

## A institucionalização do trabalho de mulheres em hospitais psiquiátricos brasileiros: pedagogias de gênero e a exploração do “trabalho por amor”

The institutionalization of women’s work in Brazilian psychiatric hospitals: gender pedagogies and the exploitation of “work for love”

Tamiris Cristina Gomes Mazetto

Doutora em Educação. Universidade de Sorocaba. E-mail: tamirismazetto@gmail.com

ORCID: 0000-0001-9366-1219.

Marcos Roberto Vieira Garcia

Doutor em Psicologia Universidade Federal de São Carlos. E-mail: mgarcia@ufscar.br

ORCID: 0000-0002-5668-2923

### Resumo

Por meio das narrativas de doze mulheres, analisamos os dilemas do trabalho, em seu entrelaçamento com gênero e raça, no maior polo manicomial brasileiro recente. A memória coletiva evidenciou a ideologia patriarcal do “trabalho por amor” e a incompatibilidade do manicômio como local de um ofício amoroso, resultando na tese dos “corpos-fronteira” dessas trabalhadoras, que testemunharam os efeitos do confinamento e da tortura, ao mesmo tempo que se sentiam responsáveis pelas vidas daqueles que “cuidavam”.

*Palavras-chave:* hospitais psiquiátricos; memória coletiva; trabalho gendrado

### Abstract

Through the narratives of twelve women, we analyze the dilemmas of work, in its intertwining with gender and race, in the largest recent Brazilian asylum center. Collective memory highlighted the patriarchal ideology of “work for love” and the incompatibility of the asylum as a place for a loving occupation, resulting in the thesis of the “border-bodies” of these workers, who witnessed the effects of confinement and torture, at the same time as they felt responsible for the lives of those they “cared for”.

*Keywords:* psychiatric hospitals; collective memory; gendered work

DOI: : <https://doi.org/10.18616/rdsd.v11i1.9577>

Recebido: será inserido pelos editores  
Aprovado: será inserido pelos editores

## 1. Introdução

“A memória é um cabedal infinito do qual só registramos um fragmento. (...) Continuando a escutar ouviríamos outro tanto e ainda mais (BOSI, 2023).

O presente artigo, fruto da pesquisa de doutorado “Luto manicomial e memórias colonizadas: lembranças de trabalhadoras de hospitais psiquiátricos” (Mazetto, 2024), reflete o nosso compromisso com as políticas de memória e as lutas por reparação e transformação da realidade social. Nesse intento, recuperamos a memória coletiva daquele que foi considerado o maior polo manicomial do país, localizado no interior do estado de São Paulo, por meio da oralidade de mulheres que nele trabalharam. As entrevistadas em nosso estudo, como testemunhas e intérpretes das lembranças da psiquiatria brasileira, nos forneceram suposições valiosas sobre os pontos de vista que constituem a história no presente. De acordo com Ecléa Bosi (2023), caso faltemos com a escuta, podemos nos perder dos grupos recordadores-narradores, o que resultaria na dispersão das lembranças no presente, com prejuízos à construção da memória coletiva (BOSI, 2023). Por isso, adotamos, nos limites desse estudo, uma construção de percurso dialogada com as participantes, por meio do método da História Oral. Consideramos os relatos orais como interessantes e complexos, porque possuem uma relação direta com as histórias pessoais de quem recorda e narra, alcançando, assim, uma memória pessoal e uma memória coletiva, por tocarem em determinados temas e acontecimentos sociais que são pactuados socialmente de forma consciente e/ou inconsciente (Halbwachs, 1990; Kaës, 2014).

Reconstruímos as memórias de um grupo de doze mulheres que trabalharam nos manicômios da região de Sorocaba, cujos esforços para se lembrar (ou se esquecer) dos processos vividos nos instrumentalizaram. Fizemos uma escolha metodológica e política de utilizarmos as memórias das mulheres para a tessitura do texto, como uma tentativa de reparação à exclusão de mulheres das narrativas históricas (Rago, 2013). Ouvimos mulheres de diferentes grupos étnico-raciais e de diferentes classes sociais, tendo a categoria de análise gênero (sempre relacional) se revelado como elemento que aproximava as entrevistadas, inclusive, da entrevistadora, ao mesmo tempo em que as diferenças intragênero as separavam (nos separavam). Assim, as interseccionalidades, na perspectiva defendida por Patricia Hill Collins (2017), desde as encruzilhadas que aproximam-e-separam os mundos, se constituem como um lugar de encontro e também de múltiplas saídas e caminhos, para além do cruzamento das opressões histórico-estruturais de gênero, raça/etnia, classe social e sexualidades (Figueiredo, Gomes, 2016).

A constituição do polo manicomial de Sorocaba, entre meados da década de 1960 e o final dos anos 70, se deu no período de endurecimento do regime da Ditadura Empresarial Militar de 1964. Desde o final da década de 1970, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) discutia como o hospital psiquiátrico e o chamado “tratamento” psiquiátrico “[...] eram utilizados como forma de tortura e de contenção de presos políticos” (Scarcelli,

2011, p. 19), numa época em que 97% da verba pública era destinada aos manicômios e apenas 3% a ambulatorios e outros espaços extra-hospitalares (Pereira, 2020).

Como fruto da organização social de seu tempo e parte da organização espacial de uma cidade, o hospício tem lugar no imaginário coletivo. Não é por acaso, portanto, que os manicômios brasileiros, como um dos braços do Estado na operacionalização dos sistemas de exclusão e repressão, se consolidaram durante os anos mais sangrentos do regime militar (SCARCELLI, 2011). Nos “anos de chumbo”, ocorreu o salto impressionante do número de leitos psiquiátricos privados no Brasil de três mil para cinquenta e seis mil, no contexto socioeconômico altamente favorável às privatizações na área da saúde, que repercutiram na expansão do mercado da doença (Amarante, 2015).

Em 1995, a região metropolitana de Sorocaba chegou a contabilizar dez hospícios em um raio de sessenta quilômetros, com um total de 4056 internos, sendo quatro em Sorocaba, dois em Salto de Pirapora, um em Piedade, um em Pilar do Sul, um em São Roque e um em Itapetininga (Suarez, 2017). Com exceção de um hospital psiquiátrico localizado no município de Sorocaba, que era gerido por entidade beneficente sem fins lucrativos, os demais eram empresas privadas que recebiam financiamento do Estado brasileiro. A maioria dos hospícios foi criada em regime de sociedade entre médicos e, no ano de 2011, de acordo com os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a região de Sorocaba ainda contava com sete manicômios (Garcia, 2012). Essas instituições permaneceram em atividade, ao arrepio da legislação brasileira, por mais de uma década após a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica – a Lei 10216/01 (BRASIL, 2001) –, que representou uma mudança de paradigma na atenção à saúde mental, com o progressivo fechamento de leitos em instituições de caráter asilar concomitante ao investimento em serviços comunitários, pautados pela garantia de direitos e pelo cuidado em liberdade<sup>1</sup>.

A persistência do modelo manicomial foi sustentada, também, pela perpetuação de um cerco ao imaginário social, como se não fosse possível libertar o(a) “louco(a)” e a “loucura”, como se o fechamento das instituições asilares fosse resultar em dessassistência da população atendida nos hospícios e em desamparo de seus familiares, tudo isso sob um verniz de benemerência e caridade mantido pelas “instituições da violência” (Basaglia, 2010). Sobre a filantropia, a benemerência e a caridade – constructos explorados pela psiquiatria –, Françoise Vergès (2023) denuncia a perniciosidade de instituições que se alimentam historicamente das precarizações operadas pelo próprio sistema que as inventou, acumulando prestígio por conta de suas ações humanitárias, enquanto os serviços públicos padecem na miséria ou sequer são criados.

