fazer cartográfico como um método de pesquisa-intervenção⁴ que investiga a dimensão processual da realidade na qual nos implicamos e nos transformamos todas pelos encontros e desencontros. Trata-se de uma prática participativa, na qual pretende-se construir um mundo comum e ao mesmo tempo heterogêneo. O ato de cartografar envolve um olhar compreensivo a respeito de nossos conhecimentos e nossos posicionamentos perante o mundo e de nós mesmas como construções que se dão no intercâmbio entre as pessoas nas relações sociais (CATARIM, 2018; GERGEN, 2009). O movimento cartográfico convida-nos a dissolver os olhares pré-concebidos, exige-nos habitar os territórios da pesquisa nos quais também nos implicamos, considerando a singularidade das experiências e, ao mesmo tempo, nos permite a construção de um conhecimento coletivo (KASTRUP, PASSOS, 2013).

As pessoas convidadas para participarem⁵ da pesquisa foram adolescentes ou jovens do sexo feminino que passaram por internação em hospitais psiquiátricos nos anos de 2019 e 2020. As instituições psiquiátricas as quais nos referimos estão localizadas em duas cidades próximas no interior do estado do Paraná, uma de grande porte e outra de pequeno porte, pertencentes a duas Regionais de Saúde. Possuem leitos para internação psiquiátrica de adolescentes e jovens do sexo feminino e são referência no Estado com leitos mantidos via Sistema Único de Saúde (SUS). As adolescentes são residentes destes mesmos municípios ou de municípios do entorno. O contato com tais adolescentes⁶ ocorreu por meio das listas de

⁴ Toda pesquisa é também uma intervenção, “toda pesquisa intervém sobre a realidade mais do que apenas a representa ou constata em um discurso cioso das evidências” (PASSOS, BARROS, 2009, p. 20).

⁵ A pesquisa foi realizada mediante aprovação do termo de autorização das Regionais de Saúde dos municípios envolvidos e do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (UEM) (CAAE: 38149320.6.0000.0104), com o compromisso de cumprir fielmente as exigências contidas na Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

⁶ Para estabelecer os diálogos com as adolescentes foi solicitada a autorização dos pais ou responsáveis mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com explicação clara e acessível sobre a proposta de pesquisa, os objetivos e a forma como serão guiados os diálogos com as adolescentes, como número de visitas e outros aspectos relevantes para o estabelecimento dos encontros na residência das adolescentes. Às adolescentes foi solicitada autorização à sua participação na pesquisa mediante a assinatura do Termo de Assentimento Informado Livre e Esclarecido (TALIE), com linguagem clara e acessível a respeito da pesquisa, seus objetivos, o formato dos diálogos, o número de visitas e horários. As participantes foram informadas sobre a

usuários egressos de internação psiquiátrica disponibilizada pelas Regionais de Saúde e Secretarias de Saúde dos referidos municípios, além das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pressupondo que tais órgãos monitoram e oferecem apoio psicossocial às pessoas que passaram por internações psiquiátricas. Também surgiu a oportunidade de dialogar com familiares de adolescentes ausentes, o que possibilitou uma ampliação do olhar frente ao processo de psiquiatrização.

Propusemos a realização de encontros e diálogos individuais com pelo menos três adolescentes. A ideia seria de adentrar nos territórios nos quais as adolescentes se sentissem seguras e acolhidas, garantindo que suas histórias fossem suficientemente contempladas nas narrativas da pesquisa. Os encontros foram guiados pela proposta da pesquisa, na qual eu pesquisadora me dispus a ouvir e dialogar a respeito das relações delas com a possível condição de sofrimento psíquico e os possíveis discursos de gênero envolvidos no processo de internação. Com os encontros, nos permitimos vivenciar os caminhos da direção, o que as participantes dizem e a que elas nos convocam a pensar, envolvendo um comprometimento ético e político sobre o construir conhecimentos.

Foram abordados assuntos relativos à vivência das adolescentes, os sentimentos e percepções envolvidos no processo da internação psiquiátrica, entre outros assuntos que permeavam a experiência da internação das mesmas. Buscamos abrir espaço para que as adolescentes compartilhassem e dialogassem sobre suas vivências de forma fluída, construindo um campo de confiança e de interesse. Não foi estipulada uma duração mínima para as entrevistas cartográficas, que progrediram de acordo com a disponibilidade de cada adolescente.

Inicialmente os diálogos foram gravados em áudio e, posteriormente, transcritos na íntegra. Porém, a surpresa de alguns encontros nos convidou a agir frente ao inesperado, o que nos levou a refletir sobre a necessidade ou obrigatoriedade de se gravar. Os encontros e desencontros não gravados foram narrados a partir das memórias, dos impactos gerados registrados no diário da pesquisadora. O diário de pesquisa foi e continua sendo uma ferramenta de registro e de impressões, de expressão frente aos encontros e desencontros propostos, permitindo desdobrar cada vivência gerada pela pesquisa e suas implicações para a nossa proposta de conhecimento. Com o diário, constrói-se a memória das coisas vistas, ouvidas, sentidas, como um instrumento de se fazer ver e falar as experiências que modificam

garantia de sigilo e confidencialidade quanto às narrativas compartilhadas, além de serem asseguradas dos direitos de solicitarem esclarecimentos ou abandonarem o estudo em qualquer de suas etapas, sem comprometer sua integridade ou interferir nos seus possíveis cuidados em saúde.

a nós e às outras pessoas (PEZZATO, BOTAZZO, L'ABBATE, 2019; GOULART, PEZZATO, JUNQUEIRA, 2018).

Ao traduzirmos os encontros ou, ao realizarmos a passagem de uma língua para outra, produzimos as narrativas. Traduzir envolve a dimensão afetiva, pré-discursiva e experiencial de tornar sensível as histórias compartilhadas com os recortes de espaço e tempo (KASTRUP, PASSOS, 2013). A narrativa requer uma organização das ideias para a construção do relato. A experiência do encontro que se reconstrói na narrativa permite-nos um olhar reflexivo de nossas próprias práticas e transforma o olhar sobre a outra pessoa (CUNHA, 1997). Para tanto, a narrativa exige o escutar e acolher, demanda que me permite mobilizar-me ouvindo-as, pensando com elas, colocando-me em análise, sobre o que é o meu desejo e o que são os desejos daquelas adolescentes que vivenciaram processos de internação psiquiátrica. As narrativas são as histórias contadas por mim, vivenciadas com produção de sentido e é no ato de contar que se cria um espaço de ficção (MAIRESSE, 2003). Compreendo que, ao estabelecer um diálogo acerca da história de sofrimento psíquico, abrimos espaço para que as adolescentes (re)construam e ressignifiquem suas vivências, promovendo uma criação de novas realidades tanto para elas como para mim, investigadora mulher, não-neutra e implicada neste contexto de vivências.

Envolvemo-nos em um fazer científico compreendido como implicado, comprometido com questões sociais a partir da análise de fatores estruturais, políticos e culturais, compreendendo suas implicações pragmáticas. Também nos enxergamos como implicadas no fazer científico e envolvidas em uma dinâmica de poder com a pessoa que nos compartilha sua história, rompendo com o discurso tradicional de neutralidade e de busca de uma verdade tidas como mantenedoras da credibilidade do discurso. Tal abordagem propõe uma investigação crítica, comprometida a trabalhar questões de poder com o objetivo de propagar as vozes dos grupos desfavorecidos e historicamente silenciados. (NOGUEIRA, NEVES, BARBOSA, 2005).

Assim, tentamos romper o silenciamento e ensurdecimento dos modos de ser de tais adolescentes, estigmatizadas por meio das contenções físicas e químicas, excluídas do espaço familiar, escolar e social, permitindo estabelecermos outras relações com o que nomeamos socialmente como loucura ou adoecimento psíquico. Aqui duvidamos e nos incomodamos com as práticas manicomiais como processos ditos de tratamento para adolescentes meninas. Estremecemos as certezas cômodas.

As adolescentes nos dizem quais modos de ser, de existências representadas, o processo de internação veio a suprimir ou normatizar e como os discursos de gênero se apresentam neste processo. Além disso, buscamos compreender também se há relações punitivas frente à diversidade sexual e de reafirmação de discursos normativos sobre gênero. O que se produzirá a partir dos encontros e da construção das narrativas pauta-se na literatura sobre os movimentos antimanicomiais e feministas.

Envolve-se na prática da pesquisa a análise de implicação, que nos permite deslocar as noções de sujeito, objeto, pesquisadora e campo de pesquisa, desnaturalizando tais relações e compreendendo os saberes-poderes envolvidos. A análise de implicação me convida a olhar também meu contexto histórico, os lugares que ocupo enquanto profissional psi, pesquisadora, mulher, branca, assalariada em um momento pandêmico, de genocídio e negacionismo, além da precarização e desmontes das Políticas Públicas de Saúde no Brasil. Estão implicados também os sentimentos, percepções, ações, estranhamentos, encontros e desencontros que permeiam a pesquisa, encarados não como erros ou desvios, mas que atravessam a relação dos encontros, do estar no mundo. Aqui rompemos um muro, permitimo-nos assumir as falhas, as fragilidades e as quebras como movimentos de resistência ao que desejamos controlar. Desejamos que cada palavra que derive neste percurso não seja mero registro e repetição, mas sentido e sentimento, abarcando todos os seus riscos (COIMBRA, NASCIMENTO, 2008; MOSCHETA, FERREIRA, 2020).

PRIMEIRO ATO

Cena 1. Corpos de mulheres adolescentes produzidos pelos encontros

Esse corpo que fala, que conta, que narra, também é um corpo capturado, um corpo que já foi cheio de poesias e por tantas vezes se esvaziou. Esse corpo que encontra outros corpos já desejou o apagamento, já se machucou. Esse corpo, de tanto sentir muito, desejou não mais sentir, dopado. Esse corpo vendeu sua sensibilidade pela máquina dos sentidos. Esse corpo tem medo de aparecer, tem medo do erro, tem medo dos não-encaixes. Esse corpo aceita facilmente pouca coisa, qualquer agrado, qualquer afeto. Esse corpo já foi dócil; implode, irrompe nas mãos que escrevem e arranham. Esse corpo está em processo de transformação, do conformismo e da passividade para o questionamento e para a agitação. Esse corpo já foi alheio, carregando feridas sem origem e sem cuidados. Esse corpo tem medo do não-controlar, do descontrolar, do se desligar, do deslizar. Esse corpo tem medo do que pode expelir, tem medo de sua própria potência, do que borbulha em uma panela de pressão-peito. Esse corpo quer romper os circuitos, desconfortar-se para viver. É um corpo de fios soltos, de linhas e nós, muitos nós, que não se encerram. Esse corpo quer romper, quer estourar aquilo que represa, quer estar outra ela mesma, quer germinar ser estranha, mas fato, que borda e desdobra suas ondas, que cria seus próprios nós, que despenteia os fios soltos.

(Mariana – Diário da pesquisadora)

Iniciamos percorrendo os primeiros contatos e encontros com as três adolescentes mulheres. Por meio desse primeiro trajeto perceberemos os corpos se compondo, modulando-se, deslocando-se ao longo do processo dos encontros, dos diálogos e das escritas.

Cheguei ao nome de **Carolina** por meio de uma lista de egressas de internação psiquiátrica do ano de 2019 da qual tenho acesso devido ao meu trabalho como psicóloga. Até aquele momento era um nome dentre 50 outras jovens, todas adolescentes que vivenciaram internações psiquiátricas no interior do Paraná e que vieram de diversos cantos do Estado. Carolina residia em uma das cidades do norte paranaense. Entrei primeiramente em contato com a coordenadora do CAPS infantojuvenil (CAPSi), onde supus que Carolina era acompanhada. Carolina, naquele primeiro momento, estava novamente internada em uma instituição manicomial. Segundo uma profissional do CAPS i, as internações de Carolina haviam sido compulsórias⁷, ou seja, por determinação judicial. Lembro-me quando um

⁷ A internação compulsória é prevista pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. Define-se pelo Artigo 9º: “A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à

promotor do município onde trabalho comentou o quanto as internações compulsórias faziam com que as pessoas internadas ficassem esquecidas nos hospitais por muito tempo. Temi que Carolina ficasse novamente em internação prolongada.

Diante das dificuldades de encontrá-la, uma companheira de mestrado e profissional de um equipamento de saúde daquele municípiotrouxe informações que me deram pistas de onde poderia estar e como poderia estar Carolina. A primeira grande notícia foi quando ela me avisou que Carolina havia saído da última internação. Essa notícia me trouxe euforia pela esperança do possível encontro. Tentei contatos com o CAPSi para encontrar quem possuía uma proximidade maior com a jovem, para nos conhecermos. Nesse caminho, foi possível descobrir que a jovem tinha solicitado internação e que estava em condição de rua. A internação não aconteceu exatamente porque naquele momento o Hospital Psiquiátrico do município estava interdito pela Vigilância Sanitária por inúmeras irregularidades⁸. Essas notícias geram um misto de sensações: onde Carolina está? Por quais caminhos está percorrendo? O que ela vivencia? Do outro lado o alívio do não-encerramento na internação. Quantas sensações nos vêm quando aqueles que interditam são interditados.

Consegui o contato da Fátima, mãe de Carolina, por meio do CAPS i, em setembro de 2021. Fátima explicou que Carolina estava em casa, havia iniciado o uso de antibióticos devido aos vários hematomas e ferimentos que estavam aparecendo em sua pele. Ela aceitou que conversássemos em sua casa, porém não prometeu que Carolina aguentasse ficar em casa por muito tempo. Estive na casa da Carolina em uma sexta-feira por mais de uma hora conversando com Fátima. O encontro com a mãe foi surpreendente. Já Carolina havia escapado para outros trajetos marcados pelo uso de drogas e pela vivência das ruas. Fátima me convidou para sentar-me com ela na área de lazer localizada na parte de cima da casa. Conversamos como se nos conhecêssemos há muito tempo. Não encontrei quem eu desejava, Carolina não se fazia presente, mas encontrei quem podia me contar daquela ausência, daquela que ainda não me falava.

Na casa moram Fátima, o atual esposo, o filho mais velho, duas filhas mais novas, uma enteada e Carolina, embora dela possamos dizer que mora, mas estando de passagem ou de um modo descontínuo. A casa era em um terreno pequeno, mas a mãe me contou que

salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários”(BRASIL, 2001). Ou seja, fortalece a ideia de periculosidade da pessoa em vivência de sofrimento.

⁸Segundo o Relatório de Inspeção de hospitais psiquiátricos, publicado no ano de 2020, pelo Conselho Federal de Psicologia, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, Conselho Nacional do Ministério Público e Ministério Público do Trabalho (2020), este mesmo hospital psiquiátrico já havia sido alvo de denúncias por violação dos direitos humanos.

fizeram de tudo para transformar em um lugar agradável. Foi esse sentimento que permeou o encontro com Fátima. Passamos pelo gazebo na entrada e, após subir uma escada, chegamos a dois gazebos na área acima da casa, com churrasqueira e sofás. Esses espaços eram repletos de plantas, de filtros dos sonhos e de mandalas feitas em palitos e linhas coloridas, além de outros pequenos detalhes que traziam uma mensagem de busca por conforto.

Fátima descreveu Carolina como uma jovem calma, amorosa com a família e bondosa com as outras pessoas, que sempre buscou ajudar os outros. Ela me mostrou algumas fotos, mostrou como Carolina estava ultimamente. Vi uma jovem de cabelo muito curto, de traços sofridos, com feridas visíveis pelo corpo, uma cicatriz grande no braço e muito magra. Depois ela me mostrou fotos mais antigas, onde descreve que Carolina estava com o peso certo, na época de saída de uma das internações hospitalares. As internações me parecem ser atrativas nesse sentido, devolvem a pessoa que aparentava adoecida com um aspecto esteticamente mais saudável.

Ao final de nossa conversa Fátima me presenteou com duas de suas mandalas. Ela aprendeu a fazer os artesanatos quando acompanhava as internações da filha, como uma forma de não enlouquecer. A casa era repleta de mandalas. A casa gritava por todos os cantos a respeito da vivência das internações de Carolina. Carolina passou os últimos quatro anos mais tempo internada do que livre.

Na semana seguinte ao nosso primeiro encontro, Fátima informou que Carolina havia voltado para casa e solicitava internação no CAPS III. Carolina passou por volta de duas semanas no leito do CAPS III e, neste tempo, vivenciamos dificuldades e atrasos de tramitação para que houvesse autorização para visitá-la na instituição. Quando obtive a autorização para realizar a pesquisa na instituição, Carolina já havia voltado para o desconhecido. Em contato posterior com Fátima, sua voz estava cansada, não me falava mais de Carolina. Ela dizia em áudio que desistiu, que não aceitaria mais Carolina em sua casa. Uma parte de mim procurava entender o sofrimento da mãe, mas a outra parte se angustiava pela ausência de Carolina.

Em novembro de 2021 o CAPS III me comunicou que Carolina havia passado novamente pelo serviço solicitando apoio. Porém, ela se encontrava debilitada, com dificuldade em engolir, condição que gerava risco de engasgamento ou aspiração de alimento, além da possibilidade de desnutrição. A equipe então achou seguro transferi-la ao leito da Emergência Psiquiátrica do Hospital Geral⁹ do município.

⁹ Segundo a Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011 do Ministério da Saúde, os leitos especializados em psiquiatria em Hospital Geral são componentes que constituem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), fazendo parte dos pontos de atenção.

Mediante autorização da família, dirigi-me à Emergência Psiquiátrica do Hospital Geral. Em um corredor antes da ala psiquiátrica, camas hospitalares acumuladas sem corpos, resquícios de uma vivência pandêmica ainda presente.

Na recepção informaram que Carolina não estava bem naquele dia e que não seria interessante visitá-la. A enfermeira explicou que Carolina, em uma visita da mãe, discutiu pelo motivo da mãe desejar garantir sua internação em condição involuntária. Carolina não queria estar naquele lugar. A enfermeira compartilhou que a equipe de saúde havia administrado várias medicações em Carolina e que mesmo assim ela havia acordado há pouco. Insisti ao menos para me apresentar para a jovem, mas no ponto de vista das profissionais, Carolina poderia falar-me coisas que eu “não desejaria ouvir” (ENFERMEIRA NÃO IDENTIFICADA, contato em 22/11/2021) e que aquele não era um bom momento.

Retornei ao hospital quatro dias depois. A luz de seus corredores é artificial e lembra a noite. Enquanto esperava, a porta branca do corredor é destrancada com o ranger das engrenagens que parecem pesadas. Uma funcionária sai de trás da porta e a tinta branca parece esconder ferrugem. A porta é novamente trancada: duas voltas. Neste lugar as portas também transpiram trancadas. No contato entre as alas do hospital, escuto: “não vi mais Carolina na ala” (ENFERMEIRO NÃO IDENTIFICADO, contato em 26/11/2021). Ela havia sido transferida para o hospital psiquiátrico do município no dia anterior. A família pediu uma internação de longa permanência involuntária.

Saio do hospital e não estou mais presente no caminho da volta. Por que não insisti? O sufocamento daquele momento canta pelo rádio: “I want to break free”¹⁰ (I want to break free – Queen). Carolina foi de um quarto para outro e imagino, com falta de ar, o revisitar das velhas paredes do manicômio.

No dia de minha qualificação dessa pesquisa de mestrado, algumas horas antes, Fátima me enviou uma foto de Carolina e os dizeres “Olha ela, saiu segunda do hospital, tá aqui em casa. Se quiser vir aqui ver ela” (FÁTIMA, 19/05/2022). Meu corpo inteiro ficou sensibilizado: Carolina havia voltado! Na foto, cabelo preso e um sorriso!

Combinamos e me encontrei pela primeira vez com Carolina na casa de sua família. Era uma tarde de frio. Carolina estava sozinha em sua casa, fui recebida com um longo abraço. Conversamos na cozinha de sua casa, onde ela me ofereceu bolo e café. Um bom café. Ela comia o bolo de milho envolto em leite condensado. Confesso que em nosso primeiro encontro eu habitava por afetos ambíguos. Estava empolgada, feliz, ao mesmo tempo com

¹⁰ Traduzindo: “Eu quero me libertar”

medo. Falávamos tanto de Carolina, mas só agora a conhecia, olhava nos seus olhos, ouvia a sua voz rouca.

Em nosso segundo encontro, um mês depois, Carolina me recebeu com o longo abraço. Seus cachos estavam maiores. Ela estava junto a seu ‘ficante’, Pedro, de mais de 30 anos e pediu para que ele participasse também de nossa conversa. Fomos para a área de lazer localizada na parte de cima da casa. Fátima não estava no início e fiquei mais apreensiva e alerta com a presença de seu companheiro, para mim uma pessoa desconhecida e muito mais velha do que Carolina.

Carolina tem atualmente 19 anos. Desde seus 15 anos ela percorre entre instituições psiquiátricas, CAPS, Hospital Geral, as ruas e a casa de sua família. Foram 15 internações em leito de emergência psiquiátrica de Hospital Geral. Sua primeira internação em um hospital psiquiátrico durou 6 meses e ocorreu em um município próximo. Ela também passou por 1 internação de 2 meses em manicômio de outro município, 3 internações no hospital psiquiátrico do município onde reside e a última internação de 3 meses em um hospital psiquiátrico em um terceiro município. Além disso, Carolina ficou 3 vezes em leito do CAPS e 3 dias em uma Comunidade Terapêutica cuja ‘dona’ obrigou-a a rastelar duas vezes a mesma área, o que ela interpretou como um abuso.

Carolina descreve suas vivências da seguinte forma: “Sempre deu errado tudo que eu tentei, escola deu errado, ia pra escola só pra fumar maconha, tá tudo dando errado na minha vida”. Mas continua: “Agora eu quero que seja a última internação” (CAROLINA, entrevista em 20/05/2022).

Débora é uma jovem de 16 anos, moradora de uma cidade de médio porte no interior do Paraná e que já passou por uma experiência de internação psiquiátrica. Quando entrei em contato com o CAPS i de seu município para compartilhar minha proposta de pesquisa, ela se encontrava internada. Em uma visita ao CAPS i, a equipe desejou compartilhar comigo algumas das vivências de Débora a respeito de seu comportamento autolesivo e sobre sua sexualidade. Segundo a equipe de saúde, Débora chegou ao CAPS i com um diagnóstico de “depressão” devido ao risco de comportamentos autolesivos e por tentativa de suicídio. Os profissionais contam que Débora já havia sofrido um abuso em uma festa e que atualmente ela estava em um relacionamento com um rapaz com histórico de relacionamentos abusivos. Não entro em detalhes sobre essas partilhas porque nada disso foi compartilhado por Débora.

Lembro-me do primeiro contato com Débora e sua família. Duas profissionais do CAPS i se dispuseram a me levar à casa da adolescente. Eu estava muito apreensiva, o caminho era longo e eu já não sabia onde estava. Era para mim uma cidade desconhecida e que já me contava uma história sobre os locais de pertencimento de Débora. Lembro que as profissionais foram muito receptivas e conversavam comigo durante todo o trajeto. Porém, eu estava consumida pela expectativa do encontro e não conseguia ouvi-las.

Conhecer a casa de Débora, sua moradia e refúgio me trouxe uma sensação de alívio: ela estava em casa. Quando chegamos, Débora estava fazendo *cupcakes* junto de sua irmã mais velha, uma amiga e o irmão mais novo. O cheiro doce trouxe uma sensação de conforto e de abrigo. Lembro da troca de olhares entre as jovens e de alguns olhares curiosos sobre a minha presença. As jovens se vestiam de maneira semelhante e tinham os cabelos curtos. A amiga usava uma jaqueta com os dizeres “*fuckthepolice*”. Essa jaqueta me chamou a atenção. A amiga de Débora sinalizava um modo de vida que se identificava com a indignação, com a não-aceitação das violências impostas em seu cotidiano. Débora me contou que mora com a mãe, o pai, a irmã mais velha e o irmão mais novo. O pai é uma pessoa quieta e mais reclusa e só apareceu em nossa conversa quando perguntei propriamente de sua existência. Ela conta mais com o apoio da irmã mais velha, que é a pessoa na qual ela mais confia e parece se inspirar. As duas se parecem muito, até achei que elas eram gêmeas e elas eram de fato confundidas como gêmeas quando eram crianças. Ela é, para Débora, seu suporte.

Recordo do segundo encontro com Débora. Combinamos de nos encontrar onde ela se sentia mais à vontade, no CAPS i. Encontramo-nos no início da manhã e quase não a reconheci. Ela estava maquiada, com um estilo de roupas e de adereços que eu poderia chamar de radicais. Não sei dizer se aquele estilo tem um nome. Mas sei que ela se destacava na monotonia de um dia normal. Para mim, ela rompia com o esperado, com o apagamento e com o assujeitamento a tons pastéis. Ela me olhava nos olhos, seu tom de voz era quase sempre calmo, baixo, porém presente.

Lembro que voltei dirigindo para outra cidade e que tive que estacionar no meio do caminho, pois meu corpo todo estava mobilizado por aquele encontro, somado às minhas próprias angústias que já tinham nascido dos encontros de meu trabalho como *psi* com outras adolescentes e mulheres que passaram por internações em hospitais psiquiátricos. São nesses momentos que percebo o quanto carrego esses encontros vivos e latentes comigo.

Vanessa reside com a mãe e duas irmãs mais novas na cidade onde atuo como psicóloga. Ela mora em uma casa de fundos localizada na entrada de um bairro da periferia da cidade. Vanessa tem atualmente 15 anos, e a casa onde moram é pequena e um pouco escura, repleta de cachorros, gatos e um coelho. Meu contato com Vanessa foi facilitado pelo fato de já ter algum vínculo anterior com a família devido minha atuação como profissional em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e na Coordenação de Saúde Mental do município. No primeiro dia em que visitei Vanessa e sua mãe para explicar sobre a pesquisa e convidar a adolescente a participar, me deparei com uma confusão organizada, com crianças brincando e gritando. Tudo acontecia ao mesmo tempo. A irmã mais nova de Vanessa me abraçava, segurava minha mão e queria falar comigo a todo momento. Se por um lado, me sentia sem reação, devido as prescrições de distanciamento social por conta da pandemia de COVID-19, por outro lado, me sentia convidada para aquela vivência. Quando expliquei sobre a pesquisa, a mãe da Vanessa comentou que achava que o caso da filha havia sido mais leve em comparação às outras adolescentes que ela conheceu e descreve que a filha fingiu estar bem no começo da internação, mas teve momentos em que socou o vidro das janelas do Hospital Psiquiátrico.

Nessa primeira conversa-convite, Vanessa manteve-se mais quieta, disse que não sabia o que falar e aceitou participar daquele diálogo com um “eu acho”, olhando para a mãe e perguntando o que deveria dizer. Angustiava-me esse silêncio, a sensação do medo de falar, de expressar-se. Meu desejo era cantarolar para Vanessa: “Se você disser / Tudo o que quiser / Então eu escuto / Fala” (Secos e Molhados, Fala).

Vanessa é uma adolescente com a qual me mobilizei muito quando soube de sua internação psiquiátrica. São momentos nos quais me sinto impotente, que imagino como ela estaria se sentindo durante aquela experiência. Por isso, desejava que ela vomitasse todos esses silêncios que ela não digeriu, que ela cuspsisse no mundo a revolta.

