

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL

**Mulheres, Cuidados e Maternalismos na Reforma
Psiquiátrica Brasileira: o lado oculto da história**

Rachel Gouveia Passos

Niterói, setembro de 2011

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL

**Mulheres, Cuidados e Maternalismos na Reforma
Psiquiátrica Brasileira: o lado oculto da história**

Niterói, setembro de 2011

RACHEL GOUVEIA PASSOS

**MULHERES, CUIDADOS E MATERNALISMOS NA REFORMA
PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: O LADO OCULTO DA HISTÓRIA**

Dissertação de mestrado apresentada ao corpo docente do Curso de Pós-Graduação em Política Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, como requisito para obtenção do Grau de Mestre.

Orientadora: **PROFESSORA DOUTORA SUELY GOMES COSTA**

Niterói, setembro de 2011

RACHEL GOUVEIA PASSOS

Mulheres, Cuidados e Maternalismos na Reforma Psiquiátrica Brasileira: o lado oculto da história.

Dissertação de mestrado apresentada ao corpo docente do Curso de Pós-Graduação em Política Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, como requisito para obtenção do Grau de Mestre.

Aprovada em setembro de 2011, pela banca examinadora composta por:

Prof.^a Dr.^a Suely Gomes Costa – ESS/UFF
Orientadora

Prof. Dr. Eduardo Mourão Vasconcelos – ESS/UFRJ

Prof. Dr. Luiz Otávio Ferreira – COC/FIOCRUZ

Prof.^a Dr.^a Carla Cristina Lima de Almeida – FSS/ UERJ
Suplente

Prof.^a Dr.^a Rachel Soihet – PPGH/ UFF
Suplente

Niterói, setembro de 2011

FICHA CATALOGRÁFICA

PASSOS, RACHEL GOUVEIA

Mulheres, Cuidados e Maternalismos na Reforma Psiquiátrica Brasileira: o lado oculto da história. / Rachel Gouveia Passos. Niterói: ESS/ UFF, 2011 / 2º semestre

Dissertação de Mestrado – Universidade Federal Fluminense, ESS, 2011.

1. História da Psiquiatria
2. Cuidados e Maternalismos.
3. Reforma Psiquiátrica

Pós-Graduação em Política Social – ESS/ UFF. I Título

PASSOS, Rachel Gouveia. Mulheres, Cuidados e Maternalismos na Reforma Psiquiátrica Brasileira: o lado oculto da história. Orientadora: Profa. Dra. Suely Gomes Costa. Niterói: 2011, 87 folhas. Dissertação de Mestrado da Escola de Serviço Social da UFF.

AGRADECIMENTOS

Cheguei ao final. Acho que essa é a parte mais difícil da jornada... Foram tantos que vieram e se foram, foram tantos que se foram e voltaram, e aqui estou eu.

Em primeiro lugar, não posso deixar de lembrar e de agradecer a meus pais por essa conquista. Essa dissertação, dedico-a a Carlos Augusto Passos, meu velho amigo: meu pai. Já não está mais entre nós, mas foi ele um dos meus grandes motivos e estímulos para que eu chegasse ao final. Não posso deixar de me lembrar dele nesse momento muito importante para mim. Que essas lágrimas que possuem gosto de saudade e de conquista possam retratar o amor que sinto por ele.

À minha mãe, sem palavras para lhe dizer. Ela simplesmente faz parte de cada página que aqui se encontra.

À minha irmã Karla, que compartilha comigo, desde o seu nascimento, o doce e amargo encargo de cuidar.

Agradeço e saúdo a minha linda orientadora, que, em muitos momentos, me estimulou a pensar, a refletir, a sonhar e a chegar aqui: Suely Gomes Costa. Muito obrigada, por fazer parte desse momento e desse resultado. Obrigada pelo presente que me deu, sendo minha companheira e orientadora na descoberta do conhecimento. Saiba que estará comigo onde quer que eu vá navegar.

Aos meus amigos da turma do “Oswaldinho”, a melhor turma do Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da ENSP/FIOCRUZ, pois lá estavam eles no começo de tudo.

Aos meus amigos e companheiros do LAPS/FIOCRUZ, onde todas as ideias brotaram.

Obrigada, Professor Paulo Amarante, pelo carinho e pela oportunidade de ter trabalhado e pesquisado com você.

Aos companheiros da Luta Antimanicomial, já que esse trabalho retrata a nossa luta diária de desconstruirmos o manicômio cultural.

Ao professor Eduardo Vasconcelos por todo apoio e incentivo na jornada acadêmica em todos esses anos.

Ao professor Luiz Octávio Ferreira, por suas preciosas contribuições por ocasião do meu exame de qualificação. Agradeço às minhas entrevistadas: Rosaura Braz, D. Graça, D. Felicidade Assunção e Elizete, pela participação e pelo carinho na construção deste trabalho que é nosso.

É claro que não poderia deixar de agradecer e saudar aos meus companheiros de residência: eles que têm sofrido comigo, tolerado o meu mau humor, as minhas ausências nas baladas, o meu estresse, os meus surtos: Julio, Fernanda, Eliane e Carol, obrigada pela tolerância, pela compreensão e pela paciência. Finalmente acabou! E a todas as mulheres loucas e não loucas, que cuidam de alguém ou de si: obrigada!

*De todo amor que eu tenho, metade foi tu quem me deu,
Salvando minh'alma da vida, sorrindo e fazendo o meu. Se
queres partir ir embora, Me olha da onde estiver, Que eu vou
te mostrar que eu to pronta, Me colha madura do pé. (Maria
Gadú)*

*(In memoriam do meu velho amigo e saudoso pai, que se foi
dois meses depois do meu ingresso no mestrado.)*

RESUMO

A questão seguinte direcionou esta pesquisa: como a política de reforma psiquiátrica, instituída sob princípios democráticos e igualitários, transfere responsabilidades de cuidados da pessoa em sofrimento psíquico para a família, recriando tradições natural e historicamente atribuídas ao gênero feminino? O presente trabalho tenta respondê-la, examinando, através de relações primárias, a sobrecarga que recai sobre as mulheres, reafirmada por um modelo de Estado que se isenta, cada vez mais, dessas mesmas responsabilidades na esfera pública da proteção social. Localiza, também, nos ressentimentos, impulsos que irão conduzir estas mulheres a buscarem a transformação dessa experiência.

Palavras- chave: Reforma Psiquiátria, Maternalismos, Cuidados

RÉSUMÉ

La question qui oriente mes recherches est la suivante: comment certaines politiques psychiatrique, au nom de principes démocratiques et égalitaires, aboutissent en réalité à créer de nouvelles charges domestiques pour les femmes, en effet, le transfert de responsabilités concernant les personnes en détresse psychologique, de l'institution psychiatrique vers la famille, ne fait qu'alourdir la tâche des femmes et les maintenir dans leur rôle historique traditionnel ? Cet article propose justement d'étudier le lien entre ces relations primaires de gestion de la question psychiatrique et le renforcement d'un rôle féminin vu comme naturel et dont les attributions sont d'autant plus figées que l'Etat libéral réserve quasi exclusivement aux femmes les postes qui ont trait à la protection sociale dans le domaine public. Il s'agit de prendre en compte le réel partage des tâches, des charges et des attributions de les femmes, ainsi que les stratégies de celles qui tentent de sortir de cet état de fait.

Mots-clés: Reforme de La Psychiatrie, Maternelle, Les Soins

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1- Cuidados, Maternalismos e Psiquiatria: uma invenção de tradições	10
1.1- A Revolução Pineliana: a marcha inicial das tradições de cuidados psiquiátricos.....	14
1.2- O paradoxo dos cuidados: o maternalismo científico do início do Século XX.....	22
CAPÍTULO 2 - “De Volta Para Casa”: a responsabilidade das mulheres na e para a Reforma Psiquiátrica Brasileira	30
2.1 – Matrizes dos cuidados psiquiátricos no Brasil: a REFORMA ITALIANA dos anos 60 do século XX	32
2.2 – Outros cuidados e novas responsabilidades: mulheres e reforma psiquiátrica brasileira.....	40
CAPÍTULO 3 – Sujeitos (Ocultos) na História: as mulheres em cena	48
3.1 - Novos serviços, novas responsabilidades e os encargos das mulheres: uma análise a partir da experiência do município do Rio de Janeiro....	49
3.2 - Maternidade e loucura: ressentimentos que envolvem o cuidado....	53
3.3 - O “novo maternalismo científico”: a continuidade de uma velha História	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

INTRODUÇÃO

Este trabalho, desde sua origem, está vinculado às minhas experiências de vida e às profissionais, ou seja, retratar a escolha do tema tornou-se uma missão árdua. Desde minha infância, tenho aproximação com a loucura, enquanto experiência, já que um dos membros de minha família apresenta um quadro de transtorno mental. Isso influenciou diretamente na escolha do meu primeiro estágio universitário na antiga Colônia Juliano Moreira, hoje, Instituto Municipal de Assistência à Saúde – Juliano Moreira. Ali, acompanhei os usuários que são moradores da Colônia, percebendo o quanto o asilo sequestra identidades e rouba sonhos alheios. Pude estagiar em dois Núcleos, sendo o de Franco da Rocha, somente para mulheres, de cunho fechado, em que as usuárias eram impedidas de sair sem estar acompanhadas. O outro era o Núcleo Rodrigues Caldas, somente para os homens, semiaberto, onde os usuários poderiam circular sem acompanhamento.

Não parei por aí, persisti trilhando o meu caminho acadêmico em mais experiências, todas elas de caráter manicomial, já que a estrutura física encobre muito as perversas relações institucionais. Estagiei no Instituto Philippe Pinel (IPP), em Botafogo, na cidade do Rio de Janeiro. Tratava-se de um hospital psiquiátrico que propagava um discurso reformador, porém sua rotina institucional apresentava um desenho manicomial clássico: permaneci aí cerca de um ano e oito meses, na porta de entrada do Instituto, onde pude conhecer de perto as dificuldades das famílias no processo de internação e a ausência de apoio do Estado. Foi uma experiência enriquecedora, pois, no município, esse Instituto era uma referência de qualidade de atendimento. Havia no IPP uma experiência inovadora. O Instituto Franco Basaglia (IFB), uma ONG que luta em prol da Reforma Psiquiátrica, tem sua sede localizada no IPP. Após seleção, fui estagiar também no IFB, no projeto SOS – Direitos do Paciente Psiquiátrico.

A experiência no IFB fez-me perceber a ausência dos direitos sociais dos usuários da rede de saúde mental e como essa situação é também de responsabilidade do Estado, que não investe na implementação de políticas públicas. Além disso, observei o quanto as famílias são descobertas e ficam ao desabrigo do cuidado dessa mesma rede: por falta de investimento, os efeitos da negação de assistência aos usuários

nelas respingam. Fiquei no IFB até um ano depois de concluir a minha graduação, atuando como assistente social de forma voluntária. Nesse mesmo período, fui convidada a participar do “Projeto de Reinserção Social dos Pacientes Internados em Hospitais de Custódia do Rio de Janeiro”. Essa pesquisa foi de fundamental importância para mim, já que me aproximei de um campo que ainda é um desafio no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileiro. Fiquei vinculada ao projeto durante dois anos.

Enquanto cursava a universidade, participei do movimento estudantil, e, para dar continuidade a minha militância após a formação, procurei o movimento da luta antimanicomial. A militância na saúde mental me apresentou outro lugar da loucura: o da luta que não é restrita aos profissionais, mas de familiares e usuários, outros protagonistas das transformações. Pude resgatar, a partir dessa integração ao movimento, a minha experiência de cuidadora. Todavia, no movimento, participo como profissional e não como familiar. Essa identidade já fora adotada na minha militância.

Participo de reuniões do movimento, dos encontros e procuro outras formas de intervenção na realidade. Integro-me ao Coletivo Carnavalesco “Tá pirando, Pirado, Pirou!”. Trata-se de um coletivo constituído por profissionais, usuários, familiares, amigos, estudantes e afins; é um bloco que procura mover a cultura manicomial por meio do carnaval de rua, uma das culturas mais marcantes da cidade do Rio de Janeiro. Esse Coletivo me permite ampliar os horizontes de intervenção social.

No final de 2007, junto com o Núcleo da Luta Antimanicomial do Rio de Janeiro, fui ao Encontro Nacional dos “20 anos de Luta de Uma Sociedade sem Manicômios”, na cidade de Bauru, São Paulo. Tal encontro me fez aproximar do percurso histórico do movimento e de suas dissensões e rupturas. No ano seguinte, integrei-me à Comissão Organizadora do II Fórum Internacional de Saúde Coletiva, Saúde Mental e Direitos Humanos. Na organização do Fórum, planejei todas as intervenções culturais ligadas aos Blocos Carnavalescos, levando, assim, para a praia de Copacabana, num domingo, as experiências carnavalescas e um teatro procissão.

Após esse evento, fui convidada a compor a equipe do Laboratório de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental e Atenção Psicossocial – FIOCRUZ, e, assim, fazer parte da equipe do Programa “Loucos pela Diversidade”, uma parceria entre a FIOCRUZ e o Ministério da Cultura. O Programa buscava incentivar e estimular as experiências culturais no campo da saúde mental em todo o território nacional, por meio de um edital de premiação.

Ao mesmo tempo, sentindo a necessidade de me voltar ao debate teórico sobre a saúde mental, inscrevi-me no curso de especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ, onde aprofundei questões teóricas. Durante o curso, prestei a seleção ao mestrado no Programa de Pós-Graduação em Política Social da UFF e fui aprovada. Meu ingresso no programa tem como proposta o exame de experiências culturais como manifestações de deslocamento e de transformação social, vinculada à pesquisa “Cartografias das Experiências Culturais no Campo da Saúde Mental e análise do impacto dos projetos culturais na vida das pessoas em sofrimento psíquico no Estado do Rio de Janeiro”, financiada pelo CNPQ e coordenada pelo professor Paulo Amarante.

Durante as aulas da disciplina “Sujeitos Sociais e Proteção Social”, ministrada pela Professora Rita de Cássia Santos Freitas, inquietei-me com os debates e os textos ali estudados e com as relações primárias que ficam ocultas e que permeiam nossas práticas cotidianas. A partir da leitura do texto “Proteção social, maternidade transferida e lutas pela saúde reprodutiva”, da Professora Suely Gomes Costa, pude perceber que, “em certas conjunturas, essas pautas reafirmam obrigações femininas nas casas, múltiplas práticas de proteção social de crianças e adultos, doentes físicos e mentais, de natureza primária – família e grupos de convívio” (p.301), ou seja, percebi que, por intermédio de uma proposta de transformação paradigmática em que se propõe a autonomia e a cidadania da pessoa em sofrimento psíquico, pode-se, ao mesmo tempo, proporcionar a captura da emancipação feminina e a transferência de responsabilidade do cuidado para as familiares cuidadoras, inventando tradições culturais que destinam historicamente às mulheres tarefas/funções dadas como do espaço privado. Tal debate já fora sinalizado em 1992, pelo professor Eduardo Vasconcelos em seus estudos (VASCONCELOS, 1992).

A naturalização desse processo está, a todo instante, sendo afirmado e sustentado pelo Estado, que tem reduzido a uma escala mínima sua presença nesses cuidados. Tal discussão esteve presente em toda a minha vida, já que fui protagonista da história dos cuidados de um dos membros de minha família. Essa é uma história viva e cabe ao pesquisador ter sensibilidade, para poder registrá-la e contribuir para o desvendamento de seus significados.

A partir dessas indagações, escrevi alguns trabalhos apresentados em congressos, alguns deles foram publicados. Um dos artigos foi finalista do concurso do “Prêmio Políticas Públicas e Equidade” do Centro de Estudos de Administração Pública

e Governo da Escola de Administração de Empresas de São Paulo e Governo da Escola de Administração de Empresas de São Paulo e Governo – Fundação Getúlio Vargas, do ano de 2010. O artigo faz uma avaliação do processo de desinstitucionalização no município do Rio de Janeiro, no período de 2002-2007. Foi um trabalho elaborado como parte da Disciplina “Avaliação de Políticas Sociais”.

Nos Cadernos de História da Ciência, do Instituto Butantã, outro trabalho foi publicado: “As vozes que ecoam: mulheres, ressentimentos e saúde mental”, elaborado como avaliação final da Disciplina “Gênero e História”. As disciplinas cursadas resultaram em trabalhos que compõem a pesquisa da dissertação.

Além disso, os congressos de que participei contribuíram para o desenvolvimento da mesma, por intermédio do acesso a outras pesquisas. Participei do IX Congresso Internacional de *Salud Mental Y Derechos Humanos*, na cidade de Buenos Aires, onde tive acesso conhecimento de diversos trabalhos e experiências da América Latina. Pude tomar parte de uma roda de conversa em que houve a exposição de uma familiar/cuidadora, para a qual trouxe apontamentos e dificuldades de implantação de uma associação de familiares na Argentina. Outro Congresso que teve uma contribuição significativa foi o III Encontro Iberoamericano de História da Psiquiatria, realizado na Fiocruz. Nesse ano apresentei, no XXVI Simpósio Nacional de História, no Simpósio de Temática de História da Loucura e da Psiquiatria, o trabalho “Mulheres e Reforma Psiquiatria: o lado esquecido da história”, que retratou as experiências de participação das mulheres na construção da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB).

Encontrei, ao longo do percurso de minhas pesquisas, lacunas que anunciaram a ausência de produções acerca da temática, mas localizei contribuições que dispararam a preocupação com o assunto. Encontrei em Vasconcelos (1992) indagações sobre a temática no início da implantação da RPB. Ele traz a preocupação do contexto social do Terceiro Mundo e da indução compulsória da loucura na família ou da produção de negligência ao cuidado. Já em Rosa (2008), tem-se uma pesquisa sobre a responsabilidade transferida do provimento dos cuidados para a família, trazendo alguns apontamentos sobre os cuidados domésticos. Em Garcia (1995), retrata-se a interferência do papel social da mulher, mãe, esposa e dona-de-casa, nas relações com a doença mental, que desencadeia “certo” adoecimento psíquico.

Em Magali Engel (2001) e Maria Clementina Cunha (1986), tem-se um recorte histórico e uma análise dos papéis sociais instituídos para aos loucos. Cunha, especificamente, debruça-se sobre a experiência do Hospital de Juquery, localizado em

São Paulo, conseguindo dar destaque aos papéis sociais dos loucos, que são delimitados na sociedade, e de que forma são reproduzidos no modelo hospitalocêntrico.

Todavia, não encontrei produções que problematizassem os cuidados no processo de instituição da RPB. Há muitos estudos sobre a história da loucura e da psiquiatria, mas nada específico sobre cuidados, maternalismos e RPB. As lacunas são muitas, inclusive sobre o cotidiano dos cuidados. As mulheres cuidadoras, todavia, também estão em busca de apoio e direcionamento para a assistência que elas promovem e também para as respostas de suas dores.

Na 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, realizada em 2010, da qual participei como delegada, sendo esta a 1ª Conferência Intersetorial na Saúde Mental, as questões de gênero aparecem ainda como um desafio das discussões em curso. Outra experiência foi o IV Curso de Formação de Grupos de Suporte Mútuo, organizado e realizado pelo “Projeto Transversões”, coordenado pelo professor Eduardo Vasconcelos. Participei da capacitação e do grupo de familiares. A experiência mostrou-me como a assistência ao cuidador é uma realidade ainda muito distante. As próprias familiares relataram as suas dificuldades em cuidar e como tal papel torna-se solitário a cada dia, já que se debruçam no cuidado de outra pessoa, sem sequer terem qualquer tipo de apoio. Tal experiência de suporte e ajuda mútua permitiu para muitas delas a troca de práticas e a construção de vínculos, localizando esse como um espaço de afeto, apoio, cuidado e troca. A identificação das experiências permite penetrar numa zona de conforto e alívio, produzindo trocas para além do grupo.

Ambas as experiências puderam demonstrar a ausência de debates teóricos e técnicos no direcionamento da política e de ações dos serviços de saúde. Com isso, debrucei-me nos estudos da história da psiquiatria, numa tentativa de desocultar ações de mulheres no provimento de cuidados, bem como de associá-las a formas de intervenção do Estado sobre esses cuidados.

Foi em Freire (2009), tese de doutorado transformada em livro, que encontrei melhor panorama sobre relações entre cuidados, medicina e mulheres. Já em Bock (1991), a autora reporta-se a respostas dadas pelo Estado às reivindicações das mulheres quanto ao alcance de direitos sociais, já que trabalham em suas casas sem qualquer reconhecimento. O Estado, nessa abordagem, aparece instituído e legitimado como um modelo de proteção social, “centrado na maternidade e que muitas vezes consideradas mais como uma proteção (paternalista) do que como direitos (maternalistas)” (p.438).

Já na leitura de Foucault (2008), localizei o que ele denomina a “arte de governar”, conceito este que aponta a reprodução dos múltiplos governos presentes nas relações primárias e que se reproduzem nas secundárias: o governo dos homens, o governos das mulheres, o governo da casa, o governo dos filhos, o governo das famílias, etc. O Estado não é um protagonista, ele expressa interseções dos múltiplos governos, em Estados, no plural. Ansart (2004), por sua vez, ao trabalhar com ressentimentos, examina os elementos desencadeadores de ações e práticas sociais transformadoras de identidades pessoais, grupos e nações. Essas leituras indicaram-me a relevância de localizar algumas tensões nesses governos, a produção de ressentimentos que atuam na transformação dos sujeitos e de suas identidades, aparentemente fixas. Com esse sentido, foi possível verificar que as mulheres movem a política de saúde mental, quando tensionadas por ressentimentos advindos de sobrecarga de cuidados, podendo ou não influenciar outras para um dado movimento de lutas.

Nesse caminho de pesquisa, trilhado durante o curso de mestrado, foi em Kosellek (2006) que localizei ainda a relação histórica entre o passado, o presente e o futuro. As relações sociais no âmbito estudado reproduzem cotidianamente tradições do passado, atualiza-as e projeta-as para o presente. Assim, encontram-se, no presente, práticas do passado e as do passado projetam-se no presente. E, com esse sentido, examino a sobrecarga reproduzida sobre as mulheres no cuidado das pessoas em sofrimento psíquico.

Esse mesmo conceito me apoiou na escolha da História Oral, como modo de orientação de entrevistas voltadas para experiências femininas de cuidados, quase sempre ocultas ou pouco consideradas nos estudos das políticas sociais. No caso, a história oral privilegia o protagonismo das mulheres na assistência às pessoas em sofrimento psíquico, como cuidadoras, recuperando processos sociais coletivos de uma memória ainda pouco considerada. Em apoio, segui a orientação de M. Perrot (1989:15): “Assim, os modos de registro das mulheres estão ligados à sua condição, ao seu lugar na família e na sociedade. O mesmo ocorre com seu modo de rememoração, da montagem propriamente dita do teatro da memória”. A memória tem um papel fundamental na história, não apenas sobre a compreensão ou o registro de uma memória coletiva, “mas sobretudo de entender como a historicização formal e autoconsciente vem-se transformando numa dimensão cada vez mais importante de como lembramos o passado e entendemos sua relação com a vida e a cultura contemporânea” (THOMSON, FRISCH e HAMILTON, 2006:79). Para isso, “o entrevistador deve ter consciência de

sua responsabilidade enquanto co-agente na criação do documento de história oral”. Com isso, procurou-se construir uma análise através das redes de relações sociais, pelas formas de socialização e pelas histórias de vidas nos diversos sentidos da reprodução do maternalismo. Escolhi o método qualitativo.

Em toda a dissertação, trabalhei também com as minhas experiências pessoais, vividas a partir de minha realidade como mulher e cuidadora. Ao mesmo tempo, procurei dialogar com as minhas experiências profissionais, adquiridas nos diversos campos de atuação na área da saúde mental: na militância, nos estudos, nas folias do carnaval, na atuação enquanto assistente social. Busquei, ao longo da pesquisa, resgatar não somente a memória individual, mas tentar historicizá-la a partir de uma recordação coletiva. Fiz o resgate de casos retratados por Cunha (1986) e Engel (2001) em seus estudos sobre a loucura no início do século XX.

Entrevistei quatro mulheres, atualmente cuidadoras de pessoas em sofrimento psíquico. Todas compõem o grupo de suporte e ajuda-mútua de familiares do “Projeto Transversões”, em que os encontros ocorrem uma vez ao mês. Nesse grupo, somente familiares participam, tendo outro grupo para usuários. A escolha desse grupo se dá pela experiência precursora que se tem nele, já que faz parte de um projeto pioneiro que está sendo implantado e incentivado em todo o território nacional.

Um dos critérios foi à diversificação de vínculo com o familiar adoecido, no caso, o de ter a condição de filha, mãe e/ou esposa. Outro se baseou na participação política e no interesse das mesmas. Houve um que se restringiu a algumas mulheres: o de se negarem a falar de si e suas dores e ressentimentos. A partir do momento em que se deixa de falar do outro e fala-se de si, tudo muda. Entretanto, a partir do momento em que me apresentei e compartilhei as entrevistadas a minha condição de familiar de um usuário de saúde mental, houve um acolhimento e uma zona de conforto favoráveis a essa aproximação. Todas se sentiram à vontade para partilhar suas experiências. Com isso, privilegiou-se uma dinâmica de reflexão coletiva. Nelas, houve uma troca de experiências, transpassando tempo e histórias de vida. Mesmo não tendo vínculos sanguíneos, as mulheres e os seus cuidados ultrapassaram tempo e espaço, e as histórias pessoais se cruzaram com a das experiências vividas nos locais institucionais. Parecia que elas me contavam uma única história da rede de saúde do Rio de Janeiro, só que através de múltiplas versões.