---

<sup>1</sup> O processo de normatização da Reforma Psiquiátrica brasileira se deu sob disputas históricas no campo das políticas de Saúde Mental, Álcool e Drogas. Após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a publicação da Lei Orgânica de Saúde que instituiu o SUS, a Lei 8080/90 (Brasil, 1990), foram constituídos grupos de trabalho para a produção de manuais sobre as políticas de Saúde Mental e da Atenção Básica. No final dos anos 1980, teve início o processo de normatização da Reforma Psiquiátrica (projeto de Lei 3.657/89 do deputado Paulo Delgado - PT), que foi aprovada somente após doze anos de tramitação no Congresso Nacional (Pereira, 2020).

Felizmente, houveram esforços significativos para descortinar a realidade dos hospícios, desde as lutas de movimentos sociais à normatização da reforma psiquiátrica. Citamos duas importantes pesquisas no cenário nacional sobre os indicadores de hospitais psiquiátricos: a pesquisa “Censo Psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do estado de São Paulo de 2008” (Barros, Bichaff, 2008) e o “Levantamento de indicadores sobre os manicômios de Sorocaba e região”, desenvolvida pelo Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba (FLAMAS). O levantamento sobre os hospícios da região de Sorocaba revelou: os piores índices de mortes entre as pessoas internadas na região em comparação a todos os outros hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo, o elevado índice de moradores dos hospitais que não possuíam documentos, e o insuficiente número de funcionários em relação ao que era determinado pela lei (Flamas, 2011).

Após ser alvo de denúncias sobre graves violações de Direitos Humanos, o polo manicomial passou por um gradativo processo de fechamento. Um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) foi pactuado em 2012 por Ministério Público do Estado de São Paulo, Ministério Público Federal, prefeituras municipais de Sorocaba, Salto de Pirapora e Piedade, Governo do Estado de São Paulo e Governo Federal (Flamas, 2013). O fechamento dos hospícios foi concluído apenas em 2018, não sem a resistência dos empresários da loucura.

Recuperamos o trecho de um relatório produzido pelo Grupo de Atuação Especial de Combate ao Crime Organizado (GAECO), contendo registros dos porões da loucura sorocabana, a fim de darmos ao arquivo o caráter de uma memória pública:

[...] os pacientes estariam sendo torturados, agredidos e mantidos sem assistência médica, chegando, inclusive a óbito. Na ocasião foram apresentados 8 (oito) DVDs com imagens obtidas no interior do Hospital. Neles constatou-se que diversos pacientes se encontravam nus, deitados no chão, em meio a muita sujeira, sem condições de higiene e em violação ao princípio da dignidade da pessoa humana. O ambiente estava totalmente tomado por urina e fezes, além de insetos, como baratas e ratos (Sorocaba/SP, 2012, p. 6).

A história dessa ruptura do pacto social, com toda a cadeia de brutalidades contra as pessoas internadas, ainda necessita ser reconstituída, tantas são as camadas dessa memória social. Para Frantz Fanon (2022), descortinar as facetas das contradições e compartimentalizações camufladas pela realidade social “é uma política de responsáveis, (...) inseridos na história, que assumem com seus músculos e seus cérebros a orientação da luta de libertação” (Fanon, 2022, p. 144). Fanon afirma que a trama formada pelos elementos do tempo – passado-presente-futuro –, qualifica a memória como uma força indispensável à libertação e à invenção de outro mundo. E, nesse sentido, o passo deve ser dado para fora do arquivo, para transformá-lo em coleção, em ato político de rememoração (Nichanian *apud* Seligmann-Silva, 2022). Como a rememoração também significa uma atenção precisa ao presente (Halbwachs, 1990), nossa decisão por quais cacos ou rastros da história deveríamos recolher, numa perspectiva benjaminiana, dependeu de nosso julgamento corporal da história (e não moral) e de nosso olhar para o corpo torturado como processo

e produto do que se convencionou nomear como “civilização”, “progresso”, “humanidade” e “tratamento”, como questões atemporais.

Para Franco Basaglia (2010), o manicômio é uma criação do capitalismo, sendo a exclusão do doente mental uma escolha deliberada na sociedade de classes, desde as margens produzidas no contexto da divisão social do trabalho. No contexto de criação cada vez mais alargada de indesejados e de sobras da sociedade da produção, do acúmulo e do consumo, o hospício foi construído para a contenção e controle de trabalhadores(as) que não conseguiram corresponder aos interesses capitalistas. De forma muito simplificada, podemos inferir que o manicômio, como lugar material, foi/é um depósito para os(as) sem lugar na sociedade, um bom negócio para os empresários da loucura, e o local de trabalho de diversas categorias profissionais. Enquanto ente social e simbólico, é preciso reconhecermos que o manicômio possui um alcance imenso, por ter representado/representar a organização higienista dos territórios, a manutenção de uma ordem “científica” que produziu/produz o(a) “Outro(a)” como “inferior” e, portanto, objeto de esquadramento, controle e intervenção. No âmbito da regulação social daquilo que é nomeado como “loucura”, citamos a gestão das dissidências que ousavam/ousam desafiar a norma cisheteropatriarcal<sup>2</sup>, a invenção e a segregação das denominadas “classes perigosas”, a produção/reprodução do racismo e a aceitabilidade do extermínio como práticas manicomiais (Fanon, 2008; Basaglia, 2010; Passos, 2018).

Dos primórdios do Alienismo até a consolidação da Psiquiatria Moderna como “Ciência”, as bases organicistas foram um dos elementos fundantes das propostas de tratamento-encarceramento da “loucura”, sendo a raça uma criação determinante para a construção social da categoria “doente mental” como uma humanidade rebaixada. Raça é aqui entendida como noção ideológica (e não biológica) e uma criação branca dentro do pacto moderno que conectou “progresso” e “barbárie”, cuja herança refletiu/reflete no racismo científico (Foucault, 1999; Fanon, 2008).

O maquinário manicomial foi nomeado como *manicolonial* por Emiliano David (2022), em referência à dominação de determinados corpos e comportamentos, que se repetem na história das sociedades marcadas por processos de colonização. Os processos de racialização e inferiorização das populações negras e indígenas, por exemplo, foram/são forjados concomitantemente à racialização e universalização dos sujeitos brancos como representantes do humano, sendo todos, portanto, racializados, ainda que a sociedade insista em racializar apenas o “Outro”, o não-branco, como uma presença no negativo (Fanon, 2008). Nesse sentido, as invenções da ideia de raça, racismo e supremacia branca

---

<sup>2</sup> Para aprofundamento no debate sobre a norma cisheteropatriarcal, recomendamos a leitura de “A Nação Heterossexual” de Ochy Curiel (2013). Na referida obra, ao construir o conceito de “heteronação”, a autora nos convoca ao questionamento do paradigma patriarcal, androcêntrico e heterocêntrico da ciência. Curiel evidencia as implicações sociais e políticas da divisão sexual do trabalho e critica a naturalização das categorias de homem, mulher e sexo, todas relacionadas com raça e classe.

são elementos histórico-estruturais determinantes das relações sociopolíticas, dos processos de subjetivação e das instituições no mundo ocidental e/ou ocidentalizado (Bento, 2014). E esses elementos necessitam ser analisados como conectores das violências sistêmicas do passado com as barbáries do presente, inclusive, na história das manicomializações.