As nossas conversas aconteceram em dias de calor, no final de 2020 e começo de 2021, então preferimos ficar sentadas na área de fora de sua casa. No tempo todo de nossas conversas, nas duas vezes que nos encontramos, sua irmã mais nova sempre ficava ao redor, buscava chamar atenção dela ou a minha. Sempre havia outras situações que ocorriam e atravessavam nosso encontro, como a vizinha cantando ao lado, a irmã assistindo televisão com som alto, os cachorros brigando, as crianças brincando ao nosso redor. Para mim, era um turbilhão de informações, de sons, de gente, de acontecimentos. Vanessa parecia não se afetar

com aquilo. Independente dos ruídos, ela se mantinha concentrada em nossa conversa, nela habitava o desejo das partilhas.

Imaginei o quanto a rotina dela era permeada por esse turbilhão de sons e coisas acontecendo ao mesmo tempo. Ela lidava com todas aquelas informações cinestésicas como se nada estivesse acontecendo. Fui aprendendo a ouvi-la em meio ao mundo em que ela vive, permeado por estes ruídos e agitações para mim tão estrangeiros, mas que são a atmosfera que me permitiram conhecê-la. Como se tratava de minha primeira experiência da pesquisa de campo, estava nervosa, com medo de falhar. Ela parecia sentir-se à vontade conversando comigo, muito diferente de nossa primeira conversa-convite, na qual a mãe também estava presente. Nesses encontros sem a presença da mãe, quando ela desejava, dava risada, quando contava algo que a sensibilizava, chorava, quando não queria falar sobre algo, me dizia que era melhor esquecer.

Acho interessante frisar que, em todo percurso de encontro e desencontro com as adolescentes, as figuras familiares presentes eram sobretudo as mães. Pouco ou nada se sabia ou se dizia dos pais, compreendidos apenas as figuras-fundo.

Ao conhecermos um pouco Débora, Vanessa e Carolina e seus territórios de pertencimento, estamos agora em condições de entrar em contato com suas experiências no processo de internação psiquiátrica, bem como os impactos do adentrar a um espaço que se encerra, que estabelece os limites sufocantes do existir.

SEGUNDO ATO

Cena 1. A chegada dos corpos no silêncio ensurdecedor do manicômio

Aquilo que me tira o sono, que me rouba o sonho, é cheio de paredes e de portas fechadas que não nos levam a um quintal. É cheio de gente de olhos perdidos, de bocas fechadas, com comprimidos nas mãos vazias. Aquilo que me tira o sono é o antônimo de liberdade, é a tentativa da negação do erro e das possibilidades de ser. Aquilo possui muros altos abarrotados de suas mentiras. Aquilo brilha com a dor dos que são calados. Um estorvo, no alto de um morro, imponente, ameaçador, que nos lembra de nos mantermos na linha, afinal, não queremos ser engolidos por aquelas portas.

Isso ainda me parece leve. Quantas pessoas já não passaram por essas portas do esquecimento, dormindo em uma cama que não tinha o cheiro delas, mas de várias outras pessoas do passado, acordando em um horário que não era o seu habitual, vendo rostos e mais rostos e mais rostos, para fora de um desejo ou de uma escolha dos encontros, percorrendo corredores e mais corredores, portas, grades, sem fim. Com dias que se repetiam nesse mesmo espaço de desconforto, e se repetiam penosamente, sem hora, sem promessas. Com a comida que outros decidiam, com a quantidade que outros decidiam, com remédios ditos que eram para vosso bem, com monólogos, com punições, sentindo-se sempre vigiadas. Com o sono, a letargia não desejada, o pensamento vazio, sem rumo, sem planos. Com o mundo acontecendo da porta para fora, enquanto o dentro está fora da vida, fora da existência. Sendo lembradas nas visitas, e esquecidas quando a porta novamente se fechava. Quantas pessoas voltaram para suas casas e sentiram o estranhamento daquele lugar que parecia não mais lhe pertencer, de voltar a sentir o seu próprio cheiro, de acordar sem alguém chamando-a, de escolher o que cozinharía naquele dia, degustando um presente e um futuro mutilados, numa nova sensação de vazio, de deslocamento. Também as pessoas que saíram da instituição que seria o único teto possível, de massificação, de esquecimento, mas um teto, uma casa, o alimento. A imposição de uma saída que encerra o que lhes foi retirado. A comida não é delas, a roupa não é delas, a cama não é delas, o tempo não é delas. Não são elas que escolhem quando fechar e abrir a porta e por quais portas passar. Mas, qual outra opção?

(Mariana – Diário da pesquisadora)

Início afirmando: a lógica manicomial não foi superada! O manicômio pode aparecer com o nome Hospital Psiquiátrico ou disfarçar-se de Comunidade Terapêutica¹¹. Aqui

¹¹As Comunidades Terapêuticas são instituições totais destinadas para a internação de pessoas com os denominados sofrimentos psíquicos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Em tais instituições preconiza-se a ausência de profissionais de saúde. A justificativa seria o fortalecimento do cuidado autônomo entre os pares. Tais instituições também se baseiam na abstinência como única forma de tratamento. Algumas das informações são disponibilizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) através do link: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/comunidades-terapeuticas-acolhedoras/conceitos-e-definicoes>

compreendemos os manicômios como instituições totais, ou seja, locais fechados, cuja atividade se resume em excluir o contato social da pessoa em situação de internação com o mundo externo e proibir o trânsito de sair. Os manicômios são compostos por “portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos” (GOFFMAN, 1961, p. 16). É esse manicômio que ainda encontramos. São para os manicômios que pessoas encaradas como ameaças à sociedade e incapazes de se responsabilizarem por si são enviadas. É exatamente a vivência do manicômio que as adolescentes Vanessa, Débora e Carolina também compartilham em comum.

Vanessa relata que ao sentir que precisava de ajuda, foi ao hospital somente para ser atendida pela psicóloga, que a encaminhou para a psiquiatra. A psiquiatra, por sua vez, determinou pela internação. Vanessa relata que não estava preparada. Sente que aquilo aconteceu por ela ser muito rebelde e conta que sentiu raiva da mãe na hora. A mãe pediu um abraço e ela recusou. Ela acha que isso pode ter machucado a mãe. Elas só puderam se ver novamente 13 dias depois. Ela conta que naquele dia em que passou da porta da sala da psiquiatra para a porta da ala de internação, não entendeu o que estava acontecendo, começou a entrar em desespero, se deparando com pessoas que ela chamou de “loucas” – as mulheres adultas. Foi levada para a ala das adolescentes e compreendeu que eram pessoas que ela considerava “normais” com problemas diferentes. Na ala das adultas sentia desespero ao ver as mulheres “daquele jeito”. Vanessa, excluída e silenciada por ver coisas, também não desejava vê-las, ser ou identificar-se com aquelas mulheres.

Em sua vivência de 3 meses e 8 dias de internação, Vanessa se adaptou e se submeteu às regras, à solidão, ao não ter o que fazer, ao tédio da repetição, a não ver o mundo lá fora. Muita gente julga “já foi internada, não quero por perto” (VANESSA, entrevista em 22/12/2020) – ela percebe isso depois da internação. A internação já é a expressão do indesejado. Ter em sua vida a marca da internação é carregar esse rótulo de pessoa indesejada.

Débora começou a frequentar o CAPS i a partir de um encaminhamento médico em junho de 2020, após ter feito um corte no braço que demandou uma sutura. A partir desse ferimento ela tem a impressão de que passou a piorar. Ela percebe que o isolamento gerado pela pandemia, a sensação de solidão, a perda de contato com as pessoas, o que para ela era algo importante, agravaram seu sofrimento. Débora conta: “Eu já tinha planejado que eu ia me matar mesmo e eu escondi a lâmina desse lado da calça” (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021). Quando a mãe descobriu a lâmina, levou-a ao CAPS i e deram a opção de ficar

em casa ou ser internada no hospital psiquiátrico. Débora ficou primeiramente internada, por 10 dias, no leito psiquiátrico do hospital geral de sua cidade. Lá era maltratada pelos médicos pouco preparados para atender situações de crise em saúde mental e acolher pessoas em intenso sofrimento psíquico, pois não havia uma ala psiquiátrica. A equipe médica levantava perguntas que ela entendia como: “bem invasivo, que eu não queria falar pra eles, perguntaram sobre abuso sexual. Eu sei que era o trabalho deles, mas eles perguntaram de uma maneira bem brusca” (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021). De volta para casa, os pais tentaram afastá-la de qualquer objeto que ela pudesse usar para se machucar, porém ela conseguiu achar as lâminas que a mãe havia escondido. Posteriormente, voltou para o CAPS i pelo mesmo motivo e, em seguida, passou em atendimento na UPA, onde teve uma nova tentativa de suicídio com uso de medicações.

No dia seguinte, avisaram-na sobre a vaga no Hospital Psiquiátrico de um município próximo. A psicóloga deixou ela livre para escolher se desejaria a internação. A mãe ficou preocupada pois sabia que a filha ficaria sozinha em outra cidade. Elas fizeram contato com uma prima que já havia passado por internação psiquiátrica e que recomendou o processo de hospitalização. Débora se lembra somente delas empacotando o que ela levaria, junto com duas profissionais do CAPS i. No caminho, sua irmã lhe contou que ela fumou quase todo o maço de cigarro, mas ela não se recorda.

Débora pensou, ao chegar no hospital, que seria uma experiência de curto período e que teria visita da família rapidamente, não imaginou que aquele seria o último momento com seus familiares. Na entrevista com a psiquiatra ela não falava nada, somente segurava a mão da mãe que respondia por ela. “A minha mãe chamou meu pai, minha irmã e meu irmãozinho para dar um último abraço, daí eu fui, sabe, eu só lembro de olhar pra trás assim, ver eles lá e ir” (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021). Ela se despediu do resto da família e entrou para a ala da internação. Sua mãe nos contou que eles não puderam visitá-la durante a internação e que, como alternativa, realizavam ligações telefônicas todos os dias e uma chamada de vídeo por semana. Seu tempo de internação foi de 3 meses, tendo passado a virada do ano de 2020 para o ano de 2021 dentro do hospital psiquiátrico.

Com 15 anos aconteceu a primeira internação de **Carolina**.

Antes, ela havia transitado por três vezes pelo leito de emergência psiquiátrica em Hospital Geral e pelo CAPS i, no qual transitava, voltando para as ruas. Ela retrata sua primeira experiência de internação psiquiátrica da seguinte forma: “Esse internamento foi um

dos pior. Chegar lá e saber que vai ficar 6 meses num lugar sem fazer nada, sem comer as coisas que você gosta, sem fumar um cigarro. Eu sou muito viciada no cigarro. Lá eu quase fiquei louca. Seis meses de pura patifaria.” (CAROLINA, entrevista em 20/05/2022).

A emergência do hospital ofereceu a internação como uma solução para a vivência de uso abusivo de substâncias psicoativas que a Carolina vivenciava. Segundo Fátima, uma promessa para tirar a filha das drogas a livraria daquela rotina permeada pelo uso de substâncias psicoativas. Fátima aceitou a internação como uma alternativa para se distanciar, porque ela não conseguia mais olhar para sua filha, não conseguia mais encará-la. Ela não aceitava vê-la daquela forma. A solução encontrada para aqueles que se sentem sem amparo parece ser a internação.

Com as primeiras internações, vieram as reorganizações da família. Carolina me mostra, espalhadas pela casa, as mandalas que a mãe faz e que aprendeu ao acompanhar as internações da filha. Carolina comenta:

minha mãe ficou louca comigo, ela começou a ter depressão. Ela fica muito mal quando eu sumo, fica magra. Eu não gosto de ver isso. Eu chego, ela tá seca, detonada, cara de cansada. Quando eu chego dos internamentos, ela faz de tudo pra eu ficar em casa, ela quer eu do lado, quer eu perto. Quando eu começo a sair ela começa com muita desconfiança e muito medo de me perder novamente. Ela tem muito medo. (CAROLINA, entrevista em 20/05/2022)

Fátima conta que, nas visitas para Carolina durante suas internações, enxergava a filha mais saudável, mas via em seus olhos que ela não estava feliz. De fato, a filha ligava para ela ou falava durante as visitas para que ela a levasse de volta para casa, que não aguentava aqueles lugares, que estava se sentindo mal. Fátima nunca fez isso porque acreditava que lá a filha ao menos estava “blindada” das drogas ilícitas. Percebe que Carolina sentia muito a falta da família, da mesma forma como quando passava muito tempo na rua. Carolina então nunca foi internada por desejo dela, mas sempre por determinação judicial ou internação involuntária com decisões da família junto ao Conselho Tutelar.

Fátima comentou ainda o quanto percebia ser fácil e lucrativo manter um hospital ou “depósito de gente” (FÁTIMA, entrevista em 17/09/2021), e que percebe que não tinha escolhas na época da internação da filha exatamente porque não havia outra possibilidade de cuidados.

Partindo desse lugar do não-pertencimento, seguimos para o próximo ato, no qual percorreremos pelas narrativas a respeito dos corpos que não se adaptam, que são julgados e se julgam e que se sujeitam por meio da medicalização, da captura das subjetividades pelo

saber médico. Esse saber impõe um modo de vida, uma forma de se comportar, um rótulo a se encaixar e os medicamentos para que as meninas se adaptem ao que delas é exigido.

TERCEIRO ATO

Cena 1. Corpos medicalizáveis: os trajetos da captura

Enquanto dialogamos, uma pessoa se suicida no hospital psiquiátrico da cidade onde trabalho. Esse tipo de notícia sempre me desnorteia, me enraivece. Entrar por aquela porta diz da morte social dos sujeitos e, por vezes, de sua morte física. Mais uma morte que será rapidamente esquecida, se comparada à ideia de periculosidade que as pessoas em sofrimento ainda apresentam para a sociedade das normalidades. Menos um doido no mundo. É depois dessa notícia que sonho. Sonho com alguém institucionalizado que grita comigo e que se joga pelo vão de um prédio psiquiátrico. No sonho, escuto seu corpo batendo pelos andares abaixo enquanto um desespero toma conta de mim. Olho desesperada para o enfermeiro e questiono como eles mantêm aquele ambiente tão perigoso. Não é a primeira morte, e infelizmente não será a última enquanto anularmos socialmente a existência das pessoas em sofrimento. As mortes e suicídios que ocorrem dentro das instituições psiquiátricas são estranhamente menos comentadas, menos noticiadas. Será essa uma expressão do indesejado?

(Mariana – Diário da pesquisadora)

Ao pesquisar a experiência de internação psiquiátrica de adolescentes mulheres, percebemos de que maneira o processo de medicalização da vida se organiza nestes dispositivos disciplinares, bem como os impactos que produzem na subjetividade dessas adolescentes. Exploraremos aqui a noção de medicalização, entendida como um processo de apropriação de todo e qualquer comportamento, gesto, atitude considerada inadequada e que poderá ser transformada em sintoma de uma doença mental com propósitos de contenção e adaptação dos sujeitos à sociedade normativa (FOUCAULT, 2010).

Recordo-me, em meu processo de trabalho como psicóloga, da história de uma senhora que, após pedir ajuda para a vizinha dizendo que não estava se sentindo bem, foi levada por ela ao hospital psiquiátrico. Tempos depois, ao receber alta da internação psiquiátrica, passou a recusar qualquer contato com profissionais de saúde e outras pessoas com medo de que isso ocorresse novamente. Assim, partimos da compreensão de medicalização como um conjunto de estratégias e ferramentas de dominação e controle dos corpos e das subjetividades.

Conrad e Barker (2011), afirmam que o processo de “medicalização ocorre quando problemas ou experiências humanas passam a ser definidas como problemas médicos, transformados habitualmente em termos de doenças, enfermidades ou síndromes” (p. 204-205). Nesse sentido, o uso do termo doença foi criado pela medicina de forma a delimitar

quem apresenta alguma anomalia, disfunção, incapacidade, limitação (CONRAD, BARKER, 2011). O processo é semelhante frente ao sofrimento psíquico¹². A linguagem humana, compreendida como uma estratégia de representação de algo, reproduz ou reconstrói formas de pensar, de agir e de se organizar socialmente. Nessa perspectiva, a construção e apropriação de palavras que compõem a linguagem psiquiátrica a apropriação de termos como loucura, transtorno, doença, e normalidade, bem como sua disseminação, constroem parâmetros de inclusão e exclusão dos sujeitos nas relações sociais.

Vanessa, em nosso encontro, conta sobre suas vivências de mal-estar e das formas como a mãe dialogava com ela sobre formas de solucionar seu sofrimento e como isso lhe causava ainda mais dor:

[...] tem algumas coisas que também machucam, tipo antes do internamento também ela [a mãe] falava pra eu me matar, pra eu me jogar na linha do trem. Ouvir isso de uma mãe não é nada fácil, você pode esperar isso de todo mundo, tipo de boa, mas vindo de alguém que tá convivendo com você, isso já é, sei lá, sabe... (VANESSA, entrevista em 22/12/2020)

Vanessa passou a achar que ninguém gostava dela e se recorda de brigas nas quais a irmã a chamou de louca e que nunca deveria ter saído da internação. Essa recordação vem com lágrimas, e com comentários de que ela não queria ter passado por aquilo. Trata-se de uma fala frequente entre nós e para nós mulheres quando tentamos expressar o que sentimos, quando nos posicionamos diante de algumas situações. Nessas horas somos rotuladas como loucas, malucas ou doidas.

Vanessa não se lembra quando começou a mutilar o próprio corpo e os motivos específicos, e ressalta que afinal “algumas coisas, é melhor a gente esquecer” (VANESSA, entrevista em 22/12/2020). Ela conta que via e ouvia coisas, mas não sabia dizer o que era. Instigada por aquilo que ela dizia ver e ouvir, insisti para que ela contasse o que chamava de “surto” e se ela considerava aquelas sensações ou acontecimentos como crise. Ela compartilha:

[...] agora eu posso contar, eu não podia contar porque falavam que eu tava fazendo drama por atenção ou que era frescura minha, sabe!? Então, eles acham que faço tudo por atenção. Até quando começou a tortura psicológica, quando você começa a cobrar mais de você, foi quando eu não pude contar com a minha própria família, sabe!? Isso foi pesando mais na cabeça, foi torturando mais (VANESSA, entrevista em 22/12/2020).

¹² Não pretendo focar nos conceitos relacionados às doenças físicas, mas ao longo de nosso diálogo pretendo me referir prioritariamente ao sofrimento psíquico e aos fenômenos físicos envolvidos no processo de medicalização.

Vanessa parece aliviada ao finalmente contar sobre essas vivências sem ser diminuída, ignorada ou tratada como “louca”. Mobiliza-me o peso da solidão e desamparo que ela traz em suas falas a respeito de suas relações familiares.

Para Foucault (2010), a loucura, uma condição da existência humana, que era compreendida ora como um fenômeno místico ora filosófico, é apropriada pelas ciências médicas no final do século XVIII e enquadrada como uma doença mental. O sujeito da loucura é sempre compreendido e olhado a partir daquilo que se denomina e se considera como sintomas. Deixa de ser sujeito/pessoa/existência e tudo o que faz, diz, comenta, sonha é sintoma de doença mental.

Sobre o ver coisas, Vanessa exemplifica com um sonho que teve com uma conhecida da família que faleceu:

[...] eu sonhei que ela tinha morrido, até nesse dia que eu sonhei ninguém levou a sério, eu falei pra minha mãe - ‘mãe, vamos lá ver ela’ - porque ela tava doente, ela morreu mesmo [...] e ninguém me levou a sério até que ela tava morta mesmo. Até aí eles não tinham me levado a sério, até quando eu tive um sonho eles ficaram mais espertos, tipo precisa acontecer alguma coisa pras pessoas começarem a acreditar em você (VANESSA, entrevista em 22/12/2020).

Ela também conta que se obrigava a fazer o que as pessoas pediam e ia dormir na casa da prima mesmo não desejando, momento no qual ela começou a perceber a situação de abuso que a prima vivenciava. Um dia o tio estava do lado de fora da casa e ela falou que abriria a porta para ele, a prima falou desesperada para que Vanessa não abrisse e não o deixasse entrar. Em outras situações a prima saía com o padrasto, deixava o filho com ela e falava “se eu não voltar até tal hora, ligue pra minha mãe e ligue pra polícia”(VANESSA, entrevista em 22/12/2020)—essa fala foi impactante para Vanessa. Ela não sabia o que fazer com essa informação sobre os riscos à vida de sua prima, e carregava como o peso de uma ameaça para ela. Ela tentava contar a respeito das ameaças e abusos sofridos pela prima, mas ninguém acreditava nela falando “como assim, você está ficando doida?” (VANESSA, entrevista em 22/12/2020). Ela via mensagens com conteúdos de ameaça no celular da prima – contou para mãe e avó, que ficaram desconfiadas, mas não levaram a sério sobre o que Vanessa contou. Ela comenta que poderia ter evitado que a prima passasse por mais situações de abuso, porém desistiu de contar à família sobre o que via, porque ninguém acreditaria nela. Vanessa traduz o ver e ouvir coisas em ser obrigada a assistir passivamente a sua prima ser abusada e ameaçada.

Diversas/os pesquisadoras/es questionam a noção unicamente biológica de sofrimento psíquico (CONRAD, BARKER, 2011; ILLICH, 1975; LEMOS, et. al., 2020; ZORZANELLI, ORTEGA, BEZERRA, 2014; entre outros), o que não envolve negar existencialmente o processo de mal-estar, mas de compreendê-lo como um produto de construções sociais e médicas, em um processo que pode ser também denominado de medicalização do social. Partimos então da compreensão de que a experiência da doença é construída socialmente, ou seja, seu significado e experiência são moldados pelos discursos e práticas sociais e culturais, impactando na forma como as condições de existência e sofrimento são vivenciadas e experienciadas por mulheres e homens. Podemos direcionar nossa discussão questionando em quais processos os comportamentos e experiências passam a ser nomeados como doenças e, portanto, consideradas como condições médicas, como se apresenta o sofrimento do silenciamento de Vanessa.

Vale dizer que a concepção de medicalização é transitiva, o que exige esclarecer os sentidos do uso, considerando “que o conceito se tornou amplo o suficiente para subsumir objetos díspares (crianças, adultos, corpo feminino, masculinidade, tristeza) e contextos diferenciados (desigualdades em saúde presentes nos países em desenvolvimento, ou diferenças nos sistemas de seguro saúde, e entre diferentes países).” (ZORZANELLI, ORTEGA, BEZERRA, 2014, p. 1865). Porém, partimos do pressuposto de que a medicina ocidental construiu suas bases no ideal do homem branco, europeu, supostamente civilizado, burguês como representação de um suposto progresso natural da sociedade e, portanto, como símbolo de saúde e normalidade. Dessa forma, a mulher, o negro, o sujeito não-europeu, entre outros que escapam da lógica normativa, representavam a degeneração da raça e deveriam ser controlados, contidos, extirpados ou curados pelos saberes clínicos ocidentais (COSTA et al., 2006). Aqui já fugimos desse ideal, sendo uma pesquisadora mulher e três adolescentes de diversas origens sociais, de diversos tons de pele, de diversas expressões de sexualidade e gênero e de diversos formatos de corpos. Historicamente representamos essa ideia de degeneração.

A história do corpo confunde-se com as intervenções direcionadas sobre ele (LEMOS, et al., 2020). Compreende-se que, a partir do século XVII, o corpo torna-se objeto de investigação na busca de recursos, estratégias, técnicas que garantam o prolongamento da vida. E, mais especificamente, os corpos serão submetidos a processos de disciplinamento e normalização e as populações serão controladas e gerenciadas por meio de estratégias

biopolíticas¹³ (FOUCAULT, 1988). Tal disciplina e regulação, mesmo que com transformações em seus sentidos ao longo do tempo, permeia as vivências atuais: o corpo de Vanessa e de sua prima não são delas. Pertencem à família, ao tio, ao hospital psiquiátrico. Diz-se, portanto, da sanção de uma suposta normalidade pré-determinada e da vigilância sobre corpos e população com seus mecanismos disciplinares. Estamos interessadas, nesse caso, em compreender como se expressa o controle e docilização dos corpos das meninas adolescentes que vivenciam processos de psiquiatrização da vida e estão submetidas aos mecanismos coletivos de exclusão, punição e contenção dessas existências.

Os cortes pelo corpo de Vanessa eram a forma de ela descontar em si mesma, para não magoar os outros. Ela comenta que qualquer coisa que ela falava e considerava errado ela se cortava, assim como havia, na fala de outras pessoas, o desejo por machucar aquele corpo. Na escola, quem percebeu que Vanessa estava se machucando e avisou a professora foi um menino que não era próximo, mas que disse, posteriormente, que se importava com ela. A forma de ‘acolhimento’ da professora foi mandá-la para a diretoria. O desejo de cuidar é transformado em culpabilização daquela existência, que incomoda, que assusta e que deve ser transferida para a internação psiquiátrica. Como alguém pode se sentir cuidado sendo isolado das outras pessoas? Para aquele menino, o recurso disponível era entregá-la à autoridade da professora. Não há acolhimento, suporte, mas tão somente a denúncia pelo comportar-se de maneira indesejada. Por parte da escola repete-se o silenciamento diante do sofrimento da outra pessoa. Ela entende que a internação não ocorreu tanto pelo comportamento de autolesão, mas por se referir que “via coisas”, nos momentos em que temia que a prima fosse abusada e violentada novamente.

Destacamos o sentido da escola como instituição que mantém a função de obscurecer os antagonismos entre as classes sociais (BOARINI, 2003). Vanessa não foi acolhida em sua escola ao perceberem seus cortes. Essa invasão e disseminação de discursos e práticas da medicina na sociedade e que é experienciada por Vanessa no contexto escolar, em suas vivências de sofrimento, cria uma dependência com o campo médico e um processo de medicalização da sociedade. Tal invasão apresenta-se como um olhar vigilante de uns sobre

¹³ O conjunto de tecnologias de poder que se cria com propósito de normalização e controle nomeia-se biopoder e que será investido sobre a vida no nível individual – anatomopolítica – e coletivo – biopolítica. A anatomopolítica envolve “estratégias e os mecanismos empregados para obter maior eficiência dos corpos individuais, garantindo ao mesmo tempo a docilidade do sujeito” (LEMOS, et al., 2020, p. 79). Já a biopolítica envolve “todas as estratégias específicas e contestações sobre as problematizações da vitalidade humana coletiva, morbidade e mortalidade, sobre as formas de conhecimento, regimes de autoridade e práticas de intervenção que são desejáveis, legítimas e eficazes.” (RABINOW, ROSE, 2006, p. 28).

os outros, de possibilidade de denúncia do corpo que não se comporta conforme uma ordem social estabelecida.

As práticas médicas se apresentam cotidianamente invasivas, ditando uma existência que gira em torno de uma vigilância de nós mesmas, de nossos estados físicos e psicológicos. A partir do momento em que o indivíduo não corresponde mais ao comportamento esperado em seu meio social, ele é considerado adoecido, numa lógica de exclusão que o inclui em outro espaço: de sujeito sob prescrições, tutelado, e que será denominado de paciente.

A medicina que emerge a partir do século XVIII, como um saber técnico-científico de domínio masculino, se vê desde seu surgimento “cada vez mais entrelaçada aos interesses de controle populacional, disciplinarização da força de trabalho e higienização dos espaços e das relações sociais” (COSTA et al., 2006, p. 365). A ela se reclama o direito de promover soluções relacionadas a um tipo de compreensão de “milagre-cura”, na qual o médico exerce autoridade sobre o paciente, mesmo que a medicina, em inúmeras ocasiões e em diferentes épocas possa exercer práticas de conhecimentos incertos¹⁴.