Nas entrevistas, optei por apresentar temas que remetessem a afinidades e posições relativas às perspectivas teóricas e ideológicas adotadas por cada uma, de maneira que se pudessem sentir à vontade e se colocassem como mulheres que cuidam e sofrem por isso. Retirei da memória de cada entrevistada questões que mostrariam as mudanças e as dores vividas individual e coletivamente.

No encontro, cheguei como pesquisadora e saí como familiar, mobilizada a pensar sobre o lugar para o qual me vi deslocada naquele momento: senti o afeto, o acolhimento, a receptividade, a troca, enfim, a identificação em torno de uma experiência comum durante todas as cinco horas de depoimentos recolhidos por mim e por todas. Somente por essa identificação, por essa troca entre pares, algumas delas sentiram-se à vontade para contar seus muitos segredos. Nenhuma das entrevistadas está identificada com seu nome e sobrenome sendo utilizado assim nomes fictícios.

Como dito anteriormente, esse trabalho visa apontar, no presente, a reprodução do passado e o presente e do passado – que pode mudar, nos cuidados proporcionados por mulheres, destacando novos significados neles expressos na forma pela qual essa experiência é reinventada e incorporada em políticas sociais do Estado.

É nesse sentido que, no capítulo um, denominado de **“Cuidados, Maternalismos e Psiquiatria: uma invenção de tradições”**, que irei resgatar, a partir de Philippe Pinel, o nascimento da psiquiatria e sua relação com os cuidados femininos, estabelecendo nexos com a realidade brasileira um século mais tarde, numa forma peculiar de instituir um modelo de tratamento. Com isso, pontuo como os maternalismos influenciam ou são influenciados pela medicina, convocando as mulheres para cuidarem dos seus filhos e também chamando-as a se instrumentalizarem para esse cuidado. Contudo, essas mulheres ficam em uma linha tênue entre terem, ao mesmo tempo, que ocupar um determinado lugar social no espaço público, sem fugir do conjunto de outras responsabilidades de mãe e provedora do cuidado no âmbito privado.

No capítulo dois, **“De Volta Para Casa: a responsabilidade das mulheres na e para a Reforma Psiquiátrica Brasileira”**, apresento as matrizes que influenciaram a Reforma Psiquiátrica Brasileira e os desafios encontrados no debate sobre as opressões de gênero. Dou destaque a experiências iniciais de questionamento sobre o tratamento psiquiátrico no Brasil e sua influência na Italiana. Mostro também a reatualização das práticas de cuidados exercidas pelas mulheres e a ausência da participação do Estado.

Já no terceiro capítulo, denominado **“Sujeitos (Ocultos) na História: as mulheres em cena”**, localizo o cenário da implantação dos centros de atenção psicossocial no município do Rio de Janeiro, as consequências sobre os cuidados oferecidos pelos serviços e as sobrecargas transferidas para as mulheres. Afirmo a busca das mulheres pela transformação de suas identidades, através de ressentimentos gerados pelas dores dos sofrimentos psíquicos de seus familiares, indicando que transformações são passíveis nesses movimentos. Finalizo apontando as novas formas de uma cientificidade do cuidado proporcionado pelas mulheres e de como, nessa forma de apropriação cultural, ele poderá ser apenas uma nova roupagem de velhas prescrições já trazidas do início do século XX. Nesse sentido, os cuidados e os maternalismos na psiquiatria evidenciam processos culturais e sociais evidentes na dialética do presente e do passado e, caso não examinados em seus rumos civilizadores, poderão servir no futuro a antigas tradições. Por fim, chegar à delimitação desse objeto foi resultado do enfrentamento de revisões conceituais. Este aqui expresso representa uma primeira aproximação com um campo de estudo a ser mais e mais visitado e explorado.

CAPÍTULO 1

CUIDADOS, MATERNALISMOS E PSIQUIATRIA: UMA INVENÇÃO DE TRADIÇÕES

Segundo as anotações do alienista em seu prontuário clínico, Eunice fora ‘habituada a mimos e carícias excessivas’ desde a infância. Era a filha mais nova de uma família amorosa e bem estruturada (padrão, portanto, para as exigências do alienismo em sua guerra contra a degeneração), que havia revelado uma estranha e precoce vivacidade intelectual. ‘Muito inteligente’, destacara-se na Escola Normal onde estudou em São Paulo (grau máximo de educação habitualmente permitido a moças de família). Os constantes elogios de professores e colegas tê-la-iam tornado ‘orgulhosa’ e aferrada à crença em seu próprio talento e vocação pedagógica. O alienista sequer considerou a hipótese, mas Eunice poderia estar certa em sua elevada auto-estima. O fato é que apenas três anos depois de sua formatura ela já dirigia um grupo escolar em Santos, para onde se mudara em virtude de seu exercício profissional, passando a viver só e por sua própria conta. Para chegar ao posto, não contou com qualquer ajuda externa: durante os três anos que se passaram desde sua formatura “sempre se distinguiu” entre seus colegas de trabalho, como reconhece, a partir das informações de que dispunha, o próprio alienista responsável pelo diagnóstico, atestando claramente que a paciente galgara o sucesso profissional única e exclusivamente pelos seus méritos. A partir de então, Eunice começara a multiplicar suas atividades, ‘trabalhando demais’. O alienista anota cuidadosamente que, desde este período, ela adquirira estranhos comportamentos como escrever livros escolares, fundar escolas noturnas para alfabetização de adultos, comprar ‘livros e livros para ler...’. O pior de tudo, para ele, é que Eunice começava a revelar-se ‘completamente independente’, não admitindo a intervenção do pai ou dos irmãos em suas escolhas pessoais. Para fundamentar o diagnóstico, o alienista não deixa, é claro, de agregar a esta constatação outras informações que reforçavam a sua impressão de que algo andava errado: tal ‘hiperexcitação intelectual’ era expressamente relacionada com o fato de, aos 30 anos, Eunice permanecer solteira – tendo rompido anteriormente dois ou três noivados, contra os conselhos paternos. Por todos estes motivos, ela parecia merecer uma punição exemplar e, na época, o hospício se apresentava como a mais moderna e adequada (CUNHA, 1998:8-9).

Desde o final do século XIX, na sociedade brasileira, o papel das mulheres fortalece-se no cenário público, enfrentando questões como nessa indicação. A maternidade ultrapassará o espaço doméstico e terá uma função pública, adquirirá um caráter cívico. Essa finalidade cívica, porém, recriaria tradições peculiares a um certo modelo de sociabilidade que destina as mulheres para afazeres da casa e os homens para misteres públicos e que deram sentido a um projeto societário. Nesse momento, as mulheres assumem uma crescente responsabilidade para o desenvolvimento do país,

deveres para com a Pátria e não mais só com o marido, ela teria filhos para garantir cidadãos.¹

Esse envolvimento com a defesa dos interesses da pátria recria formas de maternalismos diversos, através de um ideal moralizador que está não somente na defesa da família, mas na da preservação do lugar tradicional da mulher. A mulher burguesa, que outrora não amamentava seu filho – dando lugar às amas de aleitamento² – será convocada a assumir seu lugar de cuidadora e educadora. Assim, manifestam-se no espaço público expressões dos maternalismos, dos movimentos femininos, que, em convocações públicas, clamam por direitos de proteção de mães e de seus filhos em muitas lutas.³

Embora tais políticas de maternidade radicassem em motivos diversos e por vezes opostos, coincidiam em grande parte com as reivindicações feministas sobre os direitos das mães. No momento em que as mulheres procuravam obter o reconhecimento da sua cidadania – não apesar de, mas por serem mães - elas eram consideradas como uma riqueza nacional, precisamente enquanto mães (BOCK, 1991: 460-461).

Ao mesmo tempo em que eram convocadas a assumir a responsabilidade cívica, as mulheres reivindicavam direitos, sendo que, no caso francês, por exemplo, as feministas “raramente se opuseram à retórica pró-natalista, antes a usaram de forma consistente para os seus próprios fins, por vezes como tática, outras vezes acreditando verdadeiramente nela” (BOCK, ano: 460), ou seja, também incentivavam a maternidade, utilizando-a também como forma de libertação.

Quando, durante a Primeira Guerra Mundial – com milhões de homens ausentes e mortos e a necessidade de mão-de-obra feminina nas indústrias de guerra - os subsídios à maternidade foram ainda aumentados, para encorajar as mulheres a serem mães e trabalhadoras, e os ‘povoadores’ masculinos propuseram todo o gênero de incentivos à natalidade, algumas feministas protestaram (p.460).

Mesmo secundarizadas na esfera pública, as mulheres foram fundamentais na formação dos Estados/providências modernos. No Brasil, as mulheres serão convocadas para assumirem um lugar “político”, sendo o discurso médico o principal pivô de estímulo a mudanças significativas. Políticas públicas estimularam tais transformações,

¹ Um exemplo dessa perpetuação do maternalismo como ação política das mulheres pode ser encontrado no artigo de Soihet e Costa (2011), no qual se retratam as ações políticas de duas primeiras damas de uma mesma geração: Alzira Vargas do Amaral Peixoto e Eva Maria Duarte de Perón, em que ambas são “sujeitos de seus trânsitos políticos, sobretudo nas práticas assistenciais – onde expressam maternalismos e trajetos de significativa autonomia” (p.3).

² Para aprofundamento do tema, ler Martha Freire (2009).

³ Para aprofundamento do tema, ler Martha Freire (2006).

adotando um discurso moralizante e tradicional, resgatando os princípios católicos da tradição familiar incorporadas pela medicina.

Para Perrot (2001:15), as mulheres vão construir “uma nova representação de si mesmas, em particular, no mundo romanesco que domina seu círculo social”. Com isso, assumem, a partir do discurso médico, um novo modelo de maternidade, “configurando-se, através da maternidade científica, um novo papel feminino: a mãe moderna” (FREIRE, 2008:154).

Na década de 20, o sanitarismo finca suas raízes, estabelecendo-se como principal inspiração para as políticas públicas de saúde. Inclui múltiplas demandas das famílias da época, por meio da avaliação médica que se constituiu pautada nos princípios eugênicos e moralistas. Incentiva e incorpora profissões femininas de cuidados e colocará mulheres “sem preparo” aos cuidados educacionais de outras de camadas médias e altas, essas com atuação em atividades educativas de muitos sentidos civilizadores; há por estudar o grau de opressão exercido nessas relações entre mulheres. Em todo o caso, ela será parte de uma utopia de proteção social, também propagada e sentida como forma de emancipação dos dolorosos legados do passado, sobretudo os da escravidão brasileira (FREIRE, 2009).

No Brasil, especificamente no Rio de Janeiro, é fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental em 1923, pelo psiquiatra Gustavo Riedel. “O objetivo inicial da instituição era o de melhorar a assistência aos doentes mentais através da renovação dos quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos” (COSTA, 2007:45). Essa profissionalização feminina surge antes da criação da Liga, lembrando que a psiquiatria fundará uma das escolas de enfermagem, onde serão formadas as monitoras de higiene mental.

As funções atribuídas às mulheres sofriram, pois, transformações, sendo que, ao mesmo tempo, ao terem acesso a uma formação, aprenderiam a desempenhar atividades que lhes ensinavam, além de maternar, de cuidar de doentes mentais, ou seja, a profissionalização, ainda que na órbita do maternalismo, desloca-as para novos papéis públicos, sempre compatíveis com seus usuais, como casar, cuidar dos filhos, do marido. As escolas de enfermagem são criadas para que as mulheres possam ser monitoras dos médicos, cuidar dos doentes mentais, não fugindo ao caráter materno. Aos médicos era atribuída “a tarefa de preparar as mulheres para o exercício da maternidade, segundo a racionalidade científica” (FREIRE, 2008:160). No caso dos hospícios, as mulheres teriam por função precípua as tarefas de cuidar, sempre

subsidiárias das de tratar qualquer desvio de conduta, essa uma atividade masculina (LOPES, 1996).

Há por estudar o grau de intervenção de cuidados da esfera privada no tratamento psiquiátrico brasileiro; no caso francês, a tendência à segregação dos doentes mentais, presente no modelo pineliano, converge para demandas de estruturas públicas de proteção social diante do crescente emprego feminino, posto pelo sistema fabril e pelo emprego das mulheres. No caso brasileiro, a mulheres especialistas serão delegados cuidados dos loucos internados, o que o aproxima do modelo de segregação estabelecido pelo modelo pineliano.

Após cinco meses de internamento, práticas terapêuticas e disciplina asilar, Eunice finalmente cedeu, aceitando voltar à casa paterna para, provavelmente, viver com amargura e ressentimento o papel destinado a uma mulher com o seu perfil. Triste papel, o de alguém sem lugar social definido, ao qual ela parece ter-se adaptado de alguma forma já que não consta qualquer anotação de retorno em seu prontuário (CUNHA, 1998: 13).

Os cuidados nesse caso retornam à família. Com o avanço dos argumentos da ciência sobre o incentivo da maternidade, geraram-se conflitos entre a maternidade tradicional e a científica, numa oposição entre instinto e técnica, vivida como uma contradição. Para os médicos, o instinto era insuficiente para o cuidado dos filhos, tornando-se necessária a educação da puericultura, para as mulheres se habilitarem às regras da higiene. Assim, foi estratégica a inserção profissional das mulheres nos cuidados de doentes, já que as mesmas não tinham acesso à educação em larga escala. Para Freire (2008:162), “muitas mulheres abraçaram a ideologia da maternidade científica, aproveitando-a como estratégia para elevar sua posição no âmbito doméstico e ingressar na esfera acadêmica”.

A linguagem técnica emprestou novos significados às práticas costumeiras que foram reconceituadas e transmitidas de geração a geração. A partir de agora, a mãe moderna fazia ciência: “evidenciava-se um processo de medicalização negociada das práticas de criação dos filhos, que embora referida à pessoa do médico, contribuía para solidificar a redefinição – com valorização – da maternidade, elevando atos simples do cotidiano doméstico ao *status* de atividade científica” (p. 64).

A formação moral da mulher, nos moldes conservadores, lhe confere ‘virtudes’ que passam a compor determinados papéis: educada para assumir uma responsabilidade na educação moral e cívica dos filhos, a mulher é potencialmente formada para profissões que se legitimam socialmente como ‘profissões femininas’, das quais se exige mais um perfil adequado a padrões

morais conservadores, do que propriamente qualidades técnicas e intelectuais (BARROCO, 2010:78).

A profissionalização das mulheres estabeleceu-se a fim de higienizar e moralizar o espaço público. Tanto que, com a criação das profissões de saúde, de “natureza feminina”, ficou ainda mais fácil o controle junto àquelas que não respeitavam as determinações médicas. Estabelece-se um controle da higienização dos corpos por meio desses maternalismos. De acordo com Freire (2006), “a exploração do espaço hospitalar para a difusão da ideologia da maternidade científica, especialmente na década de 1920, foi outro elemento que contribuiu para reforçar a idéia de que os profissionais de saúde eram mais capazes de cuidar do bebê do que as mães” (FREIRE, 2006:53; APPLE, 1987: 121).

Apesar de essa redefinição do papel das mulheres em relação aos maternalismos ter deslocado, cada vez mais, do espaço privado para o público, teria favorecido sutilmente a submissão higiênica dos sexos. A medicina afirmou e estabeleceu padrões de saúde física e psíquica para garantir uma prole saudável, educada de acordo com padrões culturais burgueses. Entretanto esses padrões, definidos pela medicina para as mulheres, irão sempre limitá-las à esfera privada, já que as mesmas estariam à mercê de um colapso de nervos, se ultrapassassem os limites dos seus deveres de mulheres (GARCIA, 1995:15). Com isso, constituiu-se socialmente a ideia de que o sexo feminino estaria sujeito à instabilidade psíquica mais do que o masculino. A psiquiatria surge como uma especificidade médica para controlar desvios morais, inclusive como esses, vigiando e penalizando todos aqueles que rompessem as normas societárias.⁴ Nesses termos, o hospício constituiu-se também como modelo cultural e assistencial:

A crença médica na instabilidade dos nervos femininos fez da mulher um ser mais vulnerável aos distúrbios mentais do que o homem, e isto teve grandes conseqüências na política social. Esta era a grande razão alegada para tirar as mulheres dos empregos, negar-lhes direitos políticos e mantê-las sob controle masculino na família e no Estado (p. 57).

Cabe apontar que, para Hunt (2009:26-27), entre final do século XVIII e o presente, “todos os indivíduos normais são igualmente capazes de viver juntos numa moralidade de autocontrole”. Isso envolve, de acordo com a autora, o direito de não

⁴ Faz-se o controle social através da psiquiatria, lembrando o conceito de Foucault (2008) sobre a “arte de governar”. Os maternalismos contêm o governo dos homens e, como usual, instituem-se através do exercício da soberania sobre o governo das mulheres, que é legitimado e reproduzido no exercício do governo de uma casa, dos filhos, da família, etc. Estabelece-se um governo em relação ao outro. “O Estado só existe como os Estados, no plural” (p.7).

viver penalidades de torturas e a capacidade de exercer a autonomia – de raciocinar e ter a independência, de decidir por si mesmo. As mulheres não tiveram escolha para adquirir conhecimento ou comprar sua liberdade. Suas escolhas deveriam ser dadas de acordo com o que estivesse colocado como uma dada ordem/normalidade social, senão, a mesma seria passível de restrição e punição, já que está fora de sua razão. “A loucura é também um rótulo imposto pela sociedade à mulher que se atreve a se desviar ou a tentar escapar dos padrões estabelecidos, rótulo que aprisiona e oprime e é particularmente punitivo para quem tentou libertar-se da ‘normalidade’” (GARCIA, 1996:54).

No século XVIII (e de fato até o presente) não se imaginavam todas as “pessoas” como igualmente capazes de autonomia moral. Duas qualidades relacionadas, mas distintas estavam implicadas: a capacidade de relacionar e a independência de decidir por si mesmo. Ambas tinham de estar presentes para que um indivíduo fosse moralmente autônomo. Às crianças e aos insanos faltava a necessária capacidade de raciocinar, mas eles poderiam algum dia ganhar ou recuperar sua capacidade. Assim como as crianças, os escravos, os criados, os sem propriedade e as mulheres não tinham a independência de status requerida para serem plenamente autônomos. As crianças, os criados, os sem propriedade e talvez até os escravos poderiam um dia tornar-se autônomos, crescendo, abandonando o serviço, adquirindo uma propriedade ou comprando a sua liberdade. Apenas as mulheres pareciam não ter nenhuma dessas opções: eram definidas como inerentemente dependentes de seus pais ou maridos. Se os proponentes dos direitos humanos naturais, iguais e universais excluía automaticamente algumas categorias de pessoas do exercício desses direitos, era primariamente porque viam essas pessoas como menos do que plenamente capazes de autonomia moral (HUNT; 2009:26-27).

Mesmo com redefinições dos direitos ao longo da história, percebem-se vestígios desses conceitos nas relações do cotidiano. A liberdade em geral torna-se antagônica, já que é concedida a alguns e é negada a outros, sendo racionalizada e inquestionável em seus fins. A mulher não era sujeito e “não era indivíduo, não só por não ser idêntica ao protótipo humano, mas também porque era o outro que confirmava a individualidade do indivíduo (masculino)” (SCOTT, 2002:34).

A definição da maternidade sob essas regras será reformulada. Entretanto, de acordo com Freire (2008), aprisionava, quando também aumentava a participação e o poder feminino na sociedade. Naquele momento, nas primeiras décadas do século XX, estabelece-se um paradoxo: avançava-se nas conquistas de direitos, nas relações trabalhistas e nos papéis femininos, entretanto produzia-se um adoecimento naquelas que se ausentavam e abnegavam o papel de rainha e de “santa mãe” do lar.

1.1- A marcha inicial das tradições de cuidados psiquiátricos e as tradições pinelianas

A reforma psiquiátrica brasileira experimenta tradições de cuidados que se estendem no tempo sob diferentes influências: como produto final “do século XVIII, o alienismo revelara-se uma estratégia vitoriosa no interior do processo de organização e aburguesamento das sociedades de classes” (CUNHA, 1986:21). Os cuidados específicos para os loucos no Brasil surge com a modernização e o “progresso”, de forma que se deram junto com as fábricas (p.28). Todavia, lembro que o espaço fabril, desde as manufaturas de açúcar, café e outros bens, ao contrário da experiência europeia, pouco distinguiu o espaço urbano dos dois campos. Essa foi uma lenta mudança; trabalho e casa estavam próximos, ao contrário do modelo urbano francês e inglês. Os primeiros hospícios só surgiram na metade do século XIX, fazendo parte da política de urbanização e higienização das cidades, mas numa outra experiência.⁵

Dos séculos XVIII ao século XIX, as Santas Casas da Misericórdia predominam como instituições que abrigam loucos. As Santas Casas da Misericórdia incluem os loucos entre seus hóspedes, mas dá-lhes tratamento diferenciado dos demais, amontoando-os em porões, sem assistência médica, entregues a guardas e carcereiros; seus delírios e agitações são reprimidos por espancamentos ou contenção em troncos, condenando-os literalmente à morte por maus tratos físicos, desnutrição e doenças infecciosas (PASSOS, 2007:26).

O que hoje chamamos no Brasil de “psiquiatria tradicional” identifica práticas emergentes do ideal revolucionário e do meio social, em que ideias de Philippe Pinel ganharam espaço e se propagaram.⁶ Segundo Castel (1978), a proposta de transformação do cuidado do louco, no final do século XVIII europeu, pauta-se no “direito à assistência”, entendida como proteção secundária, ou seja, de instituições públicas e privadas a serviço dela. Dessa forma, avança no sentido do “apelo à

⁵ Ver a respeito do assunto CUNHA (1986). Nas grandes cidades, no caso brasileiro, os hospícios surgem: primeiro no Rio de Janeiro e São Paulo em 1852, depois em Recife (1861), Salvador (1874) e Porto Alegre (1884).

⁶ Sobre o assunto, ver AMARANTE, 2007. Pinel participou dos acontecimentos da Revolução Francesa; compo o grupo de ideólogos, que buscava “a base verdadeiramente científica para o conhecimento dos fenômenos da realidade, tomando como referência principal o modelo de História Natural” (p.28). Esse grupo foi importante para o pensamento filosófico francês do final do século XVIII, já que propunha “substituir as teorias especulativas dos sistemas filosóficos anteriores pelo naturalismo das ciências e pela importância da experiência e da observação sistemática dos fenômenos observáveis, ou seja, dos processos orgânicos, do comportamento e dos fenômenos patológicos, para o conhecimento da ciência mental” (VASCONCELOS, 2008:1d).

benevolência das almas piás” de outrora. Nessa concepção, o Estado não poderia abrir mão de suas responsabilidades e transferi-las para a mera benevolência assistencialista, ou seja, “a indigência, a miséria, a doença são problemas sociais. O Estado que também avança sob demandas diversas não pode dispensar o atendimento a elas, na medida em que a existência desses males pode colocar em questão seu equilíbrio” (p.72). Nesse processo, cresce a crítica ao grande número de hospícios que havia na França e ao modelo assistencial da época. O discurso se fazia em “consonância com o lema Igualdade, Liberdade e Fraternidade, que guiou o ideal revolucionário, onde todos os espaços sociais deveriam ser democratizados” (AMARANTE, 2007).

Na Europa, o trato dos doentes mentais conhece ganhos com Pinel, que retira as correntes que aprisionavam os loucos nos hospícios. Castel (1978) assinala que o ato fundador de Pinel não se faz apenas com essa retirada. Há o ordenamento do espaço hospitalar: “Funda-se uma ciência a partir do momento em que a população dos insanos é classificada: esses reclusos são, efetivamente, doentes, pois desfilam sintomas que só resta observar” (p.83).⁷ Ao instaurar uma nova ciência, a psiquiatria, Pinel reuniu três dimensões heterogêneas na aparência, considerando que sua articulação fará a síntese alienista, ou seja, “classificação do espaço institucional, arranjo nosográfico das doenças mentais, imposição de uma relação específica de poder entre médico e doente, o ‘tratamento moral’”(p.81).⁸ Buscou-se o desaparecimento do mal com a revolução pineliana.

Contudo, por meio de um saber moralizante e estritamente médico, produziram-se a medicalização do cuidado psiquiátrico e uma forma de aprisionamento do louco. Essa orientação dispensará cuidados familiares. Assim, isso não significou que formas de “cuidados” asilares anteriores fossem eliminadas, mesmo na França. Viabilizou-se, através do médico, a condição eugênica de um cuidado pautado em sua ciência. A agonia existente acerca das condições de assistência estabelecida aos loucos fez com que fosse germinada outra proposta de cuidado: aquela por meio da criação de novos valores pautados em ideais de transformação da ordem societária. O que ocorreu foi a mudança do internamento geral, ou, como denomina Foucault, o “grande internamento”,

⁷ O estabelecimento de um saber fundamentado nos ideais revolucionários buscava democratizar o processo de atendimento aos insanos, qualificado por uma ciência pioneira para época. Tal discurso tem como pano de fundo a humanização do tratamento do louco, que se torna responsabilidade do Estado a viabilização deste cuidado, já que este apresenta uma doença que coloca em perigo toda a sociedade.