Em relação à constituição étnico-racial da população internada nos hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo, o Censo Psicossocial realizado em 2008, período em que o polo manicomial de Sorocaba estava em pleno funcionamento, demonstrou a prevalência de pessoas brancas. Porém, comparativamente ao censo demográfico realizado no ano 2000, a proporção de pessoas negras institucionalizadas em relação ao contingente populacional de negros era maior dentro dos hospícios, estando as causas das internações de negros(as) associadas à ausência de renda e de moradia (Barros et. al, 2014).

A prevalência de pessoas negras entre as encarceradas nos manicômios de Sorocaba foi um dado observado pela maioria das entrevistadas em nossa pesquisa, o que se constitui, para nós, como dado incontestável mesmo diante do contraditório, representado por relatos de três entrevistadas que interpretaram que, na história dos hospitais psiquiátricos, era maior a presença de pessoas brancas e/ou que havia equilíbrio entre brancos e negros. Notamos, ainda, uma confusão das entrevistadas em relação à heteroidentificação étnico-racial das pessoas internadas, bem como a reprodução de discursos universalizantes sobre todos serem “psiquiátricos”.

Em relação ao significativo negro (colonizado) e a fabricação social da loucura, Fanon (2022, p. 251) afirma que a “verdade é que a colonização, em sua essência, já se apresentava como uma grande fornecedora dos hospitais psiquiátricos”. E as palavras de Lélia Gonzalez (2020) também são precisas para denunciar a brutalidade da perpetuação do sistema de cortes populacionais atemporais: “(...) além das prisões, que se atente para a população dos nossos hospícios, do ponto de vista racial” (p. 59). Assim, na encruzilhada das engrenagens de dominação econômica, científica e cultural, ligadas às dinâmicas de superexploração e produção de desigualdades sociais, raciais e de gêneros, a Psiquiatria Moderna não cessou/cessa de produzir “Outridades” rebaixadas a uma espécie de subcidadania, como “identidades fictícias” não passíveis de vida, de cuidados e de luto (Passos, 2023).

Heleieth Saffioti (2013) afirma que, no capitalismo, as características de sexo e raça se tornam mecanismos que funcionam em desvantagem no processo competitivo e atuam de forma conveniente para a conservação da estrutura de classes. Essa análise é fundamental para a compreensão da carreira institucional de mulheres nos hospícios, desvelando a violência histórico-estrutural que intersecciona a “loucura feminina” ao “ser mulher”. Os diagnósticos psiquiátricos atribuídos às mulheres foram/são predominantemente biomédicos, reproduzindo visões estereotipadas sobre o sofrimento desses grupos populacionais. As repercussões desses diagnósticos, especialmente para as mulheres negras, refletiram/refletem na atribuição de transtornos mentais mais severos e

inferiorizantes, na moralização e medicalização das sexualidades, no maior tempo de internação e em castigos aviltantes, sendo o grupo que ocupa uma posição radical de aniquilamento (Cunha, 2022). Como efeitos das cargas de inferiorização e discriminação, as experiências de sofrimento psicossocial se estendem, se complexificam e se agravam nos contextos de pessoas que performam identidades de gênero e sexualidades dissidentes, especialmente, na intersecção com as relações sociais de raça/etnia, o que foi observado nos hospícios do território pesquisado.

Ao escutarem as próprias lembranças sobre as violências ocultadas pelos muros das instituições, durante as entrevistas, as “recordadoras” desta pesquisa emendaram os discursos com os dizeres “eu não sei”, “eu não estava lá”, “não era no meu setor”. Nesse sentido, fomos convocados a testemunhar os esforços de esquecimento de nossas interlocutoras, bem como a tentativa de recuperação de algumas “boas memórias” sobre os hospícios. Uma das entrevistadas, inclusive, atribuiu um grau de importância ao estudo justamente porque, de acordo como a sua interpretação, este representava a escuta do “outro lado” da história: o lado daquelas que compuseram o quadro da enfermagem e que fizeram tudo o que podiam pelas pessoas internadas. Ainda que tenha manifestado uma memória ferida, por carregar a marca de uma possível conivência – um rótulo atribuído às equipes à época das denúncias contra os hospitais psiquiátricos –, ela não estava errada em suas considerações, pois, de fato, não podemos simplificar a história em maniqueísmos, fixando posições pró-hospício *versus* atos de heroísmo contra os manicômios.

Cabe afirmarmos a obviedade de que o nosso estudo representou apenas um pequeno fragmento daquilo que nomeamos como “memórias dos manicômios”. Assim, reconhecendo os limites e limitações, consideramos que as histórias com as quais nos conectamos trouxeram muitas revelações de verdades que importavam às entrevistadas e que, inclusive, refletiram em suas escolhas de responderem ou não aos questionamentos que lhes foram dirigidos (PATAI, 2010). Uma lembrança incontornável às entrevistadas foi a condição de extrema vulnerabilidade dos denominados pacientes “crônicos”, assim, mencionados no masculino<sup>3</sup>, que foram submetidos aos “tratamentos” mais cruéis e se constituíram como o grupo mais sujeito à morte manicomial, incluindo crianças e adolescentes. E essa realidade presente nos relatos sobre o passado produziu em nós diversas inquietações, dentre as quais o questionamento: como as(os) trabalhadoras(es) das instituições psiquiátricas vivenciaram tal cotidiano?

Embora importantes análises sobre a institucionalização de trabalhadoras(es) já tenham sido elaboradas por pensadores como Frantz Fanon (2008, 2020), Franco Basaglia e Franca Ongaro Basaglia (2010), Erving Goffman (2007) e Michel Foucault (1999),

---

<sup>3</sup> A categoria “louco” como uma identidade fictícia e universal faz parte da realidade de “(...) invisibilizar e deixar de fora diversas relações sociais que dão o tom no e do manicômio em seus múltiplos formatos e braços. Mulheres, em especial as negras, transexuais, lésbicas, em especial da classe trabalhadora, encontram-se (...) de maneiras muito diversas e adversas” (Pereira, Passos, 2017, p. 10).

observamos que, em relação às realidades manicomiais brasileiras, tal problematização é pouco encontrada na literatura. Assim, a institucionalização de trabalhadoras(es) de hospícios, analisada a partir de suas memórias e possibilidades e/ou impossibilidades de elaboração crítica da realidade manicomial, emergiu, para nós, como a reflexão central do presente artigo. E sobre essas experiências de trabalho, nos deparamos com narrativas reveladoras da exploração do trabalho das funcionárias mulheres, de forma particular, sob o discurso de que estas realizariam um “trabalho por amor” nas instituições.

Como processo e produto do histórico abuso do trabalho reprodutivo essencializado como feminino, a difundida ideia da realização de um “trabalho por amor” também se revelou como um paradoxo incontornável: como o manicômio, palco de diversas exclusões, violações de direitos, apagamentos e extermínios, portanto, de um “cuidado” impossível, foi retratado e significado como o local de exercício de um possível ofício amoroso?

Buscando problematizar os papéis do “cuidado” concomitantemente (e paradoxalmente) à operacionalização das violências institucionais, chegamos à tese de que as trabalhadoras entrevistadas teriam habitado um “corpo-fronteira”. E, como “corpos-fronteira”, na construção de suas (nossas) memórias, elas se reconheceram e se estranharam nas experiências vividas entre o “cuidado” (im)possível, a tentativa de amenizar o sofrimento das pessoas internadas, a reprodução das violências manicomiais e as suas histórias de vida.