Nos séculos XVIII e XIX, ainda em torno das estratégias de medicalização em que ocorre um processo de apropriação dos corpos e existências, a medicina se apodera de concepções morais e religiosas sobre o feminino e as transformam em discursos e práticas médicas, o que nos leva a refletir sobre uma história de abuso de poder e de dominação. Segundo Zorzaneli, Ortega e Bezerra Júnior (2014), o autor Irving Zola defende que a medicina passa a ocupar o papel de reguladora social, antes ocupado pela religião e pela lei, de forma a atuar como avaliadora moral com uma postura de suposta neutralidade e objetividade científica. Até o século XI, ditava-se como os sujeitos deveriam se comportar frente a ideia de uma salvação da alma, e para aquelas mulheres que não se adaptavam aos comportamentos previstos, caçavam e queimavam-nas como bruxas. De maneira semelhante a medicina promove uma inquisição científica sobre a determinação de nossas identidades para uma suposta “salvação terrena”: ora medicam, ora excluem os anormais, os diferentes e os degenerados (FOUCAULT, 1995). Vanessa contou que pensa que sua internação ocorrera por consequência de sua rebeldia. Assim, inúmeras instituições, da familiar até a médica, parecem investir em ações de correção, exclusão e punição.

¹⁴ A medicina coloca-se como detentora privilegiada das técnicas de supressão das doenças que permeiam os corpos dos sujeitos enfermos. Com a loucura, a psiquiatria coloca-se em um lugar de supressão do próprio louco como possibilidade de controle em nome de uma cura. As estratégias de controle e disciplinarização do corpo do sujeito “louco” envolviam tratamentos extremamente violentos – como a lobotomia, as duchas de água fria, o eletrochoque e a máquina giratória – em defesa de uma ciência que em sua prática e teoria não correspondiam com aquilo que se previa como cuidado terapêutico (FOUCAULT, 2006; FOUCAULT, 2010).

As ciências médicas materializam questões sociais e se apropriam de concepções morais como realidades naturais e as sustentam como supostas “verdades” (CONRAD, BARKER, 2011). A verdade sobre o corpo deve ser visível e o objeto representado deve ser diretamente acessado por meio de dissecação, estratificação, entre outras estratégias de análise, sendo o que se obtém é apresentado como a realidade. Mesmo caladas, como nos mostra Débora agarrada à mão da mãe, todas as adolescentes passam por uma espécie de julgamento psicológico e psiquiátrico antes da internação. Utilizo o termo julgamento, pois nenhuma descrição apresentada em suas partilhas se assemelha a um acolhimento, a capacidade de ouvir e validar as experiências das adolescentes. Elas passam por um rol de avaliações que tem como objetivo determinar sobre sua internação. Vanessa ainda desafia a psicóloga que busca seu julgamento. Segundo sua mãe, na hora da internação, quando a psiquiatra falou que teria que interná-la, Vanessa deu de ombros. Naquele mesmo dia, quando a psicóloga perguntou o que ela achava que tinha, ela respondeu: “você que tem que me dizer, não eu” (VANESSA, entrevista em 22/12/2020). Elas riram quando me contaram. Ainda assim, Vanessa foi igualmente engolida pelo hospital psiquiátrico

Nesse contexto, os processos que vão caracterizando a medicina podem ser representados pela figura da autoridade médica, pela ampliação do campo de intervenção da medicina para além da doença, pela invenção do hospital como aparelho de medicalização coletiva, além dos mecanismos de administração médica como dados estatísticos, prontuários e registros – alcançando o status de **prática social**. (FOUCAULT, 2010; LEMOS, et al., 2020). Vanessa conta que na internação psiquiátrica cada menina tinha uma pasta, um caderno de anotações que servia para que elas pudessem registrar tudo aquilo que desejassem em relação a seus comportamentos no hospital. Contudo, essas pastas e cadernos ficavam retidas com os profissionais que, de forma a ameaçá-las, se utilizavam do poder da posse daquelas anotações para intimidá-las. A partir da apropriação de diversos aspectos existenciais e sociais da vida humana, a medicina tem o papel de assegurar o bem-estar condicionado a uma forma de individualidade.

Vanessa, além de ver e ouvir o que era indesejado, se vestia de maneira dita masculinizada, ouvia músicas condenadas socialmente, buscava se expressar diante do que a feria. Eis o que, dela, deveria ser desapropriado, corrigido. Débora não respeitava os comportamentos que lhe eram esperados de contenção e submissão de seu sofrimento. Carolina desafiava o padrão de uma adolescente que se submete às violências sofridas.

Podemos refletir sobre o quanto a precarização das condições de vida, de acesso às necessidades básicas, ao lazer, à cultura, à educação e aos conhecimentos críticos, do acesso a tudo o que nos afirma humanos, nos desumaniza e pode conduzir ao sofrimento. Esse sofrimento é apropriado pela medicina e traduzido em uma condição meramente orgânica, descolada de um contexto de desigualdades e de exploração. Sem considerar minimamente o contexto familiar, social, histórico e cultural das pessoas, qualquer proposta de cuidado em saúde servirá apenas como contenção ou resignação (ZORZANELLI, ORTEGA, BEZERRA, 2014).

Quando **Carolina** era pequena, sua mãe (Fátima) se ocupava de cuidar do ex-marido, um trabalho não-remunerado, e de trabalhar de maneira remunerada. Por isso, deixava Carolina na casa dos avós, mesmo ela falando que não queria, fato que só hoje Fátima consegue compreender e que explica mais à frente. Fátima conta sobre uma situação em que o marido, ao chegar bêbado em casa, tentou pegar Carolina nos braços. A mãe, receosa de possíveis acidentes, tentou impedir. O marido raivoso a espancou até ela se encontrardesacordada. Carolina também se recorda desse dia: “Espancou, bateu tanto. Ele só parou quando o vizinho chegou, senão ele tinha matado minha mãe” (CAROLINA, entrevista em 20/05/2022). Carolina tinha 3 anos e seu irmão 6 anos naquela ocasião.

Atualmente, a filha conta encontrar o pai nos pontos de venda e uso de drogas ilícitas pelas ruas da cidade, e Fátima diz sentir que a filha foi engolida por essa bolha de destruição do pai.

Com 13 anos, Carolina saiu de casa para morar com um rapaz. Para ela, foi uma forma de fugir dos conflitos com o atual padrasto:

Foi para vazar de casa, a gente já tinha namorado 1 ano, ele era um vagabundo, fazia nada, só sabia trazer maconha e alguma coisa pra gente ir lá no bosque e ficar o dia inteiro, todo santo dia, eu não tava nem estudando mais, ele tinha 25 anos. Minha mãe denunciou para o conselho tutelar, que falou que não podia fazer nada porque eu já tinha 13.(CAROLINA, entrevista em 20/05/2022)

Carolina comenta que nunca gostou de fumar crack¹⁵ e nunca desejou experimentar. Com o rapaz com quem passou a viver junto ela fez uso de cocaína e crack pela primeira vez:

Comecei a vomitar e ele disse:

¹⁵ Adorno (2017) define o crack como a “cocaína dos pobres, um produto menos refinado e derivado da pasta base de cocaína e, como toda a droga, para além de ser classificada conforme seu componente químico, tem uma história e seu uso relacionado a essa história, com seu próprio status social e contexto” (p. 71)

- Vou buscar um negócio pra você sarar.
- Daí voltou, esticou o pé na janela, falou:
- Cheira aí.
- Pra que?
- Vai sarar, cheira aí

Depois ficamos a madrugada inteira cheirando. Não deu vomito, não deu nada. Aí acabou o pó só tinha crack em casa, e tinha de muito, 25g, um caroço. Nisso a gente embalou. Aí quando ele viu que eu tava embalada, ele me deixou. Eu fiquei na rua da amargura, fui direto pro crack, desci com força. Aí começou a vir os primeiros internamentos. (CAROLINA, entrevista em 20/05/2022).

O sofrimento psíquico existe e se expressa de diversas formas nas diferentes culturas. A sua apropriação e transformação em doença ou diagnóstico médico é um produto da medicina. Assim, o sofrimento psíquico quando enquadrado como doença não se apresenta como fenômeno natural ou orgânico em si mesmo, mas pode ser compreendido como um produto dos discursos médicos. O saber médico especializado determina critérios de normalidade e anormalidade que não são objetivos ou naturalmente dados, e podem ser considerados como **a principal forma de poder das sociedades modernas**. Uma forma de calar e tornar aceitável as vivências de Carolina é transformá-la em paciente de saúde mental, aquela que deve ser tratada.

A partir dos comportamentos indesejados, rejeitados socialmente, não enquadrados em algumas normas como de classe e gênero, as adolescentes habitam a internação, proposta como uma punição e uma educação de seus corpos. A seguir, acompanharemos o caminhar pelo hospital psiquiátrico, seu tédio e monotonia que mortificam os corpos que o habitam, anulando-os. Para além dos rótulos e do processo medicamentoso no tolhimento das subjetividades, as adolescentes nos contam da solidão ao permearem pelo espaço do hospital psiquiátrico. Essa solidão é traduzida como o tratamento, a forma de as adolescentes refletirem sobre seus comportamentos condenados socialmente. Além disso, suas existências passam a ser resumidas pelo sofrimento psíquico, não podendo seus corpos padecerem de outras formas.

QUARTO ATO

Cena 1. O território do hospital psiquiátrico e seus impactos no modo de existir das internas

Entramos no hospital psiquiátrico. É nesse lugar que o tédio e a monotonia unem esferas da vida como o dormir, o brincar, o trabalhar, o estudar, resumidas a um local com uma autoridade (GOFFMAN, 1961). **Vanessa** conta que sua experiência de internação se traduz neste tempo de tédio, de espera, visto que estava distanciada de sua rotina. Ela enxergou seu processo de internação como uma oportunidade de amadurecimento diante do vazio e da monotonia:

[...] quando eu fui internada eu comecei a perceber, quando você fica internada você tem mais tempo para perceber as coisas, mais tempo para pensar. É a mesma coisa de você estar sozinha porque você não tem nada o que fazer. Porque você não tem celular para mexer e você fica, tipo assim, pensando na vida (VANESSA, entrevista em 03/02/2021).

Ela continua:

[...] se você não fizer amigo lá você fica praticamente sozinha, porque é um lugar grande. Aí você anda, anda, também tem menina chata, tem menina não sei o que [...], você fica meio sozinha porque não tem absolutamente nada pra fazer. Pelos medicamentos você fica meio sonolenta, fica meio sei lá sem fazer nada, e tipo a pessoa que entra lá fica mais em depressão ainda (VANESSA, entrevista em 03/02/2021).

A passagem das horas é regrada e lenta, como uma tortura metódica. Ela andava e circulava monotonamente por aquele lugar “sem cor”. Uma repetição sem fim no vazio. Ela e as outras adolescentes ficavam a maior parte do tempo em um pátio, pois não podiam voltar para os quartos. Vanessa entendeu esse funcionamento prejudicial e adoecedor e tentou fazer amizades como uma estratégia para escapar dos sofrimentos gerados. Como em um jogo sádico, ela tenta sobreviver.

Carolina conta de algumas das muitas internações que vivenciou desde seus 15 anos. Ela descreve as internações da seguinte forma: “Cara, os internamentos é uma loucura, quantos loucos que eu vejo mais loucos que eu” (Carolina, entrevista em 20/05/2022). Ela também experiencia o tédio e o vazio, na lembrança de sua primeira internação: “Era frio, era julho que fui pra lá. Quem quisesse ficava jogado lá no salão, porque era a manhã toda que a gente ficava lá. Lá é o lugar que eu mais odiei”(CAROLINA, entrevista em

20/05/2022). Carolina passou a participar das atividades de artesanato para sobreviver aos 6 meses de internação.

Em outra internação, as experiências se repetem:

A gente ficava lá fora o dia inteiro até a hora que eles resolvessem abrir a porta. E se abrisse a porta a gente também não queria dormir, porque não vem sono, você fica sem nada pra fazer, sem ocupar a mente. Mas ali eu gosto de uma parte que é a TO, a terapia ocupacional, eles têm pouco rendimento, eles [a administração do hospital psiquiátrico] não deixam a M. [a terapeuta ocupacional] vir tanto tempo ali (CAROLINA, entrevista em 20/05/2022).

Carolina explica que a terapeuta ocupacional tinha que passar pelas alas masculinas primeiro, sobrando pouco ou nenhum tempo para que ela se dedicasse à ala feminina. Carolina também conta que o hospital não a contratava para mais dias de dedicação, para garantir sua intervenção com a ala feminina.

Foi ao construir vínculos com algumas profissionais, como enfermeiras e psicóloga em sua primeira internação que Carolina começou a compreender o funcionamento do Hospital Psiquiátrico e suas formas de sobreviver naquele mundo interno. Também foi graças ao primeiro vínculo com a Psicóloga que Carolina conseguiu contar sobre sua vivência de abuso sexual.

Quando **Débora** foi para a internação, as outras adolescentes internadas a cercaram para saber quem era, por que estava lá, como havia sido o isolamento. Mas ela relata que não se sentiu confortável, era um ambiente hostil, com brigas entre as adolescentes. Situações de desavenças e agressões físicas que, em algumas ocasiões, geraram contusões, cortes e ferimentos entre as adolescentes e, em uma das brigas, uma das internas foi submetida a suturação de um corte com 5 pontos na cabeça. Nesse contexto, ela descreve as brigas como fúteis, por exemplo, por calcinhas: “Acho que isso adoce a gente um pouco, sabe, perde o pouco da humanidade que tem” (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021).

Débora descreveu-se tímida, com dificuldade em conversar e fazer amizade. Ela não se sentia confortável em conversar com as pessoas lá, “mas eu me forçava a isso porque senão eu ia enlouquecer” (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021). Os profissionais falavam que ela ficaria bem, que ela era “uma exceção entre as meninas” (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021). Era uma fala que incomodava e que gerava uma sensação de comparação, porque aqueles profissionais se expressavam perto das outras adolescentes. Para Débora,

aquelas situações pioravam sua timidez e sua reclusão, o que acabava isolando-a das outras meninas. Mesmo assim, ela relata que fez algumas amizades por sentir necessidade.

Débora pensava que o tempo não passaria rápido no manicômio:

[...] toda hora a gente ficava falando uma pra outra, ‘vai ver que horas são’, ‘vai ver se já é duas e meia’, ainda era uma e cinquenta, isso torturava, sabe!? Mas a gente não tem o que fazer, eu não tinha o que fazer, tinha que esperar, o tempo passar, os dias passarem (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021).

Em toda sua internação ela não teve visitas devido a pandemia, o que para ela pode ter sido uma experiência pior do que teria em uma internação em tempos não-pandêmicos. O ambiente é descrito como hostil, ela sempre estava com medo de que algo ruim acontecesse lá dentro e ela só queria ter alguém de referência, que ela conhecesse, que ela pudesse confiar, abraçar e conversar. Elas ficavam sonhando, esperando, desejando que as visitas voltassem a acontecer: “é o que todo mundo lá dentro quer. Eu acho que pra quem se internou durante a pandemia, foi uma coisa bem horrível, bem pior eu acho do que seria uma internação regular” (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021).

Vanessa escapou do isolamento total. Em sua internação psiquiátrica, antes da pandemia da COVID-19, as visitas ocorriam e representavam para ela um vislumbre do rompimento da mortificação. Ela as descreve como a sensação de estar em um restaurante, em um momento legal. Quando as visitas terminavam, de acordo com sua percepção, era como experienciar a sensação de voltar para um cemitério, ou seja, para aquela morte em vida. Ela sentia-se viva nas visitas e numa morte quando acabavam.

A medicina nos afirma que existe somente um padrão aceitável de existência, autorizando o controle social por meio de supostas soluções médicas e ignorando um olhar crítico ao contexto social. O enquadramento de um sofrimento volta-se para um caráter individual, sem uma análise das condições sociais, das desigualdades estruturadas socialmente, da realidade econômica, entre outros aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos. O sofrimento também deve ser expresso de uma forma socialmente aceita, posto que algumas formas de sofrimento podem tornar-se estigmas e afetar as formas como o sujeito e sociedades lidam com elas (CONRAD, BARKER, 2011). A mortificação do eu nesse processo de internação psiquiátrica torna-se, então, justificado e o tédio é a eliminação de qualquer expressão de existência.

Débora, no início de sua internação, apresentou dores decorrentes do nascimento de um dente do ciso:

Aquilo tava doendo demais, eu chorava de soluçar, e eu pedia, implorava pra alguém olhar minha boca pra ver o que tava acontecendo, e ninguém olhou. O médico tava sentado numa mesinha ali fora e eu falei: ‘doutor, minha boca tá doendo muito, você pode dar uma olhada?’. Ele foi chamar o enfermeiro, o enfermeiro falou ‘o que tá acontecendo?’ ‘minha gengiva tá doendo’. Daí ele falou assim: ‘beleza, vou te agendar para o dentista’. E fiquei esperando, e tô esperando até hoje o agendamento com o dentista. Depois me deram um remédio pra dor de garganta [...] só mandaram eu beber e deixaram pra lá, sabe!? (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021).

Adequar os sintomas inclui delimitar-se como paciente exclusivamente da saúde mental. A partir desse rótulo e do habitar o manicômio, Débora não pode apresentar qualquer sofrimento ou queixa relacionada ao seu estado físico. Os outros acontecimentos, sensações e adoecimentos do corpo não são olhados, examinados e compreendidos pela medicina manicomial, que restringe o corpo do louco exclusivamente aos sintomas de sua loucura.

Na experiência profissional de partilha de histórias, não são raros os momentos de encontros nos quais me deparei com garotas, abusadas ou assediadas sexualmente, que expressaram o sofrimento decorrente de formas diversas, com as ferramentas que elas possuíam. Essas experiências também não reduziam a continuidade do enfrentamento de outras vivências. Elas eram rotuladas como portadoras de algum transtorno mental e passavam por internação psiquiátrica para controlar os supostos sintomas e sofrimentos que eram derivados, evidentemente, de situações e vivências de violência.

Durante sua internação Débora tinha consulta com a psiquiatra uma vez na semana. Segundo ela, aquela conversa não durava dois minutos. A psiquiatra reunia as adolescentes por grupos no refeitório e se sentava longe das meninas, sinalizando não querer que ninguém chegasse perto. Débora percebeu que a psiquiatra estava “neurótica” (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021) por conta da pandemia. A psiquiatra é descrita como extremamente brava e seus elogios, quando havia, impressionavam as adolescentes. A psiquiatra chamava pelos nomes individualmente e fazia perguntas como “está tudo bem?” “está dormindo bem?” “tem algo para falar?” (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021). Com as respostas curtas das adolescentes, ela carimbava e fechava as pastas dos prontuários. Débora conclui que, no final das contas, não se tratava de um grupo terapêutico. Ela pensa que a psiquiatra poderia se aprofundar nas vivências das adolescentes, já que tratavam a internação psiquiátrica como um tratamento. Porém, a profissional mantinha o grupo na superfície, afinal, por parte das adolescentes, ninguém admitiria que estaria mal para não ter que prolongar a internação. Frente às regras acontece uma adaptação.

Em uma das internações, Carolina percebeu a figura de poder representada pelo psiquiatra: “Pro doutor todo mundo abaixa a cabeça, porque o doutor dá alta” (CAROLINA, entrevista em 23/06/2022). Não se pode solicitar a alta ou ao menos perguntar a respeito dela:

Na segunda semana eu já tava bem. Se você tá falando de ir embora é porque você quer usar droga. Então lá você não pode tocar no assunto de ir embora. Falou de ir embora, que tá com saudade da família:

- Não, quando você tava lá fora, você não tinha saudade da família, porque agora você tá com saudade da família? Você quer usar droga, vai ficar mais. E eles prolongam se ficar falando da família ou de ir embora. Mas sempre fui assim, fiquei quieta, não to com saudade de ninguém, remédio tá bom. Dessa última vez, estava há 30 dias, falei pra ele:

- Quero minha alta, já to 30 dias aqui.

Aí ele falou:

- Vou conversar com a maioria.

A enfermeira-chefe, a assistente social e a psicóloga, e as duas já tinham me dado tchau. Aí ele pegou e não me deu alta e escreveu no prontuário ‘ansiosa para alta’, no último dia só que fui falar de alta pra ele e ele escreveu isso. Aí depois ele conversou com elas e me deu alta, ele não ia dar alta (CAROLINA, entrevista em 23/06/2022).

A figura do psiquiatra representa bem a indissociabilidade entre a produção de saber e a relação de poder estabelecida como um aparato de imposição e validação de uma verdade. O psiquiatradito a norma, esclarece que quem habita o manicômio está doente e deve estar ali, além de passar a ter sua voz desvalidada exatamente por uma suposta condição de adoecimento (GOFFMAN, 1961). Ele decide quem entra e quem sai, quem merece a alta ou quem está ocultando um suposto desejo que não pode ser emitido a ele. Trata-se de uma figura de autoridade que apresenta uma interpretação validada dos motivos de o sujeito estar internado. Como Foucault (2006) explora:

tem-se uma hierarquia constituída por guardas, enfermeiros, vigilantes, médicos, que fazem relatórios uns para os outros segundo a via hierárquica, que culmina no médico-chefe, único responsável pelo asilo, pois o poder administrativo e o poder médico não devem ser dissociados. [...] E é para essa espécie de saber-poder unitário e absoluto constituído pelo médico-chefe que todas essas intermediações de vigilância devem finalmente convergir (p. 129).

Estar sob essa figura se traduz em ter a sua narrativa a todo momento contestada, duvidada. Tais narrativas passam a se alinhar àquilo que o psiquiatra exige ouvir das internas.

Carolina e qualquer outra pessoa não podiam desejar ou demonstrar qualquer sentimento frente à possibilidade da alta. Ela se recorda de outra mulher que estava internada há 4 meses e não tinha a informação de quando sairia. Carolina ainda complementa sua percepção a respeito da figura médica nos manicômios: “Os médicos ganham muito pela

cabeça, por quantos estão ali. Quanto mais gente é melhor pra ele, e ele vai lá uma vez na semana, se está chovendo ele nem vai. Ele escolhe o dia de ele ir trabalhar” (CAROLINA, entrevista em 23/06/2022).

Na relação com outros/as profissionais do hospital psiquiátrico, Carolina percebia o tom de deboche frente as suas reinternações e a complicações referentes ao seu processo de desintoxicação:

Depois de 2 mês internei lá de novo:

- Ah, nós sabia que você ia voltar. E você vai embora e vai voltar de novo.

Falavam isso:

- Não dou uma semana pra você voltar.

Porque tinha menina que saia depois de 1 mês e dava uma semana, 3 dias, tava lá de novo. Ficavam gorando o mês inteiro. Qualquer coisa que eu falava de recuperação, que eu ia vencer, elas me botavam lá embaixo. E como eu tinha esses problemas com o uso de drogas, eu adquiri problema na mandíbula e nos olhos, queimou uma parte do meu cérebro que comanda o maxilar. Eu to controlada por remédios, porque tem dia que eu acordo, não consigo abrir os olhos. E na segunda vez que fiquei lá fiquei muito debilitada, não conseguia comer, tinha que bater. Teve um dia que a comida não veio batida e eu não conseguia mastigar. Eu falei pra enfermeira:

- To comendo comida batida.

E ela:

- Não, veio isso aí hoje, tem nada de diferente hoje.

Mas eu não conseguia engolir [...] Meponhavam pra baixo todo dia, falavam pra eu fechar a boca, que eu ficava com a boca aberta babando, meus olhos ficavam piscando, e eu tinha uma tremedeira e elas ficavam me ponhando pra baixo. Elas falavam que era por causa da droga e que eu ia me drogar mais e que ia comer por sonda, elas debochavam mesmo (CAROLINA, entrevista em 23/06/2022).

As técnicas se utilizam de uma estratégia explorada por Goffman (1961) de contenção das queixas e reclamações dos pacientes ao ressaltar que “as afirmações que faz a seu respeito e com as quais racionaliza seus pedidos são falsas, que não é a pessoa que afirma ser, e que na realidade, como pessoa, é um fracasso” (p. 131).

Deborah Lupton (1997), estudiosa das obras de Foucault, apresenta criticamente a tese do controle social, na qual medicalizar é um ato de despolitizar as dimensões sociais do adoecimento e da saúde, colocando os pacientes em posição de vulnerabilidade, sem oportunidade de questionar as decisões médicas. Lupton apresenta como consequência desse processo a relação inversamente proporcional entre a medicalização e a liberdade individual, ou seja, quanto maior a medicalização do indivíduo ou sociedade, maior o controle social e menor sua expressão de liberdade. Tal assimetria entre médico e leigo é insuficiente, pois consideraria os sujeitos como alvos passivos da indústria farmacêutica e das estratégias de mercado. Para Lupton, essa assimetria desconsidera que o uso dos conhecimentos médicos

não serve só aos seus interesses. A nomeação médica não só teria uma função assimétrica de apassivar os sujeitos classificados e o consumo acrítico de fármacos, mas também organizaria os males e perturbações dando supostamente coerência aos sintomas. A pesquisadora traz à tona o papel ativo dos indivíduos no processo de medicalização e frente ao sofrimento vivenciado por eles. Quais os significados do sofrimento para a pessoa, quais os sentidos atribuídos a ele? Quais pontos de reorganização e resistência frente ao sofrimento?

Apesar de objetos de poder, os indivíduos também recusam, resistem e se opõem a submissão a algumas classificações identitárias impostas pelo poder médico (FOUCAULT, 1995). Em um jogo de oposição, alguns indivíduos se colocam no direito a construção de uma identidade que não seja administrada pela ciência médica, de um conhecimento sobre os corpos, sobre a vida e a morte não guiados tão somente pela medicina e distanciados ou desapropriados pelo saber-poder. Esse movimento de apropriação por parte dos indivíduos das classificações médicas e seu assujeitamento e subjugação pela medicalização diz respeito às relações de poder e é nesse movimento que se reinventam os processos medicalizantes como forma de aumentar o controle dos corpos e populações e de expandir o assujeitamento por meio da construção de uma ideia de protagonismo dos sujeitos.

Iniciaremos agora uma caminhada pelo hospital psiquiátrico, pelos seus corredores estéreis e pelas suas regras vazias.

Cena 2. Visita ao hospital: manicômio, seu cheiro, seu piso limpo e suas regras sem sentido

Sonhei por duas noites seguidas com o hospital psiquiátrico. No primeiro sonho ele era gigante, com teto alto, portas opressoras, com duas igrejas dentro. Havia o ruído das pessoas que zanzavam para lá e para cá. Os profissionais eu sabia quem eram: tinham passos apressados, secos e sem tempo. Usavam seus jalecos brancos e rostos apagados. Cochichavam como em uma igreja cheia de cupins. Eu abria as portas, tentava explorá-lo, escancará-lo, descobrir as partes corroídas. Dentre tantas passagens, chego a um pátio florido, onde crianças tentavam brincar, havia uma fonte, espaços gramados e a sombra de árvores; do lado de fora tudo era mais colorido e ensolarado. Assustei-me ao pensar que aquelas crianças estavam internadas. Para mim aquilo não era possível. Do lado de dentro, chego a um quarto antigo onde homens se encolhiam em seus corpos e dormiam, dopados, enquanto computadores os esperavam, com as telas brancas piscando; tudo era cinza e com poucas frestas de luz. As camas eram altas, de ferro cinza e de grades nas cabeceiras. Os homens usavam roupões brancos de tecidos finos. Havia um cheiro frio de morte; eles não se mexiam, mantinham-se estagnados em posição fetal. Eu me perdia, com tantas portas que me engoliam. Um dia isso ainda há de desmoronar. O segundo sonho, esqueci. Se um dia eu recordar, vomitarei a vocês.