⁸ Com o novo ordenamento hospitalar, há outros desdobramentos em relação à assistência aos insanos: “a doença se desdobra por reagrupamento- diversificação de seus sintomas, inscrevendo no espaço hospitalar tantas subdivisões” (p.83). Essa assistência, além de um saber, é um poder e um lugar de exercício profissional, aliando esses três fundamentos como base de um tratamento médico.

instituindo-se um asilo específico destinado aos loucos. “O alienismo, consolidado nesse novo espaço, produz uma nova percepção da loucura, que se torna dominante, inscrevendo-a no domínio médico como doença e como incapacidade para o trabalho ou a impossibilidade de integração social” (PASSOS, 2009:48-49).

O modelo alienista foi inventado pelos franceses. Contudo, somente em 1838 foi criada a primeira lei no mundo que estabelece a criação de instituições de saúde especializadas para tratar alienados mentais, e nelas regulamentam-se a entrada e a saída do hospital, “o qual passa a ser reservado, em tese, a casos psiquiátricos, doravante diferenciados da mera delinquência ou vadiagem”.

(...) à l'origine de la loi du 30 juin 1838 régissant le traitement des malades mentaux et les limitations de leur liberté. Elle prévoit que chaque département se dote d'un établissement où les malades pourront être traités, protégés mais aussi mis hors d'état de nuire à la société. Les internements y seront forcés, soit à la demande de la famille ou d'un tiers qui s'intéresse à l'aliène, soit d'office sous la responsabilité de l'autorité administrative. Considéré comme incapable, l'aliéné sera mis sous tutelle et ses biens seront gérés par un service spécialisé. Dans les départements ne disposant pas d'un asile public, un établissement privé religieux pourra, par convention, accueillir les aliénés, ce qui met fin à une longue querelle avec les congrégations. La loi a été âprement discutée au Parlement, où elle réveillait des souvenirs d'embastillement. Au terme d'un long débat, elle apparaît comme un équilibre entre un authentique projet soignant et les préoccupations plus étroitement sécuritaires de la bourgeoisie louis-philipparde. Elle consacre la professionnalisation de la psychiatrie et confie à l'aliéniste un pouvoir d'assignation à résidence et de maintien en détention, exorbitant d'habitude commun. L'article 64 de Code pénal, qui déclare l'aliéné irresponsable, ouvre en outre au psychiatre, devenu expert, un champ supplémentaire d'intervention sociale où il entre en concurrence avec le juge et l'avocat, en obtenant la possibilité de faire échapper à la justice l'auteur d'un crime ou d'un délit (HOCHMANN, 2004:14).

A loucura vai ser vista e julgada como uma desordem no comportamento, no querer, no agir, nas decisões, na liberdade, nas escolhas. A institucionalização da loucura passa a ser entendida como a linha de separação entre aqueles que detêm o domínio da realidade e aqueles que não o possuem. O médico psiquiatra tornou-se o especialista que determina quem é ou não normal.

As estruturas asilares eram justificadas pela relação harmônica que vinha surgindo com as exigências da ordem social (FOUCAULT, 1984:126). Essa ordem queria a proteção da sociedade e da estrutura por causa da desordem do louco, com isso, a necessidade do isolamento era ainda mais afirmada e exigida. A relação de poder tornar-se óbvia, sendo necessário pôr fim a qualquer poder externo que pudesse sobrevir ao louco, a fim de exercer sobre ele uma autoridade de adestramento, manipulação, repressão. O louco, pelo simples fato de estar internado, torna-se um sujeito

descaracterizado de si, da sua cidadania, das suas escolhas, da perda da sua expressão social. Ele é, então, abandonado ao poder dos médicos e de profissionais que atuam nestas instituições, os quais detêm a autoridade de exercer sobre eles quaisquer ordens, sem o menor apelo ou intervenção.

Os Hospícios aparecem como uma ação específica da medicina com relação à loucura. Eles devem abrigar as pessoas que têm doenças mentais, locais capazes de recuperá-las pela força terapêutica de sua organização e saber. Sua existência, além disso, favorece as mulheres que trabalham e não dispõem de tempo para cuidar. Esse é o mesmo maternalismo que luta por creches e por educação em tempo integral. As mulheres passam a trabalhar e precisa-se de instituições que proporcionem o cuidado.

Essa perspectiva criada para o louco vai ultrapassar o século XIX e adentrar o XX. A criação de hospícios se deu em todo mundo industrial moderno, onde a vida privada se redefine sob o impacto do trabalho feminino fora de casa.

No Brasil, no século XX, como evidenciado nas experiências narradas por Clementina Cunha e Magali Engel, verificam-se formas brutais de segregação de doentes com maus-tratos. Nos estudos de ambas, não encontrei registros sobre os cuidados das mães, esposas e/ou outras mulheres. Todavia, percebe-se o quanto o pai é detentor de um poder, e é ele um dos principais reivindicadores dos hospícios e das internações para as suas esposas e filhas.

A proposta de assistência por meio do hospital psiquiátrico produzia uma desassistência, já que esse enxergava o louco com irracionalidade. Essa é denunciada pela imprensa como num dos casos narrado por Clementina:⁹

Hospício de Juquery, 17 de julho de 1916. A distinta redação da *Capital*: Venho por meio destas linhas relatar as minhas penúrias que tenho sofrido aqui neste desterro, pois aqui a comida é uma simples porcaria (...) porque vem carne deteriorada, bacalhau da mesma forma e o governo a pagar a preço de ouro. Aqui multam os empregados mensalmente, rende 200%, 300% e não torna a voltar para os cofres do governo, eu não sei onde é sumida essa importância. As barbas são feitas a máquina sem a mínima desinfecção e da mesma forma as injeções, por portugueses que nunca jamais em tempo algum viram tubos de injeções. O Dr. Franco da Rocha não vem às enfermarias, está entregue o hospício sobre a direção de boçais portugueses. A mim me mandaram dormir na rotunda, lugar este que nem as cisternas da capital fedem tanto a urina como esse quarto (...). Se acaso os Srs. quiserem notícias mais detalhadas mandem um repórter procurar a mim e o Sr. R.A.T., que está nas mesmas condições, e o Sr. J.A.R (...)

⁹ Prontuário do paciente Antonio B. da Co., 21 anos, branco, solteiro, brasileiro, internado em setembro de 1915. Carta anexa, assinada por três internos do mesmo pavilhão dirigida à imprensa. Consta em CUNHA (1986:98). Para maior aprofundamento acerca das condições dos hospícios no começo do século XX, ver CUNHA (1986, 1989, 1998) ENGEL (2001).

Para Garcia (1995:93), “a ordem do asilo reproduzia a ordem da sociedade, e os próprios alienistas tratavam de delimitar e descrever os tipos perniciosos à disciplina que constituíam um problema para a administração científica dos hospícios”. O saber médico foi instituído na sociedade como verdade e seu poder normatizado nas práticas sociais. Essa dialética entre hospício e sociedade reproduzirá não somente uma institucionalização da loucura, mas a opressão feminina, sendo legitimada pela medicina. O cuidado da mulher louca será diferenciado em relação ao homem. Observa Castel (1978) que, além de uma ala específica, os hospícios deveriam ter um estabelecimento com oficinas para costura, tricô, renda e outros trabalhos considerados femininos. Os ideais transformadores reproduziriam formas de discriminação presentes na sociedade.

A diferença no padrão de tratamento e avaliação em relação a homens e mulheres assinalada na questão do trabalho reaparece aqui: os homens são considerados ‘perigosos’ ou problemáticos do ponto de vista disciplinar quando agridem, xingam, reivindicam. Quebrados pela disciplina asilar, exibem quase sempre a marca do asilo em seu rosto e postura corporal: olhos baixos, ombros curvados, atitude humilde, mansidão são características comuns, provas ambulantes da eficácia ‘terapêutica’. As mulheres, por sua vez, são vigiadas e reprimidas em relação a outros aspectos de sua conduta sobre tudo os que dizem respeito à sexualidade: coibir a masturbação, impedir a nudez, evitar o espetáculo indecente que as transforma, no interior do Juquery, nas usuárias exclusivas das camisas-de-força. Alguns homens permanecem constantemente nus pelos pátios internos. As mulheres, mesmo à custa de violência, deve ser ‘ensinado’ seu recato ‘natural’ (CUNHA, 1986:97).

Nesse modelo, no cotidiano do hospício, a rotina é estabelecida a partir da organização da vida, tornando-se terapêuticas todas as atividades diárias. Contudo, na instituição, a figura do médico adquirirá a supremacia do poder, tornando natural a sua presença como agente principal do asilo. Essas circunstâncias reproduziram as disputas de poder, tanto no asilo quanto na sociedade. Logo, a medicalização¹⁰ será um dos recursos para explicar e propor políticas de intervenção sob os fenômenos sociais.

A marcha europeia da assistência psiquiátrica influenciará no caso brasileiro e os cuidados proporcionados para as mulheres em sofrimento psíquico. Um exemplo disso está em Cunha (1986:88-89):

¹⁰ “O conceito de medicalização é de autoria de Ivan Illich (1975), que o usou para descrever a invasão pela medicina de um número cada vez maior de áreas da vida individual: cada etapa da vida humana – desde os recém-nascidos, as crianças, as mulheres grávidas, até os que estão no climatério e os que chegaram à velhice – é hoje objeto de cuidados médicos específicos, independentemente de haver ou não sintomas mórbidos (...)” (SINGER, CAMPOS & OLIVEIRA, 1978, p.62, apud BOARINI, M. L. & YAMAMOTO, O.H., 2004, p.61, nota de rodapé).

Em primeiro lugar, com relação à questão do trabalho. Para os homens, a roça e outras atividades onde dispusessem da ‘aparência de liberdade’ que os alienistas consideravam fundamental à proposta terapêutica do novo asilo. A extrema importância atribuída à produtividade – indispensável à cura ou ao controle da loucura – é modificada no caso das mulheres. Para elas, a reclusão do trabalho doméstico, encerrado entre as paredes daquela ‘casa’ coletiva. A agulha, o fogão, a sala de trabalhos manuais, espaços fechados condizentes com a idéia da normalidade da condição feminina.

Além disso, as mulheres constituíam o maior número de internos nos hospitais psiquiátricos no início do século XX,¹¹ dando-se isso devido ao processo de disciplinarização da cidade, em que as prostitutas eram abrigadas principalmente pela polícia. O hospício servia de corretivo para aquelas que ousavam sair dos padrões das normas que definiam a essência feminina.

Para os psiquiatras, Isaltina manifestava afetividade e sexualidade desviantes porque dirigidas a um homem que não era seu marido, com o agravante de mostrar-se ambígua no que se referia aos sentimentos nutridos pelo próprio filho. Seu comportamento diferente custar-lhe-ia a liberdade durante longo tempo, permanecendo internada na seção Esquirol até 15 de janeiro de 1931, quando obteria licença de seis meses, conseguindo, dessa forma, uma espécie de liberdade condicional. Não se sabe se ela retornaria ou não ao Hospício Nacional; de qualquer modo, Isaltina pagou um preço bastante alto por sua paixão por Octacílio. O sentido de sua reclusão talvez possa ser encontrado em suas próprias palavras, as quais, apesar da fala ‘incoerente’ e ‘desordenada’ afirmaria, sem hesitar, que fora para o hospício ‘por ser considerada louca’, pois ‘andava cantando como passarinho’; entretanto, ela nunca havia sido louca, uma vez que ‘cantava por ser alegre’ (ENGEL, 2001:88).

O crescimento urbano terá um peso decisivo na contextualização e nos destinos do alienismo europeu, considerando a crescente incorporação das mulheres ao sistema fabril e aos setores dos serviços.¹² No Brasil, o “(...) alienismo, produto final do século XVIII europeu, emergirá um século depois das iniciativas de Pinel, e com contornos próprios exigidos pelo tempo e pelas circunstâncias históricas que presidem sua origem (...)” (COSTA, 1995:94). Tanto que os cuidados de doentes de vários tipos contam com muitas mulheres, não somente na esfera doméstica, mas também ocupando o espaço público, atualizando práticas maternalistas por muito tempo.

¹¹ De acordo com Cunha (1986:85), em nota de rodapé, “Pelas estatísticas do estabelecimento, nos primeiros anos o número de mulheres era igual ou superior ao de homens internados, para cair depois de 1906, quando foram asilados 124 mulheres e 101 homens”.

¹²Ver bibliografia: SCOTT, Joan. "A mulher trabalhadora". In: FRAISSE, Genevieve; PERROT, Michelle (orgs.). *A história das mulheres no Ocidente: o século XIX*. Tradução: Maria Helena da Cruz Coelho, Irene Maria Vaquinhas, Leontina Ventura e Guilhermina Mota. Porto: Afrontamento; São Paulo: EBRADIL, 1994. p. 443-475.

1.2- O paradoxo dos cuidados: o maternalismo científico do início do século XX

Assim, cabia ao homem ‘normal’ a tarefa de provedor da família, de trabalhador dedicado e disciplinado, voltado para o sustento da mulher e a educação dos filhos, tanto quanto o ‘exemplo’ de uma vida morigerada e livre dos vícios e dos ‘excessos’. À mulher, restavam as tarefas estratégicas da reprodução e da conservação da família e do lar, de ‘ser-para-os-outros’ conforme exigiriam sua própria determinação biológica e as inclinações naturais do seu espírito (CUNHA, 1989:126).

No Brasil, até a segunda metade do século XIX, os doentes mentais não tinham nenhuma forma de tratamento específico. “Quando não eram colocados nas prisões por vagabundagem ou perturbação da ordem pública, os loucos erravam pelas ruas ou eram encarcerados nas celas especiais dos hospitais gerais da Santa Casa de Misericórdia” (COSTA, 2007:39).

Aos poucos a medicina foi-se aproximando do Estado, a fim de constituir um reconhecimento institucional, sendo por meio de um saber próprio e específico que se estabeleceu enquanto instrumento de ordenação social. A “necessidade de intervir no contexto social aproximava a medicina da função de educadora familiar tradicionalmente imposta à mulher” (COUTO, 1994:53).

Sobre influência europeia, nasce no Brasil a psiquiatria. Tal especificidade da medicina tem forte influência teórica da eugenia: “para designar o estudo dos fatores físicos e mentais socialmente controláveis que poderiam alterar para pior ou para melhor as qualidades racionais, visando o bem-estar da espécie” (p.53). Será em 1903 promulgada a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados.¹³

A Psiquiatria do Rio, durante três décadas do século XX, época em que foi fundada a LBHM (*Legião Brasileira de Higiene Mental*)¹⁴; era produto do atraso histórico da Psiquiatria no Brasil. Até Juliano Moreira, a Psiquiatria tinha se limitado a reproduzir o discurso teórico da Psiquiatria francesa e a seguir a prática ditada pelo pessoal leigo e religioso, encarregado da administração dos hospitais. Juliano Moreira e seus discípulos tentaram transformar esta situação, inaugurando uma Psiquiatria cujos fundamentos teóricos, práticos e institucionais constituíram um sistema psiquiátrico coerente (COSTA, 2007:41-42).

¹³ Para maior aprofundamento sobre a História da Psiquiatria no Brasil, buscar em Jurandir Freire Costa (2007).

¹⁴ Grifo e destaque meus

A partir de 1926, os psiquiatras da LBHM iniciaram suas propostas de intervenção junto aos indivíduos ‘normais’, visando à prevenção, à eugenia¹⁵ e à educação. Não fugir dos objetivos iniciais, que pretendiam simplesmente atender aos doentes mentais. O saber psiquiátrico iria buscar a defesa da família tendo o apoio do Estado e a construção de estratégias e dispositivos disciplinares. “Para a garantia do bom funcionamento da nação, era necessário preservar e defender a família – base de todo o edifício de ‘ordem e progresso’ a ser construído pela nova ordem política” (CUNHA, 1989:135).

Com o objetivo de estabelecer o progresso da nação, fundamentado nos princípios do modelo familiar católico,¹⁶ tornou-se necessário intervir junto à educação das mulheres. Era por meio delas que se dava a educação das crianças, ou seja, garantiam-se os futuros cidadãos brasileiros. “Associada ao projeto modernizador, a maternidade, ainda que intrinsecamente vinculada à natureza feminina, rompia as fronteiras da esfera doméstica e adquiria um novo caráter, de missão patriótica e função pública” (FREIRE, 2009:20).

O reconhecimento político do papel feminino estava dentro dos parâmetros normativos, elementos que capacitavam a mulher à formação de outros cidadãos, pois sua função era a reprodução, não somente biológica, mas também ideológica da unidade básica da nação, a família. A idéia defendida era a de fraternidade nacional, em que o Estado liberado paternalmente representava a unidade da pátria, defendida por heróicos cidadãos (COUTO, 1994:55).

Buscava-se, então, a educação das mulheres brasileiras, a fim de proporcionar uma prole saudável, cabendo a elas ter o conhecimento técnico para garantir os cuidados qualificados a seus filhos. Pelos médicos fora assumido “o encargo da formação do que imaginavam ser uma boa mãe de família” (FREIRE, 2009:126), sendo que as novas obrigações das mulheres não deveriam estar baseados em ensinamentos “leigos”,¹⁷ mas, sim, nos fundamentados no saber científico.

¹⁵ “Eugenia é um termo inventado pelo fisiologista inglês Galton para designar o estudo dos fatores socialmente controláveis, que podem elevar ou rebaixar as qualidades raciais das gerações futuras, tanto físicas quanto mentalmente” (COSTA, 2007:49).

¹⁶ Para Couto (1994:54), “é importante salientar que o discurso médico não criou um novo modelo familiar, pois a Igreja Católica, desde a colonização, sempre defendeu o casamento e o cuidado com os filhos, tentando controlar o espaço familiar através de um discurso que visava à mãe” (PRIORE, 1990).

¹⁷ As mulheres sempre assumiram os cuidados, não somente maternos, mas também “médicos”. Um exemplo disso pode ser encontrado em nota de rodapé em PERROT (2010:208): “A mulher do carpinteiro de Paris ‘se acreditava experimentada em certas práticas da medicina comum, e trata pessoalmente das indisposições que ocorrem na família. Confiante nas idéias higiênicas de um clínico popular, ela usa largamente água sedativa e preparações canforadas (...). A maioria dessas práticas de higiene, muito habituais em outras regiões, encontra-se comumente entre as mulheres de operários parisienses, que

Contudo, a mãe moderna do século XX faria ciência. Caberia a ela abandonar práticas “antigas”, passadas por tradições familiares e assumir seu novo papel, contribuindo assim para o progresso da nação. De acordo com Freire (p.126), esse ideário foi assumido por diversos multiplicadores: médicos higienistas, educadores, mulheres feministas, intelectuais e profissionais dos mais diversos campos, políticos e juristas. Ao longo da década de 40, haverá a massificação da profissionalização feminina, constituindo uma larga demanda para a chegada das mulheres no espaço público.

Um conjunto de demandas de profissões femininas do campo dos cuidados se evidencia, tais como, de visitadoras sociais, de profissionais de economia doméstica, enfermagem, nutrição, serviço social, favorecendo uma crescente chegada de mulheres ao espaço público, um modo de expressão dos maternalismos (SOIHET e COSTA, 2011:16).¹⁸

Pela ideologia das esferas separadas (SCOTT, 1994), a pública foi imaginada e construída como predominantemente masculina, mas também a ela corresponde a separação dos ambientes doméstico e das fabricas que avançam. A ciência, assim, é pensada como parte da essência masculina. De acordo com os estudos de Matos (1995:5), em que a autora faz uma análise da redefinição dos espaços públicos e privados das atividades do feminino, percebe-se uma “ação reformadora num quadro de transformações urbanas mais amplas que vai atribuindo novos significados ao público e ao privado, que sofrem variações tanto no próprio espaço como no tempo”, ou seja, tem-se uma intensificação e novos delineamentos de lugares.

Os maternalismos que estavam encobertos nos espaços privados são resgatados pelo discurso público, a fim de serem apropriados por um modelo de ordem societária que, ao mesmo tempo, resgata o tradicional, por meio do fortalecimento do lugar privado do feminino, e propõe uma mudança social para essas mesmas mulheres através

normalmente assumem na família as funções médicas e assim transmitem entre si um certo número de receitas tradicionais”.

¹⁸ Para Soihet e Costa (2011:16), tem-se, neste período, a “institucionalização de iniciativas protecionistas que seguem tendências do ideário do *Welfare State*, que, no caso brasileiro, será peculiar (e precário): o desenvolvimento industrial implementado sob estímulo do Estado, na época, só dispunha de incipientes fundos de manutenção de políticas protecionistas de largo alcance. Abre-se, todavia, à regulação de direitos para além da legislação trabalhista, baseados em referências de intervenção estatal de políticas anticíclicas de inspiração keynesiana, com que o capitalismo havia enfrentado a crise de 1929, e fundamentado o *New Deal* de Roosevelt. Alzira, não por acaso, localizará identidades de seu pai com o presidente norte americano (PEIXOTO, 1960:236-238). O Brasil, porém, tem pouco a ver com os EUA. A história da assistência e dos direitos sociais, nesses nexos, porém, incidem sobre sentidos políticos dos movimentos de mulheres em muitos maternalismos que, além de ensejarem uma ressignificação continuada do campo de atividades assistenciais, profissionaliza mulheres para funções de Estado, num exercício de autonomia, mesmo que sob tutela em algumas circunstâncias”.

da profissionalização de um cuidado que deve ser técnico e específico, trazendo para o público o que estava submerso no privado. “Assim, torna-se necessário tentar recuperar a dinâmica entre o público e o privado, sabendo que esses elementos são social, cultural e historicamente redefinidos, para perceber a não polaridade entre eles” (p.5).

É claro que isso significa que, “no fundo, todo o discurso e prática psiquiátrica em torno das mulheres apontam para o reforço de certos papéis e estereótipos sociais garantidores da dominação de gênero e da dominação de classe – o que significa atribuir papéis diferentes às mulheres e exigir delas que, silenciosamente, os cumpram.” (CUNHA, 1989:140), ou seja, o maternalismo científico foi utilizado para determinar padrões morais e éticos aos comportamentos e aos ensinamentos das mulheres. No caso brasileiro, deu-se de maneira que fosse um processo sustentado por múltiplos interesses: “tanto dos médicos quanto das mulheres, e revelou-se ainda permeável à influência de outras forças sociais, como o discurso da Igreja Católica e a pressão da indústria de consumo” (FREIRE, 2009:131).

Ao mesmo tempo em que se constituíam tais mudanças nos maternalismos, os movimentos feministas, como parte deles, também se firmavam nesse cenário. Aproveitou-se a inserção das mulheres no cenário público para reivindicar a educação e a profissionalização das mesmas. É claro que isso gerava um paradoxo, já que as ideias dos maternalismos, do início do século, no caso estudado por Freire (2009), são fundamentadas em princípios eugênicos, moralizantes e biológicos.¹⁹

Para Scott (2002:25), “o problema é descobrir como as feministas poderiam dar à mulher o *status* de indivíduo autônomo, auto-representável e com plenos direitos numa república democrática”. Na experiência brasileira, nesse período, utilizam-se os maternalismos para se expressar também como base cultural e estratégia, lembrando a necessidade da capacitação para o cuidado materno e o acesso ampliado à educação.²⁰

¹⁹ “O feminismo era um protesto contra a exclusão política da mulher: seu objetivo era eliminar as ‘diferenças sexuais’ na política, mas a reivindicação tinha que ser feita em nome das ‘mulheres’ (um produto do próprio discurso da ‘diferença sexual’). Na medida em que o feminismo defendia as ‘mulheres’, acabava por alimentar a ‘diferença sexual’ que procurava eliminar. Esse paradoxo – a necessidade de, a um só tempo, aceitar e recusar a ‘diferença sexual’ – permeou o feminismo como movimento político por toda a sua longa história” (SCOTT, 2002:27).

²⁰ “A emergência de um conjunto de profissões femininas do campo dos cuidados se fará na demanda crescente de quadros, inicialmente apenas femininos. Atividades do espaço público, necessários à montagem de serviços sociais diversos se espalham por todo o país (COSTA, 1995); mais complexas, elas instituem ininterruptamente o dever as mulheres no espaço público, exercido com autonomia e tutela. A criação de associações e sindicatos de profissões femininas, órgãos de classe, inauguram um espaço político de muitos debates profissionais. A história do trabalhismo nesses nexos, ampliará mais e mais os sentidos políticos dos movimentos de mulheres e dos maternalismos que neles se movem, quebrando modos de “tutela” masculina, dando continuidade à autonomia nesse lugar sempre feminino, esse dos

A missão da mãe não era só de vestir e alimentar as crianças, mas também atender à sua higiene, brincar, distrair... A longa lista de tarefas colocadas sob a responsabilidade feminina originava não menos longa relação de normas de conduta, que deixavam, contudo, entrever a falta de consenso entre os próprios médicos sobre a maneira mais adequada de cuidar das crianças. A única regra que não gerava dúvida era aquela que delegava à mulher a responsabilidade irrestrita e contínua de “guardiã” da saúde dos seus filhos, amparada pela ciência (FREIRE; 2009:143).