Destacamos, nesse texto, as palavras das recordadoras-narradoras, substituindo os seus nomes por nomes fictícios, bem como os nomes das pessoas por elas citadas e dos manicômios em que trabalharam, com a finalidade de preservarmos as identidades de nossas interlocutoras. A questão do sigilo e de sua inviolabilidade, contornos éticos indispensáveis para a pesquisa com seres humanos, adquiriu importância absoluta nesse estudo, estando o aceite da maior parte das mulheres entrevistadas condicionado a esse contrato de preservação da identidade, por relatarem insegurança em falar – o que diz muito sobre o imbricamento de passado, presente e futuro. Não foi necessariamente fácil encontrarmos mulheres dispostas a falar sobre os manicômios de Sorocaba e, por se tratar de um grupo difícil de ser abordado, utilizamos a amostragem em bola de neve a fim de selecionar as participantes da pesquisa. A partir da indicação de novos contatos por informantes-chaves, construímos o campo, observadas as características que contemplavam os objetivos da pesquisa qualitativa (Vinuto, 2014).

Todas as mulheres ouvidas preencheram os critérios estabelecidos para a participação: ter trabalhado ao menos um ano em um dos hospícios do polo manicomial em questão, em qualquer período desde a fundação dessas instituições, em qualquer cargo. Seis entrevistadas se autodeclararam negras (pretas ou pardas) e seis, brancas. Dentre essa últimas, apenas uma não possuía formação de nível superior e exercia a função de auxiliar de enfermagem. Em relação às entrevistadas negras, duas possuíam formação superior, sendo que apenas uma delas ocupava um cargo que exigia esse nível de formação; e quatro ocuparam as funções mais subalternizadas nos hospícios, a saber, o trabalho na cozinha, na

limpeza e nos pavilhões e pátios, no cargo de auxiliar de terapia ocupacional. A tabela a seguir apresenta os dados básicos das entrevistadas:

Tabela 1: Dados básicos das trabalhadoras participantes do estudo

<b>Nome (fictício)</b>	<b>Autodeclaração racial</b>	<b>Profissão / Cargo</b>	<b>Manicômio (fictício)</b>
Geni	Branca	Psicóloga	Caridade; Graciosa Vingativa
Yolanda	Branca	Terapeuta Ocupacional	Caridade; Feliz Destino
Nair	Negra	Psicóloga	Caridade
Cristina	Branca	Auxiliar Enfermagem	Amável Donzela; Caridade
Marta	Negra	Auxiliar Terapia Ocupacional	Feliz Destino
Helena	Negra	Auxiliar Serviços Gerais; Auxiliar Enfermagem	Boa Intenção
Eliana	Parda	Cozinheira	Regeneradora
Neide	Branca	Médica (clínica geral)	Regeneradora
Maria	Branca	Psicóloga	Caridade
Catarina	Branca	Estagiária - Serviço Social	Feliz Destino
Ana Francisca	Parda	Cozinheira	Caridade
Antônia	Preta	Auxiliar Administrativo	Caridade

Em relação aos manicômios, inspirados por Rachel Gouveia Passos (2018), que provoca a reflexão “Holocausto ou Navio Negroiro?”<sup>4</sup>, recordamos a travessia transatlântica do tráfico de seres humanos sequestrados de seus territórios-vidas e escravizados, e escolhemos, como nomes fictícios para os manicômios pesquisados, os nomes que os proprietários dos navios negreiros, dissimulada e cinicamente, davam às suas embarcações. Assim, substituímos os nomes dos hospitais psiquiátricos da região de Sorocaba por: “Boa Intenção”, “Caridade”, “Regeneradora”, “Feliz Destino”, “Feliz Dia a Pobrezinhos”, “Amável Donzela” e “Graciosa Vingativa” (Geledés, 2015).

### 1.1 Breves considerações sobre o trabalho e sobre os hospícios

De acordo com Adalberto Cardoso (2010), o Brasil é marcado por uma ética de desvalorização do trabalho, cuja raiz remonta ao passado escravagista, o que resulta em uma permanência secular de desigualdades na formação de nossa sociabilidade e na

<sup>4</sup> Em “Holocausto ou Navio Negroiro? inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira”, dentre as diversas questões analisadas, Passos (2018) interroga a Reforma Psiquiátrica brasileira sobre o seu afastamento do debate étnico-racial, reivindicando, tanto a racialização dos corpos, a fim de que as repercussões do racismo nas subjetividades possam ser analisadas, como a racialização das instituições e também da história da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial no Brasil.

constituição da denominada sociedade do trabalho brasileira. Esse processo, que caracteriza o esforço do apagamento histórico das marcas da negritude e de tudo que está a ela associado, nos revela a permanência de uma colonialidade<sup>5</sup> que se espraia por todas as relações e instituições sociais brasileiras. Com a abolição apenas formal da escravização, as populações negras não eram mais escravizadas enquanto propriedade de um senhor, porém, se tornaram, juntamente com as populações dos estratos sociais mais empobrecidos, um grupo dominado pelas necessidades, reunido sobre a denominação de “povo” (Nascimento A., 2016).

Observamos, a seguir, nos discursos de mulheres negras sobre o ingresso delas no hospital psiquiátrico, como a necessidade de sobrevivência pareceu ser o fator determinante para que assumissem seus postos de trabalho nos manicômios. Importa refletirmos sobre a violência como elo entre o poder e a desigualdade, denominador comum na base dos sistemas de exclusão e das hierarquias que constituem o mundo do trabalho, em suas intersecções com gênero e raça/etnia:

Fui pro “Caridade” porque, na época, a gente tava vivendo uma crise também, da questão de desemprego e de inflação. Era a ditadura militar. Sorocaba sempre foi uma cidade bem centralizada e, pra nós, negros, era bem mais complicado serviço porque não era todo lugar que contratava a gente (Antônia).

Eu trabalhei em vários lugares, trabalhei muito em casa de família, faxina, motel, firma, trabalhei em muito lugar. Teve uma época que fiquei três meses sem trabalhar, daí, fiquei louca atrás de serviço e, como a gente conhecia uma amiga que trabalhava no escritório lá no hospital, ela conseguiu arrumar pra mim lá (Ana Francisca).

O manicômio, como local de trabalho de nossas interlocutoras – talvez, menos por escolha própria do que por necessidade – deve ser considerado na complexidade de suas múltiplas funções sociais, dentre as quais destacamos o papel de produção de técnicas e discursos nomeados como “tratamento da loucura”: uma espécie de “vocação terapêutica”, praticada a qualquer custo, caracterizada por um “trabalho que sujaria as mãos” da sociedade, protegendo-a da revelação de “(...) sua face violenta abertamente, para não criar contradições demasiado evidentes em seu seio” (Basaglia, 2010, p. 94). E uma das contradições desse trabalho sujo foi a exploração e a institucionalização de trabalhadoras(es), ainda que a classe trabalhadora, obviamente, não constitua um grupo

---

<sup>5</sup> O conceito de colonialidade, fruto do trabalho do intelectual peruano Aníbal Quijano, em diálogo com outros(as) pensadores(as) do grupo Modernidade/Colonialidade, desvelou como o poder capitalista, global, eurocêntrico e imperialista se revela como a outra face da mesma moeda da colonização (Quijano, 2005). A manutenção de uma estrutura forjada pela racionalidade moderna eurocentrada, perpetuada nas relações de dominação e opressão no presente se constituem, nesse sentido, como desdobramentos do colonialismo, mesmo que este processo tenha findado oficialmente enquanto política institucional de Estado. A colonialidade pode ser observada através dos cortes que dividem o mundo em dois, no contexto das diversas hierarquizações impostas no sistema mundo moderno-colonial (Lugones, 2020).

homogêneo.