(Mariana – Diário da pesquisadora)

Ocupando o cargo de coordenadora de Saúde Mental, fui convidada a conhecer os espaços do hospital psiquiátrico da cidade onde atuo. Recordo-me que, em tese, uma de minhas funções seria de fiscalizar o funcionamento da instituição. Recordo da profissional que me acompanhou na visita. Primeiramente, recepção larga, muitas cadeiras, televisão sempre ligada. O som dos programas se confundia com as vozes das pessoas que esperavam. Eu não sabia quem esperava para entrar e quem esperava receber seu familiar egresso. Eles apenas esperavam. Chãos e paredes extremamente limpos, funcionárias da limpeza a todo momento circulando, higienizando. Lembro-me das portas. Muitas portas. Um molho de infinitas chaves. As pessoas do hospital se gabavam porque agora as portas eram de vidro esfumado. Havia uma modernização. Para mim, a sensação de aguardar a porta da ala das mulheres ser aberta enquanto enxergava suas sombras pelo vidro nos aguardando me angustiou. Quando as portas se abriram, a maioria das pessoas internadas queriam ver quem entrava, tocar, conversar, contar que precisava sair, para revisar sua necessidade de internação. Outras, perdiam-se em si, andando sem uma direção, deitadas próximas a sala da enfermagem. Em minha memória, os corredores eram longos, com mais portas, luzes ligadas, paredes limpas. Gritos e outros sons ecoavam. O eco era a única resposta às solidões. Os

quartos, todos iguais, com espaços restritos ou inexistentes para que as pessoas guardassem seus objetos pessoais. Tudo era impessoal, limpo, asséptico. No corredor para o espaço de banho, mulheres estavam enfileiradas, vigiadas por uma profissional, todas nuas, tentando tampar o sexo e os seios. Tudo é impessoal, limpo e massificado, desnudo. Dentre elas reconheci uma senhora que acompanhei antes de a família interná-la. Seu rosto, de marcas de uma história, inexpressivo, seus olhos azuis perdidos. Eu a vi, mas ela não me viu. Todas se tornam impessoais, limpas e esvaziadas de vida.

Nos fundos, depois de mais portas, no pátio havia uma espécie de Academia da Terceira Idade instalada. Algumas mulheres descascavam alho e cebola em uma longa mesa. Elas estavam “promovidas” a ajudantes em algumas tarefas. Na lateral do pátio, algumas meninas andavam, perdidas, permeavam as paredes e muros altos. O espaço para enxergar o céu, o lado de fora, era pequeno. Havia uma piscina, uma sala com televisão. Essas eram possíveis recreações.

Acessando a ala masculina, passamos pela lavanderia. Os profissionais/donos do hospital vangloriavam-se por uma lavanderia tão moderna, com máquinas gigantes, que lavavam, desinfetavam e secavam. As roupas eram de todos e de ninguém, os internos tinham pouca oportunidade de usarem suas próprias roupas. Mas o hospital garantia eliminar qualquer vida daquelas vestes coletivas.

No entremeio das alas havia uma sala pequena com artigos de artesanato expostos. Todos eram praticamente iguais, alguns se destacavam. A sala era próxima ao pátio de visitas, assim os familiares poderiam comprar algum artesanato feito pelos internos. Pergunto se o dinheiro era repassado para as autoras e autores, mas a profissional me diz que era usado para comprar os próprios materiais de artesanato. Ou seja, desapropriavam o trabalho feito pelas internas, elas não tinham nenhum retorno sobre o que faziam.

A ala masculina era uma repetição entediante da ala feminina. Os homens estavam no pátio, perdidos, sentados, deitados, ao redor de nós. Alguns estavam em uma espécie de copa, bordando tapetes ou assistindo televisão. Outros olhavam pela janela gradeada que tem a vista para a entrada da cidade. Na ala masculina encontrei um jovem que acompanhei antes de sua última tentativa de suicídio, que resultou em sua internação. Reconhecemo-nos e tentei conversar com ele, mas sua fala estava lenta e sua voz baixa. Passamos pela cozinha também com equipamentos modernos e grandes enquanto as profissionais me explicavam os horários dos alimentos e a programação dos cardápios. Visitamos, por fim, a quadra esportiva, com acesso por um corredor escuro e opressivo e a lavanderia antiga, que segundo as profissionais,

é o lugar da instituição com a melhor vista do nascer e pôr-do-sol da cidade. Esse lugar não era acessado pelos internos.

O hospital já foi várias vezes descrito para mim, tanto por profissionais da saúde, profissionais do ensino superior e usuários, como um SPA, onde todos desejavam passar um tempo para descansar do esgotamento da vida cotidiana. A modernização e higienização do hospital eram um atrativo: “você viu que limpo o hospital, que bonito” me disse uma profissional de uma Regional de Saúde. Esse algo bonito, limpo, corresponde ao senso comum da ideia de hospital “humanizado”; “dizem que lá tem até piscina”, “lá há muitas atividades para fazer”, “o pessoal lá é muito bem cuidado”. Um lugar asséptico, morto, com alta tecnologia diz-nos das novas estratégias de controle correspondentes à biomedicalização, que vende uma ideia de que a violência pode ter uma roupagem desejável.

No hospital psiquiátrico inúmeras regras eram determinadas na internação: “Ah, eu não entendi muito no começo, porque tipo assim lá você tem hora pra levantar, tem hora pra comer” (VANESSA, entrevista em 22/12/2020). **Vanessa** relata que se brigassem era anotado na pasta de cada menina e isso poderia aumentar o tempo de internação.

Bem diferente de sua rotina fora da internação, ela conta que achava estranhas as regras sobre alimentar-se e horários de dormir e acordar, mas que foi se acostumando; “A gente se acostuma a coisas demais, para não sofrer. Em doses pequenas, tentando não perceber, vai afastando uma dor aqui, um ressentimento ali, uma revolta acolá” (COLASANT, 1972).

Outro ponto descrito por Vanessa é a repetição do cardápio semanal no espaço hospitalar, o que causava enjoo da mesma e repetida comida. **Carolina** fala sobre os alimentos com os quais passou a internação:

A comida, não vou falar que era das melhores, mas me alimentou. O arroz era duro, o feijão era queimado, não tinha carne quase todo dia, não tinha variação de comida [...] O café da manhã era chá, eu odiava chá, tive que aprender a tomar chá lá, porque se não tomava chá não tinha nada pra molhar o pão, porque o pão era seco também, depois do café da manhã a gente saía pra fora” (CAROLINA, entrevista em 20/05/2022).

Ao ouvir Carolina, me recordo documentário *Em nome da razão* (Helvécio Ratton, 1979), que retrata a vida de Sueli, um interna do manicômio de Barbacena no ano de 1979 e que canta sua música com os seguintes dizeres: “Lá vem a boia do pessoal: arroz cru e feijão sem sal. E mais atrás vem o macarrão, parece cola de colar balão. E mais atrás vem a sobremesa: banana podre em cima da mesa.”

Segundo Vanessa, a única regra que conseguiam burlar era redistribuir guloseimas, alimentos e outras comidas entre as adolescentes. Era uma forma de uma ajudar a outra compartilhando seus alimentos. Durante as visitas, a mãe e o avô de Vanessa traziam uma diversidade de guloseimas para ela comer. As visitas representavam a possibilidade de comer algo diferente, mas ela sabia que o tempo dos encontros passava muito depressa, por isso ela comia tudo o que podia depressa, algumas vezes sem fome, de forma voraz. Comia o máximo possível porque sabia que demoraria para experimentar aquilo que gostava novamente, como os doces e as coxinhas. Ela sabia também que não poderia levar nada para comer depois, então aproveitava aquele momento. A visita durava apenas uma hora e meia, pouco tempo para uma vida. Vanessa também conta que foram três meses e oito dias bebendo suco de maracujá – conta isso rindo – o que a enjoava. Porém, quando saiu sentiu saudade de tomar aquele suco de todos os dias. O quanto a gente apenas se acostuma, se adapta ao pouco que é ofertado.

Para **Débora**, a imposição de regras iniciou-se com um isolamento de dezesseis dias no início da internação. Ela não tinha conhecimento sobre o que se passava em seu isolamento e tinha pouco tempo para ficar em uma área aberta. Essa partilha despertou em mim uma imagem de sufocamento. Era uma solitária, um espaço de punição especial de rompimento de qualquer contato de Débora com o mundo.

Antes, para descrever a sala do hospital psiquiátrico, Débora me pergunta se eu trabalhava lá, o que eu respondo negativamente de maneira enfática. Imaginá-la pensando que eu pudesse trabalhar naquela instituição gerou uma sensação de ansia e nervosismo, pois eu não desejava ser vista como parte daquilo que ela vivenciou. Aproveitei para explicar o meu posicionamento profissional e pessoal a respeito das internações psiquiátricas e frente à própria existência dos hospitais psiquiátricos.

Em seu primeiro dia de internação psiquiátrica, Débora ficou sozinha em um cubículo com uma porta de vidro e uma janela de vidro com outra sala de isolamento ao lado. No dia seguinte tomou os medicamentos psicofarmacológicos prescritos e sentiu-se muito dopada, ficou com medo: “eu fiquei muito assim, grógui (sic), eu fiquei ‘cara, o que está acontecendo, vai ser assim pro resto da internação?’ mas na verdade era só porque eu estava com remédio no corpo, né!? [referente à tentativa de suicídio que precedeu a internação psiquiátrica]” (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021).

Depois foi levada para outra sala de isolamento separada por uma porta de madeira dos quartos. Débora descreve então que a porta só servia para acesso a comida e remédios.

Outra solitária. Os profissionais entravam com roupas de proteção. Naquela sala havia uma televisão, mas os dias pareciam eternos e muito longos para ela. A parede desse quarto separava-a do pátio, então as meninas que estavam no pátio gritavam, elas ouviam, respondiam e assim elas tentavam conversar. Ela resistia à solidão e ao medo. Ela tinha que se deitar às 18h, ficava rolando na cama e não conseguia dormir. Um funcionário havia dado um caderno para ela desenhar e foi a única oportunidade de distração que ela teve naquele momento da internação. Depois pararam de lhe entregar o lápis porque “falaram que eu podia me machucar com aquilo, que eles não iam ficar responsáveis” (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021). Quando saiu do isolamento nem acreditava.

Débora me conta de uma rotina semelhante à de Vanessa, em que as adolescentes eram acordadas às 7 horas da manhã, tinham que escovar os dentes e arrumar as camas. Em seguida a psicóloga passava para checar se tudo estava arrumado para só então liberá-las para o café. Depois ficavam no pátio com as adultas, porém, com a pandemia, as adolescentes foram realocadas para uma sala chamada “espaço” onde havia colchonetes e cadeiras e elas passavam o dia assistindo a filmes. Ela descreve essa rotina da seguinte forma: “Era horrível, uma tortura todos os dias você ficar das 7h30 até às 10h30 naquele lugar todos os dias”; elas eram obrigadas a ficar naquele espaço “não podia sair, só podia sair pra tomar água” (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021).

Carolina também compartilha a respeito da rotina, tendo passado sua maior internação no mesmo manicômio que Vanessa e Débora estiveram:

A gente acordava 6 horas da manhã pra escovar o dente, arrumar a cama, ir pra fora. A gente entrava só pra comer. Lá era um espaço bem grande, tinha piscina, salão de beleza, academia, mas nunca foram das melhores. A piscina era fechada, você ficava com oito meninas lá dentro, o que você vai brincar com oito meninas na piscina? E tinha que ir, era prioridade ir. A academia, tinha aquelas máquinas pra emagrecer, **mas quem quer emagrecer num internamento? Você só quer dormir e comer. Quando você fica internado, não tem propósito de fazer outra coisa lá dentro** porque tinha muita gente, tinha salão grandão fechado, tinha corredor no sol [...] Tinha muita senhora de idade, ex-alcoólatra, com deficiência, outras esquecidas. A gente ficava com essas idosas loucas. Tinha que ficar no salão aguentando o converseiro, brigando uma com a outra e nós éramos em sessenta e poucas adolescentes, nós não tinha o que fazer. Tinha no salão um palco, que as igrejas iam lá fazer culto pra gente. Nesse palco ficava umas vinte meninas deitadas no chão, porque não podia entrar pra dentro, a porta era fechada. Lá é o lugar que eu mais odiei. Aprendi a conviver, fui fazendo macramê, vagonite, tapete, fui fazendo os artesanatos, porque sempre gostei de artesanato, é uma coisa que eu fiz pra passar o tempo mesmo, porque passar 6 meses só deitada naquele palco todo dia. (CAROLINA, entrevista em 20/05/2022, destaque da pesquisadora).

O almoço era servido às 10h30. Eles tentavam fazer elas participarem de uma atividade de comissão que se traduzia em colocar algumas pessoas para fazerem alguns trabalhos rotineiros da instituição como servir café. Débora não acha que isso funcionava, pois tinham pouca atividade, mesmo tendo academia, quadra e piscina no local, elas podiam usar somente em um dia na semana, “então o resto da semana a gente fazia literalmente nada” (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021). O restante dos dias elas passavam no pátio, esperava o tempo passar e ficava feliz quando finalmente chegava 16h30. Havia as atividades de tapete e bordado, nas quais ela gostava de participar; fez vários artesanatos manuais, porém descreve como entediante e monótono só se dedicar a isso. Chegou a fazer dois tapetes e tinha desejo de trazer para a mãe após a internação, mas não os achou; uma produção desapropriada.

A noite deixavam a televisão ligada tocando música, todas iam para o corredor para conversar e ela preferia ficar no quarto deitada, aquilo era apavorante para ela. Débora não conseguia se distrair, ficava muito sozinha, pensando, desejando sair, planejando o que faria quando saísse, pensando o motivo de ela estar ali: “eu não entendia muito bem, sabe!?” (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021).

Débora achava muito estranho comer às 10h30 e jantar às 18h. Não sabe por que eles não mudavam esses horários. Achava estranho

ser obrigada a cumprir o que eles falam sempre, tipo, a gente meio que não tem uma liberdade para se expressar com eles. Por mais que eles falam que eles estão sempre ouvidos e que a gente pode falar qualquer coisa, a gente pode até falar, só que não vai mudar nada (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021).

As meninas tentavam burlar algumas regras como tomar banho. Uma cuidadora pegou uma menina que tentou burlar essa regra pelo braço e a fez tomar banho. Porém, “acho que ninguém tenta [burlar as regras], porque tem medo de ficar mais, sabe. Tem muito essa lenda assim: ‘se você fizer qualquer coisa, você vai ficar mais’” (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021). A internação se baseia no comportamento de obediência. “Uma menina que fez um corte na cabeça da outra, ela saiu com cinco meses e meio, era pra ela ficar seis, então a regra é meio falha” (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021). O relato de Débora parece apontar que no âmbito hospitalar, o denominado tratamento psiquiátrico, está também relacionado a práticas punitivas.

Carolina também compreende a obediência como uma estratégia para encurtamento da internação. Ela conta:

Todos meus internamentos eu fui comunicativa, eu saía da cama, eu ia fazer as coisas nos horários certos, comia, tomava remédio, acho até que saí mais cedo por causa da minha comunicação. Todo mundo saiu com 4 meses, eu saí com 2 meses e 52 dias [referente à última internação]. Eu achei que eu tava tendo um bom comportamento. [...] Eu briguei 5, 3, 4 vezes, eu tive um bom comportamento, era boa com as enfermeira, eu ajudava elas. Quando a zeladora ia lá, eu comecei a ajudar a zeladora também. Aí eles proibiu, porque uma pessoa saiu lá fora e falou que isso era trabalhar de graça lá dentro. (CAROLINA, entrevista em 20/05/2022).

Débora percebe que não tinham espaço para se expressarem, então as meninas se expressavam batendo umas nas outras ou xingando a coordenadora. Ela comenta que a internação “não é um lugar feito para você se expressar, é um lugar pra te prender” (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021). Achava estranho as meninas brigarem, machucarem umas às outras e, no final do dia, estarem bem. Em um ambiente estressor, pobre, fechado, estranho com uma rotina que não lhes pertencia, o atacar umas às outras era o recurso possível. Naquele momento me recordei e compartilhei com ela sobre o leão que vivia no parque da cidade onde resido. Ele ficava exposto para a multidão em uma jaula pequena. O leão, um ser que simboliza força, ficava andando em círculos. Diante daquela situação estressora e pobre em estímulos ele acabou comendo o próprio rabo. Elas também pareciam estar a ponto de se atacarem por se verem presas em um lugar tão vazio de sentidos.

A ferramenta de controle dos manicômios frente às brigas são duas possíveis, segundo Carolina, ou contenção física ou contenção química. Sobre a contenção química, ela comenta:

Eles dão injeção lá sabe, qualquer coisinha injeção. Geralmente uma briga, não quer tomar um remédio, está confusa. As confusas, ao invés de relevar assim, eles fala:

- Não, vai tomar injeção, não quer tomar remédio, é injeção.

Aí chama homem pra pegar as mulheres, vem aqueles baitas daqueles homens pra segurar a mulher pra tomar injeção. E é um em cada lado da bunda, acho que é Haldol e Fenegan, que são os piores. Eu tomei quando eu briguei, 2 brigas minhas eu tomei, três dias seguidos. [...] Se você brigasse de manhã, você não ia tomar 3 dias, você só ia tomar um dia [risos]. Se você brigasse no período da tarde, ia tomar injeção três dias seguidos. As duas vezes que briguei foi no período da tarde, tão esperta que eu sou. Duas injeção de manhã cedo, duas a noite [ela repete, significando os 3 dias]. Doía minha bunda, tá inchada, fica encaroçada a bunda. Mas Haldol e Fenegan eu passo um *light*, mas acorda moída, hein?! É o dia inteiro dopada, chapada. A primeira vez que eu tomei, a enfermeira que tava dando a injeção deixava eu ficar sem. (CAROLINA, entrevista em 20/05/2022).

Sobre a contenção física, Carolina compartilha:

Qualquer coisinha que você fizer de errado eles amarram. As duas mãos dos lados da cama e os dois pés na cama. Em [cidade de sua última internação]

tinha a poltrona: um sofazinho com dois buracos que já era ponto para amarrar os braços. Lá fiquei amarrada também só porque eu respondi a tia um dia aí ela me deixou amarrada a manhã toda na poltrona. Nos outros lugares eu nunca fiz coisa errada pra ser amarrada. Aqui em [hospital psiquiátrico de sua cidade] eu já tentei fugir. O dia que eu tentei pular o muro, os homem viu e começou a gritar:

- Pula, pula.

Eu descí na hora, a tia estava atrás de uma barraca daquelas de covid, chamou:

- Carolina, fulana.

Aí fiquei amarrada, eu e ela, um do lado da outra, o dia inteirinho, almoço e janta na boca, eles fazem paposa ainda. Aí eu fiquei com vontade de fazer xixi, comecei a gritar, aí ela veio e falou assim:

- Eu joguei lá pra tia, ela falou que é pra você mijar aí, se você quiser.

Falei:

- Sou bicho agora pra mijar na poltrona, pra ficar mijando nas calças?

Fiquei o dia inteiro lá com vontade de mijar, mas não fui no banheiro. Tem uns que fica dias.(CAROLINA, entrevista em 20/05/2022).

Segundo ela, os profissionais dos hospitais usam a contenção física para dar lição de moral. Ela conta a respeito de uma senhora idosa que desmaiava e que eles supunham que ela fingia. Ela ficou trancada em uma sala isolada, ficando amarrada durante a noite. A poltrona apresentada por Carolina se apresenta como um instrumento ortopédico, de correção e adestramento do corpo desobediente (FOUCAULT, 2006).

As regras fazem parte essencial dos manicômios, sendo impostas dentro de uma hierarquia. As atividades são encadeadas, massificadas, todas fazem o mesmo no mesmo momento, supervisionadas, vigiadas sob a ameaça de cometerem algum tipo de infração. Seus destinos e tratamentos são desconhecidos, o que atribui à equipe certo controle em relação às internas. São dois mundos de certa forma coexistindo no manicômio, o mundo da pessoa internada, com sua história e vivências, e o mundo da equipe que organiza e atua no manicômio, com suas práticas e concepções a respeito de saúde e doença (GOFFMAN, 1961). O corpo interdito torna-se de posse daqueles que internam, sendo objetos de experimento do que se pode fazer com as subjetividades.

Débora participava da atividade de desenho duas vezes na semana, na qual adorava e passava a tarde inteira desenhando. Para ela era a melhor experiência no período da internação. Ela perguntou para a pessoa que coordenava se elas poderiam trabalhar mais vezes com tinta guache, porém outras meninas começaram a passar tinta guache no rosto ou derrubar no chão, o que a responsável usou como justificativa para restringir as atividades. O despejo de regras vazias e sem sentido, a imposição do tédio desumanizava aos poucos as adolescentes, que buscavam ou resistir pelas finas ranhuras ou se adaptar, tolerando a vivência do abandono.

Débora, assim como Carolina, tentou durante sua internação expressar suas potencialidades. Mesmo com o sofrimento de estar distante da família em um ambiente inseguro, com pessoas desconhecidas, ela se permitiu dar respostas ao sofrimento e não se anulou. Débora se reorganizou por ela mesma, numa estratégia de sobrevivência e de cuidado frente àquela vivência. Ela teve que dar conta daqueles três meses sem “surtar”. Ela nunca pensou nesse ponto, de que ela não fez aquilo com uma intencionalidade, mas que serviu para se proteger. Ela não se vê da forma como a descrevi, com habilidades e potencialidades. É bom quando podemos trocar olhares pelo olhar de cuidado de outra pessoa. Não pude deixar de reparar e de comentar sobre os delineados dos olhos da Débora, partilhando que eu nunca conseguiria fazer daquela forma frente aos meus limites motores, e que traduzem as potencialidades dela. Quando ela se propôs a maquiagem as outras meninas durante a internação, mesmo sendo desencorajada pelos funcionários, percebemos o quanto perdemos a oportunidade de olhar para essas potencialidades e valorizá-las.

Ela continua:

[...] durante o tempo que eu fiquei lá eu tava assim bem, longe das coisas que eu gostava e isso me deixou um pouco pra baixo, sabe. Mas com os recursos que eu tinha eu consegui ainda assim fazer alguma coisa. Então ficar longe do que você ama te adoce muito (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021).

Sinto esse comentário como uma percepção nova que ela construiu sobre si a partir do caminhar de nossa conversa, isso me deixou feliz, também me transformou.

Durante o período de internação, quando machucou a mão, Vanessa foi levada ao Pronto Atendimento Municipal (PAM) e foi a possibilidade de sair um pouco do hospital e circular pela cidade. Descreve como uma sensação diferente, o desejo de obedecer às regras da internação psiquiátrica para poder receber, posteriormente, a alta:

[...] primeira vez que eu fiquei sozinha com a mulher lá a porta tava aberta, mas eu sabia que teria consequência pra mim depois [se fugisse]. Eu ficava só vendo, a porta tava aberta, sabe aquela coisa que você vai embora, eu pensava ‘você ainda vai sair por essa porta um dia’. Até que andei lá fora e no começo foi difícil, quando eu fui no PAM, eu podia andar sozinha normal, eu já me senti diferente, mais melhor (sic) (VANESSA, entrevista em 22/12/2020).

A porta aberta, as pernas que andam sozinhas, o corpo que se conduz, o olhar para fora, a liberdade, mesmo que em um mundo caduco, tem várias notas.

Vanessa relata que o hospital oferecia passeios para as adolescentes internadas. Os passeios eram realizados em uma van e as adolescentes só podiam participar após um mês de internação. A ideia do passeio era colocar as adolescentes dentro da van do hospital e dar

voltas pela cidade, sem parar em nenhum ponto ou lugar, sem que ninguém pudesse descer. Ela preferia que não tivesse o passeio, porque via as pessoas e elas não a viam: “você ficava dentro da van” (VANESSA, entrevista em 22/12/2020). Entende que era uma forma de não prenderem tanto, mas não funcionava por terem que ficar somente dentro da van. Lembrava quando ela andava por aqueles lugares que via, lembrava dos momentos, seja sozinha, com a irmã, com a família. Sentia-se triste, via a mãe andando pela rua, o que a deixava ainda mais triste. A van passava por elementos da sua vida dos quais ela não tinha acesso. Comentou que era permitido a ela ver o mundo, só que dentro da van, um simulacro de liberdade com algemas. Como recita Arnaldo Antunes em sua música “O buraco do espelho”: “Pro lado de cá não tem acesso / Mesmo que me chamem pelo nome / Mesmo que admitam meu regresso / Toda vez que eu vou a porta some / A janela some na parede”. A janela da van, assim como a janela gradeada do manicômio, são esses espaços de dentro do lado de fora, os únicos lugares permitidos às adolescentes habitarem, o espaço da invisibilidade, das não-palavras.

Caminhamos pelo hospital, percebemos suas paredes opressivas, as pessoas mortificadas. As adolescentes nos contam das regras de ordem e disciplinamento, da docilização de suas existências. Os rótulos atribuídos e direcionados às adolescentes passam a justificar suas ausências e presenças. De forma semelhante, tais rótulos nos direcionam ao próximo ato, percorrendo a invenção das medidas que ditam e que legitimam o que é cuidado, os atos que autorizam e legitimam a administração arbitrária de psicofármacos e o que é moralmente incorreto.

QUINTO ATO

Cena 1. O que um corpo medicado aguenta? Os impactos da medicação no corpo à tutela manicomial

O saber médico apresenta-se como uma forma de poder e de controle, principalmente frente ao que se dita normal e saudável e o que se considera doente e que deve ser curado ou contido. Parte-se, assim, de uma norma para acionar os processos de medicalização (LEMOS, et al., 2020; CONRAD, BARKER, 2011). Tal norma é imposta e compreendida como regra de conduta, como regularidade, adaptação, ajustamento a ser seguido, e que desenha o seu oposto, a irregularidade, a desordem, o disfuncional, o patológico, o mórbido (LEMOS, et al., 2020). Nesse contexto, parece que a família de **Carolina** opta por apontá-la, assim como sua mãe, como doente, louca e drogada, apagando de suas histórias as vivências de violência e abuso.

O conhecimento médico pode refletir e reproduzir formas de desigualdade social, sendo que alguns conhecimentos reforçam interesses dos grupos que detêm o poder. “Examinadas mais de perto, algumas ideias médicas têm mostrado sustentação a desigualdades de gênero, classe, raça e etnia.” (CONRAD, BARKER, 2011, p. 202). Trago um exemplo, durante minha participação em um evento de saúde pública uma médica que pertencia ao programa Médicos Sem Fronteiras¹⁶ relata que atuou em uma região ribeirinha no norte do país, em um local pobre e de pouco acesso. Uma idosa, antes acompanhada pelo médico que vinha ocasionalmente à região, foi encontrada por ela em estado de inanição porque o médico anterior a havia prescrito uma dieta alimentar restritiva para sua condição de saúde, indicando alimentos dos quais ela sequer tinha acesso. As dificuldades de acesso aos alimentos indicados, não foram consideradas, mas o papel técnico da prescrição médica foi feito, ele deu a resposta ideal, sem refletir se ela teria acesso àqueles alimentos ou inclusive se aquela proposta fazia sentido para ela.