Surgem as monitoras de higiene mental para orientarem as mães, ou seja, mulheres são capacitadas e inseridas no espaço público, para instruírem outras, e, dessa forma, adequá-las às normas da conduta higienista. “Assim, mesmo alçadas ao papel de auxiliares do médico, as mulheres eram alertadas sobre o risco de qualquer iniciativa autônoma, o que as mantinha dependentes da orientação especializada” (p.133).²¹

Para Lopes (1996:55), esse lugar da profissionalização dos maternalismos é “resultado da trama dinâmica dessas relações que se organizam em sistemas próprios, com lógicas sociais complexas e relativamente autônomas, e que, por sua vez, expressam a diversidade e a contradição”. As enfermeiras, para a autora, não são mulheres por acaso, mas, sim, resultado de uma construção histórica. “Os valores *simbólicos* e *vocacionais* da profissão de enfermeira constituem um exemplo da concepção de trabalho feminino baseada em um *sistema de qualidades* (e não qualificações) ditas naturais” (p.57).²²

A predominância feminina no cuidado teve até agora como efeito a construção de um discurso homogêneo em relação ao sexo. Não poderíamos falar de rivalidades de sexo no interior do cuidado, como interno, a Enfermagem não deprecia as práticas masculinas: no seio da equipe, é difícil identificar os efeitos de condutas de competição entre os sexos. Mas no imaginário social o lugar dos homens não é certamente ‘cuidando’ dentro de um hospital. Esse universo é por excelência feminino na medida em que ele veicula conotações de debilidade, de doença, de dependência, etc. Um universo, portanto, desvalorizado para a identidade social do homem, e que significa uma afronta a sua identidade sexual, enquanto quer dizer o contrário em relação à identidade feminina (LOPES, 1996:59).

cuidados ou da assistência, e, por isso, consentido e aplaudido pelos homens” (SOIHET e COSTA, 2011:20).

²¹ “Antes de serem auxiliares reverentes, ansiosas e sempre culpabilizadas dos médicos, as mulheres do povo, pelo contrário, foram suas principais rivais e continuadoras de uma medicina popular, cujas virtudes hoje em dia tende-se a revalorizar. Elas empregam todos os recursos de uma farmacopéia multissecular, conhecem mil vezes desarmam a medicina douta. Olhando-se de perto, ‘esses remédios populares’ certamente revelariam um real saber dos sofrimentos do povo, preocupado em evitar despesas, mas também em conservar sua autonomia corporal e em subtrair-se ao olhar médico, esse olhar que ausculta, mede, classifica, elimina e, para terminar, envia-se para o maldito hospital”(PERROT, 2010:208).

²² Grifos do autor

O discurso médico era tão influente que afetava diretamente as mulheres adoecidas psicologicamente, a ponto de pedirem a internação ou internarem-se sozinhas. A busca por um cuidado especializado dava-se pelo padrão moral estabelecido. Não se respeitavam as experiências subjetivas ou as escolhas individuais, mas se esperava que as mulheres agissem de acordo com o modo que a sociedade determinava. Caso fugissem do modelo, eram logo diagnosticadas.²³

Não apenas os familiares das pacientes buscavam ajuda no sanatório, algumas delas se auto-internavam, mostrando o respeito que possui a Medicina. Da mesma se pode afirmar que não somente os responsáveis pelas ‘doentes’ eram portadores do discurso médico-normatizador, na descrição dos sintomas pode-se observar que elas também vivenciavam, conflituosamente, o controle social, mostrando nos seus ‘delírios’ as normas e contradições comportamentais que lhes eram impostas: a obrigação do casamento, a obediência à família, o policiamento da sexualidade, em suma, a adequação aos extremos santa-prostituta/ disciplinadora-disciplinada que compunham os parâmetros do mito da cidadã heroína (COUTO, 1994:59).

O olhar psiquiátrico instalou-se na sociedade brasileira, além de carregar consigo a moral eugenista, “essa vigilância recaía, sobretudo nas mulheres que começavam a se organizar em favor da educação superior, da profissionalização e dos direitos políticos” (GARCIA, 1996:57). Aquelas que se colocavam contrárias à autoridade masculina e enfrentavam seus pais e irmãos eram internadas por não respeitarem o poder masculino.

Lavínia P. M., 27 anos, branca, solteira, pensionista. Internada em 19/07/1926. Saiu sem alta em 23/09/1926 (o que significa que a família foi retirá-la da instituição). O curto período de permanência no hospício é indício bastante forte de uma internação motivada exclusivamente pelo desejo paterno de ‘castigar’ a filha rebelde. Lavínia, por exemplo, queria casar -se - finalmente – aos 27 anos, enfrentando a férrea oposição de seu pai (jamais explicada no prontuário), que acabou por interná-la no Juquery. Diante do psiquiatra, em voz firme e calma como ele próprio assinala, Lavínia acusou o pai de ser ‘irascível’, ‘sovina’ e ‘violento’ (segundo o alienista, ele efetivamente fôra réu como mandante em processos de assassinato e participante de linchamentos). Explicou ainda coerentemente a intenção paterna de, através da internação, impedir o casamento que ela desejava. O pai, por sua vez, à falta de melhores argumentos, alegava que ‘há mais de dez anos’ observara na filha uma ‘notável falta de juízo’, acusando-a de ser ‘desobediente’ e ‘desaforada’. Confrontado com as duas versões, o psiquiatra não deixou de tomar partido em suas ‘deduções diagnósticas’ fortemente inconclusivas: Exame psíquico: Apresenta-se ao exame cuidadosamente trajada, com gestos tranqüilos, com a voz suave, denunciando uma educação bem cuidada (...). Nenhuma perturbação se tem notado em seu estado mental, ‘apesar - diz a observada - de seu desgosto de ver-se internada no hospício por mero capricho e perseguição de parentes’(...) Tem a memória excelente, é dona de um raciocínio e de uma lógica irrepreensível; tem orientação perfeita

²³ “A primeira psiquiatra francesa, Madeleine Pelletier, militante entre fins do século XIX e fins dos anos 30 do século XX, impregnada das questões ‘psi’ que emergem no seu tempo, traz outras contribuições: entende a diferença sexual decorrente de um conjunto de fenômenos psicológicos e não físicos, perspectiva que forjaria uma nova subjetividade para as mulheres” (SOIHET e COSTA, 2008:37).

de meio e tempo; não exterioriza alucinações (...). Se as ‘perseguições’ e ‘perversidades’ de que se diz vítima (...) correm por conta de um estímulo delirante, não nos tem sido possível aquilatar a veracidade ou impropriedade de tais asseverações (...) Trata-se de uma histórica mitômana? Ou de uma degenerada moral (loucura moral)? (CUNHA, 1998:13).

Estava posta a contradição não só da contestação feminista, mas da sociedade brasileira. A família também demandava por internação. A busca pelo ajuste das mulheres que não se subjugavam era solicitada pelos múltiplos atores: familiares, polícia, juiz, e até mesmo da própria paciente. “Os médicos, (...) estavam sempre prontos a advertir que a mulher que ultrapassasse os limites da esfera privada estaria à mercê de um colapso mental” (GARCIA, 1996:57). Ou a mulher adequava-se à ordem vigente, ou seria diagnosticada enquanto louca, por não responder as normas e ao seu destino ‘natural’.

O papel de ‘salvador’ da família era atribuído ao gênero feminino, através de suas características de doação e amor, que deveriam possibilitar a tranquilidade do lar. Simultaneamente a essência feminina partilhava com a loucura uma forte relação de parentesco: o conflito, a vibratibilidade, a emoção. Essa dupla característica conferia à mulher, além do papel da vítima facilmente influenciável que poderia “adoecer” a qualquer momento (o que efetivamente muitas vezes deve ter acontecido), um poder que legitimava sua dependência, pois a partir do feminino reproduzia-se o controle social. Daí a necessidade de tornar (principalmente a casada, que obedecia legalmente ao marido) subalterna, sem, todavia, esvaziar o seu poder de reprodutora do modelo normativo. A vitimização da mulher era em si um instrumento de controle que pesava sobre ela, mas que também lhe dava poder, pois enquanto ‘frágil heroína’ que deveria ser defendida dos perigos sociais, era aquela que tinha condições de manipular as emoções de seus familiares criando culpas. A possibilidade de manipulação do papel da vítima era um elemento que dificultava a percepção dos limites impostos à mulher, pois aquela que se adequava à norma acabava por ser enaltecida socialmente (COUTO, 1994:60).

Para as mulheres sem laços familiares, a situação se complicava ainda mais. O hospício seria a alternativa de abrigamento e de instância reabilitadora do desajuste moral, ou seja, “subexiste a idéia de uma sociedade que se reconstrói dinamicamente, de uma hierarquização de gênero que define o próprio conteúdo de cada um dos atores (sexos), de suas relações entre si e com a estrutura, (...) e persistente em engendrar desigualdades entre homens e mulheres” (LOPES, 1996:60).

Como Alice, muitos jovens e crianças vagavam pelas ruas da capital. Nenhum rapaz, no entanto, foi encerrado no hospício por razões semelhantes: desde o século XIX existiam instituições destinadas especificamente à regeneração e recuperação destes contingentes desviados do mercado de trabalho urbano – casas de correção, patronatos, recolhimentos de menores – dirigidas e custeadas pelo Estado ou pela caridade privada. No caso das jovens do sexo feminino, como o citado, há outros indícios que as conduzem

ao hospício como alternativa mais ‘adequada’: o uso da bebida e o afastamento da família (que, aliás, por sua história de vida, mal conhecera) são comportamentos incompatíveis com a condição e a natureza feminina – indícios certos de loucura. Além do mais, desprovida de ‘docilidade’ e ‘boa vontade’, rebelde demais para uma mulher, era ‘indolente’ e ‘preguiçosa’, características impróprias às pessoas pardas e de sua condição social e que, sobretudo, constituíam traços marcantes da personalidade atavicamente degenerada que a psiquiatria e a criminologia lombrosianas atribuíam à prostituição. Projeto de mulher-da-vida, Alice ultrapassou os limites do tolerável: o hospício surgia assim mais uma vez como uma instância preventiva de ‘defesa social’ (CUNHA, 1986: 150).

Enfim, caberia à psiquiatria afirmar o lugar tradicional para as mulheres, mesmo proporcionando múltiplas transformações na sociedade brasileira. A mulher brasileira deveria ser reconciliada com as tradições (FREIRE, 2009:45), permanecendo no seu lugar de rainha do lar e cuidadora da família e, assim, proporcionar a melhor educação e formação possível a seus filhos, preservando os princípios da família. Ao mesmo tempo em que a medicina exigia transformações, afirmava princípios normativos que mantivessem as tradições patriarcais e garantissem os maternalismos.

CAPÍTULO 2

“DE VOLTA PARA CASA”: A RESPONSABILIDADE DAS MULHERES NA E PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Eu tinha 14 anos quando meu irmão, de 22, teve a primeira crise. (...) Quando o levei para um hospital psiquiátrico pela primeira vez, em Belo Horizonte, fiquei assustada com a quantidade de gente perambulando. Dava medo. Não demorou muito e eu me casei, aos 17 anos. Logo depois, meu marido teve um surto, no final dos anos 70. Passei a ter ele e meu irmão internados. Na época, não havia outra opção. Meu marido foi internado mais de 30 vezes. Por anos, passei assim: ele melhorava, voltava para casa, depois ia para o hospital de novo. (...) Tive três filhos. Achei que tudo estava calmo até que notei que o Juninho, o mais velho, ficava muito tempo parado. E depois, eufórico. Ele tinha 14 anos na primeira crise. (...) O diagnóstico foi esquizofrenia, só que mais grave do que a do meu marido e do meu irmão. (...) Internei meu filho pela primeira vez em 1997, aos 16 anos. Os enfermeiros foram buscá-lo e o seguraram com as mãos para trás. Me senti a última das mães. Por duas vezes, internei marido e filho juntos, no mesmo hospital. Uma vez, pediram permissão para fazer eletrochoque, e eu autorizei. Achei que poderia valer a pena. Mas, na terceira sessão, meu marido teve uma parada cardíaca com meu filho por perto. Só soube dias depois. (...) Após duas internações, decidi que nunca mais o levaria a um hospital psiquiátrico. Então, tranquei-o em casa. Oito dias depois, ele teve uma crise e quebrou todos os vidros. Foi a pior coisa. Aos poucos, passei a deixá-lo andar sozinho. Quanto mais eu o deixava livre, mais ele melhorava. Meu outro irmão ficou doente há uns nove anos. Numa crise, fui a São Paulo tirá-lo do hospital psiquiátrico. Aqui, ele melhorou. (...) O Juninho morreu com 29 anos (...). Meu filho morreu, mas morreu livre e comigo ciente do que estava acontecendo. Eu não me perdoaria se ele morresse em um hospício (...) (FOLHA DE SÃO PAULO, 16/05/2011).

No depoimento descrito, percebe-se o quanto solitário é o percurso das famílias na provisão do cuidado das pessoas em sofrimento psíquico. Quando se afirma que a Constituição de 1988, denominada de Constituição Cidadã, tem a família como sujeito de direitos, e o Estado brasileiro assumiu para com ela responsabilidades bem definidas de proteção social, nem sempre percebemos o quanto de sentimentos forjados na vida privada movem as leis. De fato, como dispositivo constitucional, a proteção social, entretanto, não se vai limitar às ações do Estado, mas a desejos e expectativas de cuidados como partes de sentimentos moldados nas experiências, ou seja, nas práticas sociais das famílias que constroem, como sujeitos, a contingência que favorece a invenção ou a reinvenção das diversas formas protecionistas de cuidados. Essas formas

estão nas práticas sociais de todos os dias e correspondem a processos de longa duração histórica:

As famílias extensas (ao lado da nuclear), as relações de compadrio, as formas asilares de proteção dos velhos e dos órfãos nessas mesmas famílias, as tias ‘solteironas’ e as avós, na base de protecionismo familiar, são revelações de processos históricos da maior importância para o reconhecimento das questões peculiares à proteção social no Brasil (COSTA, 1995:129).

Nos diversos arranjos familiares, ocorrem múltiplas estratégias de proteção em relação àqueles sujeitos que precisam de “tutela”. Para Costa (2002:301), “em certas conjunturas essas pautas reafirmam obrigações femininas nas casas, múltiplas práticas de proteção social de crianças, adultos, *doentes mentais*” (grifo meu). De fato, as práticas de proteção primária acabam sendo delimitadas pelas mulheres, naturalizadas pela família e pela sociedade, cabendo ao homem o lugar do público. Tal divisão de trabalho e das responsabilidades dos sexos vai estar presente em muitas práticas sociais e incorporada, culturalmente, às ações, às percepções, aos pensamentos, enfim, à objetivação das coisas.

Percebe-se, ao longo do processo histórico, que a forma de submissão feminina é admitir corpos culturalmente hierarquizados, sendo que, de uma maneira ou de outra, há sempre meios para algemarem o sexo feminino a tarefas pré-estabelecidas socialmente. Um primeiro modo é o de atribuir ao sexo feminino características tendenciais de loucura – por meio de sua patologização – outra forma é associá-lo inexoravelmente a tarefas de cuidados domésticos, compreendidas de conservação da família e do lar. Para Lopes (1996:56), “esta noção postula o sexo social como produto de uma construção permanente: uma construção que estabelece dentro de cada sociedade humana a organização das relações sociais entre homens e mulheres”.

Podemos, no entanto, pensar que o gênero (assim como a classe ou a raça) é mais do que uma identidade aprendida (é mais do que uma aprendizagem de papéis), sendo constituído e instituído pelas múltiplas instâncias e relações sociais, pelas instituições, símbolos, formas de organização social, discursos e doutrinas. Pensando assim, devemos entender que essas diversas instâncias sociais são instituídas pelos gêneros e também os instituem; elas são ‘generificadas’. Essa perspectiva talvez se revele mais útil para nossa compreensão – e intervenção – sobre o campo do trabalho, da justiça, da ciência, da arte, etc. (LOURO, 1996:12).

Examinar costumes e práticas sociais de assistência permite conhecer um pouco do processo que recria clássicas formas de opressão feminina nos hábitos de cuidados.

Na experiência da saúde mental, dentre outras, acabamos atualizando essas formas, até mesmo quando se acredita que estamos nos libertando delas.

Mas, em geral, estamos diante de ocorrências que nos fazem perguntar: que cuidados são esses que desresponsabilizam o Estado de iniciativas protecionistas e que se transferem para as mulheres, em tantos casos, também deles dependentes? Vejamos o caso apresentado inicialmente.

E mais, se os cuidados dos doentes são transferidos para as mulheres, não estaríamos reafirmando os ideais da tutela por meio da promoção da desresponsabilização dos indivíduos sobre a sua autonomia, e afirmando uma incapacidade? Não estaríamos, assim, adotando uma noção de cuidados que é reprodutora da lógica manicomial? Essas são algumas questões que trago no decorrer deste capítulo.

2.1– Matrizes dos cuidados psiquiátricos no Brasil: a REFORMA ITALIANA dos anos 60 do século XX²⁴

Matrizes de cuidados femininos na psiquiatria estão nas experiências europeias, como na Reforma Italiana, em especial, essa que foi e é a maior influência do caso brasileiro. Cabe apontar que na Europa, a partir dos anos 60, os hospitais psiquiátricos foram comparados a campos de concentração nazistas; isso é relevante, pois, esse modelo assistencial, criticado nessa analogia política, vincula-se a ideais libertários e a sentimentos de repúdio, vindos das famílias e de profissionais, e as formas de tratamento que formarão as lutas por reforma psiquiátrica. Move essas lutas o desejo de construir um lugar de libertação das amarras e de reconstrução do mundo pessoal dos doentes mentais:

Assim, quando o doente entra no asilo, alienado pela enfermidade, pela perda das relações pessoais com o outro e, portanto, pela perda de si mesmo, em vez de encontrar ali um lugar onde possa libertar-se das imposições dos outros sobre si e reconstruir seu mundo pessoal, depara-se com novas regras e estruturas que o impelem a objetivar-se cada vez mais, até identificar-se com elas. Isto se dá porque as conseqüências da loucura – que constituem o

²⁴ O Pós Segunda Guerra provocou mudanças nas questões econômicas e políticas em todo o mundo. Houve “desdobramentos que se seguiam durante a reestruturação dos países europeus e a redefinição das políticas sociais nos Estados Unidos, que representam fontes importantes de propostas de mudanças nas formas de ordenamento social” (BARROS, 1994:45). As propostas de mudanças nos modelos de assistência psiquiátrica eram diferenciadas em sua prática, contudo algumas de suas bases eram comuns.

centro das apreensões dos nossos legisladores – são mais valorizadas que o doente mental enquanto homem (BASAGLIA, 2005:25).

Também no Brasil, no final da década de 40, vinham ocorrendo algumas transformações do modelo psiquiátrico. Ao lado dos novos “modelos” de tratamento para os doentes mentais: outras formas de cuidados psiquiátricos, emblematicamente, são propostos por uma mulher, no caso, da Dr.^a Nise da Silveira. Ela dá continuidade a iniciativas que, mesmo antes dela, significam uma nova forma de cuidar e olhar o sujeito em sofrimento psíquico, que superasse a psiquiatria tradicional, que incluía uma terapêutica que se diferenciava dos choques elétricos, das camisas de força, dos comas insulínicos, da lobotomia e outras formas de contenção. Ela, por meio da arte, desenvolve uma nova intervenção, sendo ela uma precursora da Terapia Ocupacional.

Desde 1946, quando foi iniciada a nova fase da terapêutica ocupacional, começaram as tentativas de produzir mudanças no ambiente hospitalar. Era um método que deveria, como condição preliminar, desenvolver-se num ambiente cordial, centrado na personalidade de um monitor sensível, que funcionaria como uma espécie de catalisador. Nesse clima, sem quaisquer coações, através de atividades diversas verbais ou não-verbais, os sintomas encontravam oportunidade para se exprimirem livremente (SILVEIRA, 1992: 16).

A proposta de Nise da Silveira nasce na prisão. Ela foi detida em 1936, após uma enfermeira, que trabalhava no hospital, ver em sua mesa o livro *À Luz do Marxismo* e assim denunciá-la. A repulsa aos campos de concentração nazista pode ser associada à de Nise também numa experiência da prisão que durou um ano e oito meses. Ela percebe que “o silenciamento se dá pelo cerceamento da liberdade, assim como pela monotonia que o regulamento institucional imprime ao dia a dia dos prisioneiros”. (MELO, 2005:140). Além disso, sua recusa de trabalhar com eletrochoque se deu pelas torturas que presenciou de Elisa Berger, sua companheira de cela: a prisão parece o hospício. Mas foi na prisão que iniciou sua amizade com Graciliano Ramos. “A dura experiência na prisão fê-la, mais tarde, empatizar de pronto com seus pacientes psiquiátricos, muitos deles confinados, anos a fio, sem processo, como ela própria, apenas por apresentar visão de mundo destoante com a aceita socialmente” (CALAÇA, 2001:202).

Somente em 1944, Nise retorna para o trabalho no hospital. Contudo, não concordava com os novos “modelos” da psiquiatria tradicional, solicitando ao Diretor, trabalhar com a terapêutica ocupacional. Essa nova terapêutica provocou diversas repercussões. Começa-se um trabalho em formato de atelier de pintura, que,

posteriormente, terá como resultado o Museu do Inconsciente, surgindo em 1952, no antigo Hospital Pedro II.²⁵ Ela busca através da experiência da arte e do afeto por meio da convivência com animais, o respeito pelo cidadão, pela pessoa, e não simplesmente o sujeito como um amontoado de sintomas. Quando estabelece como prática a convivência com animais, não estará propondo a recuperação de experiências afetivas vividas nas casas e nas ruas? Tudo indica que ela pretende com isso, o respeito ao cidadão, à pessoa, e não simplesmente ao sujeito como um amontoado de sintomas. A volta para casa está na recuperação dessa convivência com animais, algo de impacto na instituição psiquiátrica:

É importante notar que tudo isso começava em 1946 e que estavam embutidas nesse método aquelas ideias e práticas do que viriam a ser conhecidas muito mais tarde como antipsiquiatria (LAING e COOPER), comunidade terapêutica (MAXWELL JONES) e psiquiatria democrática (FRANCO BASAGALIA). É, portanto, num hospital psiquiátrico, no subúrbio do Rio de Janeiro, praticamente desprovido de recursos, que se desenvolveu, sem alarde, uma revolução na terapêutica psiquiátrica: abominação de tratamentos violentos – choques, camisas-de-força, psicocirurgias, neurodislepsias – relevância das relações sociais e familiares dos doentes e, sobretudo, num forte relacionamento afetivo com os mesmos. A técnica a ser aplicada necessitava desse conjunto de fatores (CALAÇA, 2001:204).

Percebendo um grande número de reinternações e de que algo estaria errado, Nise achou que “um destes possíveis erros (entre outros) estaria na saída do hospital, sem nenhum preparo adequado do indivíduo, quando apenas cessavam os sintomas mais impressionantes do surto psicótico” (CHANG, 2001:23). Em 1956, Nise da Silveira cria a Casa das Palmeiras, uma instituição sem fins lucrativos, destinada ao tratamento e à reabilitação psicossocial de pessoas em sofrimento psíquico. “Ela pensou em um setor do hospital, ou uma instituição que funcionasse como ponte entre o hospital e a vida na sociedade” (p.23).

Uma nova proposta, um desvio ao modelo asilar, uma outra ciência. O desvio do modelo asilar se dá, definitivamente, com a criação da Casa das Palmeiras. O desamparo aos pacientes com alta médica iniciava um processo de reinternação constante, aos sinais de cessarem os sintomas psicóticos dos pacientes, eram encaminhados a deixar o hospital, sem nenhum tipo de acolhimento (FRANCO, 2009:6-7).

²⁵Atualmente o antigo Hospital Pedro II chama-se Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira.

Como proposta de superar a dificuldade de reinserir o doente na sociedade, Nise propõe a Casa das Palmeiras como um espaço de liberdade, onde os clientes, ou colegas e amigos - forma como preferia chamar os pacientes – pudessem frequentar um espaço que intermediasse a rotina hospitalar e a vida cotidiana em sociedade e na família possibilitando a sua inclusão. A Casa das Palmeiras tem o papel de evitar as internações psiquiátricas.²⁶

Porém, o mais importante é podermos manter a filosofia da Casa das Palmeiras, que como a Dr.^a Nise definiu, “*é um pequeno território livre*”.²⁷ Sua preocupação era a de nos mantermos distantes de qualquer tipo de ‘coleira’, não significando isto um estado de isolamento, mas sim, a liberdade de participação e cooperação em projetos científicos, sem vínculo comercial (CHANG, 2001:27).

Esse território livre se faz como um esforço de restaurar a vida social e “familiar” dos doentes mentais. Enquanto no Brasil já se apresentavam experiências de intervenção na psiquiatria tradicional, na Itália, durante a década de 60, ocorreu a formação do movimento de Psiquiatria Democrática, tendo como experiência o desmonte do hospital psiquiátrico da cidade de Gorizia, organizado por Franco Basaglia e sua equipe. A proposta de intervenção de Basaglia é de recusar a instituição e de negar na prática seu caráter excludente: “agir no interior de uma instituição da violência nos remete à violência global de nosso sistema social – em última instância, a lógica que a Psiquiatria propõe é a mesma lógica de opressão e violência presentes na vida cotidiana” (NICÁCIO, 1989:93). Onze anos de trabalho do hospital de Gorizia visaram negar “o conceito de doença mental como construção teórica” (AMARANTE, 2008:70). A psiquiatria tradicional nega o louco, atribui-lhe a doença mental e enuncia uma série de consequências por sua condição de enfermo. Nega a liberdade do doente e defende sua cura pelo isolamento, reafirmando princípios de Pinel. A psiquiatria democrática vai dizer o inverso: a liberdade é terapêutica.