As funções de técnicos em medicina, psicologia, serviço social e enfermagem foram descritas por Franca e Franco Basaglia (2010) como uma orientação para adaptar as pessoas privadas de liberdade à condição de “objetos de violência”, onde os profissionais atuavam como verdadeiros “empreiteiros da violência”. Para a compreensão desse tipo de ofício, partimos da análise sobre o poder médico, conforme descrito por Foucault (1999): um poder sustentado por uma rede de intermediações, desde serventes, enfermeiros e vigilantes, que facilitam seu exercício, via submissão e, principalmente, a partir da vitória sobre aquela força que deveria ser domada: as pessoas consideradas loucas. Essa relação com o “louco” como uma força a ser vencida pelo poder médico e por sua rede de intermediações pode ser observada nas situações de violência que seguem descritas:

[...] a paciente tava agitada, ela tava quebrando tudo, agrediu a funcionária, sabe? E aí, depois de a paciente já amarrada e contida, essa funcionária foi e deu um tapa na paciente. [...] um funcionário homem que agrediu uma paciente que tava do lado dele, sem dó e nem piedade, só porque ela ficava falando, falando, falando. [...] deu um murrão no nariz da paciente e chegou a quebrar o nariz dela (Cristina).

[...] não era uma prisão, era um hospital, embora era uma semi-prisão, sabia? Não eram prisioneiros, mas eles eram contidos [...], já fecha por um corredor feio, coletivo, que tinha um cheiro característico, toda instituição tem o seu cheiro [...], depois, começava o povo da medicação. Começava a medicação pra acalmar e fazer com que esses pacientes também tivessem menos excitabilidade e fossem acalmando, pra que fossem dormir. [...] Como é que ia dar conta com eles todos em polvorosa? (Maria).

A institucionalização de torturas cotidianas nos hospitais psiquiátricos, as quais as(os) trabalhadoras(es) testemunharam nas quase cinco décadas de existência do polo manicomial, não parece representar um simples descaso, mas, sim, uma ação sistemática e deliberada de “fazer morrer” (Mbembe, 2018).

Às vezes, nem dava tempo da gente ficar sabendo, morria e já ia embora. [...] E tinha de todas as idades, mais nova, mais velhinha, morria paciente de todas as idades. [...] Tinha algumas que morriam de gripe, até de gripe, assim, complicação (Eliana).

Você via, assim, que tinham pacientes com condições de desnutrição severas por conta de necessidade de medicação enteral, de alimentação nasogástrica. E perdia-se muitos pacientes nos hospitais. Um dia, por exemplo, eu cheguei na sala de psicologia do hospital [...] e lá tinha um corpo. Um corpo na sala de psicologia. Então, era assim, perdia-se muitos pacientes [...] na época do inverno (Geni).

Quando eu cheguei no hospital, que eu fui conhecer o hospital, lá era um frio, um inverno bravo, mas as pacientes, [...] ficavam muitas nuas, andando pelo corredor e fumando. [...] E eu ainda falei “meu Deus do céu, aonde é o pronto socorro?” (Neide).

De acordo com Garcia (2012), o polo manicomial de Sorocaba apresentou “[...] mortalidade 118% maior do que a dos outros grandes manicômios do Estado de São Paulo para o período entre 2004 e 2011, e o forte aumento das mortes nos meses mais frios do ano, sugestivo de negligência em relação aos cuidados adequados em relação ao frio” (p.

118). Nesse contexto de elevado número de mortes, as equipes realizavam os trâmites institucionais em relação aos óbitos:

Eu sabia como funcionava essa parte dos óbitos, mas eu nunca tive que fazer sozinha antes, até que aconteceu. Eu lembro que foi bem estranho, porque era um paciente que a gente tinha contato [...]. Mas foi o primeiro, né, o primeiro é sempre estranho. Mas também, assim, depois de um tempo, eu pensei “que legal, né”, porque eu achava o máximo ter que ir lá no hospital no final de semana quando acontecia algo, eu gostava (Catarina).

No “Caridade”, tinha o necrotério e, daí, quando falecia, tinha que chamar logo a funerária porque não podia ficar lá, no necrotério, então, imediatamente, a gente tinha que acionar os órgãos competentes. Em alguns casos, até fazer essa parte das buscas [de familiares], enviava pra geladeira da PUC, ficava um período lá (Antônia).

Reiteramos que as cenas de tortura eram/são cotidianas e normalizadas nos hospitais psiquiátricos, desde os processos de admissão, descritos por Goffman (2007) como o início dos rituais institucionais de humilhação e despersonalização, até as marcas profundas da violenta cronificação, tais como: corte do cabelo, nudez coletiva, imposição do uso de uniformes, tempo e ritmos ajustados àquilo que é melhor para a instituição, isolamento, premiações e castigos e toda a sistematização das ações que culminam na morte social desse sujeito.

Na divisão do espaço aonde os pacientes ficavam, no caso do “Boa Intenção”, tinha o que a gente chamava de porão, que era pra aqueles mais ruins mesmo, os crônicos (Helena).

O relato de Helena sobre a existência de um porão para depósito das pessoas mais cronificadas nos contextos institucionais nos lembra a provocação de Rachel Passos (2018) sobre o navio negreiro anteceder o manicômio, sendo a ferida colonial do racismo um elemento incontornável para a análise das manicomializações.

Em porcentagem, acho que, por volta de 80% dos pacientes do “Caridade” era preto ou pardo, então, predominava o negro no hospital. A maioria dos pacientes era analfabeto também [...] Muitos meninos negros, abandonados, que eram só surdos, ou tinham algum probleminha no sentido físico, não era nem o mental, eles vieram parar no “Caridade”. Eram crianças que tinham sido abandonadas, que foram pra FEBEM e, de lá, foram transferidas pros hospitais psiquiátricos em 1990, 1990 e pouco, não lembro bem, e ali permaneceram a vida toda (Antônia).

E eu sei que o negro, por muitas dificuldades que ele teve no passado, devido a tudo o que ele passou, essas coisas, então, dá uma menor condição pro negro em cuidados (Marta).

A “doença mental”, para Fanon (2008), se constituiu como fenômeno puramente casual nas engrenagens de objetificações e desumanizações próprias do mundo colonizado. Mundo este caracterizado, sobretudo, pela atmosfera de humilhações, assédios e mortificações que, via de regra, repercutem na brutal segregação social.

Tinha também o caso do abuso sexual cometido pela equipe. Os homens cometiam os abusos e os alvos eram mais as mulheres. Mas geralmente, quando era denunciado, por exemplo, daí o auxiliar, geralmente era o auxiliar ou técnico de

enfermagem, mas tinha caso de médico também... então, era mais assim, a pessoa recebia uma repressão da administração, uma coisa mais verbal, mas nada muito sério, sabe? (Yolanda)

O (não) tratamento conferido ao crime do estupro nos manicômios, no contexto da normalização desse crime, evidencia o apagamento das violências cometidas contra as mulheres, evidenciando, especialmente, a brutalização das mulheres pobres e negras, as quais formavam majoritariamente a população feminina nas instituições de privação de liberdade. Esse e outros relatos colhidos em nossa pesquisa de campo são reveladores da assimetria nas relações de poder entre as pessoas internadas e os membros das equipes dos hospícios. Nas tramas engendradas por racismo e heterossexismo – que não apenas criam as exclusões na intersecção das relações, mas moldam as relações sociais e os padrões subjetivos (Vergès, 2020) –, interpretamos que as mulheres internadas possuíam uma condição particular que as vulnerabilizava no contexto dos manicômios pesquisados, um ponto extra no cenário dos horrores vividos pela população encarcerada: a violência sexual.