O campo da medicina encontra fissuras nos limites de seu campo de objetos que além de intervir nos corpos dos já considerados doentes, também exerce a função de

¹⁶ O Programa Médicos Sem Fronteiras trata-se de uma organização humanitária internacional que atua em países afetados por graves crises humanitárias, levando apoio médico. No Brasil, o Programa atua desde o ano de 1991 e iniciou com o combate da cólera na Amazônia. Outro programa existente e que se caracteriza como uma iniciativa nacional é o Programa Mais Médicos, instituído pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, com a finalidade de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde no SUS nas regiões mais carentes. Tal programa foi recentemente criticado e atacado pelas organizações políticas do governo de Jair Messias Bolsonaro, atual presidente da República, sendo renomeado, no ano de 2019, como Médicos pelo Brasil.

autoridade que passa a afetar não só a vida do indivíduo, mas também do funcionamento das cidades e das instituições. Tudo o que é considerado desvio ou anomalia passa a ser englobado pelo campo médico, e que pode ser traduzido e definido como doença. E o corpo médico faz questão de nos lembrar disso. Tudo o que se refere à vida e à saúde, tornou-se objeto de intervenção médica. Assim, também os objetos se expandem com novos campos de intervenções médicas, como a água, o ar, o esgoto, entre outros, ao ponto em que nada mais lhe escapa:

Na situação atual, o diabólico é que, cada vez que se quer recorrer a um domínio exterior à medicina, descobre-se que ele já foi medicalizado. E quando se quer objetar à medicina suas deficiências, seus inconvenientes e seus efeitos nocivos, isso é feito em nome de um saber médico mais completo, mais refinado e difuso (FOUCAULT, 2010, p. 184).

Nesse percurso reflexivo, Conrad e Barker (2011) pontuam que o discurso médico acaba atravessando e impactando nas experiências subjetivas. Tais discursos influenciam o comportamento das pessoas e moldam suas identidades, legitimando, conseqüentemente, modos de ser e existir e, posteriormente, impondo inclusive intervenções médicas. Dentre as intervenções e procedimentos médicos, é possível destacar um dos principais e atuais manejos no contexto da internação psiquiátrica, que é a prescrição de psicofármacos¹⁷ com intensos efeitos colaterais.

Carolina conta que em sua primeira internação eram administrados por volta de 6 a 8 medicamentos diferentes por período e por volta de 10 medicamentos a noite. Ela carrega consigo a impressão de algumas conseqüências:

Eu acho que fiquei com tique por causa do haldol, eu to bem melhor agora. Antes eu não conseguia nem conversar. A psiquiatra do Hospital Geral deduziu que eu tive um neurônio queimado, a parte do cérebro que comanda o maxilar queimou. E falam que neurônio não volta mais. Então, só os remédios para ajudar. E acho que foi esse haldol. Eu era recém-chegada e já comecei tomando haldol (CAROLINA, entrevista em 20/05/2022).

Hoje Carolina conta que seu corpo já não suporta a quantidade de medicamentos que ela usa: “Tomar remédio não basta, eu não aguento ficar tomando remédio mais, todo remédio que eu tomo, tenho que tomar omeprazol junto pra controlar o estômago” (CAROLINA, entrevista em 20/05/2022).

¹⁷Compreendemos psicofármacos como medicamentos psiquiátricos cujos mecanismos de ação, ainda que não totalmente elucidados, atuam principalmente no Sistema Nervoso Central. A finalidade desses medicamentos é de tratamento dos ditos transtornos psiquiátricos, porém tais transtornos são contornados por hipóteses de sua existência biológica e de seu funcionamento fisiológico. Eles acompanham um diagnóstico, normalmente psiquiátrico, que justifique a decisão de sua prescrição (GORENSTEIN, SCAVONE, 1999).

Vanessa compartilha que seus remédios pareciam ser administrados aleatoriamente, de acordo com seu mal ou bem-estar pontual. No primeiro dia de internação de Vanessa, que relata sensações de desespero, foram administradas medicações com intuito de acalmá-la. Acalmá-la ou silenciá-la? Os medicamentos fizeram-na vomitar e ficar três dias sem comer e com dificuldade em beber água. Contudo, o discurso dos técnicos do hospital era de que se ela não comesse começariam a tratá-la na base da injeção. Como consequência, a sensação mais frequente na internação era de sono que a levava a “deitar no chão e ficar dormindo” (VANESSA, entrevista em 22/12/2020). Diante do relato de Vanessa, não há como não nos recordarmos das fotos e filmagens feitas no Hospital Psiquiátrico de Barbacena (ARBEX, 2013), onde pessoas, adultas ou crianças, lentificadas, permaneciam deitadas no chão, com corpos que pareciam mortos, perpassando a impressão de estarem perdidas e esperando a vida passar.

Vanessa conta que tinha que tomar três medicamentos pela manhã e cinco a noite no período em que esteve internada. Havia dias, no entanto, em que tomava mais e dias em que tomava menos, dias em que não tomava nenhuma medicação. Parece importante destacar os efeitos dessa variação de medicação, o que nos leva a questionar se essas alterações de prescrição, marcadas por variações, não poderiam estar relacionadas com a função de gerar uma dependência e um amortecimento dos sentimentos e sensações devido a possíveis afetos de desamparo e violência da internação.

Ela não entendia os motivos de ter sido internada e, além disso, também não compreendia os motivos de receber, em algumas ocasiões, um número maior de medicações do que outras meninas internadas e, em outras ocasiões, tomar um número menor de drogas psicofarmacológicas. Podemos perceber nesta cena uma condição de assujeitamento. Segundo relata, algumas internas eram diagnosticadas com depressão e usavam menos medicamentos do que ela e isso a fazia questionar. Quando a dosagem das medicações era aumentada ela percebia que aquilo não a ajudava, gerava-lhe mal-estar, o que inclusive a deixava muito sonolenta. Ela precisou falar para os profissionais da equipe de saúde do hospital psiquiátrico que não precisava mais de tantas medicações, que eles deveriam confiar nela! Começaram a diminuir as dosagens e a quantidade de medicamentos, em outras ocasiões, o medicamento era prescrito e entregue macerado. Ela relata que o controle do uso e dosagem dos remédios seguia critérios de confiança:

[...] eu falei que não precisava mais tomar remédio pra eles confiarem em mim, aí eles começaram a diminuir [...] eu comecei a falar que não tomava quase nada de remédio e também acho que já tava melhor até que foi o dia que a mulher falou, [que] eu já tava de alta, que podia sair. Então, eles confiaram em mim, eles pararam de macerar e pararam de dar muito remédio. Acho que foi isso: ‘vamos ver como ela se comporta sem o remédio’ (VANESSA, entrevista em 03/02/2021).

Em um ambiente de encerramento das subjetividades ela expressava o quanto a medicação estaria trazendo danos, retirando-a da realidade. Ao se apresentar docilizada, ao comportar-se de maneira supostamente “melhor”, Vanessa teve a confiança dos profissionais, o que parece reafirmar que a prescrição de psicofármacos depende de critérios arbitrários dos profissionais da psiquiatria.

Débora sempre pedia para saber quais medicamentos ela estava tomando. Ela tinha que usar medicamentos macerado por conta de sua tentativa de suicídio, conforme ela mesma relata: “já teve vários casos de meninas que guardaram remédios e tentaram alguma coisa lá” (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021). Trata-se do mesmo remédio que ela ainda utiliza nos dias de hoje. Antes da internação psiquiátrica ela considerava que estava usando muitas medicações, mas não se sentia dopada. Segundo Débora, algumas adolescentes pediam aumento da dose da medicação no processo de internação para que de fato pudessem se sentir “chapadas”. Mas a médica argumentava que a internação não era lugar para dopar pacientes internos. A experiência de Vanessa nos diz o contrário.

Por outro lado, Débora conta uma cena sobre a descoberta de vários remédios psiquiátricos escondidos atrás do batente de uma porta, uma tentativa de burlar as prescrições médicas, e que foram recolhidos pelo enfermeiro durante uma vistoria institucional. Talvez possamos traduzir esse desejo de “chapar” por meio da medicação como uma busca em anestesiarse, em tentar não pensar sobre o lugar que elas habitavam e que, repetindo o lado de fora, as anulavam e assujeitavam ao silêncio. Como pontuam Alvarenga e Dias (2021), drogar-se de medicamentos “se torna o meio necessário para lidar com o vazio de sentido que decorre da busca frenética pelo desempenho” (p. 02). Talvez as demandas pelas inúmeras medicações estivessem relacionadas com uma estratégia para sobreviverem ao apagamento provocado pela internação. Para Débora, o uso de psicofármacos resumia o chamado tratamento, ou internação: “só que, sei lá, não foi um tratamento, eu acho que o tratamento que eles dão lá é tipo remédio, de resto eles deixam meio largado, sabe!?” (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021).

Antes da internação psiquiátrica, Débora enxergou outras possibilidades de uso dos medicamentos psicofarmacológicos. Num domingo pela manhã durante sua internação na UPA sua mãe saiu do quarto para pegar lençóis novos e ela usou uma quantidade excessiva de medicação. Em um processo de tentativa de suicídio, tomou o vidro de clonazepam junto a outros remédios, conforme relata:

Ela perguntou assim: ‘você não tomou remédio não, né!?’ Eu respondi que ‘não, não tomei’. Então, falei que ia tomar banho e pensei: ‘vou cair daqui a pouco, então vou tomar banho e vou deitar e dormir’ eu achei que se tivesse tomado uma quantidade maior. Eu achei que ia ter conseguido me matar (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021).

Foi ao banheiro e não se lembra de mais nada, acabou desmaiando.

O processo de medicalização também captura as formas diversas de existência por meio de outras ferramentas. Como um breve recorte, trago a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde¹⁸ (CID 10), organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que representa em nossa atualidade, em conjunto com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), a bíblia da psiquiatria. Trata-se de manuais descritores que categorizam como normal ou patológico o sofrimento psíquico, a loucura – mas também a tristeza, o luto, a adolescência, a infância, às expressões relacionadas à orientação sexual e à identidade de gênero. Talvez nenhum de nós escaparíamos das descrições presentes nos manuais psiquiátricos citados. Vemos esse fenômeno acontecendo atualmente com a velhice que, conforme anunciou a OMS, constaria como uma doença¹⁹ ou situação de saúde classificável a partir do ano de 2022, substituindo o termo senilidade na próxima publicação do CID 10. (RODRIGUES, 2021).

Vanessa, Débora e Carolina receberam um diagnóstico psiquiátrico em suas internações. Essa foi uma estratégia para justificar a necessidade de se estarem do lado de dentro dos muros manicomialis. Os diagnósticos comuns entre as adolescentes, de acordo com o que observo das listas de egressos de internações psiquiátricas, se resumem a descrições generalistas, como transtorno de humor não-especificado (F 39) ou relacionados ao uso de substâncias ilícitas como geradoras de transtornos mentais (F 192). Diagnósticos psiquiátricos

¹⁸ A fluidez de possibilidades de enquadrar as vivências como condições diagnósticas se apresenta conforme os manuais psiquiátricos são revisados e lançados, como o CID 11, que retira a transexualidade da classificação em saúde mental e a insere na nova categoria de saúde sexual (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019), considerada incongruência de gênero. Minimamente devemos pensar que, ainda assim, as identidades são classificáveis.

¹⁹ A arbitrariedade do processo de medicalização e da classificação nosológica dos corpos e vivências também representa paralelamente os processos de desmedicalização, como no caso da homossexualidade, retirada do DSM II, no início da década de 1970.

determinados as Vanessas, Déboras, Carolinas e outras adolescentes que parecem reunir uma justificativa em comum, que é o diagnóstico médico, para habitarem o manicômio.

Segundo Illich (1975) os cuidados médicos criaram essas iatrogenias, compreendidas como doenças provocadas pelo conjunto de cuidados, diagnósticos, ações preventivas e intervenções em nome de uma ideia de saúde que reduz a autonomia dos sujeitos. Ou seja, cria-se sempre novas anomalias, com novos diagnósticos e tratamentos para o que não seria considerado adoecimento. É exatamente este fenômeno que observamos com as fases da vida, como é o caso da adolescência vista pelos olhos de Débora, Carolina e Vanessa, na qual espera-se uma expressão de existência considerada normal e que deva seguir certas imposições de comportamentos e formas de pensar. Como Illich (1975) destaca:

Essa etiquetagem acaba fazendo parte integrante da cultura popular quando o leigo aceita como coisa "natural" e banal o fato de que as pessoas têm necessidade de cuidados médicos de rotina simplesmente porque estão em gestação, são recém-nascidas, crianças, estão no climatério, ou porque são velhas. Quando se chega a esse ponto, a vida não é mais uma sucessão de diferentes formas de saúde, e sim uma sequência de períodos cada qual exigindo uma forma particular de consumo terapêutico (p. 43).

Como Conrad e Barker (2011) explicitam: “quando a doença torna-se um ‘problema biográfico’, os indivíduos assumem novos papéis, em termos de novos e inesperados desenvolvimentos na trama de suas vidas” (p. 199), o que nos permite compreender de qual momento de vivência as adolescentes nos contam suas histórias. O que Vanessa narra reflete o que também é dito a respeitodela. Nas entrevistas cartográficas com as adolescentes parece que elas ainda percebem e aderem a uma culpa individual. As adolescentes dizem que lhes é cobrado um amadurecimento, de assumirem responsabilidades, responder ao que se espera delas, sendo corpos produtivos e úteis para a sociedade, independente de seus contextos cotidianos e específicos. Aos não-produtivos, aos questionadores, aos revolucionários e aos diversos, o destino é a docilização, controle e até a sua extirpação. O sofrimento deve ser eliminado de nossa experiência de existência.

Recordo-me de quando encontrei Vanessa logo após sua internação. Esse encontro ocorreu antes de a proposta da pesquisa ser levada a ela. Vanessa estava com a mãe em casa. A mãe apresentava as queixas enquanto Vanessa, com seus olhos apagados mirava o vazio, perdia-se. Ela ainda estava dopada e sentindo os efeitos das drogas psicofarmacológicas. As minhas tentativas de conversar com ela foram frustradas. Ela não conseguia responder, as palavras vinham mais moles e lentas. O remédio trazia um conforto à sociedade. Agora ela se comportava bem, visto que não se comportava mais.

Interessante notar que as histórias de vida são semelhantes. De alguma forma há a expressão do desejo de esconder as adolescentes, calar o que elas nos contam, cegar a realidade que elas nos apresentam, pois também para essas mães, trata-se de realidades muito hostis. Os saberes médicos, epidemiológicos, científicos e sociais ocupam o lugar de verdade e de organização social frente às angústias e incômodos que essas pessoas trazem, constroem os problemas públicos de saúde e ditam o desenrolar de suas soluções.

Alvarenga e Dias (2021) comentam sobre a prevalência do uso de psicofármacos em mulheres diagnosticadas com transtorno de humor como uma tentativa de controlar o sofrimento feminino. Contudo, quando nos aproximamos do contexto de vivência cotidiana dessas mulheres, enxergamos as condições de trabalho desiguais e precárias dentre elas destaca-se as diferenças salariais, a situação econômica de maior vulnerabilidade, a sobrecarga doméstica em duplas e triplas jornadas de trabalho, o menor apoio social e familiar. Segundo Illich (1975), no processo de medicalização se constrói uma relação de dependência frente à intervenção profissional, que “tende a empobrecer o meio social e físico em seus aspectos salubres e curativos, embora não médicos, diminuindo as possibilidades orgânicas e psicológicas de luta e adaptação que as pessoas comuns possuem” (p. 38).

Percorreremos no próximo ato, o processo de biomedicalização, uma renovação das tramas de captura da medicalização, observando como se desdobra na experiência das adolescentes. Caminhamos da culpa à imposição de uma identidade que as anule, além da promessa das melhoras ou das curas.

Cena 2. A biomedicalização, a culpa e o corpo a ser calado

Sáímos do manicômio. Quando **Vanessa** recebeu alta, saiu pela porta correndo, conta que até as pernas bambearam, não sabia nem andar na rua direito e começa a ver valor em tudo o que tinha antes. “Aí que nem o dia que eu fui embora, eu saí por aquela porta que eu saí correndo lá pra fora eu fiquei até bamba assim: ‘ai não to acreditando’, eu saí e não conseguia nem andar na rua direito” (VANESSA, entrevista em 22/12/2020). E continua: “Como se fosse a primeira vez, (inaudível) cê sai e dá valor pra tudo que cê tinha” (VANESSA, entrevista em 22/12/2020). Há um ganho de sentidos na liberdade. Sentir-se com as gotas caindo nela me fez pensar como ela voltou a sentir-se viva, experimentando novamente suas percepções sobre o mundo.

Quando **Débora** saiu da internação sentiu-se aliviada: “nossa, eu fiquei muito feliz” (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021). Para ela, ter acesso ao celular nos primeiros dias, ver a televisão ligada, ouvir os carros passando na rua, era muita informação, muito estímulo: “eu ficava louca” (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021). Deixou o celular guardado por cinco dias porque “não aguentava esse tanto de informação”. Foi muito estranho e muito bom estar de volta, segundo ela: “viver é muito bom e é bom eu estar aprendendo isso agora, vendo essas coisas agora. Mas a adaptação foi bem estranha” (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021). Ela “queria ter voltado de uma forma melhor” (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021), se organizando para fazer outras atividades. Não tem sido assim, conta que foi um turbilhão de acontecimentos diferentes após a alta hospitalar. Sente que está sendo muito bom, e que impactou seu modo de viver.

Mobiliza-me pensar se não havia outras formas de cuidado àquelas adolescentes que não a internação, uma vivência extremamente repressiva. Mas, sobre qual sentido de cuidado nos referimos? Não haveria outras possibilidades distantes da internação para que Débora pudesse sentir prazer em estar viva? Débora passou pelo acompanhamento no CAPS i e considera que houve falhas em seus cuidados por parte das profissionais. Ela chegava às 8h e ficava fazendo atividade de pintura e colagem por 2 horas: “só que, mano, ficar duas horas fazendo na mesma coisa é meio cansativo, sabe!?” (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021). Apesar de gostar dos espaços de arte e pintura, compreendia que o tempo destinado para aquelas atividades era em excesso, o que comparo com a experiência entediante da sala da têvê durante a internação. Depois tomava café com uma funcionária do CAPS i e voltava para

as atividades de colagem e pintura, somente depois voltava para casa. Para Débora faltou planejamento e ela também falhou ao não expressar o que de fato gostaria de fazer naqueles momentos no serviço de saúde mental. As profissionais perguntavam, mas ela também não sabia o que queria fazer e acabava se calando. Ela queria, por exemplo, dar uma volta na praça, mas não falava por medo de atrapalhar. Ela acha que poderia ter aproveitado mais o acompanhamento no CAPS i se soubesse falar o que gostaria de fazer para melhorar. Compartilho com ela que é difícil responder à pergunta sobre o que desejamos fazer quando nos enxergamos em uma cultura, em um contexto que só nos impõem o que devemos fazer, o que devemos desejar, o que é o melhor para nós. Talvezoubessem outras perguntas para além do “o que você quer fazer?”, como “vamos descobrir juntas o que você gosta, as suas potencialidades?”. Diante de tantas imposições frente aos nossos modos de ser, não somos estimuladas a pensar o que também desejamos, nossas potencialidades, nosso senso crítico e ético. Não sabemos responder por nós, pelos nossos desejos.

Hoje Débora se enxerga em um processo de descobertas sobre seus desejos e vontades, sobre como ela se identifica, “eu não me enxergo como eu gostaria de ser” (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021). Ela é uma mulher em processo? São descobertas ou encaixes ao que se deseja dela?

Carolina está cheia de planos. Voltou a frequentar o CAPS, na qual ela precisa pegar dois ônibus, saindo às 6h da manhã para chegar às 9h. Voltou a frequentar as atividades proporcionadas pela TO, está fazendo pintura. Planeja frequentar o centro esportivo localizado próximo a sua casa. Fez matrícula no colégio para retomar os estudos no próximo mês, fez nova identidade e certidão de nascimento pelo CRAS. É a primeira vez que Carolina consegue ficar mais tempo em sua casa: “Não me conhecia, não sabia quem era eu, saía do internamento, voltava pra casa já queria usar droga, não sabia olhar pro espelho, quero ficar aqui agora” (CAROLINA, entrevista em 23/06/2022). Compartilho com ela a alegria por ser a primeira vez que ela fica mais tempo em casa. Ela deseja trabalhar, ter dinheiro, ter sua casa, comida. Será o primeiro aniversário da irmã em 5 anos que elas poderão estar juntas. Por outro lado, Fátima conta que um dia a filha foi para o CAPS, com uma consulta agendada. Chegando lá, eles haviam cancelado e falaram para ela fosse embora. Não havia ninguém para acompanhar e promover outras atividades em conjunto com Carolina.

Compreendemos a medicalização como um conceito fluido, que em sua história nada se nega ou se finaliza: o processo de medicalização se aperfeiçoa, se expande e se adapta às novas demandas sociais. Sem perder sua função, a medicalização pode se encontrar na atualidade disfarçada de autocuidado, de domínio de nós mesmas e de nossos próprios comportamentos ou pensamentos, de melhoria da performance, na diminuição do sono, aumento da memória, aumento da concentração, entre outros aspectos. A nova era dos processos de medicalização tem sido denominada de biomedicalização (ZORZANELLI, ORTEGA, BEZERRA, 2014).

A biomedicalização, é um processo relacionado a implementação de novas tecnologias que modificam as práticas da medicina e disponibiliza soluções biomédicas, farmacológicas aos consumidores de saúde, reforçados pela opinião pública sobre a tese de que as capacidades do corpo são em tese ilimitadas. Segundo Zorzaneli, Ortega e Bezerra (2014), a expansão da atuação da medicina ocorre com:

[...] foco na otimização e no aperfeiçoamento individual por meios tecnocientíficos e na elaboração do risco e da vigilância no nível individual, grupal, e de população. Aparecem, assim, transformações na produção do conhecimento biomédico, no manejo de informação, distribuição e consumo, e transformações nos níveis de identidades tecnocientíficas, no plano individual, coletivo, na população (p. 1864).

Como a medicalização representou e compôs a modernidade, a biomedicalização compõe a contemporaneidade. Zorzaneli, Ortega e Bezerra (2014) continuam:

Desse modo, questões como a capacidade de ação de indivíduos e grupos, o status privilegiado da mobilização leiga e de seus interesses, a transformação do paciente em consumidor ativo e em busca de diagnósticos apontam para o que Furedi denomina de virada cultural contra a autoridade e a expertise médica (p. 1.865).

Em nome de uma segurança e suposta liberdade, a lógica medicalizante gera um silenciamento e apagamento das diferenças (LEMOS, et al., 2020). Os sujeitos se apropriam dos conhecimentos médicos e constroem identidades possíveis pautadas em diagnósticos médicos psiquiátricos, como busca de sentidos existenciais. Vestida de oposição, a luta dos sujeitos agora é de se enquadrar por si mesmos em uma patologia que lhes dê sentido e que valide suas experiências de vida. Não é incomum escutar, nos espaços de saúde, o sujeito se apresentar trazendo em seguida o nome de seu possível transtorno mental ou diagnóstico psiquiátrico. Assim, parece que o diagnóstico de uma condição de sofrimento psíquico torna-se um aval para uma existência válida.

Além disso, o acesso à Internet transforma o diagnóstico médico em uma experiência pública, tendo como impacto a expansão da influência do conhecimento leigo sobre a doença. Possibilita-se tanto a apropriação das informações e descrições dos sintomas de uma doença e o comportamento de acordo com as descrições, quanto o questionamento a respeito dos diagnósticos, representando um possível declínio da autoridade médica.

Nesse processo ativo dos sujeitos expande-se ainda mais o alcance da medicalização a partir da abertura para infinitas e diversas demandas, com espaço para novas propostas de tratamentos. Avança-se com a medicalização de eventos cotidianos por meio da expansão das categorias nosológicas como uma proposta de melhoria de desempenho. A medicalização da performance gira em torno da definição de *pathos*, palavra de origem grega que se refere às paixões, sentimentos ou sofrimentos, e que é apropriada pela medicina como aquilo que se deve corrigir: “um estado cujas características passam a ser reconhecidas pela medicina, pelos pacientes e pela cultura como alvo legítimo de intervenção médica, terapêutica, profilática ou restauradora” (ZORZANELLI, ORTEGA, BEZERRA, 2014, p. 1866) - e não mais de doença. Abarca-se cada vez mais indivíduos, como é o caso do diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), com seu principal foco destinado à medicalização da infância. As crianças que apresentam o comportamento de curiosidade, de explorar o mundo ou de agitação frente a tantas opções de estímulos são encaminhadas pela escola para especialistas que carimbam e atribuem a elas um déficit. A partir disso, as crianças carregam um estigma e são submetidas a prescrição de medicamentos à base de metilfenidato²⁰. A expansão da medicalização também atravessa a masculinidade adulta no tocante à virilidade, medicalizando a impotência, a ejaculação precoce, o desempenho frente à obtenção do gozo. A noção de saúde mental na contemporaneidade torna-se um rol de padrões de agir e pensar inalcançáveis (ALVARENGA, DIAS, 2021).

Podemos pensar em inúmeros outros exemplos, basta acessarmos qualquer tipo de mídia. Um vídeo precedendo algo que pretendíamos assistir ou um recado no canto da tela de nosso computador, em menos de dez segundos, nos diz que podemos regular nosso intestino com um simples medicamento, da mesma forma que regulamos nossa rotina de trabalho, ou que o estresse que tem nos atrapalhado a buscar um alto desempenho nas relações sociais

²⁰O metilfenidato trata-se de uma droga da família das Anfetaminas, uma classe de substâncias sintéticas que atua a nível de Sistema Nervoso Central com efeito estimulante. Tal droga aumenta a concentração de dopamina, um neurotransmissor relacionado à sensação de prazer. Devido a sua ação, essa substância pode levar o organismo a uma dependência química. A entrevista com a pediatra Maria Aparecida Affonso Moysés elucida alguns pontos relacionados ao fármaco e pode ser contemplada no link: <<https://www.unicamp.br/unicamp/noticias/2013/08/05/ritalina-e-os-riscos-de-um-genocidio-do-futuro>>

pode ser facilmente resolvido com algumas gotas milagrosas. Da mesma forma, alguns sites ou canais vendem produtos alternativos tidos como mais naturais, menos danosos à saúde, porém com funções semelhantes como aumento da performance, melhoria no comportamento, regulação das funções corporais, entre outros. Nada mais escapa ao processo de biomedicalização; não há mais parâmetros que excluam qualquer forma de existência e de vivência deste processo.

Débora concorda que a autolesão feita em seu corpo, antes da internação psiquiátrica, veio também como uma forma de rejeitar o não se sentir bem. Ela sente que é muito fácil ela sentir-se tão insignificante diante do mundo para querer acabar com tudo e se questiona: “o que eu sou pro mundo?” (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021). Ela percebe que precisa de cuidados, comenta da necessidade de terapia, pois não identifica quais são seus gatilhos de sofrimento. Hoje ela deseja esse cuidado frente ao que sente. Percebe que a convivência com a família melhorou quando ela saiu da internação e conta que a família tentou se organizar e se estabilizar para ofertar um ambiente melhor para ela.

Carolina, em sua primeira internação, passou a se envolver com as internas e funcionárias e entendeu que aquele local seria para seu cuidado: “Até que lá eu consegui falar o que aconteceu comigo quando eu era nova [sobre o abuso sexual]” (CAROLINA, entrevista em 20/05/2022). Em outro momento, com a mãe, ela faz um pedido: “quando eu recair, se acontecer, eu queria passar pelo acolhimento no municipal, como sempre passo, e tentar lutar de novo na minha casa e não ser internada mais” (CAROLINA, entrevista em 23/06/2022). Quando sua mãe afirmou que a internação psiquiátrica era a forma de ajuda que ela poderia oferecer, Carolina pontua: “não ajuda”!