Não há perigosos. Os que gritam, se agitam, tentam atacar médicos, enfermeiros e visitantes não existem, porque como nesta comunidade não há grades, portões, camisas-de-força – meios de coerção geradores de violência - não se sente o clima de angústia e tumulto característico das instituições análogas (COMBA, 1985:23).

²⁶ Foi realizada entrevista com a professora Luitgarde Oliveira Cavalcante Barros, da Faculdade de Antropologia da UERJ, para aprofundamento acerca da experiência da Dr.^a Nise da Silveira e a proposta da Casa das Palmeiras.

²⁷ Grifo do autor

Nessa mesma experiência de Gorizzia, o desenvolvimento do processo de questionamento político-cultural da estrutura e da existência manicomial problematiza o lugar social destinado ao doente mental como objeto da questão social; a equipe solicita a gestão local o fechamento do hospital e a abertura de centros externos.²⁸ O pedido é negado e a equipe inteira pede demissão, tendo uma grande repercussão na imprensa.

O movimento democrático italiano foi “o único a nível internacional que abriu as portas do manicômio rompendo efetivamente com a Psiquiatria; ele se diferencia das reformas psiquiátricas que ocorreram na Europa e nos EUA, principalmente, a partir da década de 60” (NICÁCIO, 1989:97). Buscou-se, por meio dessas experiências, romper e renovar a capacidade terapêutica da psiquiatria tradicional, saindo do território restrito e partindo para a construção em conjunto com a sociedade de um espaço real da vida humana. Cabe apontar, que, na experiência de Gorizzia, um dos pavilhões tem destaque nos escritos de Basaglia: o pavilhão “C-mulheres”, o último a ser fechado, por apresentar determinadas especificidades. Encontravam-se neste pavilhão as mulheres marginalizadas da nova história do hospital, como narrado (COMBA, 1985:199):

A eficiência institucional congelou nessa ilha sem história as inválidas da enfermaria, as oligofrênicas graves, as anciãs dementes, algumas “notórias fujonas” e as mulheres com problemas sexuais, e injetou no setor algumas pacientes ‘bem-comportadas’, com condições de ajudar eficazmente nos trabalhos internos do pavilhão.

Tal setor tinha uma relação diferenciada do restante do hospital. Tanto que, quando foi oferecido para as mulheres do setor C a possibilidade de se integrarem -se a outros setores, as mesmas se negaram. Preferiram um espaço fechado em troca da “liberdade”, ou seja, de uma dimensão nova, livre (COMBA, 1985:202):

Em todas as suas modalidades, nas diferentes origens ou nas várias justificações, a carreira do doente do setor fechado confirma as modalidades de *violência e exclusão*. As internadas do ‘C-mulheres’, punidas por ‘culpas’ reais e imaginárias, ou simplesmente esquecidas, mantiveram-se, ativas e constantemente, separadas do movimento do hospital.

A loucura feminina era um desafio para a equipe. O manicômio reproduzia as relações externas, inclusive as de dominação masculina. O poder médico legitima tal opressão ao longo dos séculos. Tornou-se um desafio desconstruir não somente o manicômio, contudo, era necessário desmontar um modelo de comportamento feminino, sustentado por uma sociedade de consumo em que a mulher é “coisificada”. Observou-

²⁸ Para um estudo sob as experiências de Gorizzia e Trieste, ver NICÁCIO (1989) e BARROS (1994).

se a reprodução da violência, não sendo necessário trazer os valores de fora para dentro, mas “levando para fora o antiinstitucionalismo, a anti-hierarquização dos papéis, a antidivisão do trabalho a que nos constrange a ambigüidade do nosso ser interno” (COMBA, 1985:214). Outro desafio colocado para a Reforma Psiquiátrica Italiana: a opressão de gênero.

Além disso, Foucault (2008) faz um debate que perpassa sob todas as relações sociais, multiplicando-se dentro e fora delas, que seria a “arte de governar”. Têm-se múltiplos governos: o governo dos homens, o governo das mulheres, o governo das famílias, o governo das comunidades, e etc. E por que não o governo da psiquiatria? E esse “governo”, nesse momento histórico sofre múltiplas influências e disputas: buscase o exercício da soberania política da psiquiatria.

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

A violência institucional que foi percebida no pavilhão das mulheres reproduz-se cotidianamente. A busca pela desconstrução da hierarquização permite perceber que o governo das coisas perpetua a moral tradicional, costumes e ideais conservadores, que precisam ser desmontados. Tem-se uma tensão cotidianamente, inclusive com o novo modelo proposto, já que o tradicional já sofria críticas.

Todavia, foi, em 1971, que Basaglia assumiu o hospital psiquiátrico de Trieste, propondo o seu desmonte. A proposta de Basaglia era de enxergar o sujeito e não simplesmente reduzi-lo à doença, tirando-o dos “parênteses” em que lá o colocaram foram postos pela doença mental. Era necessário repensar o lugar de doença, problematizando que local era esse reservado a ela e que condicionaria o sujeito a há condições restritas, como observa Rotelli (1990:30):

Mas se o objeto ao invés de ser a ‘doença’ torna-se ‘a existência-sofrimento dos pacientes’ e a sua relação com o corpo social, então desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior.

O caminho italiano busca sair do lugar reduzido para seguir a direção da complexidade, que só pode ser encontrada na desconstrução das instituições e na mudança do paradigma psiquiátrico. O tratar é ressignificado, tomando o caráter de cuidado: “Cuidar significa ocupar-se aqui e agora de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que ao mesmo tempo se transforme sua vida concreta cotidiana” (NICÁCIO, 1989:100).

Esse cuidado respeita a singularidade, já que um dos seus princípios é a liberdade, negando o isolamento. Essa liberdade implica em respeitar as escolhas dos sujeitos, sendo ele protagonista de sua história. Outro princípio é a integralidade: está em contraposição à seleção, fortalecendo os projetos de vida dos indivíduos. Não se está buscando uma cura, e sim a produção de vida, de sociabilidade e de convivência.

Um dos problemas apontados por Franco Rotelli acerca do desmonte do modelo manicomial dá-se pelas “possibilidades de vida dentro de um novo modelo cultural que não seja mais de custódia ou tutela, mas de participação na construção de projetos que aumentem as possibilidades e probabilidades de vida” (BARROS, 1994:55). O desmonte não se dá simplesmente pelo fechamento da instituição e sim com a intervenção junto ao território, transformando o modelo cultural.²⁹ Houve uma descentralização de atendimento em muitas unidades, sendo construídos sete centros de saúde mental, um para cada distrito, cada qual abrangendo 40.000 mil habitantes, funcionando 24 horas, todos os dias.³⁰ Logo, na dimensão jurídico/política, tem-se a conquista da “Lei Basaglia”, apesar de ele dele não ter feito parte da elaboração da mesma, suas ideias influenciaram essa elaboração.³¹

²⁹ Tal conjuntura foi sendo alterada passo a passo, tendo como estratégia ações que se deram em diversas dimensões: jurídico/política, sociocultural, teórico/conceitual e técnico/assistencial. (AMARANTE, 2007). Como já explicitado anteriormente, propõe-se um novo paradigma acerca da loucura, transformando o conceito tradicional e não mais enxergando a doença mental e sim a existência – sofrimento do indivíduo. Vemos, então, a transformação teórico/conceitual, o que irá implicar diretamente na dimensão técnico/assistencial. Buscaram-se novas formas de cuidar, não restritas ao tratar e sim à produção de vida. Isso implicou na elaboração dos modelos substitutivos aos manicômios.

³⁰ “Cada centro tinha um número de leitos para aqueles que precisassem e, ainda, dois carros. No hospital geral, há os médicos psiquiatras e dezessete enfermeiros nos centros para rodízio. O antigo hospício foi ocupado com novas estruturas: apartamentos para ex-internos, escola infantil, teatro, laboratório artístico, pintura, ginástica, música, estética, alojamento de voluntários. Constituíram-se também as cooperativas de trabalho, que foram criadas não com o intuito terapêutico, mas sim como proposta de reinserção social e direito do cidadão (NICÁCIO, 1989:102)”.

³¹ Ela não chega ao termo que Basaglia gostaria, contudo substitui a legislação em vigor que era de 1904. Contudo, a Lei n. 180 de 1978 apresenta importantes avanços: “(...) proíbe a recuperação dos velhos manicômios e a construção de novos, reorganiza os recursos para a rede de cuidados psiquiátricos, restitui a cidadania e os direitos sociais aos doentes, garante o direito ao tratamento psiquiátrico qualificado. (...)” (ROTELLI e AMARANTE, 1992:44).

A perspectiva da volta para a casa se amplia e se apoia num processo de tomada de consciência sobre a doença e as possibilidades de tratamento. A diferença entre a experiência de Gorizia e a de Trieste foi o diálogo com a comunidade. A proposta não era de constituir outra comunidade e, sim, de participar da comunidade real. “O ponto de partida estava na eliminação da separação entre o ‘dentro e o fora’, e qualquer passo institucional deveria estar vinculado a esse princípio” (BARROS, 1994:61). Foi de fundamental importância o diálogo externo, trazendo a comunidade para dentro e levando os pacientes para fora do hospício. A dimensão sociocultural sócio-cultural demarcou seu impacto na experiência triestina.

Na verdade, os conceitos de saúde e doença assumem significado em relação a uma norma, na qual a doença é incidente, uma situação na qual se interrompe a vida ‘normal’ de trabalho. Para Basaglia, saúde e doença não são vistas como pólos, constituindo “dois importantes fenômenos humanos, ao mesmo tempo, relação de antagonismo e unidade, em equilíbrio e desequilíbrio que se movem entre a vida e a morte (BARROS, 1994:65).

Tão logo, no Brasil, tem-se, no final da década de 70, o questionamento desse tratamento a partir da influência italiana, ocorrendo, em abril de 1978, o estopim do episódio do movimento da reforma psiquiátrica brasileira, provocado pela “Crise do DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental) (AMARANTE, 1995). Vai ser, nesse período, em que Basaglia e Foucault visitaram o país, aquecendo os debates sobre as vinculações de poder existente nas relações psicológicas/psiquiátricas. A interação entre os diversos atores colaborou para outras formas de conhecimento, práticas e questionamentos sobre o objeto loucura e trouxe a luta pelos direitos dos loucos a espaços não exclusivamente médicos.

A crise da DINSAM dispara-se após a denúncia de três médicos, residentes do antigo Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII), localizado no Rio de Janeiro, o mesmo cenário, em que Nise da Silveira inicia sua proposta de intervenção. Nasce, a partir desse movimento, reuniões de diversos grupos interessados em transformar a saúde mental, reunindo, aí, sindicatos e outras formas de organizações da sociedade civil. Surge o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), com o objetivo de um debate que pudesse proporcionar a transformação da assistência psiquiátrica.

A partir do final da década de 80 e início da de 90, inicia-se um processo de mudanças legislativas, em que onde começam a circular inúmeras leis e projetos de lei estaduais e municipais, legislando sobre a questão dos direitos dos pacientes psiquiátricos. Ainda em 1980, o Ministério da Saúde redigiu o documento “Diretrizes

para a área de Saúde mental” (DINSAM/MS, 1980). A característica do documento era a substituição do modelo assistencial custodial por um mais abrangente, ou seja, a implantação do enfoque exclusivamente organicista para uma abordagem multicasual do transtorno mental. Incluía o debate sobre a integração das ações de saúde mental às desenvolvidas na rede de serviços de saúde, com a criação de unidades intermediárias entre a internação e o ambulatório tradicional.

O auge do contexto reformista ocorre em 1986, em Brasília, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que inaugurou uma nova contextualização do processo de participação social, sendo aberta e consultiva, estimulando a inserção da sociedade civil. Reuniram-se em torno de quatro mil pessoas. Foi nela proposta a realização de conferências temáticas, ocorrendo já, em 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental.

Enfim, vai ser, em 1989, que se dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT / MG), propondo que propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com transtorno mental e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo. Anteriormente, com a Constituição de 1988, surgiu o SUS – Sistema Único de Saúde, que apontava para a construção de um sistema universalista dentro dos parâmetros do Estado de Bem-Estar Social.

2.2 – Outros cuidados e novas responsabilidades: mulheres e reforma psiquiátrica brasileira

A Reforma Psiquiátrica dos anos 90 expande-se no cenário neoliberal: um conjunto de prescrições econômicas que visam reduzir, ao máximo, a presença do Estado na vida social e ampliar, ao máximo, a liberdade das pessoas de atuarem nela. Perry Anderson indica que o neoliberalismo teve seu nascimento logo após a II Guerra Mundial, sendo ele “uma reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista e de bem-estar” (ANDERSON,1995:9). Esse novo modelo fundamenta-se em argumentos liberais que veem os direitos individuais como modo de regência da vida social, em contraposição ao Estado. Para Pereira (2002:36), a partir de 1980, o neoliberalismo finca suas raízes, tendo como fundamento a negação do keynesianismo, base do *Welfare State*, conceito que, até então, atribuiria ao Estado

responsabilidades por ações e gastos no âmbito das políticas sociais. Isso se dá com o apoio nos seguintes argumentos (p.36):

- 1 – que o excessivo gasto governamental com políticas sociais públicas é nefasto para a economia, porque gera o déficit orçamentário que, por sua vez, consome a poupança interna, aumenta as taxas de juros de inversão produtiva;
- 2 – que a regulação do mercado pelo Estado é negativa, porque, ao cercear o livre jogo mercantil, tal regulação desestimula o capitalista de investir;
- 3 – que a produção social pública garantida, sob a forma de política redistributiva, é pernicioso para o desenvolvimento econômico, porque onera as classes possuidoras, além de aumentar o consumo das classes populares em detrimento da poupança interna. Neste caso, a melhor solução é diminuir o efeito redistributivo das políticas sociais, o que supõe a flexibilização ou retração da sua garantia.

Vai ser nesse contexto de transformação econômica que a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) ganha força e corrobora-se como estratégia voltada para o processo de desinstitucionalização dos usuários de saúde mental. Contudo, tal política está no campo da proteção social e também sofrerá o impacto da redução de investimentos por parte do Estado de suas responsabilidades sociais.

No campo da proteção social, a novidade introduzida foi a parceria entre Estado, mercado e sociedade, ou esquemas pluralistas, os quais tiveram apelo muito mais ideológico do que prático. Análises mais acuradas das tendências desse esquema plural ou misto de bem-estar social (ver, por exemplo, Pierson, 1991 e Johnson, 1990) mostram que as soluções referentes à pobreza e à chamada exclusão social têm sido cada vez mais procuradas na sociedade e baseadas no recurso estratégico da solidariedade informal e voluntária, envolvendo a família, a vizinhança, os grupos de amigos. Com isso, o Estado vem abrindo mão de seu protagonismo como provedor social, tornando cada vez mais focalizadas as políticas sociais públicas, enquanto o mercado ocupa-se em privilegiar o bem-estar ocupacional que protege apenas quem tem emprego estável e bem remunerado. Daí a presença marcante de uma *dualização* na prática das políticas sociais contemporâneas (PEREIRA, 2002:39).

Os métodos de tratamento psiquiátrico vão sendo questionados, assim como o poder médico: surgiram projetos diversos que se propunham a tornar desnecessária a existência de hospícios. Procura-se construir formas mais humanas de tratamento, pensadas como capazes de produzirem maior liberdade, autonomia e evitar a formação de novos casos crônicos.

A Reforma Psiquiátrica se configura não apenas como mudança de um subsetor, mas como um processo político de transformação social. O campo da saúde mental é um lugar de conflitos e disputas. Lugar de encontro singular e do social, do eu e do outro. É, também, o lugar de confronto: das idéias de liberdade, autonomia e solidariedade contra o controle e a segregação, da inclusão e da exclusão, da afirmação da cidadania e de sua negação. Portanto, campo de lutas políticas e ideológicas que envolvem militância, protagonismos, negociações, articulações, pactuações. Assim, a Reforma Psiquiátrica é um movimento político, impregnado ética e ideologicamente, e o processo de sua construção não pode ser desvinculado da luta pela transformação da sociedade (YASUI, 2010).

Com isso, vão sendo construídas redes de serviços com o objetivo de evitar que as pessoas cheguem a precisar de internação: a proposta é definir diversas estratégias e formas de serviços diversificados para os cuidados dos usuários da saúde mental. Os projetos que tentam produzir mudanças substanciais na vida dos que já estão cronificados nas instituições têm mais dificuldade de irem adiante. No campo prático, passa-se a privilegiar a discussão e a adoção de experiências de desinstitucionalização,³² o que vai exigir não apenas um processo de desospitalização,³³ mas a de criação de novas práticas e novos espaços assistenciais. Propõe-se também um processo de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas tradicionais.

Nesse processo de transformação do modelo dominante, que era o hospício, a RPB, além de abordar a mudança de serviços assistenciais, também destaca a desconstrução do paradigma clássico da psiquiatria, ou seja, um novo olhar sobre o modelo conceitual e assistencial acerca da loucura, que agora propõe a construção de uma ciência social crítica, que vise à transformação do lugar social do louco. Com a transformação do objeto de intervenção, o processo de desinstitucionalização redefine referências e vê-se diante da complexidade do objeto, não mais se limitando ao processo de “cura”, mas, tão logo, segundo Rotelli et al. (1999:30), do processo de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente”.

Com a mudança de paradigma, buscam-se estratégias e novas formas de cuidados com vistas à inserção social dos usuários institucionalizados. Segundo a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, foram aprovadas quatro diretrizes para o processo de desinstitucionalização, que garantem a assistência integral e de qualidade, de acordo com a Lei n. 10.216/01. Destacamos três delas:

³²É um processo contínuo de invenção de novas formas sociais de lidar com a loucura, a diferença e o sofrimento humano, de forma positiva e concreta, ou seja, com a criação de serviços responsáveis pelo cuidado no território de moradia, sem gerar negligência social.

³³A desospitalização é a alta hospitalar de usuários internados há longos períodos nos hospitais psiquiátricos.

- *Superação do modelo asilar*: a efetiva superação do modelo asilar exige a implantação de uma política de desospitalização/substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, com a concomitante construção de uma rede substitutiva que assegure assistência integral e de qualidade;
- *Organização e produção da rede e dos serviços substitutivos*: a implementação de uma rede de serviços de saúde mental substitutiva ao hospital psiquiátrico, capaz de oferecer atenção integral aos usuários de saúde mental e a seus familiares, em todas as suas necessidades, nas 24 h, durante os 7 dias da semana, fortalecendo a diversidade de ações e a desinstitucionalização;
- *Serviços Residenciais Terapêuticos*: o desenvolvimento de programas de desinstitucionalização das pessoas há longo tempo internadas, que visem os processos de autonomia, de construção dos direitos de cidadania e de novas possibilidades de vida para todos, e que garantam o acesso, o acolhimento, a responsabilização e a produção de novas formas de cuidado do sofrimento.

Diante do novo paradigma e das diretrizes tomadas, os cuidados oferecidos aos usuários de saúde mental e à sua família assumem crescente relevância na agenda de debates. Cabe destacar que a rede de serviços substitutivos, em alguns municípios, deixa muito a desejar, já que não tem disponibilizado a quantidade de serviços suficientes para atender à demanda de usuários do local. Com isso, fortifica-se uma opressão aos familiares/cuidadores que, em sua maior parte, são pobres. Sua pobreza se agrava, pois muitos cuidadores acabam sendo impedidos de trabalhar, ou negligenciam o cuidado para terem poderem ter o que comer.

Na nossa realidade, parte significativa das atividades ligadas à reprodução social ainda são providas através dos laços de parentesco (e aí o papel da mulher é fundamental, como avaliado por Fausto Neto, 1982) e redes informais de suporte. Entretanto, há tendências apontando para uma erosão gradativa das bases deste cuidado, como por exemplo no aumento crescente da participação da mulher no mercado formal de trabalho (PAIVA, 1984; BALTAR, 1988) – e conseqüente diminuição da disponibilidade para tarefas domésticas – e um aumento crescente das pessoas vivendo sozinhas, principalmente de mulheres maduras e idosas (BERQUÓ e CASENAQUI, 1988), de famílias matrifocais (NEUPERT et al, 1988) e do contingente dos sem-casa, dos sem residência fixa e laços familiares (VASCONCELOS, 1995:59).

Eduardo Vasconcelos, em seus estudos, já vinha problematizando a transferência de cuidados à família. Quanto menos a produção de cuidados provinda da esfera estatal, menos serviços básicos haverá, tendo, ao mesmo tempo, o aumento do ingresso das mulheres no mercado de trabalho, “o que significa uma crescente diminuição da capacidade de provisão de cuidados básicos às pessoas dependentes (crianças, velhos, deficientes e doentes em geral) na família” (VASCONCELOS, 1995:33).

Percebe-se o incentivo do “retorno” desse usuário para casa, ou seja, as mulheres assumem a responsabilidade desse cuidado. Predestina-se para as mulheres um cuidado sem qualquer tipo de suporte, já que o cenário é de precarização da ação estatal. Reafirma-se o governo das mulheres na esfera privada, sem perceber que se está se reproduzindo uma tradição. A soberania política do modelo antimanicomial recria e reafirma o governo dos homens nas relações primárias.

Nesse contexto, legitima ainda mais a função de maternar, ou seja, de cuidar dos membros que carecem de proteção, o que parece traduzir uma nova forma de opressão de mulheres. Trata-se de acionar de novo a “vocação” feminina (BADINTER, 1985:222), aquela em que ela, “mais uma vez, nesse papel, se afirma como a ‘rainha do lar’”, glorificação recebida por ser responsável pela casa. Essa vocação e essa função, segundo Badinter (1985), são um lugar construído socialmente; nele, a maternidade atualiza seu papel gratificante e, sob a condição de cuidadora, agora ganha significados impregnados de um novo ideal; serve a um projeto civilizador do Estado Protetor, como em outras experiências (FREIRE, 2009). Nem é preciso explicitar: os atributos de um cuidador/familiar na saúde mental, naturalmente, em sua maioria, convergem e se assentam na figura feminina.

Eu acho que a família fica com um grau abaixo do... do... Da pessoa, do nosso... mas é... Que fica, fica. A mãe, por exemplo, ela fica até... Eu acho... Eu acho que a mãe, ela... A doença mental do filho ela contagia a mãe, é... Assim como uma... Muito mais do que a alegria a mãe tem bons acontecimentos da vida dos filhos. Você fica contagiada com alegria. Então, eu, quando... Pra mim a alegria maior era a formatura do meu filho, dos meus filhos. Eu saia como quem ia voando pra aquela formatura. Tão contagiada. E a doença do meu filho também me contagiou tanto, tanto que eu ainda estou contagiada com isso. E aí veio... Com a doença, já estava contagiada. E veio a morte. A morte de um filho é indescritível. (...) Meu filho deixou de sofrer. Meu filho sofria mais do que eu. Muito mais. Isso me consola. Meu filho deixou de sofrer, deixou (Sr.^a Maria do Rosário³⁴ – entrevistada 2).

³⁴ - Nome fictício para preservar a identidade da mesma. Os demais nomes citados por ela também serão fictícios.

Esse contágio descrito pela Sra. Maria do Rosário, retrata como as mulheres assumem para si a responsabilidade do cuidado. E mesmo não podendo oferecer cuidados aos membros de suas famílias, deslocarão esse encargo para outras, o que também não significa que tenham abandonado os “atos de amor” (ROSA, 2009:188). Para Costa (2002:396), “essas práticas protecionistas, com pouco apoio do setor público, consolidaram extensas redes de proteção e dependências, armadas na intimidade das casas”.

Outro caso foi o de Lurdes,³⁵ esse que acompanhei em minha experiência profissional no “Projeto SOS - Direitos dos Pacientes Psiquiátricos”.³⁶ Lurdes reside com a família, depois de ter vivido alguns anos numa instituição psiquiátrica. É uma pessoa preservada em relação às suas condições psíquicas e apresenta certo grau de autonomia. Seu tratamento é realizado em um serviço de referência da zona norte da cidade, informação dada por seu tio José. Entretanto, chega-nos uma denúncia de maus-tratos por parte desse mesmo tio, alegando que a mãe de Lurdes a tranca em um quarto dos fundos, sem nenhuma condição de higiene, não a alimenta e a proíbe de ir ao local em que se trata (chamarei de Instituto) para realizar seu tratamento. José também relata que Lurdes não vai, há mais de três meses, ao Instituto, alegando que não está bem por se ausentar de seu tratamento. Partimos eu e a coordenadora do projeto para uma visita, juntamente com o coordenador do CAPS de referência do bairro em que Lurdes reside. Chegando ao local, encontramos o Sr. José, que nos levou até a casa da mãe de Lurdes, que nos atende, relatando que a filha não se encontra, que tinha ido ao Instituto para a consulta. Solicitamos a nossa entrada. A Sr.^a Mercedes, como se chamava, se incomodou com nossa presença, pedindo que fôssemos breves, pois ela teria que sair. Levou-nos ao quarto em que Lurdes dorme. Era o quarto dos fundos da casa, fechado com cadeado e corrente de ferro. Tinha muitas cascas de banana no chão e sujeira, cheirava a mofo e era muito úmido. Havia um colchão velho, alguns lençóis sujos e apenas uma janelinha pequena com o vidro quebrado. A Sr.^a Mercedes relatou que Lurdes é muito violenta e que ficava naquele quarto porque a família não aguentava sua presença. Após nossa saída da casa, o Sr. José diz que era mentira: “Lurdes teria ido ao

³⁵ Nome fictício para preservar a identidade da usuária e a de familiares. Os demais nomes aqui destacados também serão fictícios.