Vale destacarmos que tal cenário de horrores serviu de campo de estágio para as faculdades e universidades do território pesquisado, que ofereciam cursos na área da saúde (psicologia, terapia ocupacional, serviço social, medicina, etc.). Ou seja, o manicômio era local de aprendizado para os cursos da área da saúde, muitos dos quais, inseridos de forma acrítica nas instituições da violência.

Quando eu falo que a psiquiatria me escolheu, foi nesse sentido, porque eu me descobri assistente social enquanto estagiária trabalhando na psiquiatria, entendeu? (Catarina).

A participação dos manicômios na formação dos profissionais da saúde da região foi ainda mais expressiva na formação de técnicos e auxiliares de enfermagem, que realizaram cursos profissionalizantes dentro das próprias instituições psiquiátricas. Reproduzimos, a seguir, o trecho de uma reportagem que retrata essa função do “manicômio-escola” na formação de profissionais, um registro relevante para análise da institucionalização das equipes de trabalhadoras(es):

Durante 19 anos, de 1993 a 2012, funcionou no Hospital Psiquiátrico Jardim das Acácias, a Escola de Enfermagem Jardim das Acácias, que formou 3.446 auxiliares e técnicos de enfermagem. (...). O hospital também detectou falta de funcionários específicos para cuidarem de pacientes que tinham comportamentos mais prejudicados pelas deficiências mentais. Para suprir essa carência, o hospital criou um curso de formação. De 60 participantes, só ficaram 4 que se habilitaram ao trabalho e eram todos mulheres (CRUZEIRO DO SUL, 2018).

No trecho do jornal, fica implícito que o trabalho subalternizado nos manicômios, pelo menos no recorte de tempo considerado, era realizado por mulheres. No entanto, as mulheres que realizavam o trabalho subalternizado foram tão invisibilizadas que o jornal, inclusive, utilizou o pronome indefinido masculino “todos” em referência às pessoas que restaram para executar o trabalho nos hospícios, diante da “falta de funcionários específicos

para cuidarem de pacientes mais prejudicados”: as mulheres. E isso nos pareceu mais um ato falho<sup>6</sup> do que um simples erro de digitação. A pedagogia da desumanização praticada no “manicômio-escola”, pode ser percebida também no testemunho de Helena.

No curso, a gente é lembrado muitas vezes de não criar laço com o paciente, seja na psiquiatria, seja na clínica, seja na área que for, não é pra criar laço, até porque essa pessoa tanto pode morrer como pegar alta e, às vezes, a gente não sabe lidar com isso. Então, quem sentia, parecia que tava fora da casinha, entendeu? E tinha a dor da perda também, o luto. Se bem que não dava nem tempo direito (Helena).

Em comparação ao trabalho da enfermagem na psiquiatria e no hospital geral, uma das entrevistadas fez a seguinte análise:

Quando você passa muito tempo numa psiquiatria, perde a referência da gente como enfermagem na parte técnica. [...] Na psiquiatria, de modo geral, qual era o trabalho da gente? Era chegar de manhã, colocar os pacientes no banho, levar no refeitório pro café, acompanhar elas no pátio, acompanhar elas na T.O., ajudar a servir o almoço, dar a comida na boca daqueles que não conseguiam se alimentar sozinhos. Tem a medicação? Tem, mas a maioria da medicação era por via oral, então, você perde a referência dos procedimentos mesmo da enfermagem (Cristina).

As equipes de enfermagem foram qualificadas, em nossa pesquisa de campo, como aquelas que permaneciam mais “próximas” à rotina dos pavilhões, portanto, dos(as) “loucos(as)”, da loucura e da violência cotidiana inerente à instituição asilar. E o número de funcionários nos hospícios pesquisados não atendia ao determinado pela lei, piorando tanto o cenário de abandono em relação às pessoas internadas como a precarização dos processos de trabalho e o adoecimento de trabalhadoras(es) (Garcia, 2012; Mazetto, Garcia, 2023).

[...] nós passamos por uma época que faltava número de funcionária. [...] às vezes, precisava ficar uma pessoa só no bloco, ou ficava uma pessoa no meio do bloco pra atender os outros blocos, pra que as outras pudessem sair pra dar o *help* na hora de conter aquela paciente que tava agitada. Tinha bloco que tinha umas setenta pacientes, mas a gente já chegou a ter bloco com cem pacientes (Cristina).

No cenário de escassez e brutalidade que contornava a realidade do hospício, era comum o revide das pessoas submetidas às violências institucionais, o que repercutia em um alto índice de “acidentes” de trabalho sofridos pelas equipes. Os acidentes de trabalho, porém, não eram ocasionados apenas por esse contato corporal entre membros das equipes e pessoas internadas, correspondendo, ainda, às diversas formas de negligência e abandono das instituições psiquiátricas com as(os) pacientes e as equipes, o que refletia na desumanização de todas as pessoas, em suas diferentes “carreiras institucionais” (Goffman, 2007).

---

<sup>6</sup> De acordo com definição de dicionário de psicanálise: “Ato em que o resultado explicitamente visado não é atingido, mas se vê substituído por outro. Fala-se de atos falhos não para designar o conjunto das falhas da palavra, da memória e da ação, mas para as ações que habitualmente o sujeito consegue realizar bem, e cujo fracasso ele tende a atribuir apenas à sua distração ou ao acaso (Laplanche, Pontalis, 1991, p. 44).

Eu me lembro que eu chegava a sair tremendo de uma crise de paciente e, quando você apanha, então, nossa, parece que o limiar de desgaste sobe lá em cima! [...] E eu apanhava muito. Sofri um acidente uma vez também, quando fui carregar uma paciente idosa, lembro que trabalhei o meu plantão todinho com o pulso quebrado. Nesse caso não foi agressão, eu fui pegar a paciente que tava caída no corredor e escorrei na própria urina dela. [...] Já levei mordida na perna e tenho a cicatriz até hoje. Eu me lembro também que, numa agitação de uma das pacientes, [...] eu acabei me furando com a agulha da paciente (Cristina).

Os braços são tudo queimado, tá vendo? Os braços são tudo queimado de trabalhar lá. [...] E as panelas era tudo elétrica, muito grande, era muito grande. Tanto é que teve uma mulher que entrou lá, não tinha um mês, ela se machucou. Assim, tiraram uma panela que cozinhava feijão, pra arrumar, e ficou o cano, deixaram o cano, ninguém colocou nada [...]. E aí, essa mulher nova [...] enroscou o pé e caiu a panela, queimou ela inteirinha, queimou tudo. [...] Foi acidente de trabalho (Marta).

Voltando à questão anteriormente mencionada de que o hospital psiquiátrico foi o local de início de carreira para diversos profissionais, conforme descrito, evocamos uma importante memória: as equipes técnicas começaram a ser montadas apenas a partir do início dos anos 1990, no mínimo duas décadas após a inauguração de seis hospitais psiquiátricos na região.