Vanessa, ao comentar sobre o que pensava a respeito da internação psiquiátrica, compartilha a impressão de que seu processo se traduziu em uma boa experiência, que serviu para repensar na vida, sobre os seus atos; para ela foi um momento para pensar em tudo. Ela sinaliza que a internação afetou sua forma de lidar com o mundo, com seus desejos. Talvez tenha ficado mais receosa, talvez com esta experiência tenha criado uma forma de resistir e não se contentar. Ela sente que amadureceu durante a internação e que estaria pior se não tivesse passado por aquilo.

Foi também nesse contexto em que Vanessa sentiu-se cuidada e olhada pela família. Vanessa conta que acabou gostando de ter ficado internada para ficar um pouco sozinha, “não ver o povo assim direito, ter mais paz” (VANESSA, entrevista em 22/12/2020). Vanessa conta que tinha dificuldade em expressar sentimentos positivos – ela diz que nunca falou ‘eu

te amo’ – agregado aos contextos de brigas familiares, nos quais também não ouvia afetos positivos das outras pessoas. Vanessa comenta que ainda não aprendeu a amar direito as pessoas. Nesse momento lembramos o desejo expresso por ela de que suas irmãs não passassem pela mesma experiência que ela, o desejo de preservá-las de algumas mágoas que ela vivenciou, ou que sinalizava a meu ver uma expressão de afeto e cuidado. As relações familiares sinalizavam um sofrimento que aparecia nas falas de raiva, desespero e de agressão. Tais falas mostram que não era possível dar conta dos acontecimentos difíceis, do pedido de presença e compreensão de mãe e filha. Vanessa se estranha e tenta se adequar a um mundo que exige que ela ame ou expresse sentimentos positivos, mesmo que seu contexto não lhe forneça as ferramentas necessárias para tanto. A internação era a promessa à sociedade de que Vanessa retornaria ‘melhor’.

Ela ainda comenta, no que diz respeito ao relacionamento familiar, que preferia apanhar do que ser magoada com as palavras – fica pensando no que lhe falaram – para ela, o ato de ser espancada é menos doloroso, pois em algum momento a dor física cessa. O corpo se assujeita como objeto de violência. Por que uma adolescente em um contexto de vivências de desamparo teria que amadurecer a fórceps, sendo retirada de seu contexto de vivências?!

Vanessa se revoltava e demonstrava seu descontentamento se autolesionando. A internação psiquiátrica parece ter sido um exercício de enfrentamento a docilização e mortificação a esse corpo que se rebela. Um receio que perpassou o encontro é de que Vanessa tenha se habituado como objeto de violência. Suas experiências a mobilizam no sentido de, por exemplo, chorar pela dor e pelo sofrimento gerados diante daquilo que a calou, mas não percebo nela raiva ou revolta. Ela compreendeu que a revolta a levaria de volta para aquele espaço de solidão. Vanessa e outras adolescentes foram e são submetidas a violências diversas, cotidianas, a silenciamentos diante de abusos, ao medo. São proibidas, por meio dos processos que nos atravessam na era da biomedicalização, de sentirem raiva e buscam expressar de outra forma, seja pelas roupas, seja construindo uma imagem de amadurecimento, firmando-se nessas frestas como formas viáveis de continuarem existindo. Esses são os espaços de liberdade delas, os territórios possíveis de pertencimento e de expressão. Elas sobrevivem e se adaptam de acordo com o que lhes é imposto enquanto normas de vida e de existência feminina.

Débora também apresenta esse movimento de adaptação tanto à rotina do hospital quanto a vida pós-internação. Para ela, o único ponto positivo que tira da experiência da internação é de aprender a dar mais valor à família. Ela passou três meses sem dar um abraço

na mãe e hoje ela pede “involuntariamente” um abraço a ela. Acha que essa experiência a fez amadurecer e gerou mais consciência dos seus atos. Quando Débora vivencia afetos tristes acaba se culpando, pois não quer reviver tais experiências. Ela pensa que ainda tem que entender que está tudo bem sentir-se mal de vez em quando. Ela percebe que sua vida está acontecendo. Hoje tem dois empregos e continua com os estudos. Ela está caminhando de acordo com as expectativas que investem nela. Contudo, ela também relata que quer ter um espaço para se cuidar e não somente ficar atolada nas obrigações. Comenta estar feliz de estar movimentando sua vida, pois antes estava muito parada e diz ter que ser produtiva.

Apresenta-se o processo de onipresença da medicalização, na qual a medicina defende que podemos fazer algo para estarmos melhor do que estamos, de nos tornarmos mais produtivos (ZORZANELLI, ORTEGA, BEZERRA, 2014). Expandindo os critérios de anormalidade, a pessoa considerada anormal se submete a uma terapêutica para reajustá-la às normas estabelecidas (ILLICH, 1975). Nesse sentido, outra ampliação do campo de exercício das tecnologias de poder é a noção coletiva de segurança e, portanto, de seu oposto: risco. O risco nos diz de um corpo e de uma existência em constante ameaça de adoecimento. Os comportamentos, formas de expressão, são alvos de uma vigilância em prol da manutenção de uma ordem social. Tudo pode representar uma ameaça: aprendemos a temer, e a terceirizar os cuidados de nosso corpo, de nossos pensamentos e conhecimentos, alienadas de nós mesmas. O risco dá sentido às tecnologias morais e das condutas que, por sua vez, dão sentido à vida em sociedade. Espera-se o autocontrole exigindo dos indivíduos uma postura de eterna vigilância:

Discursos sobre o risco e sua prevenção regulam a vida dos indivíduos, indicando como estes devem se deslocar no espaço interior e exterior aos corpos e sobre como devem se relacionar com os outros e com as coisas. Fazem menção também à gestão do tempo e buscam induzir, em nós, uma disciplinarização e regulação de um futuro que nos espera (CARVALHO, et. al. 2019, p, 5).

Fatores como nascimento, morte, acidente, suicídio, fazem parte dessa racionalidade (LEMOS, et al., 2020). Para Zorzaneli, Ortega e Bezerra (2014), os comportamentos em alguns grupos seriam mais biomedicalizáveis do que em outros, variando o apoio médico e o recurso de tratamentos e intervenções, destacando as diferenças sociais e de gênero como acirramento dessa desigualdade: “A ênfase na irregularidade da medicalização indica que tal processo é, por excelência, variável, anômalo, desigual, dependente de seu alvo, do grupo social a que esse alvo pertence, dos vetores que concorrem para sua configuração.”(p. 1863).

As racionalidades baseadas na noção de risco se propõem a identificar alguns grupos de risco, no caso, aqueles que se colocam à margem da sociedade, os ditos anormais, sem razão, marginais. Isso advém da ideia de que quem não consegue se prevenir de riscos é considerado socialmente fracassado, incapaz de cuidar de si. Os anormais são imaginados e produzidos como indivíduos de alto risco, que desviam da norma e ameaçam uma sociedade sadia. Esta mesma sociedade sadia demanda do Estado ações de controle, disciplinarização e repressão, protegendo-a “das ameaças e da ansiedade que tais grupamentos provocam” (CARVALHO, et. al. 2019, p. 6).

Recordo-me de ver Débora andando pela praça que ela gosta, após nosso encontro. Ela, livre, transitando. Fui ao centro da cidade e me deparei com uma carreata. Todos dentro de seus confortáveis automóveis, em sua maioria luxuosos, buzinando, empunhando bandeiras verdes e amarelas, condenando e ameaçando os responsáveis pelo isolamento social, exaltando a economia e pisando sobre cadáveres sufocados. Gostaria de somente ter encerrado minha lembrança desse encontro com os passos soltos de Débora, mas não é essa nossa realidade. Também me recordo de ver, tempos depois de nosso último encontro, Carolina em uma praça de sua cidade. A reconheci pelos seus cachos. Carolina ocupa a rua diante da proibição de sua experiência com o crack, substância psicoativa ilícita. Sua experiência deve acontecer nas vias públicas, sujeita a violências, mas moralmente apagada. Caminhamos para o próximo ato refletindo sobre a experiência de Carolina com as drogas e sua proibição, que nos afasta de um pensar os cuidados, o acolhimento possível dentro de sua liberdade. O poder médico nos dita quais drogas são lícitas e podem ser prescritas, quais drogas lícitas podem circular para uso recreativo e quais drogas devem ser taxadas como ilícitas, demonizadas e transformadas no próprio adoecimento.

SEXTO ATO

Cena 1. A experiência do uso de substâncias ilícitas

Compartilho com vocês a vivência de uma jovem cuja história acompanhei em meu trabalho no serviço público e que não participou dessa pesquisa. Ela havia sido encaminhada por outros setores para o acompanhamento na Unidade Básica de Saúde onde trabalho com discursos de que ela estava se envolvendo com “pessoas erradas”, que estava usando drogas ilícitas, que agia com rebeldia contra a mãe. Recordo-me que o pedido insistente por parte da mãe era que a filha fosse internada.

Conforme construía o vínculo com a jovem, ela compartilhava que havia sofrido uma tentativa de abuso por parte do padrasto e que desde então a mãe passou a defendê-lo. A jovem expressava revolta ao sentir-se abandonada. Ela compartilhava que a partir de tais vivências, passou a desistir dos estudos e de uma vida social. Usar drogas para ela era um escape da realidade mais eficiente do que as medicações. Porém, ela era convocada a fazer o uso dos psicofármacos em detrimento das drogas ilícitas. Tentemos nos imaginar, em uma história de tentativa de abuso, usando psicofármacos que nos dopem, que nos deixem vulneráveis. O quão essa imposição trazia para a adolescente o medo e a insegurança de reviver o abuso. Tais vivências não foram suficientes para compreender seu grau de sofrimento por parte das equipes. Recordo-me com muita raiva quando um profissional do Conselho Tutelar relatou-me por telefone que achava que aquela adolescente poderia ter provocado o padrasto para ter sido assediada, que era difícil acreditar em sua ‘história’, porque para aquele conselheiro tutelar adolescentes costumam mentir. Segundo ele relatava, o padrasto da jovem poderia ser definido como uma pessoa tranquilaque, portanto, não oferecia supostos riscos para ela. No desdobramento da história daquela adolescente, houve a determinação da internação psiquiátrica involuntária, e ela, sem ter ciência de que uma consulta psiquiátrica resultaria no seu encarceramento no hospital, vivenciaria um processo de manicomialização. Foi uma situação de extrema violência. Depois de sua internação, tornou-se muito difícil reconstruir os vínculos com a jovem. Ela passou a ficar mais contida, quieta e adaptada. Esse encontro marcou profundamente minha vivência no campo da saúde.

Um dos pontos em comum entre **Carolina** e a jovem cuja experiência contei brevemente acima é o discurso de combate às drogas e o desejo de que elas se contenham com o uso de psicofármacos: as drogas legalizadas. A medicação deve ser o único objeto de

consumo válido e viável para suportar a carga de sofrimento e possibilitar a capacidade produtiva (ALVARENGA, DIAS, 2021). Devemos recordar que sempre foi através de convenções sociais que se elaboraram as regras de uso das substâncias psicoativas²¹, sobre quem, como, quando e quais substâncias poderiam ser usadas. Tradicionalmente o termo ‘drogas’ é associado a substâncias psicoativas ilícitas, como a maconha e o crack. Porém, outras substâncias psicoativas são nomeadas como álcool e tabaco, que são substâncias psicoativas lícitas, e remédios, como os psicofármacos, substâncias psicoativas prescritas por médicos (FIORE, 2002).

O proibicionismo²², surgido no século XX, propiciou o comércio ilegal de drogas, o narcotráfico, as mortes relacionadas às chamadas guerras às drogas, o adoecimento pelo uso de substâncias adulteradas cada vez mais tóxicas. Os discursos produzidos sobre o uso de drogas se pautam em um modelo biomédico, que individualiza a questão do uso e fecha espaços de diálogo sobre questões sociais que permeiam a experiência do uso de drogas. Tal política transforma a relação com as drogas como desobediência à lei. Os sujeitos que fazem seu uso são criminalizados, sujeitos a violências que passam a ser legitimadas e justificadas como estratégias de controle policiais e violentas. Ocorre uma judicialização da existência desses sujeitos, sendo os maiores alvos a população negra e pobre²³. Se não são assassinados²⁴ em nome de uma falsa guerra, são encarcerados ou institucionalizados de maneira compulsória no manicômio.

O discurso de guerra às drogas é utilizado como justificativa para empregar de violência contra populações específicas, tendo então cor e endereço certos. Em nosso segundo

²¹ Substâncias psicoativas podem ser compreendidas como substâncias que agem sobre o Sistema Nervoso Central ou o alteram de alguma maneira a psique e a consciência humana (FIORE, 2002).

²² Termo compreendido como “conjunto de leis nacionais, alinhavada por tratados internacionais, que proíbem a produção, comércio e consumo de algumas substâncias psicoativas” (RODRIGUES, 2017, p. 34-35). A proibição carrega um caráter moralista, ligado também à interesses econômicos e a reprodução de preconceitos e exclusão.

²³ Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública, a maior população carcerária no Brasil é jovem e negra, com 67,5% de pessoas negras. Ainda segundo o Anuário, “Entre 2020 e 2021, houve crescimento de 6,7% na taxa de homens presos por 100 mil habitantes, enquanto, no caso das mulheres, a variação foi de 21,3%” (p. 07), observando um aumento de prisões de mulheres, normalmente por apreensão de quantidades ínfimas de substâncias psicoativas. Para saber mais, basta acessar o link: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/07/20-anuario-2022-as-820-mil-vidas-sob-a-tutela-do-estado.pdf>

²⁴ Segundo o Relatório Pele-alvo: a cor da violência policial, os “Negros são os que mais morrem em ações policiais, independentemente do tamanho da população negra do lugar” (RAMOS, et. al, 2021, p. 09). O relatório traz a proporção negros assassinados pela polícia e a compara com a quantidade da população negra por Estado, sendo o número de pessoas negras assassinadas maior do que a própria composição populacional dos estados. Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública, em 2021 84,1% das vítimas assassinadas em intervenções policiais foram pessoas negras. Os dados podem ser conferidos nos seguintes links: <https://static.poder360.com.br/2021/12/relatorio-Rede-Observatorios-Seguranca-violencia-policial-14-dez-2021.pdf> e <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/07/05-anuario-2022-letalidade-policial-cai-mas-mortalidade-de-negros-se-acentua-em-2021.pdf>

encontro, comento com Carolina a diferença de tratamento, cuidado e representação social que se tem dos sujeitos de classe alta que fazem uso de substâncias psicoativas para os sujeitos das classes mais baixas, taxados como perigosos, marginais, violentados. Ela se recorda do tratamento e ‘nome’ recebido por policiais que a abordaram em um ponto de uso de drogas: “Eu lembro até hoje quando o policial me chamou de bicho, no meio do mato, porque eu tava toda suja. Eu era um bicho, com certeza. Eles limpinhos nos uniformes deles, do jeito que eu tava, com cara de louca, assustada.” (CAROLINA, entrevista em 23/06/2022). Ela nunca chegou a ser presa, mas vivenciava e presenciava as violências no contexto das ruas, dos julgamentos no contexto familiar e das internações psiquiátricas.

Fátima pensa que o uso de drogas ilícitas assim como o uso de psicofármacos, é um jeito de Carolina se anestesiar do mundo, das lembranças difíceis da infância. Nesse sentido, compreendemos que o dito critério de uso médico de algumas substâncias, ou seja, a autorização do uso de alguns psicoativos em detrimento de outros, mesmo que apresentando efeitos semelhantes no corpo humano, é uma construção pautada em interesses de exclusão e controle que data dos séculos anteriores²⁵(RODRIGUES, 2017). Débora e Vanessa também estão atravessadas pelo uso de psicofármacos para anestesiamento perante o mundo. Retomemos a imagem de Vanessa, depois da internação, alheia ao mundo em nosso primeiro encontro. É somente com o uso de psicofármacos que Carolina, Débora e Vanessa são aceitas socialmente e podem habitar outros lugares para além da rua e do manicômio.

Carolina percebe o efeito de outras drogas lícitas em suas relações familiares: “A pinga é legal, estraga lares, famílias e tudo. É o que aconteceu na minha vida, o crack entrou de bandeja, mas a pinga foi a primeira, e é legal, tem em qualquer lugarzinho, você compra. Ninguém vê, a sociedade fecha os olhos pra não enxergar” (CAROLINA, entrevista em 20/05/2022).

O álcool, substância psicoativa lícita, encontra-se bem incorporado à vida social com leis pontuais referentes ao controle de seu consumo. Distingue-se nos programas sociais o cuidado ao sujeito que faz uso de álcool e a negação ou as propostas ‘anti’-drogas (FIORE, 2002) representando uma tolerância e uma permissividade maior frente ao álcool²⁶.

²⁵Foi instituído em 1912 um tratado assinado em Haia que diz que tudo o que não é uso medicinal, é patológico (RODRIGUES, 2017).

²⁶ Porém, segundo pesquisa publicada pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) em 2021, entre 2013 e 2015 ocorreram 85 mil mortes por ano nas Américas atribuídas exclusivamente e diretamente ao uso de álcool.

O uso de álcool em alguns contextos é incentivado e estimulado como uma condição natural, previsto em festas familiares ou outros acontecimentos sociais. Há certa glamourização no consumo de álcool, como podemos acompanhar pelas propagandas veiculadas nas mídias: a apresentação de uma pessoa ‘descolada’, com vários amigos, com a possibilidade de se arranjar uma parceira sexual (sim, normalmente os protagonistas são homens)²⁷. A associação entre o álcool e outras drogas consideradas ilícitas é pouco discutida ou problematizada, mantendo-o em um lugar de privilégios no discurso proibicionista. E, especificamente, quando o tema é o abuso de álcool trata-se de forma individualizante, voltando-se para o sujeito que faz o uso, como um sujeito doente e que deve ser medicalizado (FIORE, 2013).

Diferente percepção é construída frente ao sujeito que faz uso de substâncias psicoativas ilícitas. As drogas são demonizadas por si só e o sujeito passa a ser intitulado como usuário ou dependente, figura a ser considerada perigosa ou ameaçadora. A forma como tal discurso midiático constrói a imagem dos sujeitos em uso de substâncias psicoativas ilegais como drogados, “visto como tendo aquele corpo “abjeto” e misturado aos detritos e à sujeira e em que todo iniciante no uso de uma droga (leia-se as drogas ilegais) teria como destino a imagem da rua como o espaço da sujeira e da desordem” (ADORNO, 2017, p. 62). A rua, espaço de liberdade, também representa a hostilidade da cidade. Impelir os sujeitos às ruas como única forma possível de uso de drogas ilícitas trata-se de uma violência e alimenta o discurso da guerra contra as drogas.

Qual é a relação entre o habitar a rua e o uso de drogas? Fátima já havia compartilhado compreender todo o processo de aceitação da vivência de uso do crack da filha, porém pontua que não renunciaria à regra de proibir o uso de drogas ilícitas dentro de sua casa. Carolina nos sinaliza que o uso de substâncias esteve muito relacionado desde o início com ocupar espaços públicos: “Desde pequena sou criada dentro de casa. Só saí de dentro de casa pra fumar maconha na rua e quando fui pra rua de verdade no crack foi muito horrível” (CAROLINA, entrevista em 20/05/2022).

Como o uso de substâncias psicoativas é um tema silenciado, proibido, a experiência se passa na rua, nos espaços públicos. Carolina tem algumas opções de existência impostas: ou habita ‘limpa’ a casa de sua família, ou habita ‘limpa’ o manicômio. Após a alta de sua primeira internação, Carolina foi usar drogas. Ela se recorda que estava próxima à data de seu

²⁷ Um artigo que pode exemplificar a construção da imagem do homem heterossexual como protagonista a partir do consumo de álcool pode ser acessado a partir do link: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912012000200005

aniversário: “foi um dos aniversários que eu passei internada de novo. Porque eu fui usar droga e quando eu voltei pra casa minha mãe me internou de novo. Mas aí fiquei só no municipal” [emergência psiquiátrica do hospital municipal](CAROLINA, entrevista em 20/05/2022).

Carolina compartilha um pouco de sua vivência na relação com as drogas ilícitas, a rua e o tráfico:

Logo com 17, 16 anos eu enfiada nessa mata aqui de casa. Na mata ali embaixo, tem uma de cada lado, duas biqueiras do bairro. É onde eu ficava. Cansei de ficar dias e noites naquela mata, dormindo em sofá sujo, dormindo sozinha, não tinha companhia, não tinha gente de bom coração. A gente não acha ninguém de bom coração, homens principalmente. Esses homens fala que vai nos ajudar, mas vai ajudar, ajudando eles. Então nunca valeu a pena. (CAROLINA, entrevista em 20/05/2022).

Em 2020, em um conflito de seu companheiro da época com outras pessoas, Carolina levou facadas pelo seu corpo. Ela tinha 17 anos: “Passou na tv: ‘Moradora de rua esfaqueada na Avenida Brasil com 17 anos’. Levei três facadas. Cheguei desmaiada no hospital. Fiquei dez dias internada pra fazer cirurgia no braço, pra colocar ferro e pino, foi três lugar quebrados. Essa vida que eu vivo hoje é muito gostosa, não a vida que eu vivo na rua, aqui em casa” (CAROLINA, entrevista em 20/05/2022). O corpo, tratado como abjeto e objeto, habita a rua, a única que a aceita democraticamente e que, ao mesmo tempo, lhe é hostil, que perfura e a habita pela carne. Carolina guarda as marcas, mas também a forma como resiste.

Fátima conta que nas idas e vindas de Carolina no uso e não uso de drogas ilícitas, ela sempre volta para casa sob efeito de substâncias, com alguns movimentos repetitivos, tremendo. Além de adentrar em casa sempre com machucados, suja e os cabelos embaraçados. A mãe conta que seus cabelos sempre foram lindos, encaracolados. Fátima pede para que Carolina apenas deixe a roupa do lado de fora da casa e siga para o banho. Depois Carolina solicita as medicações e passa aquele dia com falas mais desconexas. Já se tornou uma rotina. Ela percebeu que Carolina aguenta por volta de dois dias dentro de casa e fica por volta de cinco dias fora para fazer o uso de crack, o que em nossos encontros não se cumpriu, visto que Carolina passou mais de um mês em sua casa. Ela conta que uma vez Carolina se deitou no sofá, onde estávamos naquele momento, e começou a se contorcer, a tremer. A única coisa que a mãe pôde fazer foi sentar-se próxima a ela e chorar. Ela perguntou a Carolina: “até quando, isso?” (FÁTIMA, entrevista em 17/09/2021).

Em nosso encontro, Carolina compartilha a experiência da abstinência em sua casa:

Já são 5, 6 dias sem nada. Agora nem maconha eu to querendo pegar muito. Eu to me esquivando. Se não fosse você agora, eu não sei o que eu ia estar fazendo, se já ia ter surtado saído correndo pra fora do portão. Mas eu to me segurando, eu ia dormir. Deitar na cama e apagar, pra tentar esquecer das coisas porque é tão difícil, saber que tá ali, numa, duas esquinas pra baixo, e você ter que se segurar. (CAROLINA, entrevista em 20/05/2022).

Carolina conta que o desejo do uso a leva a imaginar cenários possíveis para escapar das entranhas da casa: “tem dia que eu acordo com ela na cabeça, já falo ‘hoje eu vou usar, vou fazer qualquer coisa pra sair de dentro de casa só pra fugir da minha mãe, e eu vou usar’”(CAROLINA, entrevista em 20/05/2022).

Após nosso último encontro, Carolina retornou para as ruas, para a experiência do crack. Sua mãe me mandou recados dizendo de seu esgotamento e desapontamento. Junto de seus recados, um vídeo de um sujeito que se intitulava terapeuta e que dizia que o drogado tem que perder tudo para aprender a valorizar a família. Esse sujeito convocava as famílias a negarem apoio aos seus familiares que usam drogas ilícitas, se referindo principalmente ao crack, com uma fala raivosa, peito estufado e postura agressiva. Fátima buscava apoio naquele momento de raiva e encontrava a substância que alimentava esse afeto na mídia. O sujeito em questão possuía uma clínica antidrogas, uma comunidade terapêutica na qual mantinha adultos e adolescentes institucionalizados²⁸. Tal clínica foi denunciada em 2018 por indícios de maus tratos, trabalhos forçados e tortura.

Não há diálogo para quem transita e margeia desafiando aos mandos sociais, para quem resiste a habitar unicamente reduzida a muros. Lembro-me de ver Carolina sentada em uma praça com outra pessoa. A reconheci pelos seus cachos. Semanas depois Fátima me enviou fotos de partes do corpo de Carolina que estavam queimadas e machucadas. Ela me conta que Carolina chegou em casa e pediu: “eu quero a minha família de volta”. Carolina foi levada para o hospital geral e depois encaminhada para o leito psiquiátrico dessa mesma instituição. Fátima me conta que ninguém a visita; todos seguiram suas vidas, segundo ela.

Perpassando pelas marcas deixadas pelo proibicionismo e toda a violência que permeia tal discurso, as adolescentes também nos contam de vivências que dizem respeito aos rótulos de gênero. Assim, expressar-se era considerado também sintomas pertinentes a determinação de um transtorno mental, que se traduz no isolamento e suposto tratamento das

²⁸ Para saber mais sobre a comunidade terapêutica em questão e as denúncias direcionadas a ela, acesse a notícia pelo link: <https://theintercept.com/2019/03/10/tratamento-drogas-governo/>. Três semanas após nossa conversa, verifico as notícias: o sujeito está estampado, preso por ameaçar o Superior Tribunal Federal e um presidencial. Na semana dessa notícia circularam vídeos dessa figura anunciando que deveriam ser mortas as pessoas consideradas ‘de esquerda’, além de seus registros de treino de tiro. A informação pode ser acessada pelo seguinte link: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/radioagencia-nacional/seguranca/audio/2022-07/pf-prende-homem-por-ameaca-ao-stf-e-ao-estado-democratico-de-direito>

adolescentes. Pretendemos, no próximo Ato, conhecer estas vivências que ditam uma forma correta de expressar o gênero, a sexualidade e que nos dizem de uma vigilância nos modos de ser das adolescentes.

SÉTIMO ATO

*Ela tentou avisar a família que sua prima era abusada.
 Ela era estuprada por traficantes.
 Ela foi assediada pelo padrasto.
 Ela não obedecia a mãe.
 Ela se cortava com as vivências sem nome.
 Ela viu a irmã assassinada.
 Ela socou os vidros do hospital.
 Ela via gotas de sangue de outra mulher pingando pelo corredor enquanto
 esperavam em fila, nuas, tampando com as mãos seios e ventre.
 O sangue vinha do útero.
 Ela foi ameaçada por cortar o cabelo e parecer um menino,
 ela foi acusada de beijar outras meninas.
 A ela impunham regras, sempre regras, sem sentido – apenas ordens de
 como habitar aquele espaço de maneira submissa.
 Ela tinha o passo lento, vomitava a intoxicação de remédios.
 Ela dizia que estava tudo bem para sair logo daquele lugar sufocante.
 Ela se angustiava pelo relógio parado, pelos dias perdidos.
 Ela sabia várias formas de se matar lá dentro.
 Ela sentiu a chuva quando saiu.
 Ela abraçou.
 Ela se desacostumou com os sons externos.
 Vocês escutam os gritos?*

(Mariana – Diário da pesquisadora; escrita resultante da (in)disciplina Cartografia, território e subjetividade)

Cena 1. Gênero e sexualidade no manicômio

Débora percebia, num ambiente de 46 meninas, de cuidadoras mulheres, a falta de união, na qual não enxergava “nenhum apoio de verdade, sabe, nenhuma união, eu sentia muita falta disso, porque tipo, parecia um ambiente muito machista, só que sem homens. Reproduzia os comportamentos e os pensamentos machistas, sabe!?” (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021). Elas se xingavam entre si, “elas reclamavam ‘olha como a roupa dela tá curta’ sabe? Tipo, ‘nossa, olha como ela tá vestida...’” (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021). Ela se recorda de uma menina internada que possuía algum problema neurológico e havia sido estuprada pelo padrasto. Ela falava “besteiras”, mas para Débora eram comportamentos normais vindos de uma pessoa que sofreu abuso. As outras meninas comentavam que ela não havia sido estuprada; pelo jeito que ela se comportava, ela que havia pedido, ela que quis ter relações sexuais. Débora brigou com outras meninas por esse tipo de julgamento: “Eu nunca

cheguei a bater nem nada, mas eu sempre discutia, porque dessas coisas. E é uma falta, nossa, uma falta de humanidade, era bem triste” (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021). Ela também se recorda de outra menina, usuária de crack, que havia vivido na rua e que comia alimentos do lixo do refeitório; ela também sofria bastante preconceito na internação. Comento com ela que me parece que nós enquanto mulheres somos estimuladas a sermos inimigas umas das outras, mesmo vivenciando situações muito semelhantes como abuso, assédio, controle de nossa sexualidade, das proibições pelo simples fato de sermos mulheres.