³⁶O projeto SOS – Direitos dos Pacientes Psiquiátricos é um serviço oferecido aos usuários, aos familiares e à rede de saúde mental e assistência para auxílio e acompanhamento jurídico, assistencial, social. É um projeto do Instituto Franco Basaglia, no Rio de Janeiro, sendo pioneiro em todo o Brasil, como balcão de atendimento. Atuei no projeto primeiramente como estagiária/bolsista e, depois, como assistente social.

Instituto e, diante da descoberta de nossa visita ao local, haviam-na retirado de lá”. Para seu tio, Lurdes não é violenta, e ele se coloca à disposição do cuidado da mesma.

Como já destacado, a sobrecarga de trabalhos e responsabilidades marca o cotidiano dessa família, que não tem como oferecer os cuidados necessários ao seu ente com transtorno mental. A essa mãe caberia oferecer à filha tais cuidados? Para as famílias pobres, intensifica-se a problemática dos cuidados, já que todos os membros necessitam trabalhar, inclusive as mulheres. Além disso, cabe-lhes exercer outras funções que lhes são atribuídas. Essa ausência de cuidado e/ou maus-tratos pode estar sinalizando a sobrecarga das mulheres nas funções de cuidados. A que sofrimentos chegara essa mãe ao optar pela decisão de colocar a própria filha em cárcere privado? Não estamos defendendo a atitude tomada, entretanto, o quanto essa circunstância se relaciona à ausência de proteção do Estado e à falta de investimento nos serviços de saúde mental, promovendo a responsabilidade de cuidados apropriados e especializados a mulheres em diferentes situações?

Há comportamentos femininos que parecem sugerir manifestações de “ausência” de amor materno e indícios de atitudes criminosas impensáveis e passíveis de repressão. Distanciam-se de códigos que reafirmam uma dada “essência” natural de ser mãe. Para as mulheres pobres, intensificam-se ainda mais as exigências das responsabilidades maternas. Para isso, as instituições se colocam de prontidão para apontar suas falhas e, assim, repudiá-las e fiscalizá-las, punindo-as por não cumprirem seu papel de cuidadoras, ou de se apresentarem como “mães más”.

Com Badinter (1985:271), podemos perceber o quanto o papel de cuidadoras foi reafirmado ao longo dos tempos, em representações que constroem a noção de que as mulheres se devem sacrificar pela prole, numa representação do que seja a “boa mãe”. Nessa representação, o filho “(...) será o sinal e o critério da sua virtude, ou de seu vício, de sua vitória e de seu fracasso. A boa mãe será recompensada e a má será punida (...)”, segundo suas condutas para com seus filhos. Com isso, essa mãe poderia ser vista como culpada pelo transtorno mental de sua filha? Essa filha tem culpa pela ausência do sentimento de maternidade dessa mãe? As mulheres, ao longo da história da humanidade, foram submetidas a pressões culturais que as levaram a incorporar o desejo de serem mães, sacrificando suas vontades e projetos em nome de significados do que seria “o bem” das famílias, encontrando neles sua felicidade e realização:

Se estavam todos de acordo em santificar a mãe admirável, estavam também em fustigar a que fracassava em sua missão sagrada. Da responsabilidade à

culpa havia apenas um passo, que levava diretamente à condenação. É por isso que todos os autores que se dirigiram às mães acompanharam suas palavras de homenagens e de ameaças. Durante todo o século XIX, lançaram-se anátemas às mães más. Desgraçada a mulher que não ama seus filhos, exclama Brochard. Desgraçada aquela que não o amamenta, continua o doutor Gerard: ‘ela condena toda sua descendência a males horríveis, cujas conseqüências terríveis podemos apenas entrever: enfermidades incuráveis, como a tuberculose, a epilepsia, o câncer e a loucura, sem contar todas as horríveis neuroses que tão cruelmente afligem a humanidade (BANDITER, 1985).

A sobrecarga de cuidados em relação aos usuários de saúde mental agrava responsabilidades “naturalmente” pertinentes ao ideal de boa mãe e cuidadora; o fato de deixar de atendê-las ou de desempenhá-las mal, as deslocará para a condição de “mãe má”. Não cumprir, pois, o papel idealizado de mãe de uma pessoa em sofrimento psíquico significa culpabilizá-la por qualquer ação que possa gerar descuidos dele; essa é uma forma de repressão à mesma. Nesse caso, ainda que a negligência em relação a certa cogestão do cuidado por parte do Estado seja manifesta, afirma-se o descuido pelo fato de essa mulher ser uma mãe má; saem daí todos os embaraços seguintes. São muitos os indícios de que, nessas ações, o Estado segue tradições que culpabilizam as mulheres e apontam a fragilidade da cogestão dos cuidados como previsto em lei.

Sintetizando, um processo de desinstitucionalização psiquiátrica pode significar a ressocialização e a devolução da loucura à sociedade, mas, principalmente no contexto do Terceiro Mundo, não deve ingenuamente induzir a uma reprivatização compulsória da loucura na família ou simplesmente a um processo de negligência social, em caso de sua ausência (VASCONCELOS, 1995:34).

CAPÍTULO 3

SUJEITOS (OCULTOS) NA HISTÓRIA: AS MULHERES EM CENA

No primeiro momento vem o susto, a incredulidade de estar acontecendo algo que já sabíamos, mas sempre encobrimos de alguma maneira. Depois vem a culpa, horas e horas perdidas vasculhando a vida, tentando certificar sua culpa, depois vem o momento em que você tem contato com a realidade e percebe que independente de culpa ou não, tem que haver ação e não é para amanhã é para ontem e aí, vem a calma. Passo a passo, vamos desvendando esse mundo desconhecido que nos traz luz.... sombras... coragem, onde não sabíamos ter....mas com certeza é inegável dizer muita dor... Mas muitas oportunidades de autoconhecimento, de encontro com pessoas maravilhosas e descobertas de que: quem imaginava ser tão forte! Não é tão forte sempre. A vida é para ser vivida e não lamentada, pena que só aprendi isso quando passou o tempo e que não tinha mais motivo para lamento (Felicidade Assunção³⁷ - Entrevistada 3).

Nesse processo de transformação do modelo dominante, que era o hospício, a RPB propõe a construção de uma nova forma de assistência, que substitua o hospital psiquiátrico. Propõe um novo olhar sobre o modelo cultural, conceitual e assistencial acerca da loucura, fundamentando-se em uma ciência social crítica, visando à transformação do lugar destinado ao do louco.

Como processo inovador, da transformação do lugar social instituído e oferecido doado ao louco, tem-se a criação de experiências coletivas que envolvem tanto os usuários quanto os familiares. Essas experiências, para Vasconcelos (2008a), irão possibilitar a produção de emancipação, poder e participação social dos usuários, proporcionando o seu empoderamento.³⁸ Para Passos (2010:7), “isso demonstra a importância das relações de proteção social existentes nas vinculações familiares e a necessidade do seu apontamento, já que tais organizações vão surgir para pressionar a implementação de políticas públicas”. Contudo, observa-se a participação massiva das mulheres nessas organizações antimanicomiais, tanto nas de usuários e familiares, quanto em outras experiências de intervenções políticas, culturais e sociais, que essas

³⁷ Nome fictício para preservar a identidade da familiar. Os respectivos nomes citados por ela também serão fictícios.

³⁸ Vasconcelos (2009:59) em seus primeiros trabalhos defende “o uso do conceito original inglês nos textos em português, para garantir o sentido e a força da expressão original, e porque as traduções usuais em português, como autonomização, aumento do poder, fortalecimento e empoderamento ou são parciais, como nas três primeiras, ou perdem força, como na última. Entretanto, foi percebendo que o uso do termo em inglês o torna inacessível exatamente para as pessoas a quem mais se destina: os indivíduos e os grupos sociais submetidos a processos de exclusão, opressão e discriminação” (PASSOS, 2010:7; nota de rodapé).

promovem um deslocamento cultural da práxis hegemônica que é a manicomial e que está incorporada em representações correntes do nosso cotidiano.

São as mulheres aquelas que vão intermediar o processo de desmonte da lógica manicomial, através de suas práticas, de manifestações e de modos de exercício dos cuidados, propagando-se politicamente como novos maternalismos. A partir do lugar que, em grande parte, ocupam: o das relações primárias. Pesquisas acerca da história das mulheres ocupam-se muito das diversas formas ocultas de manifestação feminina. É relevante, pois, tentar, uma vez mais, colocar em cena aquelas que se mantêm ocultas no processo de construção da reforma psiquiátrica e que sofrem com a ausência da problematização do debate.

3.1 Novos serviços, novas responsabilidades e os encargos das mulheres: uma análise a partir da experiência do município do Rio de Janeiro

O novo modelo de cuidado em saúde mental, trazido pelos dispositivos da RPB, propõe a substituição do hospital psiquiátrico por meio de dispositivos substitutivos que dialogarão junto à comunidade e à família, a fim de proporcionar uma “cogestão” do cuidado. Com isso, passam a surgir novas formas de suporte, para que essas relações possam ser construídas, produzindo assim a reinvenção da proteção social: movimento antimanicomial, grupos de suporte, e ajuda mútua e outros.

Em certas conjunturas, essas pautas reafirmaram obrigações femininas nas casas, múltiplas práticas de proteção social de crianças e adultos, doentes físicos e mentais, de natureza primária – família e grupos de convívio –, dispensando ou retardando a montagem da proteção social secundária no país: serviços sociais em instituições estatais e privadas de cuidados diversos. Cuidados a cargo das mulheres e experiências feministas, quando relacionados, desvendam tensões que tanto têm presidido a saída das mulheres para a vida pública – e a tomada de consciência de gênero (COSTA, 2002:301).

A figura feminina sempre esteve vinculada à emoção, à sensibilidade, à infantilidade e a elementos inerentes, que se associam à sua vitimização pelos homens. Da mesma forma, estará ligada a uma concepção de maternalismos que, como expressão política, se apoia nessas mesmas qualidades e pretende soluções públicas para dilemas privados, postos nas relações entre a proteção próxima e a secundária (CASTEL, 1998).

A casa foi sempre o lugar de responder pelos cuidados de crianças e de adultos, sadios e doentes. No caso da RPB, porém, mesmo com as novas diretrizes e os paradigmas traçados, o cuidado ao usuário de saúde mental foi transferido à sua família. Nas propostas de transformações na estrutura do cuidado oferecido pelo Estado, pouco se questionou acerca da capacidade de organização familiar e de o familiar/cuidador dispor plenamente de condições de assumir tais encargos, ou seja, as mudanças propostas pela reforma psiquiátrica, como já enunciadas, fizeram regredir as responsabilidades do Estado, tornadas, tendencialmente mínimas, como parte do avanço de concepções político-econômicas próprias da à marcha do neoliberalismo. Acabaram restringindo decisões de investimentos em novos serviços substitutivos, deslocando e ampliando responsabilidades das famílias nas práticas de cuidados destinadas aos usuários e ao familiar/cuidador.

A divisão das tarefas domésticas e do cuidado de crianças e idosos entre homens e mulheres é um dos maiores desafios políticos. Não igualmente menor é o desafio de que o Estado promova políticas públicas que assumam estas responsabilidades. Esta situação é agravada no contexto do ajuste estrutural em decorrência da redução de gastos na área social que os países estão realizando. O fato é que as relações patriarcais e a ausência de políticas públicas produzem uma sobrecarga para as mulheres que passam a assumir, na maioria das vezes, sozinhas, o trabalho doméstico, ficando impedidas de usufruir tempo livre para desenvolver suas habilidades e capacidades (RODRIGUES, 2005:25).

De acordo com Azeredo (2010), a pobreza irá apresentar um caráter multidimensional. As privações constituem-se mais do que materiais, as famílias estarão expostas a múltiplos riscos sociais. A pobreza se caracteriza, nesse sentido, como ausência. Essa falta irá impactar diretamente as mulheres cuidadoras.

Podemos constatar tal realidade nas decisões sobre a distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município do Rio de Janeiro, no período de 2002 a 2007.³⁹ Nesse período, o Instituto Franco Basaglia (IFB) realizou uma parceria com a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro para implantar esses serviços: a proposta foi a de substituir os hospitais psiquiátricos da cidade. O relatório final de 2007 examina a distribuição dos CAPS nas áreas de planejamento, divididos por bairros, para atendimento segundo a localização presumida de moradia dos usuários. Com a

³⁹ TERTO, Adilson Domingos Sávio, ALMEIDA, Neli de & PROCESSI Verônica (orgs.). *Relatório Anual de Assessoria Técnica: Implementação e Consolidação da Rede de Atenção Psicossocial do Município do Rio de Janeiro, do Convênio CAPS IFB/SMS*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia (IFB). SMS/RJ, 2007.

implantação dos CAPS II,⁴⁰ constatou-se a necessidade de verificar a incorporação dos novos clientes aos serviços.

Observou-se no relatório que, nos CAPS com maior tempo de implantação (Simão Bacamarte, Rubens Correa e Pedro Pellegrino), havia menor capacidade de absorção de novos pacientes, o que podia significar uma sobrecarga de trabalhos e serviços, atuando sobre os profissionais e negligenciando o cuidado proposto.

No que se refere ao pronto atendimento, tem-se a perda dos dados, já que eles não foram notificados no sistema, impossibilitando o mapeamento. De acordo com o Relatório, tem-se, em 2005, um número de 9.610 prontos atendimentos e 7.272, em 2007. Isso demonstra o impacto da negligência não só da alimentação dos dados no sistema, mas da sobrecarga ocasionada pela ausência de investimento público nos dispositivos de cuidado.

Outro dado que foi identificado como ignorado pelos profissionais dos serviços, foi o referente às famílias dos usuários lá matriculados. Esse impacto será retratado diretamente no dia a dia do familiar/cuidador. Com isso, o movimento de reforma psiquiátrica incorpora um conceito que desconsidera responsabilidades institucionais para com o suporte a esses usuários e seus familiares, que estão sendo sobrecarregados e negligenciados nas práticas inauguradas nessa orientação das políticas públicas em tela, demonstrando, assim, a isenção da participação do Estado enquanto “cogestor” do cuidado.

Nesse sentido, o Estado é chamado a intervir apenas em situações residuais, de extrema adversidade. A ação do Estado torna-se **seletiva** – entre os pobres, elege os indigentes, quando o mercado, a benemerência, os grupos de auto-ajuda e a família esgotaram seus recursos e possibilidades de intervenção;

⁴⁰ **Portaria n. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta os CAPS. Os CAPS I** são de menor porte, capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes. Estes serviços têm uma equipe mínima de 9 profissionais, com nível médio e superior, e uma clientela de adultos com transtornos mentais. Funcionam 5 dias na semana. **Os CAPS II** são serviços de médio porte e dão cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes. A clientela típica destes serviços é adulta, com transtornos mentais severos e persistentes. A equipe mínima é formada por 12 profissionais, com ensino médio e superior, funcionando cinco dias na semana. **Os CAPS III** são serviços de maior porte da rede CAPS, que dão cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes. Esta modalidade se faz presente hoje na maioria nas grandes metrópoles. **CAPS III** - São de alta complexidade, uma vez que funcionam 24 horas, todos dias da semana; têm, no máximo, cinco leitos para internações de curta duração e fazem acolhimento noturno. A equipe mínima é de 16 profissionais (com ensino médio e superior). **Os CAPSi** são serviços especializados no atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais. A equipe mínima é de 11 profissionais, com nível médio e superior. **Os CAPSad** são serviços especializados no atendimento a pessoas que fazem o uso prejudicial de álcool e outras drogas, equipamentos previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes, ou por localização geográfica (municípios de fronteira, ou parte da rota do tráfico de drogas). A equipe mínima é de 13 profissionais, com nível médio e superior.

focalizada, ao destinar-se a segmentos ou grupos em situações de risco social. Reinventa, assim, a caridade, a auto-ajuda e o autocuidado, em contraposição ao sistema de proteção social universalizante. As políticas sociais são subordinadas às reformas estruturais e restritas a ação emergencial, de caráter assistencialista, sem assegurar direitos e constituir uma política pública, contrariando a Constituição de 1988, que estabelece a universalidade e a igualdade como princípios da Seguridade Social. (ROSA, 2008a:117) (grifo meu).

Os dados aqui expostos em relação à política de saúde mental do município do Rio de Janeiro demonstram de forma oculta esse processo. A Política Nacional de Saúde Mental, representada pela Lei n.10.216 de 2001, foi resultado da reivindicação, da elaboração e da conquista do movimento de reforma psiquiátrica. Contudo, não se levou em consideração a reestruturação do aparelho estatal, onde “no plano social, as políticas neoliberalizantes agravam a questão social por se fazerem acompanhar de medidas recessivas que desempregam e, ao mesmo tempo, restringem e eliminam direitos, inclusive os sociais” (ROSA, 2008a:116).

Nessa perspectiva, a ameaça de desassistência aumenta, com certo beneplácito do próprio movimento de luta antimanicomial que, ao ressaltar apenas os aspectos negativos das estruturas asilares, omitem a dimensão historicamente positiva que cumpriram ao assegurar o “*direito do usuário a local apropriado de refúgio nos períodos de sofrimento psíquico, e do direito da família à co-responsabilidade pública com o cuidado e tratamento de seu membro com problemas mentais*” (VASCONCELOS, 1992:67; grifos do autor). Evidentemente, há necessidade de reestruturação e reorganização do modelo assistencial para que os serviços assegurem os direitos humanos, os direitos civis e políticos, mas também os sociais, principalmente o direito a ser tratado e o direito dos custos do cuidado ser socializado com toda a sociedade (ROSA, 2008a:137).

Em um país tradicionalmente assinalado pela negação de direitos sociais, o quadro “se torna ainda mais dramático tendo em vista as atuais transformações na estrutura da família (...) e dos papéis de gênero, com as mulheres participando do mercado formal de trabalho, sem a devida contrapartida de os homens assumirem as tarefas domésticas na mesma proporção” (VASCONCELOS, 2010:62). As mulheres “contribuem” com esse modelo de Estado Neoliberal, sem perceberem esse condicionamento, já que essas famílias são despreparadas para promover tais cuidados. Práticas sociais domésticas, nesse processo civilizador, estão “naturalizadas” nas relações sociais cotidianas, reproduzidas em costumes. É verificável que as estratégias do cuidado por meio da figura feminina estarão regularmente presentes, através das relações primárias esquecidas no processo histórico, reinventando suas tradições.

Estratégias de controle se estenderão da questão da sexualidade, embutida no tema da família, até as tentativas de “civilizar” os hábitos populares. A figura feminina assume aí, desde, pelo menos, a segunda metade do século passado, uma importância central. Ela constitui mesmo um dos objetos principais de uma medicina posta a serviço da ordem social, e voltada para a constituição de uma família moralizada e higiênica. A mulher torna-se cúmplice do médico na tarefa de moldar a família, e sua importância é enfatizada claramente pelas entidades científicas (CUNHA, 1986:34).

Nessa linha de raciocínio, cabe-nos lembrar do debate de Bourdieu (1990) sobre a “somatização das relações de dominação” em relação à representação dos sexos e suas funções demarcadas nos corpos e nas subjetividades. Não discordamos da implantação dos CAPS ou de qualquer outro dispositivo que venha substituir o manicômio, todavia, a proposta de transformação paradigmática torna relevante o questionamento da cultura que produz as relações de cuidado.

3.2 Maternidade e loucura: ressentimentos que envolvem o cuidado

A maternagem, embora seja uma condição determinada cultural e ideologicamente às mulheres, é internalizada por ela durante o processo de socialização como seu ser. Desta forma, a mulher tende a assumi-la a ponto tal de comprometer sua individualidade, pois socialmente, a maternagem também foi associada ao despojamento, à renúncia e ao auto-sacrifício da individualidade feminina (ROSA, 2008a:276).

A desconstrução social do conceito de loucura sugere um novo “saber” no sentido proposto por Foucault, ou seja, “de compreensão produzida pelas culturas e sociedades sobre as relações humanas” (WATI, 2010:116). É nessa direção que percebemos o quanto a RPB alimenta, conceitualmente, um dado projeto de maternalismos e de gênero feminino, recuperando determinada “força feminina” inscrita na essencialidade que é atribuída às funções de cuidar e que fixa obrigações/deveres das mulheres. Para Lopes (1996:55), “uma visão de valores, social e dinamicamente elaborados, nos permite falar de (re) criação cultural do feminino e do masculino”. No caso da RPB, o lugar dos cuidados está sendo reinventado em novos processos de subjetivação. A noção de espaço privado considerado natural, portanto, feminino, toma outra noção a partir do momento em que o cuidar passa ter outro significado.

Ao desconstruirmos a oposição fixa do masculino/feminino, libertando as construções sociais das categorias biológicas de que elas parecem ser

derivadas, talvez pudéssemos ‘multiplicar as categorias de sexo’, bem como “desligar reprodução de sexo – um até aqui impensável conceito crescentemente feito possível pelas novas tecnologias reprodutivas’ (LOURO, 1996:17).

Propor um deslocamento de identidade resulta em modificações históricas e culturais que produzirão novas experiências subjetivas, proporcionando uma nova forma de estar no mundo e na sociedade. Segundo Perrot (2010: 180), “a ação das mulheres no século XIX consistiu, sobretudo, em ordenar o poder privado, familiar e materno, a que eram destinados”. Isso demonstra que nem sempre o espaço privado “pertenceu” ao feminino e nem o público foi por todo masculino.

As mulheres recriaram um novo significado para o cuidado por meio de manifestações de luta, ou seja, elas procuraram introduzir-se em experiências de transformação para buscarem mudanças na sociedade. Não mais lutaram simplesmente em nome do filho, do esposo, do pai, da mãe ou de outros, mas em seus próprios nomes e de suas dores, saíram para reivindicar a transformação societária a partir das suas próprias experiências de vida. A revolução/luta no presente tem outro significado, sendo associado a um modo de cuidar: incorpora-se a criação de valores por meio de sentimentos e ressentimentos produzidos pelos indivíduos.

Max Scheler assinala esta dinâmica do ressentimento como criadora de valores, ou seja, de finalidades sentidas como desejáveis pelos indivíduos e que eles buscam realizar. A questão essencial colocada, às vezes de difícil resposta, é a necessidade de compreender e explicar como o ressentimento se manifesta, os quais comportamentos servem de fonte e que atitudes e condutas inspira, consciente ou inconsciente (ANSART, 2004:21).

Os ressentimentos ocupam um relevante lugar no conhecimento como mecanismo político, em que múltiplas ações de descontentamento se manifestarão, produzindo energia para mudança. Numa outra via, Ansart (p. 28) adverte: “as políticas sociais, pode-se dizer, são práticas que visam atenuar as indignações, visam impedir que os descontentamentos transformem-se em ressentimentos perigosos”. Entretanto, esses ressentimentos podem proporcionar sensações de luta e esperança para mudar a realidade constituída, promovendo “transformações associadas à modernidade, libertando o indivíduo de seus apoios estáveis nas tradições e nas estruturas” (HALL, 2002:25).

Por meio dos ressentimentos, foi que D. Felicidade Assunção⁴¹ iniciou sua busca de auxílio para poder encontrar caminhos para lidar com a loucura de seu filho. Sua experiência é impulsionada pela culpa de não entender o adoecimento de seu filho e, com isso, busca respostas para si e, assim, compreender a experiência subjetiva de seu filho.

A mãe fica se sentindo muito culpada. Quê que ela fez para o meu filho ficar assim? Será que foi a minha gravidez? Foi o meu relacionamento que eu tinha? Foi... Eu não soube educar? Eu não soube isso? Eu não soube aquilo? Tudo fazia perguntas! Mas eu vivia uma ambivalência muito grande, sabe? Que eu achava assim... Eu... Eu ia andando com ele, sabe? Eu não tentava ir bater de frente com ele. Eu ia que nem ela falou, na maciota. Ficava em cima do muro com ele. Né? E aí os remédios que passaram pra ele, ele começou a aderir o tratamento, mas depois não aderiu. E aí ele queria... Ele já estava na faculdade... E eu provoquei muita crise dele. Eu provoquei. Por que? Eu não aceitava que ele parasse de estudar, que ele não queria estudar, entendeu? Então ia acha... Mas não era que eu achava assim, que eu queria que ele tivesse um diploma, não era isso. Eu achava que ele tinha que continuar a vida. A maneira que eu achava que tinha que ajudar ele, por exemplo, assim: “Olha só Fulano. Você hoje tem que fazer isso aqui.” Escrevia no papel: “Olha, você tem que ir na faculdade. Sabe a faculdade você tem isso”. Aquilo pra ele era uma pressão e ele arrebatava tudo. Então, o que aconteceu? Eu com aquela minha angústia de ajudar ele, de querer ajudar. Ficava... Eu ia à consulta do médico pra ele. Eu marcava a consulta, ele não ia. Eu ia pra conversar com o médico. O médico falou pra mim: “Olhe, dona... A senhora não pode respirar ele. Ele é quem tem que vir. A senhora não pode viver ele. A senhora vive a sua vida. Deixa que ele vai viver a vida dele”. Mas como fazer isso com um jovem de 22 anos, né? Todo descontrolado. Ai eu me via nessa dicotomia, né? Faz isso, faz aquilo. Ai ele tinha várias situações, ele desmontou minha casa toda, ele desmontou o guarda-vestidos, ele me batia. E foi assim, né? Esse tempo todo foi... Aí o que que eu... O que que aconteceu comigo durante esses momentos todo? No grupo Alento eu aprendi muito, né? Aprendi muito. As pessoas deram muito apoio pra mim. Me escutaram, me deram conforto (D. Felicidade – entrevistada 3).