Os hospitais psiquiátricos abriram porta pra muita gente, né. A gente fala, assim, que o início nosso, como auxiliar de enfermagem, era no psiquiátrico. Você tinha que fazer assim, só começar no psiquiátrico, só pra ter uma base e logo já sair pra entrar no clínico, porque o hospital clínico pedia experiência (Cristina).

Eu trabalhava na roça antes. Olha, eu nasci na roça, aí eu trabalhei até os meus vinte e dois, vinte e quatro anos, por aí, eu trabalhei na roça. Depois eu vim pra cidade, [...], aí uma pessoa me indicou pra trabalhar no hospital. [...] fiquei dez anos no hospital trabalhando de cozinheira. Lá eu peguei profissão (Eliana).

Anteriormente ao cumprimento da exigência de equipes multiprofissionais nos hospícios, que está relacionada ao início das normatizações da Reforma Psiquiátrica brasileira, as pessoas que trabalhavam nessas instituições eram contratadas como auxiliares de serviços gerais e faziam as vezes de atendentes de enfermagem. Apenas a partir do momento em que o COREN (Conselho Regional de Enfermagem) passou a fazer fiscalizações nos hospitais psiquiátricos é que foram contratadas(os) auxiliares e técnicas(os) de enfermagem, muitas(os) formadas(os) pelos próprios “manicômios-escola”.

[...] no início dos hospitais psiquiátricos, só existia o atendente de enfermagem, não era necessário ter o curso de auxiliar de enfermagem. Então, a prática da enfermagem mesmo, as pessoas foram aprender ali, sendo que, a maioria nunca tinha trabalhado na área antes (Antônia).

Eu entrei em 1995, então, do setor da faxina eu fui pra rouparia e, logo depois, eu comecei a fazer o curso de enfermagem. Naquela época já não era mais o atendente de enfermagem, era o auxiliar e foi dentro do hospital “Feliz Destino” que eu fiz o curso. Lá já tinha o curso e a parte prática também (Helena).

O trabalho como atendente de enfermagem, nas intersecções de gênero e raça, foi enquadrado na categoria “auxiliar de serviços gerais”, sendo que:

A maioria das mulheres que trabalhavam como atendentes na enfermagem, eram negras, muitas eram. Mas, teve um período, que davam mais preferência pra homens. No início que eu entrei, eram os atendentes homens, também muitos negros. [...] os atendentes eram contratados como auxiliar de serviços gerais, porque, pelo que eu sei, não existia essa categoria de atendente de enfermagem. [...] eram pessoas muito simples, muitos com baixa escolaridade, analfabetos [...]. As mulheres, acho que elas vinham de experiências anteriores como trabalhadoras domésticas, né, faxina, dona de casa, aquela coisa. Os homens [...] vinham de cidades menores [...]. Eram mais esses homens, que trabalhavam na área rural antes, que entravam (Antônia).

Após as exigências da formação como técnica(o) ou auxiliar de enfermagem para que as(os) então atendentes de enfermagem continuassem a exercer as suas funções, permaneceram mais mulheres trabalhando nas funções mais subalternizadas nos hospitais psiquiátricos:

Essa exigência de ser o auxiliar já fez mudar um pouco o perfil dos funcionários na enfermagem, porque ficaram mais as mulheres trabalhando nessa área. Acho que os homens, com o curso de auxiliar, eles se encaixaram mais fácil em outros hospitais, inclusive, acho que escolheram trabalhar mais nos clínicos, que pagavam melhor que a psiquiatria, ou ficaram na psiquiatria como um complemento, pegando mais o plantão noturno, né (Antônia).

Dentre as funções do “cuidado” profissional exercido, especialmente, por mulheres, considerando a especificidade dos setores a que “pertenciam”, citamos as atividades que emergiram na memória coletiva: o preparo e a oferta de alimentos, a limpeza das alas, a alimentação dos idosos e das crianças – palavra utilizada por mais de uma entrevistada em referência às pessoas com deficiência –, o banho dos pacientes crônicos, a vigilância e o controle das sexualidades, a administração dos medicamentos, a distração das pessoas internadas, a contenção dos comportamentos agressivos, o impedimento de estupros das pacientes internadas pelos trabalhadores, o acompanhamento de pacientes em consultas para descrição de seus “sintomas” ao médico, dentre outras atividades. Isso narrado e normalizado como parte da rotina de trabalho nas instituições (Mazetto, Garcia, 2023).

Os cargos de nível superior (medicina, enfermagem, psicologia, terapia ocupacional e serviço social) foram ocupados prioritariamente por pessoas brancas, tendo sido identificadas apenas três pessoas negras nessas posições em todos os hospícios do território pesquisado: um médico, uma psicóloga e uma enfermeira. Sobre essa questão da constituição racial das equipes, ouvimos de uma entrevistada, ainda, que uma assistente social negra teria sido demitida por não ter (o) “perfil” esperado e que uma enfermeira-chefe negra foi substituída por outra que era branca – dados indicativos de racismo institucional.

Essa enfermeira negra sofria, não que fosse notório, isso não, mas era mais valorizada uma branca do que uma negra. E se você fosse falar, se fosse tocar nisso e falar “isso daí é racismo”, a pessoa ia dizer “não, eu não sou racista” (Marta).

Sobre a composição das equipes de limpeza e serviços gerais, ficou evidenciado nas

falas das entrevistadas a constituição quase que exclusivamente feminina e a presença de mulheres negras nas funções mais subalternizadas.

Na limpeza, na cozinha, na lavanderia também tinham mulheres negras. Qual que deve ter sido a experiência anterior? Empregada doméstica, né. E daí a condição, assim, o salário um pouquinho melhor no hospital psiquiátrico, então elas faziam essa opção (Yolanda).

[...] na limpeza, [...] só ficou mulher trabalhando. [...] Tinham muitas mulheres do Norte e Nordeste que foram parar no hospital, que vieram pra cá por algum motivo e acabaram indo trabalhar na limpeza. Eu sei que eu ficava muito impactada de elas não saberem ler, não saberem escrever [...]. Agora, a questão racial, eu acho que ficou um pouquinho equilibrada depois que ficou mais mulher trabalhando na limpeza. [...] tinham mulheres negras e brancas também. Se eu não me engano, as que já eram mais antigas, elas eram negras (Antônia).

Em funções aproximadas às de auxiliar de serviços gerais, porém, com registro profissional diferente, estavam as(os) auxiliares de terapia ocupacional. A realidade dessas profissionais – responsáveis pela retirada das pessoas internadas dos pavilhões a que pertenciam (literalmente) e por sua condução e acompanhamento nas atividades e atendimentos –, foi marcada pela predominância de mulheres negras, conforme apontado por Marta:

Agora, como auxiliar de terapia ocupacional, eu não sei o porquê de serem mais mulheres negras, não sei. Era a parte mais perigosa do serviço, né, porque a gente ficava ali, mais em contato com os pacientes, durante muitas horas (Marta).

Para Beatriz Nascimento (2019), a mulher negra se constitui como o elemento que expressa de forma mais radical a cristalização dessa estrutura de dominação, ocupando os mesmos espaços e papéis que lhe foram impostos desde a colonização. Inclusive, os primeiros hospícios brasileiros empregaram pessoas negras “libertas” da escravização e egressas de prisões (Barbosa, 1992), sendo que as mulheres negras foram as responsáveis pelas funções mais subalternizadas em tais instituições, como limpeza, higiene das roupas e demais serviços gerais, além de prestarem cuidados às pessoas internadas nos asilos: realizavam o “trabalho sujo” do cuidado (Passos, 2017).