Vanessa e as outras adolescentes conversavam sobre os motivos de terem sido internadas. Ela se lembra das três amigas que fez durante a internação, que ficaram mais tempo institucionalizadas do que ela. Recorda de uma amiga, moradora de Curitiba, que estava grávida e ficaria 6 meses internada. Vanessa me conta que aquela amiga já havia passado por outra gestação na qual sofreu um aborto após ser espancada pelos pais. Ela havia sido abusada por pelo menos 3 homens por dívidas com drogas. Ela pagava novamente com a internação. O corpo não lhe diz respeito, pertence a todos como alvo de violências, do estupro ao espancamento, do aborto à internação.

O acesso e controle do sexo e da sexualidade, principalmente das mulheres, expressa uma estratégia de vigilância sobre os corpos e existências, ditando quem deve nascer, quem deve reproduzir-se, qual vida é menos importante ou mais barata para o mercado, e que, portanto, deve-se deixar morrer. Nesse sentido: “o corpo feminino tem sido tratado como especialmente ameaçador para a estabilidade moral e social” (VIEIRA, 2002, p. 25) e precisa ser regulado, normatizado, enquadrado em regras, sejam essas baseadas em crenças religiosas, mágicas e/ou, posteriormente, médicas. As regras não precisam fazer sentido ou seguir uma coerência, mas tão somente sujeitar os corpos.

Vanessa relata sobre outra menina de 11 anos que estava lá por se cortar e que, durante a internação, arrancou com as mãos os pontos dos braços. Ela imaginava que a dor daquela criança era a mesma dor que ela tinha. Diante das vivências das outras meninas, Vanessa pensava nos próprios problemas, compreendendo que cada dor é única e importante. Foi um movimento de empatia sem desvalidar o que ela também vivenciou. Ela se encontrou com as peles das existências marcadas de dores. Porém, ela também se culpava por achar que criara os próprios problemas.

Vanessa acha que as meninas se curavam sozinhas lá dentro e não graças a um cuidado que, para ela, não existia. Relata que descobriu sozinha que conseguia controlar sua

raiva. Ela compreendeu que se fosse colaborativa e não se envolvesse afetivamente com as outras meninas, sairia mais rápido da internação hospitalar, a qual ela compreendia como um castigo. Aqui Vanessa nos dá uma dica a respeito da percepção de Débora sobre o comportamento das meninas institucionalizadas. Tal era a forma de subjetivação imposta na internação psiquiátrica: o não-envolvimento, o distanciamento entre as internas. O manicômio sustenta uma lógica individualista em que as adolescentesculpam-se pensam que a cura do sofrimento deve acontecer de forma solitária.

Vanessa reparou durante sua internação que os profissionais anotavam nos prontuários sobre as meninas que ficavam com outras meninas, e traduziam o beijar como “atitudes libidinosas”. “Ah, você é muito bonita para querer uma mulher (VANESSA, entrevista em 22/12/2020), eram falas desse tipo que ouvia dos profissionais do Hospital psiquiátrico compreendidas por Vanessa como julgamentos a respeito de sua orientação sexual. Vanessa pensa que apesar de ser um lugar de tratamento, eles estavam reproduzindo um preconceito. Entre as adolescentes, elas não conversavam sobre sexualidade. Parece que esses desejos que emergiram naquele contexto hospitalar, expressões de vida naquelas existências, deveriam ficar escondidos e em silêncio. A mínima possibilidade de um desejo, de compreender seus afetos, era traduzida nos prontuários em termos médicos.

Débora conta que, para que não ocorressem “atitudes libidinosas, que é uma coisa que eles chamam lá dentro, que é beijar, essas coisas” (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021), a equipe do hospital separava os quartos. Ela estava no quarto 3, quarto apelidado como dos “machinhos”. “Meninas de cabelo curto iam pro quarto. Daí todo mundo lá tinha cabelo curto e usava roupa masculina, eu era a única que tinha cabelo curto e usava roupa feminina” (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021), o que, para ela, era algo questionável. Não

havia reclamação quanto à separação dos quartos, não percebiam como exclusão, mas ela achava essa atitude chata. Débora pensa que eles fizeram esse quarto para que elas se sentissem confortáveis, “com outras pessoas iguais a você” (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021), com pessoas com as quais se identificavam. Depois mudaram-na para outro quarto que ela descreve como de “meninas normais”. Débora nos sinaliza a ideia de pertencimento e participação em identidades ou em modos de existir.

Segundo Zanello (2018), o gênero se apresenta como um determinante social importante na compreensão dos processos de saúde mental. A autora apresenta o gênero como um conceito relacional e instável que implica em relações desiguais de poder. Com a

construção da cisgeneridade, o binarismo homem/mulher e da heterossexualidade e sua naturalização e caráter normativo, produz-se também seus outros percursos, suas oposições (PRECIADO, 2017). Essa transição caracteriza-se como uma nova caça às bruxas no sentido de explorar e demonizar os corpos que se localizem fora de um sistema de representação sexual heterocentrado. O feminino é tratado como potencial patologia que deveria ser controlada. Apresentar formas de ser outras ou desejar de maneira diversa daquilo que é considerado normal é vivenciado pelas adolescentes como algo passível de correção e punição no manicômio. Zanello (2018) nos lembra que ser pessoa em uma sociedade sexista pressupõe definir-se homem ou mulher, tendo uma aceitação e internalização das distinções, dos traços e papéis dentro de uma identidade socialmente e interpessoalmente aceita. As mulheres, por meio de dispositivos e pedagogias afetivas, internalizam os *scripts* culturais²⁹, legitimando o ser mulher, ou seja, os traços, papéis e formas de ser de desvalorização e subordinação. Somos convocadas a ter que provar a todo momento o que é ser ou estar mulhere o quanto isso não é risível, a caber dentro de uma fôrma e ter que se reorganizar a cada momento, questionar-se e vigiar-se a todo instante.

Carolina compartilha que uma TO de um hospital psiquiátrico ditava como seu corpo deveria se comportar: “faz que nem menina, fica que nem menina, fecha as pernas” (CAROLINA, entrevista em 23/06/2022). Isso reafirma a exigência de uma forma de se comportar que corresponda à construção do gênero (ZANELLO, 2018). Carolina também notava que as enfermeiras não queriam ter ‘trabalho’ e se atentavam quando algumas meninas passavam a ficar mais em companhia de outras meninas “se está andando demais com a menina, andar todo dia com a pessoa, você já está querendo alguma coisa. Eu me apego muito nas mulheres, na amizade, eu me apego. E elas sempre tiveram um preconceito. Aí se vai conversar com homem elas também acha ruim” (CAROLINA, entrevista em 23/06/2022). Em uma internação na Ala Psiquiátrica do Hospital Geral, Carolina foi amarrada e sedada após a enfermeira encontrá-la beijando outra adolescente:

Aí a tia chegou com as cordas:

- Carolina, eu vou ter que te amarrar, vou ter que te dar injeção, que ela tá falando pra mãe dela que você agarrou ela. Falei pra mãe dela que era mentira, que ela que tava no seu quarto te agarrando. Mas vou ter que te amarrar do mesmo jeito, tá?

²⁹ Os *scripts* culturais podem ser compreendidos como práticas que ditam os modos de agir, de ser, de pensar, de sentir, moldando os comportamentos e ditando as diferenças de gênero (ZANELLO, 2018).

Me amarrou, deu injeção, babei. Acordei a tarde já estava sem as cordas...(CAROLINA, entrevista em 20/05/2022).

Aqui entramos em contato com a ala psiquiátrica inserida em Hospital Geral, o que nos leva a questionar qual a diferença entre esse modo de internação e os manicômios. As contenções física e química são utilizadas como punição frente aos comportamentos tidos como inadequados ou indesejados e vêm como uma tentativa de suprimir os desejos e as expressões de sexualidade e dos desejos das adolescentes. como explica Foucault (1988):

o sexo das crianças e dos adolescentes passou a ser um importante foco em torno do qual se dispuseram inúmeros dispositivos institucionais e estratégias discursivas. É possível que se tenha escamoteado, aos próprios adultos e crianças, uma certa maneira de falar do sexo, desqualificada como sendo direta, crua, grosseira. Mas, isso não passou da contrapartida e, talvez da condição para funcionarem outros discursos, múltiplos, entrecruzados, sutilmente hierarquizados e todos estreitamente articulados em torno de um feixe de relações de poder (p. 31).

Não que não se diga ou se reprima o discurso da sexualidade para crianças e adolescentes, deparamo-nos com uma ortopedia do saber da sexualidade, um controle por formas do discurso.

Já conversamos que a expressão do medo e da insegurança de uma existência frente a instituição psiquiátrica, na contemporaneidade, é contornada por meio de drogas psicofarmacológicas. O corpo deve estar adormecido, entorpecido, insensível à violência e à submissão do saber-poder médico-psiquiátrico. Os corpos de meninas-mulheres, quando se expressam fora da norma heterossexual/cis, são penalizados e devem ser contidos, punidos, sendo direcionados a obedecerem a uma fabricação dos corpos heterocentrada (PRECIADO, 2017). A medicina determina a verdade sobre os corpos e o discurso médico reduz homens e mulheres, essencialmente, à uma condição biológica também construída.

Carolina ainda se recorda da diferença de cuidado da ala feminina e da ala masculina nos manicômios por onde passou. Ela destaca que as mulheres ficavam todas juntas, independente das diferentes demandas de cuidado. De maneira oposta, os homens dispunham de alas separadas. Os homens das diferentes alas não se misturavam, segundo ela. A terapeuta ocupacional se desdobrava para atender as alas masculinas e quase não sobrava tempo para ir à ala feminina: “Senão só os homens. Nossa, não sei se você percebe, mas até nos internamentos os homens têm mais preferência que a gente, até nos internamentos.” (CAROLINA, entrevista em 20/05/2022). Carolina entendia que algumas vantagens, que ela considerava relacionada a liberdade, eram atribuídas aos homens nas internações: “Sabe o que eles podem fazer? Eles podem ir na ala feminina levar roupa suja, pegar roupa suja”

(CAROLINA, entrevista em 20/05/2022). Ela percebia que essa diferença, inclusive, facilitava a fuga deles. Normalmente, mulheres eram feitas de reféns para que os homens escapassem das entranhas do hospital psiquiátrico: “Teve várias fugas quando eu tava lá, eles pegavam de refém as mulheres no refeitório, as vezes eles arrumavam tesoura, negócio de apontador. Você não pode dar tanta asa pra eles, eles pegam, escondem e leva pra pegar as mulher. Eu já vi fuga assim, colocaram a mulher refém, abriram tudo as portas e saíram logo” (CAROLINA, entrevista em 20/05/2022).

Débora percebia outras formas de repressão no âmbito hospitalar quanto a forma de se vestir. Elas não podiam usar shorts ou blusas decotadas no plantão do enfermeiro homem. Mas compreendia que “eram só adolescentes querendo usar as roupas delas” (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021). Ser proibida de usar uma roupa por causa de uma figura masculina que trabalha no próprio hospital parecia ser o discurso e prática reproduzida, conforme relata Débora. A presença do enfermeiro homem não chegou a ser desconfortável para ela. Somente achava estranho as meninas paquerarem os homens que faziam a manutenção dos espaços, porque se tratava de homens de mais de 40 anos e as meninas tinham apenas 16 anos. Corpos por vezes abusados, assediados, entorpecidos. Esses corpos representam os desejos, a proibição, o pecado e a transgressão, bem como a sua potencial transformação em objetos sexuais.

O hospital proibia as adolescentes em produzir as denominadas “falhas” na sobrancelha depois que quase todas fizeram. Isso virou assunto de reunião entre os funcionários do hospital e eles passaram a proibir esse estilo de sobrancelha. Algo que ela considerava simples, ela se sentiu oprimida. Meninas que tinham cabelo curto não podiam manter o corte curto, era considerado proibido. Elas não tinham a opção de passar a máquina para fazer o estilo *side-cut*. Ela também não pôde manter o corte de cabelo curto. “Foi bem ruim, porque eu gosto de me expressar através das minhas roupas, através das minhas maquiagens, mas tipo, teve uma vez, que eu maquiei umas dez meninas de lá, só pra fazer a maquiagem que eu faço quando vou sair, e elas adoraram, sabe, tava super diferente pra elas” (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021). Segundo Débora, no dia da maquiagem, uma funcionária mandou-as tirar “aquilo” do rosto, porque estava ridículo e disse: “onde já se viu, está quase na hora de dormir e vocês fazendo essas coisas” (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021).

Pra mim é muito horrível você não poder se expressar, sabe, porque eu me expresso assim, eu gosto de ser assim, e você não poder, é [pausa] horrível. Na internação ela só tinha acesso a um espelho pequeno, “eu ficava, ‘cara

essa não sou eu, eu sei que eu to aqui, mas eu não tô me vendo’, e, aí, é muito difícil (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021).

Tais relatos me mobilizaram bastante, principalmente, por ela não conseguir se enxergar, identificar-se diante do espelho. Recordo-me ainda da música de Arnaldo Antunes, O buraco do espelho “O buraco do espelho está fechado / Agora eu tenho que ficar agora / Fui pelo abandono abandonado / Aqui dentro do lado de fora”, no apagamento das existências.

Débora ficava triste pelas outras meninas pelo julgamento e repreensão frente à orientação sexual delas e que reproduzia um preconceito; também o ato de julgá-la e categorizá-la com o termo “machinho” por ter cabelo curto e pelas vestes. Pensamos juntas que isso reproduzia os preconceitos, porém essa é a forma de funcionamento do hospital, ela diz “só que, é assim que é lá, sabe!?” (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021). As meninas que tinham cabelos longos não podiam ir para o quarto rotulado dos “machinhos” e as meninas de cabelos curtos não podiam sair deste quarto “como se algo muito ruim fosse acontecer [rimos juntas]” (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021). A impressão que tenho com essa partilha é a de que o hospital trata as orientações e identidades como doenças transmissíveis que precisam ser isoladas. Assim como Débora passou um tempo isolada em um quarto devido à pandemia da COVID-19, também foi isolada por suas características físicas e escolhas de estilo.

As adolescentes participantes contam que as outras internas se interessavam, ou como elas descrevem, ficavam “assanhadas” com as outras garotas classificadas como “machinhos”. Segundo Débora, no quarto das denominadas “machinhos” todas as meninas eram muito reservadas. No outro quarto não havia privacidade, as meninas tomavam banho de porta aberta ou entravam no banheiro enquanto outra tomava banho. Recordo-me da ala das adultas, dos banhos coletivos com as mulheres nuas em fila do lado de fora.

As adolescentes que eram denominadas de ‘machinhos’ não deveriam dividir espaço com as meninas tidas como normais e tinham, segundo relata Débora, seus comportamentos mais vigiados e punidos na instituição psiquiátrica. Não importa se eram meninas lésbicas, meninos transexuais ou meninas com formas de expressar um estilo que não corresponda ao dito feminino. A sexualidade que foge aos moldes é tratada como contagiosa, desinibida, ameaçadora.

Débora percebia que o hospital exercia um controle sobre a sexualidade das adolescentes. Ela também relata que algumas adolescentes se dirigiam ao quarto dos “machinhos” durante a noite e beijavam outras meninas enquanto elas estavam dormindo, o que para ela representava uma atitude grave de assédio. Débora acha que os profissionais do hospital psiquiátrico tentavam controlar esse tipo de acontecimento.

Mas tinha meninas lá que assumiam, assumia pra psicóloga, assumia pra doutora, falava ‘ai, to namorando fulana’, só que qualquer coisa que ela fizesse, se ela fosse no banheiro do pátio, se alguém visse as duas indo ia marcar ‘atitudes libidinosas’ no livro delas, entendeu? Mas eu acho bem estranho, sabe, é só beijo, não tem nada de mais, eu acho (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021).

As adolescentes eram mais perseguidas por conta de uma orientação sexual que fugisse à heterossexualidade. Se tinham as denominadas “atitudes libidinosas” elas perdiam de 1 a 2 semanas do direito de ligação para a família. Tirar o único contato com a família como uma punição era muito doloroso, segundo Débora. Houve uma situação em que afirmaram que ela havia ficado com uma menina e ela entrou em desespero, chorou muito e pediu apoio para a psicóloga. A psiquiatra ameaçou que se acontecesse novamente ela ficaria sem o direito à ligação para a família. A punição era restringir o resto de liberdade que tinha, que era falar com sua família. Para ela era uma atitude cruel, era a única oportunidade na qual ela se agarrava, que trazia conforto. Penso nessa sensação de ameaça, de perder ainda o que lhe restava do contato com o mundo de fora, do risco de sentir-se desamparada.

As meninas tinham os considerados “comportamentos libidinosos” tidos como uma ameaça. As adolescentes descrevem que o beijar era arriscado e vinha como sintoma a ser anotado em prontuários, o soco no vidro é tido como descontrole, a dor no dente é ignorada, o sofrimento é diagnosticado.

Cena 2. Violências de gênero e abusos sexuais vivenciados pelas adolescentes

Vanessa conta sobre o tio, padrasto e abusador de sua prima. Ela se recorda que ele ficava tocando as pessoas quando falava que eram bonitas. Ela pensa que se algo acontecesse de pior, ou seja, um abuso, as pessoas ao redor não julgariam o padrasto, mas ela, mulher, que supostamente teria dado brecha para isso, que deixou com que isso acontecesse. Ela conta que nunca aconteceu com ela, mas que aconteceu com a prima, que foi abusada sexualmente por esse mesmo tio.

Ela conta que sua prima sofreu abuso dos 07 aos 15 anos e que só agora, com mais de 20 anos, contou para a família. Vanessa acha que sua prima deveria ter falado antes, pedido ajuda. Ela compreende que a prima é diferente dela e tem medo de magoar as pessoas. Também compreende o quanto a prima poderia se sentir pressionada a se calar pelo fato de o abusador morar e conviver com ela cotidianamente. O abuso é um assunto surdo, ignorado.

A culpa é um sentimento que aprendemos desde muito cedo. Quantas são as mulheres que percebem na fase adulta já terem sofrido algum tipo de abuso na infância e que não foi validado pelos familiares, construindo um sentimento de culpa, de invasão, de corpo-sujo e desvalido de silêncios e medos? Vanessa compartilha que seu comportamento se baseia no medo da visão e julgamento de terceiros e na adequação da forma de comportar-se para não ser julgada. Ela me conta que aprendeu a diferenciar uma amizade com pessoas da mesma idade e o assédio vindo de homens adultos, tendo visto isso em filmes. Ela sobrevive e tenta escapar solitária e silenciosamente aos abusos validados socialmente.

Carolina conta sobre os desdobramentos de seu primeiro relacionamento:

Ele brigava comigo se eu não quisesse transar com ele. Eu lembro até hoje as brigas, qualquer construção que ele via ele queria entrar pra transar comigo. [...] Eu tinha 13 anos, eu não poderia saber [...] Ele queria de tudo um pouco que eu tinha, e eu não tinha muita coisa pra dar, eu era uma menina, ele foi meu primeiro namorado, meu primeiro casamento. Foi um 'juntamento', a gente só ficou 3 meses junto. Aí chegou o dia que eu quis terminar e ele me bateu, eu não denunciei. Fui namorar com outro, depois voltei com ele, e ele me bateu de novo, nós saiu na briga, no soco, ele jogava minhas roupas e chutava. Foi um namoro abusivo, bastante. (CAROLINA, entrevista em 20/05/2022).

Porém, antes de seu primeiro relacionamento, Carolina já havia experienciado outras violências e abusos. Carolina recordara, em nosso primeiro encontro, sobre a violência que seu pai praticava contra sua mãe. A violência de gênero presentificada no espaço doméstico

“acaba produzindo consequências nefastas uma vez que filhos/as são expostas cotidianamente no interior de suas famílias, incorporando-a como naturalmente violenta, cujo controle sobre as mulheres é visto como parte das relações habituais” (BANDEIRA, 2017, p. 29). Para Carolina, tais vivências levam-na a questionar a própria existência: “Então eu penso, pra que a gente tá no mundo né? Pra ser abusada, pra ser maltratada, pra ser julgada, chamada de lixo. Meu pai já falou que eu sou um lixo, meu pai já me chamou de puta, meu próprio pai me ponhou lá embaixo” (CAROLINA, entrevista em 20/05/2022).

Ela somente rompe com outra vivência de silenciamento em sua primeira internação de longa permanência. Carolina contou no primeiro contato com a psicóloga do hospital psiquiátrico que ela era abusada sexualmente por seu avô, padrasto de sua mãe. Os abusos aconteceram desde seus 7 anos até por volta dos 12 anos de idade. Ela nunca havia contado para sua mãe e tinha medo de que as irmãs de 10 e 13 anos passassem pela mesma experiência:

Era meu vô, amava ele como vô. Quando eu tinha 7 / 8 anos, ele falava pra mim ir lá, pegar moedinha no quarto dele, me colocava no colo dele ficava alisando minha coxa, chegou a alisar meu peito, chegou a ver minha periquita querendo mexer. Isso me deu nojo. Pra mim aquilo é carinho de vô. Até um dia que eu tava tomando banho, era pequenininha, falei:

- Vó tem um machucado na minha [inaudível].

- Fia, mostra pro seu vô.

Ela tava lá no fundo lavando roupa. Sempre que eu ficava na minha vô ela estava no fundo lavando roupa, então ela não via nada dentro de casa. Aí eu fui mostrar pro meu vô e ele foi querer pôr a mão. Quando ele foi querer pôr a mão eu fechei a toalha e falei:

- Não, pode deixar vô, depois eu mostro pra vô.

Aquilo eu raciocinei e vi que não era vô, não era carinho de vô. E eu tenho uma imagem na minha cabeça de ele ter tirado os órgãos pra fora e ter pegado a minha mão e ter forçado a colocar no bagulho dele. Mas eu tenho, muito irrelevante a memória, mas eu sei que não foi vô, o que ele fez comigo não foi vô, não foi carinho e amor de vô. (CAROLINA, entrevista em 20/05/2022).

Fátima, mãe de Carolina, descreve a lembrança do seu retorno da conversa com a psicóloga do hospital psiquiátrico remoendo e revivendo aquele conteúdo do abuso sofrido pela filha que ecoava em sua cabeça, enquanto o ônibus seguia viagem. Foi somente naquele momento que ela conseguiu validar e acreditar no que a filha havia contado.

Na época, a família não acreditou no relato do abuso de Carolina; a mãe foi taxada de louca e Carolina de drogada por parte de toda a família. Carolina chegou a denunciá-lo pelos abusos:

A intimação tá correndo, era pra eu ter ido, mas eu tava na rua, e minha mãe achou melhor deixar quieto. Quando ela foi lá, brigou com ele, minha vó falou pra minha tia ligar pra minha mãe, pra falar que ela não existia mais pra minha vó. Ele é um velhinho, é tão generoso com todo mundo, conversa, brinca, dá risada. Depois que eu descobri que aquilo era um abuso, ainda indo lá, ele vinha e falava:

- Cê não quer uns 2 reais não?

- Eu quero, dá aí.

- Vem aqui no quarto.

- Não vô, pode deixar quieto.

E ia pra escola correndo. Eu achei tão ridículo o que ele fez comigo. (CAROLINA, entrevista em 20/05/2022).

Fátima e Carolina relatam que até hoje elas não têm contato com o avô que abusou de Carolina, somente recentemente a avó de Carolina voltou a frequentar a casa delas. Carolina despertou uma vivência tão dolorosa, com a desejo de proteger suas irmãs. Carolina compartilha um desejo conformado, adaptado. Sua história de abuso e violência sofridas na infância ganham outras marcas na adolescência, se repetem por outras violências, dentre elas as perpetuadas pelas internações psiquiátricas.

Subcena2.1 O corpo como moeda de troca para o consumo de droga

Carolina conta que logo no início de sua vivência nas ruas, seu corpo passou a ser objeto de troca para acesso ao crack:

Tinha as pessoas de boa amizade e tinha as pessoas ruins. Os caras, a maioria, conhece meu pai. 15 anos eu não sabia nada da vida quando comecei a usar drogas e meu pai ainda tentou ponhar o pé, mas viu que não tinha jeito. Os amigos do meu pai começaram a saber que eu era filha dele, por causa de uma “bolinha”, eles queriam que eu desse pra eles. (CAROLINA, entrevista em 20/05/2022).

Carolina percebe-se como objeto possível de acesso às drogas ilícitas, se adapta a essa nova dinâmica social e passa a exigir trocas consideradas mais justas: “Quando eu comecei a conhecer realmente a rua, como a vida é, você não tem que abrir as pernas pra todo mundo que te dá um traguinho, porque você pode abrir as pernas por mais de uns tragos, aí eu fui dispensando esses e fui arrumando outros” (CAROLINA, entrevista em 20/05/2022). Seu corpo habita a função de objeto de acesso a prazer aos outros sujeitos que habitam a rua. Não tive a oportunidade de conversar com Carolina sobre sua relação com seu corpo, o que para mim deixa um espaço de perguntas. Como ela percebia a possibilidade de sentir prazer em seu corpo, para além do uso das substâncias psicoativas? Ela teve a oportunidade de experienciar outras formas de prazer?

“Eu sei onde tem droga, tá logo ali, se eu quiser eu vou correndo, não precisa ter dinheiro nem nada, só a buceta, que hoje as mulher não precisa de nada não, chegou numa esquina já faz 30, 50 reais, uma biqueira na esquina de baixo” (CAROLINA, entrevista em 20/05/2022).

Indiretamente compreendemos o lugar de Carolina como objeto, que vivencia a violência de gênero. Não queremos nem vitimizar Carolina e nem anular o fato de que ela toma decisões a partir de seu desejo. Carolina nos dá pistas de como seu corpo é objetificado, inclusive ao longo de sua história de vida. Ela vai se acostumando como objeto de violência sexual, corpo esse assediado, utilizado como objeto de troca. As violências compartilhadas por Carolina tratam-se de instrumentos de domínio e de controle do corpo feminino, entendendo que “as raízes do exercício de poder são desiguais entre homens e mulheres; e nesse sentido, a expressividade da violência masculina não se manifesta frente ao que é visto como seu igual, ou a aquele que está nas mesmas condições de existência e de valor que o perpetrador” (BANDEIRA, 2017, p. 29). Na vivência das ruas, Carolina nos diz, para além da

solidão, da desigualdade marcada no corpo. As violências que perpassam e expropriam seu corpo também nos dizem sobre seu sofrimento e adoecimento.