No caso de D. Felicidade, é importante salientar que os seus ressentimentos estão voltados para o seu papel de mãe, a ponto de culpabilizar-se pelo adoecimento de seu filho. Tanto que ela vai às consultas médicas no lugar dele. Ela se apropria do sofrimento do outro e assume um lugar que não é o seu. Tal circunstância aponta a ausência de suporte proporcionada pelo Estado, já retratada ao longo deste trabalho.

Apesar da forte invisibilidade social dos fenômenos associados à produção do cuidado no âmbito familiar, este tema e suas demandas são capazes de emergir e se articularem com outros processos em curso no campo da saúde mental, ganhando legitimidade e enorme importância política e social. De meu ponto de vista, as demandas dos familiares precisam ser reconhecidas e valorizadas pelo campo da reforma psiquiátrica, e é de fundamental importância investir maçosamente em metodologias e abordagens de assistência em saúde mental adequadas para eles, em suporte e

⁴¹ Nome fictício para preservar a identidade da mesma. Os demais nomes citados por ela também serão fictícios.

empoderamento dos familiares cuidadores, em iniciativas de educação popular, de defesa de direitos, de suporte a projetos das associações, de inclusão digital destas associações e a seus projetos, etc. (VASCONCELOS, 2008 e 2009). Assim, os serviços e programas podem oferecer suporte real para o cuidado direto e para lidar com o peso do cuidado, novas oportunidades para os familiares participarem dos serviços, do projeto terapêutico de seus filhos e se organizarem, gerando relações de aliança com o serviço e os profissionais (VASCONCELOS, 2010a: 66-67).

Contudo, a RPB propõe uma nova forma de relação desse familiar no cuidado da pessoa em sofrimento psíquico: “nesse cenário o grupo familiar passa a ser conhecido também como provedor de cuidado e desse modo torna-se imprescindível sua incorporação nas ações dos serviços, requerendo-se, portanto, um preparo mínimo para desempenho desta função” (ROSA, 2009:161).

Na pesquisa realizada por Campos e Soares (2005:222), destaca-se que a família é uma forte aliada no enfrentamento e na construção do cuidado do usuário de saúde mental. Porém, há diversos agravantes quando a rede de assistência de saúde mental, ou seja, a rede secundária (CASTEL, 2008) não funciona, já que as estratégias do cuidado são construídas em conjunto, não se limitando à família. Para Rosa, a família (2009: 167), “é um grupo histórico, que é determinado por instâncias macroeconômicas, mas também cria novas determinações que remetem à sociedade. É sujeitada e é sujeito do processo histórico”.

Diante dessa realidade dura e árdua de ser cuidador de uma pessoa em sofrimento psíquico, é que teremos manifestações públicas de descontentamento e de ressentimentos proporcionados pela sobrecarga. A busca de alívio para sua dor e de se fazer ouvir, fez com que Gertrudes⁴² participasse, não somente do tratamento de seu esposo, mas também de espaços que viessem fortalecer e reivindicar a mudança do paradigma psiquiátrico tradicional. Para Ansart (2009:28), “os ressentimentos têm um lugar, um papel no mecanismo político: por exemplo: a *manifestação pública* constitui-se em um procedimento legalizado de expressão dos descontentamentos e uma ameaça simbólica aos representantes que permanecem indiferentes a esta expressão”.

Uma manifestação pública de Gertrudes se dá na expressão de seu adoecimento, quando houve a crise de Manoel, seu esposo. A mesma fica tão abalada que se questiona sobre as crises do esposo, centralizando em si a culpabilização do adoecimento do marido.

⁴² Nome fictício para preservar a identidade da mesma. Os demais nomes citados por ela também serão fictícios.

Sempre. Sempre. Sempre. Eu fico muito mau, muito mau mesmo! Eu não suporto, sabe? É que eu acho que ele não merece aquilo. Eu não sei... Quando eu fico assim, eu falei “Meu Deus ele tá tomando remédio, por que aconteceu isso?” Entendeu? Eu fico questionando o porquê, eu questiono muito. Por quê? Se ele está tomando remédio. Que ele é uma pessoa que eu não preciso eu dar remédio, ele vai lá ele toma remédio certinho, toma tudo certinho. Porque que ele surtou? (Gertrudes - Entrevistada 1)

“Um potente afeto estava também na origem do ressentimento: a humilhação. (...) ‘Quando não se possui nenhum privilégio, é necessário que se decida suportar o desprezo, a injúria e os vexames de toda espécie’” (ANSART, 2009:350). Tal colocação de Ansart, pode ser retratada na vida e na história de Maria do Rosário. Seu filho teve sua primeira crise aos dezesseis anos. Entretanto, um tempo depois de ingressar no exército, ele tem outro surto, só que bem mais forte. Foi internado no hospital do exército, mas negaram a ela o direito de visitá-lo. Para Sra. Maria do Rosário o que lhe proporcionava dor era o isolamento de seu filho e os maus-tratos que ele sofria.

Chocante! Era isso aí o termo. Era chocante pra eu ver, eu queria ver, mas não deixaram. E aí no dia 02 eu fui e já entrei lá nessa. Se não... Naquele tempo eu já era... Eu falei: “Se não me deixarem ver meu filho, eu vou a... Vou à justiça. Vou pedir... vou à delegacia... Vou pedir que me orientem o que fazer para uma autorização de um juiz pra vim ver meu filho”. Aí deixaram. Cheguei lá meu filho tinha um corte no lábio, no cílio, tinha um aqui no supercílio, os braços todo arranhado, as pernas. Não me reconheceu. Não era meu filho, era realmente um doente mental já... Assim como quem já estivesse... Como pessoa com tempos que tem tido a doença. É... Nem me reconheceu e eu só reconheci porque mãe reconhece os filhos. Seminu, machucado... Não olhou nem pra mim, ficou de costas mesmo. E... É... Dali ficou no exército internado três meses, saiu ainda tava... Aí ele tava já muito violento. Ele só ficou quatro dias em casa. Teve que voltar de novo para o hospital. Depois deram alta ao meu filho e tiraram o direito dele se tratar no exército (Sra. Maria do Rosário – entrevistada 2).

Para ela, a velhice, a morte e a doença mental caminharão lado a lado, levando-a para o mesmo fim. A sua satisfação estava na realização de seus filhos. E logo o seu primogênito teve um adoecimento psíquico grave, levando-a se debruçar nos cuidados com ele. A dor da Sra. Maria do Rosário não era mesmo pelo adoecimento do filho mesmo e, sim, pela violência que o sofrimento dele lhe causava.

Aí... Não, eu to bem. É... São coisas... Falar do José pra mim é muito difícil. Sabe? Eu tenho facilidade de falar de tudo... Agora, falar por que... É falar na... É... Pra mim... É o sofrimento do José. O José sofreu muito mais do que nós... Do que toda a família junta. O José não só o José, mas todo doente mental, a pessoa muito doente mental. Eles sofrem demais, sabe? Eles sofrem demais porque a discriminação... Não, não adianta dizer hoje não tem discriminação não. Eu acho que a discriminação pelo doente mental é... Teve e vai ter sempre, sabe? O doente mental é... Ele... Perde... Tudo... Ele vai perdendo. Como é que eu quero dizer? Perdendo... É... É... Por isso que eu

acho muito parecido, por isso que eu assimilo as três (Sra. Maria do Rosário – entrevistada 2).

As misturas de sentimentos envolveram todas as nossas entrevistadas, de tal forma que foi alterada a própria história de vida de cada uma delas: “o ódio recalcado e depois manifestado cria uma solidariedade afetiva que, extrapolando as rivalidades internas, permite a reconstituição de uma eclosão, de uma forte identificação de cada um com seu grupo” (ANSART, 2004:22).

Nesses depoimentos, percebe-se a busca pela mudança e pela superação da dor, o que projeta novos processos de subjetivação. Vai ser participando de espaços de troca que as mulheres irão deslocar o seu papel de cuidadora para o de agentes de transformação, criando novos valores por meio de velhas tradições. O sentimento de perda vai transformar e mover o papel simbólico, demarcado pelos atos singulares. Ocorre a tomada de consciência que alterará o presente e o futuro, não só das entrevistadas, mas de muitas outras mulheres.

Uma constatação imediata nos permitiu ratificar a visão dos grupos de ajuda e suporte mútuos como um dispositivo eficiente: quando outro familiar se manifestava sobre o mesmo problema que estava sendo relatado, o olhar e a atenção de quem estava falando previamente se modificavam, e ali surgia um brilho diferente. Neste momento brotava a solidariedade e cumplicidade entre pessoas que viviam histórias parecidas e o consolo de não ser mais o único a viver tal situação (BRAZ, 2010:114).

As mulheres abnegam-se ao longo da história, que tem como registro as muitas expressões do cotidiano. Recriam -se espaços em busca de liberdade para expressarem seus muitos ressentimentos, já que são caladas pela dominação masculina. Como exemplo, há os conventos no final do século XVIII.⁴³ Foram espaços de castigos e submissão para algumas, mas de liberdade para outras.

Os conventos e recolhimentos não foram apenas espaços de submissão. As mulheres também utilizaram a seu próprio favor em muitas situações: para escapar de um casamento não desejado, para realizar seu desejo de viver piedosamente. Houve aquelas que, refugiadas no claustro, pediram o divórcio de maridos que as maltratavam fisicamente ou dissipavam sua herança. As casas religiosas foram ainda, por muito tempo, um dos poucos lugares em que as mulheres aprendiam a ler e a escrever (NUNES, 2008:488).

Além disso, criou-se a possibilidade de acessibilidade em relação à educação formal para as mulheres. Houve a criação de instituições assistenciais para os aos

⁴³ Segundo Nunes (2008:482), “as freiras foram as primeiras a exercerem uma profissão, quando ainda a maioria da população feminina era ‘do lar’.” O primeiro mosteiro feminino só surge no Brasil no século XVII: o Convento de Santa Clara do Desterro, na Bahia, em 1677.

doentes, as crianças, os idosos e os indigentes, que vieram contribuir para a expansão do campo de atividades das mulheres. Esses espaços reproduziam a contradição, já que “as religiosas prepararam outras mulheres para contestarem o lugar que lhes era tradicionalmente atribuído na sociedade, ainda que continuassem a veicular em seu discurso religioso uma visão tradicional do papel social feminino” (NUNES, 2008:494).

Percebe-se que os ressentimentos incorporados pelas mulheres ao longo da história reproduziram-se no processo de integração da sociedade moderna, encontrando-se permeado nas relações sociais. Outro exemplo dessa reprodução está engendrado no caso de Roseli⁴⁴. Sua dor está relacionada a o seu pai.

Meu pai foi uma pessoa que me ensinou a ter relações horizontais com as pessoas. Nunca uma empregada doméstica comeu diferente e fora da mesa nas refeições com a gente. Nunca. Eu sempre ouvi o meu pai dizer: “Prostituta é gente”. Assim... Todos os valores bons eu aprendi na relação com meu pai e com a minha mãe. A importância de viajar, de música clássica, do caminhar, de uma boa alimentação. Eu aprendi grandes valores, inclusive o que é sofrimento. Na mesma intensidade! E aí... Bom... Aquelas confusões que meu pai aprontava, dava tudo pra todo mundo. Meu pai deu mais de dez casas pros outros. A coisa era... Sempre foi comigo. Ele tem uma coisa comigo que eu não tenho explicação. Ele deu casa pra todo mundo, menos pra mim. Eu sendo filha única. A gente sábado ia no supermercado eu podia escolher uma coisa gostosa. Ele comprava o que ele queria. E sempre a minha casa teve ar-condicionado, eu não tenho memória de uma casa sem ar-condicionado. Um. No quarto dele. E assim... Se eu quisesse, quando tava muito quente, eu tinha que dormir no chão. No quarto dele. E aí... Com a morte da minha mãe. Bom... Meu pai foi pra Campo Grande, tinha que morar no morro porque vinha uma onda que ia destruir... Ih, eram umas histórias. Escurecia, tinha que trancar trezentos cadeados na casa. Oh vida maçada! Fui morar numa casa, nos fundos, em Campo Grande, num lugar que eu odiava. Fui pra uma escola de freiras tacanhas! Não, meu pai foi muito assim. Muito violento comigo e muito cruel verbalmente (Roseli – Entrevistada 4).

Por ser filha única, o cuidado de seu pai, após seu adoecimento e velhice, recaiu sobre ela. E, aí, cabe pensarmos se é de total responsabilidade de Roseli cuidar de seu pai. E se a mesma não tivesse nenhum vínculo com ele, como ficaria? Os laços sanguíneos e afetivos doam tamanha responsabilidade?

Para Vasconcelos (1992:67), torna-se relevante o **“direito do usuário a local apropriado de refúgio nos períodos de sofrimento psíquico, e do direito da família à co-responsabilidade pública com o cuidado e tratamento de seu membro com problemas mentais”** (grifos do autor). Esses direitos devem continuar a serem respeitados, já que a responsabilidade não é meramente das mulheres. A fragilidade da implantação do modelo substitutivo tem permitido a propagação da sobrecarga do

⁴⁴ - Nome fictício para preservar a identidade da mesma. Os demais nomes citados por ela também serão fictícios.

cuidado sobre as mulheres, reproduzindo o antagonismo da liberdade. Busca-se promover a liberdade e a igualdade dos usuários, mas negam-se tais princípios às mulheres cuidadoras, deixando-as à mercê da reinvenção de cuidados.

No âmbito privado, o peso do cotidiano do cuidado ao portador de transtorno tende a recair nos familiares, e particularmente nas mulheres, que muitas vezes sacrificam seus projetos de vida e seu tempo diário para a produção do cuidado, com fortes implicações financeiras e psicológicas para elas e demais cuidadores, em um fenômeno que geralmente não tem visibilidade social (VASCONCELOS, 2010a:62).

3.3 O “novo maternalismo científico”: a continuidade de uma velha história

Mesmo com a implantação das diretrizes da reforma psiquiátrica enquanto política pública, percebe-se nas relações de proteção primária a reprodução do modelo manicomial. De acordo com Costa (2002), tais relações atualizam as desigualdades em relação aos acessos dos direitos sociais das mulheres, reafirmado pela ausência de políticas públicas, já identificadas na implantação dos CAPS do município do Rio de Janeiro.

Para o exercício de atividades fora do espaço doméstico, é trivial que as mulheres precisem delegar tarefas da administração de suas casas a outras mulheres. No caso brasileiro, essas são práticas de longa duração histórica que reafirmam a maternidade transferida, forma de as mulheres atribuírem-se mútuas responsabilidades, legitimada nas lutas feministas. Essa transferência atualiza desigualdades seculares nos acessos das mulheres a direitos sociais, próprias das relações de poder e subordinação que presidem a montagem dos sistemas protecionistas (COSTA, 2002:304).

A naturalização do cuidado em suas casas, por sua vez, não teria reconhecimento como trabalho, ou seja, “em sua essência já estaria inscrita a condição de cuidadora, por isso mesmo não haveria o mérito de remuneração” (ROSA, 2009:189). Todavia, entre nós, no Brasil, as mulheres estendem essas funções de cuidadoras fora de suas casas, para que outras trabalhem.

Dessa forma, mesmo com a participação de homens nos cuidados, em geral, são as mulheres que se ocupam com as questões da esfera privada, por isso lhes caberá a responsabilidade pelo sujeito com transtorno mental. Tal sobrecarga se agrava com as dificuldades de participação da rede secundária, e que reforçam práticas e ideologias associadas à distinção dos papéis sociais masculinos e femininos.

Sob as referências do feminismo liberal, é de se admitir, todavia, que mesmo essas antigas práticas sociais ganhem sentidos, considerando, sobretudo, o recrudescimento e mudanças de práticas filantrópicas, operadas sob condução de mulheres dessas mesmas camadas sociais médias e altas, como expressão, diria eu, de novos processos de tomada de consciência. Assim, sob o paradoxo da diferença, há muito por conhecer das relações sociais presentes na montagem das democracias liberais contemporâneas, considerando o crescente “peso político” das mulheres na esfera política e na formulação de discursos e práticas associados a concepções de cidadania (COSTA, 2010:215).

É observável (PASSOS, 2010), desde o final do século XIX, o recrudescimento de antigos símbolos associados à imagem do feminino junto à medicina. No caso, são símbolos que uma vez mais parecem atrelar responsabilidades femininas ao alcance de direitos, quando essas são prerrogativas dos muitos governos, como a que se refere Foucault. Assim, caberia às novas mulheres cívicas tornarem cidadãos os seus doentes. Diria, que, nesse mister, as próprias mulheres na RPB se veem assumindo aquele discurso de outrora, quando “a ciência foi acionada na conformação de um determinado modelo de maternidade, configurando-se, através da maternidade científica, um novo papel feminino: a mãe moderna” (FREIRE, 2008:154).

A maternidade científica criticava a ausência de cultura na educação das mulheres, já que se precisava instrumentalizá-las para serem educadoras capacitadas a fim de exercerem com excelência seu papel de mãe. As tradições eram explicadas pela ciência, precisando-se educar as mulheres: “visava-se ‘prepará-las’ adequadamente para sua inserção no espaço público” (FREITAS, 2008:53).

Tais práticas acabam reproduzindo o pensamento manicomial. O tensionamento aqui colocado vem sendo recriado, e mesmo sob mutações ocorridas ao longo do processo histórico, em direção a um novo paradigma para o cuidado das pessoas em sofrimento psíquico, retomam nas relações primárias, práticas culturalmente conservadoras. Assim, instalado à sombra dessas relações sociais, como única e exclusiva forma de tratamento e alternativa. Esse processo repete-se a todo o momento, tornando atual o modo pelo qual Freire (2009:45) o identifica no discurso da maternidade científica:

Não seria viável, portanto, supor que, no Brasil, os intelectuais e reformistas das primeiras décadas do século XX tenham aproveitado as inovações do comportamento feminino quanto aos padrões vigentes para tornar compreensíveis outros tipos de mudanças em curso – talvez menos sensíveis a intervenções normativas – e buscar controlá-las, reconciliando-as com as tradições.

As tradições, no início do século, foram resgatadas como forma de apropriação do discurso médico. Em seu livro, Martha Freire resgata tais processos através de duas revistas feminina da época. A centralidade dos discursos estava na moral, no comportamento adequado, enfim, em toda uma conjuntura de padronização do ideal de ser mulher, ou seja, “[a mulher] deve ir para o matrimônio com a certeza que vai cumprir um papel muito sério perante a sociedade, que vai dedicar aos seus filhos toda a sua vida, e que vai dar felicidade, e não buscá-la para si” (FREIRE, 2009:44).

Contudo, nas questões atuais, tendo como cenário a Reforma Psiquiátrica Brasileira, esse é ainda o paradoxo recriado nos atuais maternalismos. Ao mesmo tempo em que se propõe um deslocamento da identidade do sujeito em sofrimento psíquico em direção a uma possível autonomia, proporciona-se sua perda por parte das mulheres. Acontece que, nas relações primárias, ainda é “natural” o dever das mulheres de cuidar, não importando em que condição se encontrem como pessoas, seja como esposa, filha, nora, mãe, irmã, já que, historicamente, são designadas para as práticas de cuidado.

Tais circunstâncias promovem o não deslocamento de seus lugares enquanto sujeitos de direitos, mas sustentam uma série de invenções de tradições, fortalecendo seu lugar como cuidadoras. Com isso, nas relações primárias, o pensamento manicomial continua sendo perpetuado, reproduzido pela ausência de um Estado cada vez menos atuante mais mínimo em suas responsabilidades.

Assim sendo, as mulheres podem reafirmar a psiquiatria tradicional, ou transformá-la a partir das suas experiências individuais. “Essas práticas protecionistas, com pouco apoio do setor público, consolidaram extensas redes de proteção e dependências armadas na intimidade das casas” (COSTA, 2002:306). Tais práticas encontram-se esquecidas, já que apontam fragilidades da rede de proteção secundária e reproduzem tradições. Na fala de uma de nossas entrevistadas, percebemos o quanto tais práticas são fortalecidas também pelo poder médico. O processo de desinstitucionalização não pode ser a mera transferência de responsabilidade para as mulheres, tem-se como proposta a inserção social e a viabilização da cidadania, só que têm sido negligenciadas aos usuários e a essas cuidadoras.

Mas é porque você neste momento você está num grupo de abandonadas. Mas se você amplia esse leque... Até mesmo essa minha experiência com o grupo Alento... Vocês acabaram de dizer hoje que são 21 anos. Então eu já transitei... E por outros lugares. É... O que eu atribuo muitas das vezes abandono de filho é o próprio saber médico. Eu trabalhei na Dr. Eiras em Paracambi, quem que é que orientava essa família? “Você tem que deixar ir porque não tem jeito”. E as famílias sumiam. Sumiam porque o médico

alimentava isso e a sociedade da região desses pacientes não suportava conviver com aquele familiar, porque era casa de maluco (Roseli-entrevistada 4).

A falta da coparticipação do Estado, enquanto agente de cuidados para esse usuário em sofrimento psíquico, vai promover fragilidades acerca da possibilidade de efetivação dos objetivos da RPB, gerando disputas de contracorrentes, a fim de afirmar a psiquiatria tradicional. “Aliás, Rotelli (1990), integrante da experiência italiana, afirma que a intenção inicial do programa italiano não está imune de ser apropriada pela vertente neoliberal” (ROSA, 2009:136). Isso também pode ser reportado para a experiência brasileira.

Por tudo isso, reafirmo que a rede de saúde mental tem deixado muito a desejar, quando fixa responsabilidades para as famílias e, principalmente, para mulheres. Ampliam-se, assim, os sofrimentos dos doentes e dos familiares pela ausência de cuidados e tratamento dos usuários de saúde mental. Deixo aqui indagações iniciais para pensar a importância da avaliação do processo de implantação da RPB, nas circunstâncias que estabelecem tanto a ausência de investimento por parte do Estado em serviços substitutivos e comunitários e de profissionais capacitados, como também a falta de cuidados aos familiares/cuidadores e a sobrecarga de tarefas que as mulheres continuam a experimentar. Por isso, desvenda-se, nessa experiência, a atualização de novas formas de opressão das mulheres.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho não teve como pretensão esgotar as questões que envolvem os cuidados das pessoas em sofrimento psíquico. Aproximando-se, preliminarmente, de experiências maternalistas de hoje, procura tensionar o debate, com base em contradições políticas presentes no ideal da Reforma Psiquiátrica, com foco nos cuidados prestados pela proteção social primária. Infelizmente, devido ao tempo restrito que se têm no mestrado, novas questões surgidas mostraram-me ainda mais os limites do presente trabalho. Ainda que de cunho exploratório e apesar de suas muitas lacunas, as questões aqui apresentadas me permitiram traçar alguns sinais que sugerem a importância de prosseguir em novas pesquisas. Uma das lacunas foi acerca do lugar do profissional em saúde mental. Não entrevistei nenhum profissional, apesar de Rosaura Braz, também ser psicóloga, ela, assim como eu, vive a condição de familiares/cuidadoras. Senti, porém, a necessidade de compreender de que forma os profissionais – homens e mulheres, não envolvidos com os cuidados das pessoas em sofrimento psíquico na esfera privada e enxergam a atuação dos familiares, principalmente, das mulheres, no cuidado da pessoa em sofrimento psíquico.

Durante a minha participação do “IV Curso de Formação de Grupos de ajuda e suporte mútuo”,⁴⁵ observei o quanto as familiares que ali estavam sentiam-se sozinhas no cuidado, já que os serviços requisitam a sua presença constantemente. Algumas delas expressaram o sentimento de sobrecarga e de falta de suporte para esse cuidado, sendo, na maioria das vezes, a busca por esse tipo de grupo de suporte a única saída.

Essa pesquisa procurou apontar a perpetuação das formas de opressão, associadas ao gênero feminino e traduzir os maternalismos contemporâneos, diante de novas tomadas de consciência, especificamente daqueles que atuam na psiquiatria, como desdobramentos das outrora políticas higienistas, hoje sanitárias. Daí, por que localizar no passado o presente e o presente no passado e no futuro, já que nas múltiplas tentativas de ruptura outras opressões sempre terão continuidades inventadas, não por fatalismo, mas porque, como diria Marshall Sahlins (1990:180): “Toda mudança prática também é uma reprodução social”. Observo isso, desde Pinel, que mesmo seu ato de

⁴⁵ O curso é parte do Projeto Integrado de Pesquisa e Extensão “Saúde Mental, Desinstitucionalização e Abordagens Psicossociais” (Projeto Transversões), que há da Escola de Serviço Social da UFRJ. Visa capacitar profissionais e lideranças de usuários e familiares para atuarem como facilitadores das reuniões de grupos de ajuda e suportes mútuos, dispositivo a ser inserido na rede de serviços de saúde mental e/ ou atenção básica em saúde em nosso país. Conta com a total aprovação, o apoio e o financiamento do Ministério da Saúde e do Cnpq.

retirada das correntes dos loucos não impediu que as amarras tiradas, meramente simbólicas, criassem outras, tanto para os loucos, quanto para os seus familiares, principalmente para as mulheres, lembrando que práticas diárias de tempos vários fazem as regras societárias.