Cena 3. Compreensão do feminino – como as adolescentes se percebem

Somos mulheres: isso nos é imposto como uma sentença e condenação. Toda uma tecnologia produziu e distinguiu dois grupos separados, como homens e mulheres, sendo suas naturezas também distintas. “Se é verdade que na sociedade capitalista a identidade sexual se transformou no suporte específico das funções do trabalho, o gênero não deveria ser tratado como uma realidade puramente cultural, mas como uma especificação das relações de classe” (FEDERICI, 2017, p. 31). A restrição a dois grupos nos traz a noção de construção de gênero e nos adianta o fato de que pessoas que se identificassem de outras formas que não previstas pelo ‘padrão’ binário homem/mulher também seriam consideradas transgressoras desse padrão de normalidade. O homem cis branco e hétero não precisa afirmar-se homem: ele é cidadão. Já mulheres negras e brancas, homens negros, cis ou trans, hetero ou homossexuais, precisam afirmar-se como tais para terem minimamente suas existências validadas em determinados contextos. A concepção de corpo feminino passa por transformações a partir da ideia de controle e contenção, compreendendo que estas continuam arraigadas às suas origens. Ou seja, prevalece ainda na atualidade um discurso a respeito dos corpos compreendidos como orgânicos, naturais, que exclui o social e que determina a identidade e os direcionamentos dos desejos.

Vanessa não seguia os preceitos da boa menina, amigável, receptiva, submissa aos abusos familiares. Ela declara que não se vestia como uma menininha comportada, de roupas cor-de-rosa e se descreve como um moleque que ficava na rua, tinha mais amigos meninos, vestia roupas largas e por isso era muito julgada. Ela me conta: “minha mãe sempre me julgava, ‘ah, a Vanessa é um mulecão’ mas por que que eu fui? Pelo fato de sempre estar jogada e ficar com menino, até acho que é mais fácil fazer amizade com menino do que fazer amizade com menina” (VANESSA, entrevista em 22/12/2020). Ela comentou que independente da forma como nos vestimos, somos julgadas, se vestimos de uma forma confortável, julgam como mais masculino, se nos vestimos com roupas mais curtas, somos julgadas como fáceis, “pedindo para ser assediada. Se não passo maquiagem, não sou feminina, agora que passo sou muito oferecida” (VANESSA, entrevista em 22/12/2020).

Vanessa aproveita o momento para comentar que não sabe se gosta de meninas ou de meninos, pois sente atração por ambos. Ela não manda nesses sentimentos e compreende que não se trata de uma simples escolha. Ela conta:

Minha prima fala assim que eu tenho que escolher um dos dois, porque se eu ficava com os dois era sem-vergonhice, sabe!? Só que eu penso assim que é uma coisa que você não escolhe, se você escolher aí sim é uma sem-vergonhice, que nem você gosta de menina e de menino tanto faz, aí a pessoa fala pra você escolher um e você escolhe o homem aí fico só com homem. Quem escolhe o homem por causa da família sempre vai ter atração por mulher, não tem negócio (VANESSA, entrevista em 22/12/2020).

Como diz a música do Legião Urbana, Meninos e meninas: “Quero me encontrar, mas não sei onde estou / Vem comigo procurar algum lugar mais calmo / Longe dessa confusão e dessa gente que não se respeita / Tenho quase certeza que eu não sou daqui / E eu gosto de meninos e meninas”. Ela também não entende porque ocorre a homofobia, porque uma pessoa não aceita que duas pessoas do mesmo gênero se gostem, ainda que isso não esteja na bíblia. Sua mãe não a julgou quando ela contou que gostava de meninos e meninas, fato este que ela aponta como qualidade da mãe.

Carolina quer o que o comum ao seu redor deseja dela: uma vida normal. Ela expressa que quer ganhar muito dinheiro, que é dinheirista, quer ter uma família, uma casa. Temo que ela fale isso para agradar a seu companheiro, a sua mãe e a mim. Ela faz muitos planos, projetos. Ela quer ser técnica de enfermagem e poder cuidar de outras pessoas.

Para **Débora**, ser mulher é:

conseguir se identificar com você mesma interiormente. Eu acho que todo mundo poderia ser assim, sabe, acho que o mundo seria melhor, se a gente não ficasse tão regrada com as coisas, sabe, tipo ‘é isso o que eu quero ser, é assim que eu sou, eu sou desse jeito e tá tudo bem’ não precisa ser de tal jeito, de outros, só você conseguir ser quem você é sem medo dos outros, sabe (DÉBORA, entrevista em 01/03/2021).

Débora desafia e tenta romper com a imposição das identidades enrijecidas, dos desejos que são desejados por nós. Débora desafia o medo de ser.

O prejuízo sentido na pele por Débora, Vanessa e Carolina é terem sido declaradas meninas em seus nascimentos³⁰. Desde então, se incomodar, falar, se cortar, ver e viver abusos, se entorpecer, subestimar o poder médico, familiar, religioso, escolar, expressar em

³⁰ A identidade sexual tida como ‘normal’ é sempre produto de uma tecnologia biopolítica. Há um “conjunto de técnicas visuais, discursivas e cirúrgicas bem precisas que se escondem atrás do nome ‘atribuição de sexo’” (PRECIADO, 2017, p. 128). Sofremos a primeira fragmentação de nossos corpos ao se atribuir um sexo feminino ou masculino na ecografia ou logo após o nascimento. Trata-se de uma prescrição para garantir que não haja ambiguidades. A partir disso, os órgãos devem ser delimitados, bem como suas funções identificadas como ‘normais’ ou ‘perversas’.

seus corpos o que a sociedade não deseja ver, levá-las-ia a serem punidas e purificadas, como foi pela internação.

DESFECHOS

Cena única. Pistas para sairmos do manicômio

Ela escreveu em seu caderno: “A gente pode perceber que a vida não é fácil, muitas coisas estão acontecendo em questão de segundos tem horas que dá uma vontade de mandar todo mundo tomar no cu e já era porque se a gente ficar guardando é pior mesmo pro nosso corpo e para nossa alma e eu recomendo mandar tomar no cu 3 vezes ao dia.”

Desejo e caminho. O corpo que incomoda é o mesmo que resiste ao apagamento, que grita e expressa sua existência. Os muros continuam existindo e ela continua socando o vidro, burlando a lei e a regra, mandando tomar no cu, sobrevivendo.

(Mariana – Diário da pesquisadora; escrita resultante da (in)disciplina Cartografia, território e subjetividade)

No diálogo no qual tecemos a qualificação dessa pesquisa-intervenção, surgiu a seguinte pergunta: “andamos pelo hospital psiquiátrico. E agora, como saímos dele?”. Essa pergunta ressoou nos meus dias desde então. Não pretendo aprisionar nossa discussão refletindo um caminho que transponha e destrua fisicamente os muros do manicômio, mas talvez esse caminho também faça parte. Também não tenho pretensão em esgotar em uma solução mágica, mas incentivar que as pistas para os possíveis desfechos sejam disparadores de mais debates.

Quando começamos a nos movimentar com a pesquisa, meu desejoera que as adolescentes acabassem com a imagem do manicômio. Pela pesquisa transitaram vários desejos meus que se transformavam ao entrar em contato com as palavras e vivências delas. Elas me ensinaram que há outras formas de resistir.

Antes disso, na contramão de nossos desejos, temos acompanhado desde 2015/2016 a crescente ameaça desdobrada dos excessos do poder. Uma política de morte que vem se fortalecendo por um discurso que qualifica com ameaças de denominados “cidadãos de bem” as consideradas minorias, os sujeitos em sofrimento, as pessoas que fazem uso de alguma substância psicoativa ilícita, aqueles e aquelas que ocupam um lugar de vulnerabilidade, as classes consideradas subalternas. Desde 2016 acompanhamos, angustiadas, passo a passo o engatinhar de um desejo manicomial. A tentativa de inserir o Hospital Psiquiátrico como um dispositivo de cuidado na Rede de Atenção Psicossocial, o financiamento de Comunidades Terapêuticas e Hospitais Psiquiátricos, a ameaça de “revogaço” das políticas de Saúde Mental

que vêm sendo lapidadas há mais de 30 anos, o enfoque forçado da Política de Álcool e outras Drogas na abstinência e no isolamento, entre outras notícias que têm invadido nosso cotidiano³¹.

As adolescentes compartilharam dos impactos do desmonte das políticas de Saúde Mental em seus dispositivos de cuidado substitutivos à internação manicomial. Recordamos quando Débora nos conta do tédio também sentido no CAPS, da atividade proposta como uma ocupação em excesso e que desgastava o sentido que tinha para ela. Vanessa era acompanhada por mim via UBS no município onde eu trabalhava e me recordo o quão difícil era garantir a partilha de seus cuidados e acompanhamento, considerando que o CAPS de nosso território se localizava em outra cidade. Vislumbramos os desgastes dos dispositivos de Saúde Mental que têm sido construídos, debatidos e propostos como alternativas à manicomialização. Também nos recordamos das vivências de Carolina, sempre tendo que transitar entre o CAPS e a Emergência Psiquiátrica dos Hospitais Gerais, até sempre chegar ao mesmo lugar: o manicômio. Em suas saídas, Carolina retomava os cuidados pelo CAPS, mas dependia de dois transportes para chegar ao dispositivo e nem sempre era recepcionada, tendo que fazer todo o caminho de volta. A cultura manicomial e o discurso de ódio adentravam à casa de sua mãe, como no vídeo do suposto terapeuta que dizia que os “drogados” deveriam ser abandonados para aprenderem e se curarem. Sua mãe também dizia ter conhecimento sobre a proposta de Redução de Danos, mas que nunca aceitaria a filha usando substâncias dentro de casa. Por outro lado, o álcool, uma substância lícita, transita por dentro das casas.

Também compartilhamos, a todo momento dos encontros, os impactos e atravessamentos das violências de gênero dentro e fora do manicômio na vivência de sofrimento das adolescentes. Compreender que o gênero é uma invenção humana permite-nos novas formas de se considerar as relações e sentidos humanos dentro de suas experiências subjetivas, reinventando o ser mulheres e seus papéis desigualmente construídos. As adolescentes sinalizam uma cobrança social de que devem desenvolver uma responsabilidade desde muito cedo, de doar-se ao outro e renunciar a si mesmas. As adolescentes também retratam suas relações e as relações de suas mães, primas, com abusos, violências, imposições

³¹ As notícias citadas podem ser lidas a partir dos seguintes links:

<https://revistaforum.com.br/opinio/2022/5/4/bolsonaro-cruzada-contra-saude-mental-por-rodrigo-oliveira-115898.html>

<https://www.brasildefato.com.br/2018/05/18/retrocessos-na-politica-de-saude-mental-ameacam-tres-decadas-de-avancos>

<https://site.cfp.org.br/governo-federal-decreta-fim-da-politica-de-reducao-de-danos/>

<https://pebmed.com.br/impactos-do-fim-da-politica-da-reducao-de-danos/>

e cerceamento de liberdades. Os abusos e as violências que aquelas mulheres e adolescentes são expostas e sujeitas, nos leva à compreensão dos possíveis desdobramentos de sofrimentos psíquicos.

A inserção e as relações construídas dentro do manicômio nos dizem de estratégias de alívio, de distanciamento com o mundo externo, que envolve assumir novos papéis, mesmo que provisórios. Por mais que Vanessa e Carolina deixem claro que não optaram em nenhum momento por vivenciar as internações psiquiátricas, em outro momento, também elucidam que passavam a compreender aquele movimento como uma forma de cuidado, ofertada como única opção. São nos espaços do manicômio que elas constroem outras vivências, presenciam e fazem parte de outras violências e formas de silenciamento, são ameaçadas, amarradas, dopadas. São nesses espaços que elas escutam histórias, se identificam, se protegem e brigam. São nesses espaços possíveis que elas tentam criar algo, imaginam outras vidas e o lado de fora. Elas burlam as regras, rompem com a ordem prevista.

Quando anoitecia no manicômio, Débora ficava muito sozinha, pensando, desejando sair, planejando o que faria quando saísse. Mesmo diante das regras e dos comentários dos funcionários do hospital, Débora maquiou outras meninas. Débora também protegeu uma interna dos comentários de outras adolescentes. Depois de três meses sentindo-se anulada, Débora sai do manicômio e afirma que é bom viver.

Carolina, em sua partilha, sinaliza que sorria, gargalhava, mantinha-se com seu jeito vivo e alegre nas internações psiquiátricas. Também brigava, beijava, desejava. Ela rompia com as regras do silêncio e da morte social no manicômio.

Um dos manicômios nos quais Carolina habitou, com uma média de 270 leitos e que perpetuou tantas internações ao longo de tantos anos, inclusive, foi interdito e fechado pela Vigilância Sanitária do município neste ano. Os relatos informais foram de que a vigilância se deparou com pessoas em condições de negligência. A notícia formal é de que o manicômio não promoveu melhoras na estrutura e no atendimento ofertados, além de apresentar a licença sanitária vencida. A notícia é recebida por nós com alegria, como um respiro possível, como comenta Deleuze (1992): “Um pouco de possível, senão eu sufoco” (p. 131) – como potência de vida frente aos retrocessos. Charly Garcia cantava: “Los que están en la calle pueden desaparecer en la calle/ Los amigos del barrio pueden desaparecer/ Pero los dinosaurios van a desaparecer” (Los Dinosaurios). O manicômio é engolido por si mesmo, desaba porque já não mais se sustenta.

As adolescentes habitam não só o espaço comum da vivência manicomial, mas também de sua sobrevivência a ela. Elas saíram, habitam o lado de fora, ainda que sabendo que os muros vão para além de sua constituição física. Perguntei exatamente como saímos do manicômio a Débora e Vanessa. Débora nos diz da necessidade do tempo para superar essa experiência, da possibilidade de outras formas de cuidado como a terapia: “porque o que vivemos dentro daquele ambiente hostil é triste e dolorido demais pra apenas ser ‘deixado para trás’”(DÉBORA, entrevista em 19/05/2022). Débora ainda tateia pelo mundo lugares possíveis de se habitar. Ainda tenta um encaixar-se no que é esperado, sem perder de vista seus próprios desejos. Ela continua:

Se as pessoas realmente soubessem como é lá dentro, talvez teriam um outro olhar sobre ele [o manicômio]. Não acho que seja possível porque muitos encaram alguns distúrbios como se as pessoas fossem loucas e a única solução delas seria internar em um hospital psiquiátrico, parece mais fácil do que tentar ajudar alguém por outros meios. (DÉBORA, entrevista em 19/05/2022).

Débora parece dialogar com Amarante (2007), observando a necessidade de se romper também com a cultura manicomial, com a crença de que a internação é um tratamento ou cuidado e que seria a única ferramenta possível.

Sempre me recordo da chuva descrita por Vanessa em sua saída do Hospital: “tava chovendo no dia ainda, sentir aquela gota caindo em você” (VANESSA, entrevista em 22/12/2020). Parece-me que nesse momento, seu corpo, sua existência, se reativam com o encontro das gotas de chuva. Vanessa não respondeu diretamente à pergunta, mas ela manifesta sua resistência vivendo! Desde nossos últimos contatos, Vanessa engravidou e se mudou para outra cidade. Ela mora com seu companheiro e com seu filho. Suas respostas continuam sendo curtas quando conversamos pela via online.

Cerca de uma semana depois de meu último encontro com Carolina, sua mãe me conta que Carolina voltou para as ruas. Em nossa última conversa, seu apelo para a mãe é para que pudesse ser acolhida sem a necessidade de passar por uma internação.

Quando estávamos dialogando em conjunto com o namorado de Carolina e sua mãe, me parece que todos tinham algo a falar sobre Carolina e sobre a internação. Enquanto isso, Carolina se afastava, deitava em uma rede e acendia seu cigarro. Carolina almeja uma liberdade moralmente proibida em nossa sociedade. Ela retorna à rua, seu espaço de ser vista e ver, de transitar e habitar a cidade: “O cínico enquanto filósofo crítico que resiste aos abusos do poder, que não o aceita em todas as suas formas. E sua maneira de não-aceitar o poder é a

manifestação de sua própria vida como escândalo da verdade, é pelo escárnio que o cínico rejeita as formas do poder” (MEIRELES, 2016, p. 100). Carolina escancara a sua verdade.

As adolescentes ousam não só habitar o mundo, mas se fazem presentes, incomodam, estremecem os desejos de normalidade e de contenção. Aqui me recordo do conceito de *parresía* trabalhado por Foucault (2011), como a coragem da verdade, de expor suas opiniões, de viver como deseja e de governar a si mesmo como quer. A *parresía* envolve a coragem, porque coloca o sujeito em risco. Dizemos do risco de não ser aceita a sua verdade, de ser sufocada ou eliminada. Carolina balança em sua rede enquanto ditam o que acham saber dela. Fátima comenta: “você não sabe a situação que ela chega pra ter que internar. Ela precisa do remédio, porque ela fica muito alterada quando usa crack, fica numa situação que todo mundo fica com dó. Ela fica com tiques, a boca entorta. Eu fico com dó, então pra tentar ajudar ela a gente faz isso” (FÁTIMA, entrevista em 23/06/2022). Quando Carolina toma a palavra, diz, “mas não ajuda, mas deixa quieto. Eu não gosto de hospital” (CAROLINA, entrevista em 23/06/2022). Quando Carolina fala, sua voz se espalha pela casa, se espalha por mim. Carolina volta para as ruas e imagino sua voz ocupando o espaço público.

A coragem da verdade também se ocupa como uma ferramenta para se utilizar e pensar no gênero. As adolescentes apresentam suas perspectivas sobre a lógica machista com a qual se deparam dentro e fora do manicômio, desde os direitos expandidos às alas masculinas, as proibições no uso de roupas, adereços e cortes de cabelos, aos mandos de como elas deveriam se portar, sobre quais pessoas elas deveriam desejar e como e onde esse desejo deveria ser expresso. Elas não se resignam, mas criticam e se opõem, rompem com uma percepção de gênero naturalizante e que atribui a culpa à mulher.

Elas vivem como desejam, constroem seus planos e abalam o que é esperado delas, performam gênero³² de maneiras diversas, rompem com perspectivas normativas. Desde o gesto de Débora de andar pelas ruas da cidade com suas vestes e seus olhos delineados, à Carolina habitando a cidade, se fazendo ser vista.

Quando as adolescentes enfrentam as imposições de uma normatividade, elas passam a construir formas de cuidado de si mesmas. Elas rompem com os pudores, desafiam os costumes, buscam formas de construir relações autênticas consigo mesmas e com o mundo. Elas desidealizam as formas de ser mulheres, expelem as identidades impostas. Butler (2017) nos diz: “*mulher* é um termo em processo, um devir, um construir de que não se pode dizer

³² Entendendo como Butler (2017) pontua gênero: “O gênero não é um substantivo, mas tampouco é um conjunto de atributos flutuantes, pois vimos que seu efeito substantivo é *performativamente* produzido e imposto pelas práticas reguladoras da coerência de gênero” (p. 56, destaque da autora).

com acerto que tenha uma origem ou um fim. Como uma prática discursiva contínua, o termo está aberto a intervenções e re-significações" (p. 69, destaque da autora).

As andanças de nosso fazer pesquisa provocaram a resistência construída pelos bons encontros, pelas conversas. Desses bons encontros, nada se perdeu, muita coisa brotou, ganhou vida. O ato de dar vida aos encontros pela escrita também se deu por momentos de transformação. As vozes das adolescentes nos convocam ao movimento, a caminhar para novos encontros e promover novos acontecimentos que despertem sempre o desejo da dúvida, do questionamento, do entrar em contato com as contradições e nunca calar as palavras que saem de nossos peitos e bocas. As adolescentes resistem, nós resistiremos. A pesquisa nos convida a resistir, transformando esse espaço não em um encerramento, mas convite para novas perguntas e novos desejos. De encerramento, só desejamos das mentes, corpos e muros manicomialais.

*Mas sei que uma dor assim pungente
Não há de ser inutilmente
A esperança
Dança na corda bamba de sombrinha
E em cada passo dessa linha
Pode se machucar
Azar
A esperança equilibrista
Sabe que o show de todo artista
Tem que continuar*

(Elis Regina – O bêbado e o equilibrista)

REFERÊNCIAS

- ADORNO, R.C.F. Sobre Drogas, Rua e Autonomia: entre razões repressivas e razões sanitárias. In. FIGUEIREDO, R.; FEFFERMANN, M.; ADORNO, R. (Orgs.) **Drogas & sociedade contemporânea: perspectivas para além do proibicionismo**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2017.
- ALVARENGA, R.; DIAS, M. K. Epidemia de drogas psiquiátricas: tipologias de uso na sociedade do cansaço. **Psicologia & Sociedade** [online]. 2021, v. 33 [Acessado 8 Março 2022], e235950. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-0310/2021v33235950>>.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.
- ARBEX, D. **Holocausto brasileiro** .1. ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- BANDEIRA, L. M. Violência, gênero e poder: múltiplas faces. In. STEVENS C.; OLIVEIRA S.; ZANELLO V.; SILVA E.; PORTELA C. (Orgs.). **Mulheres e violências: interseccionalidades**, Brasília, DF:Technopolitik, 2017.
- BOARINI, M. L. Higienismo, eugenia e a naturalização do social. In. BOARINI, M. L. (Org.). **Higiene e raça como projetos: higienismo e eugenismo no Brasil**. Maringá: Eduem, 2003. P. 19-43.
- BRASIL. **Lei nº 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. Diário Oficial da União. 9 Abr 2001.
- BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>
- BUTLER, J. P. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, ed. 15, 2017.
- CARVALHO S.R., et. al. O governo das condutas e os riscos do risco na saúde. **Interface**, Botucatu, v. 23, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100151&lng=en&nrm=iso>.
- CATARIM, A. W. L. **O olhar construcionista sobre a violência contra as mulheres nas práticas discursivas da psicologia**. 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2018.
- COIMBRA, C.; NASCIMENTO, M. L. Análise de implicações: desafiando nossas práticas de saber/poder. In: Geisler, A. R.; Abrahão, A. L.; Coimbra, C. M. B. (Org.). **Subjetividade, violência e direitos humanos: produzindo novos dispositivos na formação em saúde**. Niterói, RJ: EDUFF, 2008. p. 143-153.
- COLASANT, M. Eu sei, mas não devia. **Jornal do Brasil**. 1972.

CONRAD, P.; BARKER, K. K. Construção social da doença. Idéias|Campinas. BARBARINI, T. A. (Trad.). n. 3. São Paulo: Nova Série, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Transexualidade não é transtorno mental, oficializa OMS. (Arquivo Online). Luana Spinillo. 22 de maio de 2019. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/tag/transexualidade/>>.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO; MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. **Hospitais Psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional**. Impresso no Brasil: 2ª ed. Março de 2020.

COSTA, T. et al. Naturalization and medicalization of the female body: social control through reproduction. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.20, p.363-80, jul/dez 2006.

CUNHA, M. I. Conta-me agora!: as narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino. **Rev. Fac. Educ**, São Paulo, v.23, n.1/2, p.185-195, jan./dez. 1997.

DELEUZE, G. Conversações, 1972 – 1990. São Paulo: Ed. 34, 1992.

FEDERICI, S. **Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. São Paulo: Elefante, 2017.

IORE, M. **Uso de drogas: substâncias, sujeitos e eventos**. 2013. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 2003.

IORE, M. Algumas reflexões a respeito dos discursos médicos sobre uso de "drogas". **XXVI Reunião anual da ANPOCS**, Caxambu, 2002.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. (Trad.) Roberto Machado. Graal. 1984.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: A vontade de saber**. (Trad.) ALBUQUERQUE, M. T. C.; ALBUQUERQUE, J. A. G. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In RABINOW P., DREYFUS H., **Michel Foucault: uma trajetória filosófica** (Trad.) CARRERO, V. P. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária, pp. 231-249, 1995.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico: curso dado Collège de France (1973-1974)**. São Paulo: Martins Fontes. 2006.

FOUCAULT, M. Crise da medicina ou crise da antimedicina. **Rev. Verve**. m. 18, p. 167-194. 2010.

FOUCAULT, Michel. **A coragem da verdade: O governo de si e dos outros II**. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

GERGEN, K. J. O movimento do construcionismo social na psicologia moderna. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, Florianópolis, v. 6, n. 1, 2009.

GORENSTEIN, C.; SCAVONE, C. Avanços em psicofarmacologia - mecanismos de ação de psicofármacos hoje. **BrazilianJournalofPsychiatry** [online], v. 21, n. 1, 1999. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000100012>>. Epub 27 Jun 2000. ISSN 1809-452X. <https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000100012>.

GOULART, P. M.; PEZZATO, L. M.; JUNQUEIRA, V. Experiências narrativas: um relato de formação em saúde. **Linhas Críticas**, [S. l.], v. 24, p. 18978, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/linhascriticas/article/view/18978>.

ILLICH, I. **A expropriação da Saúde** – Nêmesis da medicina. Ed. Nova Fronteira: Rio de Janeiro. 3 ed. 1975.

LEMOS, F.C.S., et al. Medicalização e normalização da sociedade. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, RS, v. 10, n. 3, p. 77 - 97, out. 2020. ISSN 2238-152X. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/93406>>. Acesso em: 08 jun. 2021. doi:<https://doi.org/10.22456/2238-152X.93406>.

LUPTON, D. Foucault and the medicalisation critique. In. PETERSEN, A., BUNTON, R. (Orgs.). **Foucault, health and medicine**. Routledge, Londres. 1997.

MAIRESSE, D. Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa. In: FONSECA, T. M. G.; KIRST, P. G. (Orgs.). **Cartografias e Devires: a construção do presente**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003, p. 259-271.

MEIRELES, T.M. Michel Foucault: estética da existência e resistência. In: ARALDI, C.L.; VALEIRÃO, K. (Orgs.). **Os herdeiros de Nietzsche: Foucault, Agamben e Deleuze**. Pelotas: NEPFil online, 2016.

MOSCHETA, M. S.; FERREIRA, R. R. Falha, fratura, queda e perdição: pesquisar com métodos vulneráveis. In. MOSCHETA, M. S.; VILELA E SOUZA, L.; RASERA, E. F. (Org.). **A dimensão política do pesquisar no cotidiano**. São Paulo, SP: Letra e Voz, 2020. p. 19-39.

NOGUEIRA, C., NEVES, S., BARBOSA, C. Fundamentos construcionistas sociais e críticos para o estudo do gênero. **Psicologia: Teoria, Investigação e Prática**, n. 2, 2005.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In. PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PEZZATO, L. M.; BOTAZZO, C.; L'ABBATE, S. O diário como dispositivo em pesquisa multicêntrica. **Saúde e Sociedade** [online]. 2019, v. 28, n. 3, pp. 296-308. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180070>>.

PRECIADO, P.B. **Manifesto contrassexual**. São Paulo: ed. n-1, 2017.

RODRIGUES, A. Especialistas discordam do uso do termo velhice em lista de doenças.

Agência Brasil: Brasília. 07 de jun. de 2021. Disponível em:

<<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-07/especialistas-discordam-do-uso-do-termo-velhice-em-lista-de-doencas>>.

RODRIGUES, T. Drogas e Proibição: um empreendedorismo moral. In. FIGUEIREDO, R.; FEFFERMANN, M.; ADORNO, R. (Orgs.) **Drogas & sociedade contemporânea:** perspectivas para além do proibicionismo. São Paulo: Instituto de Saúde, 2017.

ROLNIK, S. **Esferas da insurreição:** notas para uma vida não cafetinada. São Paulo: ed. n-1, 2018.

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

ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA JUNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1859-1868, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601859&lng=en&nrm=iso>.