Outra questão é acerca da ausência de registro sobre a história das mulheres na saúde mental, como protagonistas do processo de ruptura com a psiquiatria tradicional. Encontrei, nas literaturas produzidas por Maria Clementina Cunha e Magali Engel, estudos acerca das mulheres internadas nos hospitais psiquiátricos no início do século XX, mas nada sobre as suas ações na e para a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), ficando assim algumas lacunas que acredito sejam indicações de retorno ao tema e a novos estudos.

Apesar dos ritmos lentos, com que a implantação da RPB avança, muito por conta das prescrições do neoliberalismo. Há por reconhecer, no que tange à temática aqui exposta, que se tem conseguido caminhar devido ao protagonismo de muitas mulheres. Elas têm contribuído para o desmonte do pensamento manicomial, socializando suas dores e suas dificuldades com tantas outras. Grupos de suporte e ajuda-mútua, são experiências que fertilizam esse campo, e que tem sido estimulado há algum tempo, com destaque para o grupo de pesquisas coordenado pelo Professor Eduardo Vasconcelos, como uma nova forma de estratégia de transformação e suporte para o cuidado da pessoa em sofrimento psíquico. Essa experiência não pôde ser examinada pela ausência de tempo no mestrado, sendo outra questão para um estudo posterior.

Ao contrário da experiência passada, em que as mulheres estavam sendo internadas pelos seus desvios de conduta, hoje tais mulheres estão na luta pela desconstrução de um modelo que as oprime como sujeitos de direitos e como cuidadoras. Um modelo que outrora buscava o aprisionamento do diferente tem sido desmontado com a contribuição de múltiplas personagens que se encontram em oculto na história. As mulheres que cuidam aproximam-se daquelas que são cuidadas, a fim de se acolherem-se dentro de uma rotina de dor e sofrimento, buscando a compreensão de um melhor caminho, para se proporcionar o melhor cuidado e a diminuição da dor do sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERTI, V. *Manual de História Oral*. 3ª edição: Ed. FGV; Rio de Janeiro, 2005.

ALVES, Domingos Sávio. “Integralidade nas Políticas de Saúde Mental”. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (orgs.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS/ABRASCO, 2001.

_____ e GULJOR, Ana Paula. “O Cuidado em Saúde Mental”. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (orgs.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 2004.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. (org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Ed. FIOCRUZ, 1994. Rio de Janeiro.

_____ . “Uma Aventura no Manicômio: a trajetória de Franco Basaglia”. In: *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Jul-Out, 1994, Vol. I (1), pág. 61-77, Rio de Janeiro. Acesso em 30/05/2011, <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v1n1/a06v01n1.pdf>>.

_____ (org.). *Loucos pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SNE / ENSP, 1995.

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

_____ *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. 3ª Reimpressão, Ed. FIOCRUZ, 2008.

ANDERSON, P. O. “Balanço do Neoliberalismo”. In: SADER, Emir & GENTILI, Pablo (orgs.) *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

ANSART, P. “História e Memória dos Ressentimentos”. In: BRESCIANI, S. & NAXARA, M. (orgs.). *Memória e (Res)Sentimento: Indagações sobre uma questão sensível*, edição. Campinas, São Paulo: Ed. UNICAMP, 2004.

AZEREDO, Verônica G. *Entre Paredes e Redes: o lugar da mulher nas famílias pobres*. Serviço Social e Sociedade 103. São Paulo: Ed. Cortez, jul- set 2010.

BADINTER, Elisabeth. *Um Amor Conquistado: o mito do amor materno*. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira S/A, 1985.

BARROS, Denise D. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. Ed. EDUSP /Lemos, São Paulo. 1994.

BASAGLIA, Franco. (org.) *A Instituição Negada*. Tradução Heloisa Jahn. 3ª Edição, Ed: Graal. Rio de Janeiro.

_____ “Escritos Seleccionados: em saúde mental e reforma psiquiátrica”. Organização Paulo Amarante; Tradução Joana Angélica d’ Ávila Melo. Rio de Janeiro: Ed: Garamond, 2005.

BEZERRA, Benilton. “O normal e o patológico: uma discussão atual”. In: SOUZA, Alicia N. de e PITANGUY, Jacqueline (orgs.). *Saúde, Corpo e Sociedade*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2006.

_____ “Cidadania e loucura: um paradoxo?” In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho e BEZERRA Jr., Benilton. *Psiquiatria Sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BIRMAN, Joel. “A Cidadania Treloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais”. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho e BEZERRA Jr., Benilton. *Psiquiatria Sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BOARINI, M.L. & YAMAMOTO, O.H. “Higienismo e Eugenia: discursos que não envelhecem”. *Psicologia Revista*, vol.13, n.1, São Paulo: Educ.2004, p.59-72. Disponível em <http://www.cocsite.coc.fiocruz.br/psi/pdf/higienismo_eugenia.pdf>. Acesso em 30/05/2010.

BOCK, Gisele. “Pobreza Feminina, Maternidade e Direitos das mães na ascensão dos Estados-providência (1890-1950)”. In: DUBY, G. & PERROT, M. *História das Mulheres – século XX*. Edições Afrontamento, São Paulo: Ebradil, 1991.

BOURDIEU, P. *A Dominação Masculina*. Tradução Maria Helena Kuhner. Ed. Bertrand Brasil, Rio de Janeiro, 1999.

_____. “Novas Reflexões sobre a Dominação Masculina”. In: LOPES, M.J. M.; MEYER, D.E.; WALDW, V.R. (orgs.) *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1996.

BRAZ, R. “A família e os grupos de ajuda e suporte mútuos em saúde mental”. In: VASCONCELOS, E. M. et al. *Manual de ajuda e suporte mútuos em saúde mental*. Rio de Janeiro: Projeto Transversões, ESS-UFRJ, 2010. Disponível a pedido pelo e-mail <emvasconcelos@skydome.com.br>.

BRESCIANI, S. & NAXARA, M. (orgs.). *Memória e (Res)Sentimento*: Indagações sobre uma questão sensível. 2ª edição. Campinas, São Paulo: Ed. UNICAMP, 2004.

CALAÇA; Agilberto. “Nise da Silveira: esboço biográfico”. *Revista QUARTENI*. Ed. Consultoria, nº8. 2001.

CAMPOS, Pedro Humberto Faria e SOARES, Carlene Borges. “Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental”. *Belo Horizonte: Psicologia em Revista*, v. 11, n. 18, p. 219-237, dez. 2005. Disponível em <http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1677-11682005000200006&script=sci_arttext>. Acesso em 10/01/2010.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.

CASTEL, Robert. *A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo*. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1991, 2ª edição.

_____. *As Metamorfoses da Questão Social: uma crônica do salário*. Petrópolis/ RJ: Editora Vozes, 7ª edição, 2008.

CHAIA, Miguel. “A busca da beleza Política e da Justiça”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. [Online]. 2001, vol.16, n.47, pp. 163-168. ISSN 0102-6909.

CHANG, Franklin. “A Casa das Palmeiras: Uma experiência revolucionária na Psiquiatria”. *Revista QUARTENI*; Ed. Consultoria, nº8, 2001.

CHAUÍ, M. *Cidadania Cultural: o direito à cultura*. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2006.

COELHO, Mirna. “A dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica e a Companhia Mudança”. In: *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, v.32, N.78/79/80, p.92-98, jan/dez, 2008.

COMBA, L. J. “C-mulheres”: o último setor fechado”. In: BASAGLIA, Franco. (org.) *A Instituição Negada*. Tradução Heloisa Jahn. 3ª Edição, Rio de Janeiro: Ed: Graal, 1985.

COSTA, J. F. *A História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Ed. Garamond Universitaria, 5ª edição, 2007.

COSTA, Suely. G. “A invenção de tradições: a proteção social e os cursos de graduação em Serviço Social”. *Revista Serviço Social e Sociedade* 48. São Paulo: Ed. Cortez, 1995.

_____. *Signos em Transformação: a dialética de uma cultura profissional*. São Paulo: Ed. Cortez, 1995.

_____. “Sociedade Salarial: contribuições de Robert Castel e o caso brasileiro”. *Revista Serviço Social e Sociedade*, nº 63, São Paulo: Ed. Cortez, ano XXI, agosto. 2000.

_____. “Proteção social, maternidade transferida e lutas pela saúde reprodutiva”. Florianópolis: *Revista Estudos Feministas*, v. 10, n. 2, 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acessado em 30/09/2009.

_____. “O Paradoxo da Diferença: verdadeiro, falso e fictício”. *Revista Est. Hist.*, Rio de Janeiro, vol. 23, nº45, p. 210-218, jan.-jun. de 2010, p. 210-218.

_____. “Diga-me: o que significa gênero?” Mesa redonda da ANPUH Nacional. XXVI Simpósio Nacional de História, São Paulo - SP, 19/07/2011, USP.

COSTA, N. & TUNDIS, S. “Cidadania, classes populares e doença mental”. In: TUNDIS, S. A. e COSTA, N. R. *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Ed. Vozes, 2001.

COUTO, R. C. de M. Eugenia. “Loucura e Condição Feminina”. *Caderno de Pesquisa*, São Paulo, nº90, p. 52-61, ago. 1994. Disponível na internet em <<http://www.fcc.org.br/pesquisa/publicacoes/cp/arquivos/882.pdf>>. Acessado em 11/06/2010.

CUNHA, Maria Clementina P. *O Espelho do Mundo: Juquery - A história de um asilo*. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1986.

_____. “Loucura, Gênero Feminino: as mulheres do Juquery na São Paulo do início do século XX”. In: BRESCIANI, M.S.M. (org.) “A mulher e o espaço público”. *Revista Brasileira de História*, nº18, vol.9, ago – set., 1989.

_____. “De Historiadoras, Brasileiras e Escandinavas: loucuras, folias e relações de gêneros no Brasil (século XIX e início do XX)”. *Revista Tempo*, RJ, vol.3, nº5, 1998, p. 1881-215.

DELGADO, Pedro Gabriel G. “Cidadania e Saúde Mental”. In: SOUZA, Alicia N. de e PITANGUY, Jacqueline (orgs.). *Saúde, Corpo e Sociedade*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2006.

DIAZ, Fernando Sobhie. “Os Movimentos Sociais na Reforma Psiquiátrica: O ‘Novo’ na História da Psiquiatria do Brasil. Rio de Janeiro”. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, 2008.

EAGLETON, T. *A Idéia de Cultura*. Tradução Sandra Castello Branco. Editora UNESP, São Paulo, 2005.

ENGEL, M. G. *Os Delírios da Razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)*. Coleção Loucura e Civilização, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2001.

FERREIRA, M. de M. & AMADO, J. (orgs.) *Usos e Abusos da História Oral*. 8ª Edição. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2006.

FERREIRA, Gina. “Desinstitucionalização e Integralidade: um estudo do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil”. In: GULJOR, A. P., GOMES, A. e MATTOS, S. A. (orgs.). *Desinstitucionalização na Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/ABRASCO, 2007.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. (Organização e Tradução de Roberto Machado), Rio de Janeiro: Ed: Graal, 4ª edição, 1984.

_____ *Nascimento da Biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979)*. Tradução Eduardo Brandão; revisão da tradução Claudia Berliner. – São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FRANCO, S. G. “Terapêutica Ocupacional e Pesquisas Científicas: o modelo de Nise da Silveira dentro do Hospital Nacional dos Alienados”. São Paulo: Departamento de Pós-Graduação de Antropologia da USP, 2009. Acesso em 03/07/2011. <<http://www.ram2009.unsam.edu.ar/GT/GT%2044%20%E2%80%93%20Traslaciones%20Etnogr%C3%A1ficas%20Antropolog%C3%ADa%20y%20Ciencia/GT%2044%20-%20Ponencia%20%5BGil%5D.pdf>>.

FREIRE, Maria M. L. “Mulheres, mães e médicos: Discurso maternalista em revistas femininas (Rio de Janeiro e São Paulo, década de 1920)”. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). 2006.

_____ “Ser mãe é uma ciência: mulheres, médicos, e a construção da maternidade científica na década de 1920”. *Revista História, Ciências e Saúde*. Vol. 15 supl., Rio de Janeiro: Manguinhos, 2008.

_____ *Mulheres, Mães e Médicos: discurso maternalista no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

FREITAS, Rita de Cássia Santos. “Mães em Luta: reflexões sobre um novo tema”. *Revista GÊNERO*, n. 1, V.2, Niterói, 2º Sem., 2001.

_____. “Em nome dos filhos, a formação de redes de solidariedade: algumas reflexões a partir do caso Acari”. *Revista Serviço Social e Sociedade*, n. 71, São Paulo: Cortez, 2002.

GARCIA, Carla C. *Ovelhas na Névoa: um estudo sobre as mulheres e a loucura*. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Tempos, 1995.

GULJOR, Ana Paula e VIDAL, Cristina. “Centro de Atenção Psicossocial Vila Esperança: o papel das redes na estratégia de suporte à desinstitucionalização”. In: PINHEIRO, R, FERLA, A. A. e MATTOS, R. A. *Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

HALL, Stuart. *A Identidade Cultural na Pós-Modernidade*. Tradução Tomaz T.da Silva, Guacira L. Louro. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Editora DP&A, 2002.

HOBBSAWM, Eric J. *Mundos do Trabalho: novos estudos sobre história operária*. Coleção Oficinas da História. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 2008. 5ª Edição revista.

_____. & RANGER, Terence. *A Invenção das Tradições*. Tradução de Celina Cardim Cavalcante. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 4ª edição, 2006.

HOCHMANN, J. *Histoire de La Psychiatrie*. Paris: Editora Puf, 2004, 1ª edição.

HUNT, Lynn. *A Invenção dos Direitos Humanos: uma história*. Tradução de R. Eichenberg. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

KOSELLECK, R. *Futuro Passado: contribuição à semântica dos tempos históricos*. Tradução: Vilma M. Mass e Carlos A. Pereira. Rio de Janeiro: Editora PUC/RIO, 2006.

LOWY, M. *Walter Benjamin: aviso de incêndio: uma leitura das teses ‘Sobre conceitos de história’*. Tradução Wanda N. C.Brant. São Paulo: Editorial Boitempo, 2005ª.

_____. “Místicas Revolucionárias: José Carlos Mariátegui e a religião”. *Revista Estudos Avançados*, 19 (55), 2005b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142005000300008&script=sci_arttext>. Acesso dia 07/02/2011.

_____. “Romantismo e Marxismo”. In: COGGIOLA, Osvaldo (org.). *Marxismo Hoje*. São Paulo: Xamã VM Editora e Gráfica Ltda, 1994.

_____. *Redenção e Utopia: O judaísmo libertário na Europa Central* (um estudo de afinidade eletiva). Tradução Paulo Neves. São Paulo: Ed. Companhia das Letras, 1989.

_____ & SAYRE, R. *Romantismo e Política*. Tradução Eloísa de A. Oliveira. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1993.

LOPES, M. J. “Divisão do trabalho e relações sociais: pensando a realidade das trabalhadoras do cuidado de saúde”. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D.E.; WALDW, V.R. (orgs.) *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1996.

LOURO, Guacira L. “Nas Redes do Conceito de Gênero”. In: LOPES, M.J. M., MEYER, D.E. & WALDW, V. R. (orgs.) *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1996.

MACHADO, Roberto, LOUREIRO, Angela, LUZ, Rogério e MURICY, Kátia. *Danação da Norma: Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed:Graal, 1978.

MATOS, Maria I. Santos de. “Do público para o privado: redefinindo espaços e atividades femininas (1890-1930)”. *Cadernos PAGU* n°4, 1995, p. 97-115.

MELO, W. “Nise da Silveira: memória e ficção na obra de Graciliano Ramos”. *Revista Advir* n°19, Rio de Janeiro: ADUSERJ, setembro de 2005, p.139-145.

MENEZES, J. “Tradição e Experiência: uma inversão cultural do pensável pelas práticas”. *Revista Antíteses*, vol. 3, n°5, jan.- jun., 2010, p. 367-392. Acesso em 11/06/2010/ UEL/ Brasil. Disponível pelo site:

<<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/antiteses/article/viewFile/3742/4916>>.

MINC. / FIOCRUZ. “Loucos pela diversidade: da diversidade da loucura à identidade da cultura”. Relatório final da Oficina Nacional de Indicação de Políticas Públicas Culturais para pessoas em sofrimento mental e em situações de risco social. Rio de Janeiro, s.n., 2008.

MINISTÉRIO NACIONAL DA SAÚDE. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Cuidar, sim, excluir, não. Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social. Brasília, 2001.

NICÁCIO, M. F. “Da Instituição Negada à Instituição Inventada”. In: LANCETTI, A. (org.), *Saúde Loucura*. n° 1. 3° edição. São Paulo: Ed: Hucitec, 1989.

NUNES, M. J. R. Freiras no Brasil. In: PRIORE, M. D. (org.), *História das Mulheres no Brasil*. São Paulo: Editora Unesp, Editora Contexto, 2008.

MOREIRA, Rosemeri. “O discurso maternalista e a construção da ‘Polícia Feminina’: Dominação Simbólica, Negociação ou Ressignificação?” *Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero 9: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos*, Florianópolis, 2010.

PASSOS, Izabel C.F. *Reforma Psiquiátrica: as experiências francesa e italiana*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Coleção Civilização, 2009.

PASSOS, Rachel G. “Saúde Mental e Exclusão Social: perspectiva de um desafio histórico, estrutural e social”. Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social, Niterói: UFF, 2007.

_____ “As vozes que ecoam: mulheres, ressentimentos e saúde mental.” *Cadernos de História da Ciência*, V.6 n.1. Jan/ jun de 2010.

PEREIRA, P. A. P. “Estado, Regulação Social e Controle Democrático”. In: BRAVO, M. I. & PEREIRA, P.A.P. *Política Social e Democracia*. São Paulo: Ed. Cortez, 2002.

PERROT, M. F. “A História das Mulheres. Cultura e Poder das Mulheres: ensaio de historiografia”. Niterói/RJ: *Revista Gênero*, v.2, n.1. 2º semestre de 2001.

_____. *Os Excluídos da História: operários, mulheres e prisioneiros*. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 6ª reimpressão, 2010.

PINEL, P. *Tratado Médico-Filosófico: sobre alienação mental ou a mania*. Tradução Joice Armani Galli. Rio Grande do SUL: Ed. UFRGS, 2007.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. *Lei n. 10216/2001* - Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em 15/12/2009.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em 12/12/2009.

_____. *Código Civil de 2002*. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/2002/L10406.htm>>. Acesso em 12/12/2009.

RIDENTI, Marcelo. *Brasilidade Revolucionária*. Editora Unesp; São Paulo. 2010.

RODRIGUES, A. “Lugar de mulher é na política: um desafio para o século XXI”. In: SWAIN, T.N. & MUNIZ, D. do C. G. *Mulheres em Ação: práticas discursivas, práticas políticas*. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, Ed. Mulheres, 2005.

ROSA, L. *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo: Ed. Cortez. 2ª edição, 2008a.

_____. “Provimento do cuidado doméstico à pessoa com transtorno mental: a questão de gênero em evidência”. In: VASCONCELOS, E. M. (org.) *Abordagens Psicossociais – Perspectivas para o Serviço Social*. Vol.III. São Paulo: Editora Hucitec, 2008b.

_____. “A família como usuária de serviços e como sujeito político no processo de reforma psiquiátrica”. In: VASCONCELOS, E. M. (org.) *Abordagens*

Psicossociais – Perspectivas para o Serviço Social. Vol.III. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

ROTELLI, F. (org.) “Desinstitucionalização uma Outra Via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos ‘Países Avançados’”. In: ROTELLI, F., LEONARDIS, O. & MAURI, D. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1990.

_____ & AMARANTE, P.D.C. “Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos”. AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho e BEZERRA Jr., Benilton. *Psiquiatria Sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

SAHLINS, Marshall. *Ilhas de História*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990.

SCOTT, J. W. “Gênero: uma categoria útil de análise histórica”. *Revista Educação & Realidade*, v.15, n.2, jul/dez, 1990.

_____ *A Cidadã Paradoxal: as feministas francesas e os direitos do homem*. Florianópolis: Ed Mulheres. 2002.

SILVEIRA, N. *O Mundo das Imagens*. São Paulo: Ática, 1992.

SILVA FILHO, João Ferreira. “A medicina, a psiquiátrica e a doença mental”. In: TUNDIS, S. A. & COSTA, N. R. *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Ed. Vozes, 2001.

SOIHET, R. E COSTA, S.G. “Interdisciplinaridade: história das mulheres e estudos de gênero”. *Revista Gragoatá*. Niterói, n.25, p 29-49, 2008.

_____ Tutela e devir das mulheres no espaço público IN: CORTE, Andrea Telo.(org). *História, política e memória*. Rio de Janeiro: FUNARJ/Imprensa Oficial (no prelo)

SWAIN, T. N. “Mulheres, sujeitos políticos: que diferença é esta?” In: SWAIN, T.N. & MUNIZ, D. do C. G. *Mulheres em Ação: práticas discursivas, práticas políticas*. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, Ed. Mulheres, 2005.

SWAIN, T.N. & MUNIZ, D. do C. G. *Mulheres em Ação: práticas discursivas, práticas políticas*. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, Ed. Mulheres, 2005.

YASUI, S. *Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

TERTO, Adilson Domingos Sávio, ALMEIDA, Neli de & PROCESSI Verônica (orgs.). “Relatório Anual de Assessoria Técnica: Implementação e Consolidação da Rede de Atenção Psicossocial do Município do Rio de Janeiro do Convênio CAPS IFB/SMS”. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia (IFB). SMS/RJ, 2007.

THOMPSON, E. P. *Os Românticos: A Inglaterra na Era Revolucionária*. Tradução Sérgio Moraes Rêgo Reis. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2002.

_____. *Costumes em Comum*. Tradução Rosaura Eichenberg. São Paulo: Ed. Companhia das Letras, 1998.

THOMSON, A., FRISCH, M. & HAMILTON, P. “Os debates sobre memória e história: alguns aspectos internacionais”. FERREIRA, M. de M. & AMADO, J. (orgs.) *Usos e Abusos da História Oral*. 8ª Edição, Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2006.

TOURAINÉ, Alain. *O mundo das mulheres*. Petrópolis: Ed. Vozes, 2007.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão, LEME, C.C.C.; WEINGARTEN, R. & NOVAES, P.R. (orgs.). *Reinventando a Vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental*. 2ª edição. Rio de Janeiro/ São Paulo: EncantArte Editora e Editora Hucitec, 2006.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. *Do hospício à comunidade: mudança sim; negligência não*. Belo Horizonte, Editora SEGRAC, 1992.

_____. (org.) *Abordagens Psicossociais – História, Teoria e Trabalho no Campo*. Vol. I. São Paulo: Editora Hucitec, 2008a.

_____. *Abordagens Psicossociais – Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na ótica da Cultura e das Lutas Populares*. Vol.II. São Paulo: Editora Hucitec, 2008b.

_____ *Abordagens Psicossociais – Perspectivas para o Serviço Social*. Vol.III. São Paulo: Editora Hucitec, 2008c.

_____”Philippe Pinel e a Emergência da Psiquiatria Moderna e do Tratamento Moral”. *Projeto Transversões*, texto de discussão interna. Rio de Janeiro; 2008.

_____ *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Editora Hucitec, 2010a.

_____ et al. *Manual de ajuda e suporte mútuos em saúde mental*. Rio de Janeiro: Projeto Transversões, ESS-UFRJ, 2010b. Disponível a pedido pelo e-mail <emvasconcelos@skydome.com.br>.

WADI, Y.M. “Uma questão de gênero” na história brasileira da loucura e da psiquiatria”. III Encontro da Rede Iberoamericana em História da Psiquiatria. Livro de Resumos. Rio de Janeiro: COC – FIOCRUZ, 2010.

XISTO, Vanessa de A. “A desinstitucionalização e as estratégias de sobrevivência dos profissionais de saúde mental nas instituições: ‘O dia em que quem pirou foi à rua brincar com quem tá pirado’”. Dissertação de mestrado defendida no Instituto de Medicina Social da UERJ, Rio de Janeiro, 2009.

OUTRAS FONTES

Folha de São Paulo, 16/05/2011:

<<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/916329-dona-de-casa-conta-experiencia-com-hospital-psiquiatrico.shtml>>

ENTREVISTAS

Professora Luitgarde Oliveira Cavalcante Barros – UERJ

Roseli – psicóloga, filha e cuidadora de seu pai

Maria do Rosário – mãe de um filho falecido (*in memoriam*)

Gertrudes – esposa e cuidadora de seu esposo

D. Felicidade Assunção – mãe e cuidadora de seu filho