## 1.2 Os corpos-fronteira das trabalhadoras de hospitais psiquiátricos

E a gente viveu nessa ilha, né, era o tempo todo ali. Isso é muito complexo. [...] Mas olha, o que ficou mesmo é aquela coisa de viver exclusivamente aquilo, até porque, se não fosse dessa forma, não teria funcionários com quinze, com vinte anos, não teria. [...] Então, a reflexão, acho que é isso, é o aprendizado, é o amor. Não eram todos, lógico, a gente sabia que tinham alguns que não tinham afeto, que tratava de uma forma que não deveria. Mas, os que estavam lá por amor, esses defendiam os pacientes, tentavam tratar da melhor forma, tentavam aliviar, fazer o que podiam (Antônia).

Um dos significantes atribuídos pelas entrevistadas às experiências de permanência na “ilha- manicômio” foi o trabalho “por amor”, o que pareceu ter afetado as mulheres de modo particular.

[...] sobre essa questão de trabalhar por amor que eu falei, eu acho que, assim, parece que já é nosso, que já é da mulher. A gente que é mulher, já é o instinto nosso, né, o instinto natural. [...] eu trabalhava tanto com amor. [...] na enfermagem, a gente já se doa com amor e, na psiquiatria, assim, bem geral, parece que a gente se doa mais [...] porque você vê a carência das pacientes (Cristina).

Sobre as experiências de mulheres no mercado de trabalho formal e informal, nos contextos brasileiros, Rachel Passos (2018) afirma que essa inserção “(...) trouxe à tona a não qualificação profissional para exercer os ofícios, ocupações e profissões consideradas femininas e subalternas, já que são vinculadas à naturalização de uma determinada essência” (Passos, 2018, p. 65). Para Silvia Federici (2019):

Para onde quer que olhemos, podemos observar que os trabalhos executados por mulheres são meras extensões da condição de donas de casa em todas as suas facetas. Não apenas nos tornamos enfermeiras, empregadas domésticas, professoras, secretárias [...], mas estamos no mesmo tipo de relação que dificulta a nossa luta dentro de casa: isolamento, o fato de que a vida de outras pessoas depende de nós, a impossibilidade de enxergar onde começa o nosso trabalho e onde ele termina, onde nosso trabalho termina e começam nossos desejos (p. 50).

Nos manicômios, analisamos que o mito do “trabalho por amor” foi representado como uma extensão do trabalho de reprodução social, o que Federici (2019) aponta como uma das maiores contradições no âmbito do trabalho alienado. Isso fica explícito no episódio de desqualificação de trabalhadoras grevistas que segue narrado, onde as mesmas, ao reivindicarem o pagamento de salários atrasados, foram interpeladas e criticadas por outras mulheres, que eram suas colegas de profissão:

Muitas colegas do “Amável Donzela” me criticaram porque eu aderi à greve. Eu achei até que isso foi, assim, uma coisa que não vinha necessariamente delas. [...] as colegas mesmo falaram “ué, mas como você tem coragem de fazer greve, você não trabalha por amor?”. Eu percebi [...] que elas tavam sendo, assim, manipuladas, mas aquilo me deixou triste, porque eu falei “poxa vida, eu trabalhei doze anos aqui, fazendo o meu melhor, trabalhando com amor” (Cristina).

Ao ser questionada se os mesmos apelos para que continuassem trabalhando sem remuneração nos hospícios, no contexto de extrema precarização em que se encontravam, teriam sido dirigidos também aos homens trabalhadores, a entrevistada respondeu que não. Ela repetiu o argumento de que “cuidar por amor” seria algo natural da mulher e não do homem.

Dentre as questões relacionadas ao trabalho feminino, destacamos que a luta pelo salário pode representar, no contexto dos trabalhos reprodutivos a nível não remunerado ou profissional, a recusa das mulheres em aceitar o “trabalho em troca de amor” ou o “trabalho por amor” como um destino biológico (Federici, 2019). E, no caso da greve das trabalhadoras dos hospitais psiquiátricos de Sorocaba, isso poderia representar ainda mais. A greve tinha o potencial de produzir uma importante ruptura, caso as trabalhadoras fossem a fundo e denunciassem as condições degradantes em que se encontravam todas as pessoas institucionalizadas, considerando a interdependência entre as carreiras de

“paciente” e de “trabalhadora” da psiquiatria. Porém, não foi exatamente dessa forma que a história aconteceu.

Lembro que, na época da greve, a gente deixou bem claro que o problema não era com as condições de tratamento do hospital [...]. O problema era no pagamento, porque a gente não tava recebendo. Eu lembro que eu fui entrevistada, que eu falei que o hospital tratava muito bem o paciente, que faz o que pode fazer, mas que o problema tava sendo com os pagamentos (Cristina).

O conceito de “precarização subjetiva” proposto por Danièle Linhart (2014) nos pareceu pertinente para a análise dos impactos da precarização social na subjetividade das trabalhadoras da psiquiatria. Todas as entrevistadas enunciaram, de forma direta ou indireta, que as ordens e determinações sobre o funcionamento dos hospícios, de ponta a ponta, vinham “de cima”, em referência à direção dos hospitais psiquiátricos. E isso nos leva à interpretação de que a desmobilização da greve e a limitação das reivindicações também se enquadram nesse contexto de grande institucionalização.

Algumas entrevistadas mencionaram que “todo mundo” sabia o que acontecia nas instituições psiquiátricas, o que, possivelmente, legitimava o seu funcionamento perverso política e socialmente. Nesse sentido, os dilemas e as contradições inerentes ao papel de “operadoras da violência” parecem ter fixado a experiência dessas mulheres em pontos onde a realidade foi forjada de forma distorcida, tornando as inúmeras privações e violações de direitos, por exemplo, como algo constitutivo do cotidiano. Segundo Linhart (2014), uma das condições associadas à precarização subjetiva é o amoldamento das trabalhadoras(es) aos valores das instituições, com a supressão, inclusive, de seu direito à palavra própria e à voz.

Às histórias de maus tratos, as trabalhadoras apresentaram como contraponto os processos de luto que vivenciaram em relação às perdas dos(as) “pacientes”:

O que eu achava triste era só o necrotério. Lá eu não gostava, eu ia lá quando morria paciente, nós, da cozinha, a gente ia lá visitar. Ficava um tempo no necrotério, se tinha família, aí a família ia buscar. Se não tinha família, dali, já ia direto pro cemitério. [...] Eu sentia dó, tristeza de ver as pacientes naquela situação, porque, poxa vida, a gente tem família e não agradece a Deus (Eliana).

Outra questão interessante emergiu nas encruzilhadas do afeto e da reprodução de opressões nas relações estabelecidas nos hospícios, como recorte da realidade social:

Tinha a Olívia, mas ela era bem doidinha, assim, sabe? Até levei ela uma vez em casa, pra posar em casa comigo. A gente era muito apegada com ela, porque ela trabalhava na cozinha direto com a gente, ela ajudava a gente a limpar [...]. Quando eu trabalhava lá, a Olívia tinha mais ou menos uns 58 anos, por aí. Ela era morena, bem moreninha, mais escurinha, bem mais morena do que eu, era negra. Todo mundo que trabalhava lá sempre levava ela uma noite pra ficar em casa, sabe? Todo mundo levava, [...] as enfermeira levavam também, porque ela ajudava todo mundo, sabe? [...] E ela gostava de ir (Eliana).

Olívia e Eliana, duas mulheres, negras, em suas diferentes carreiras institucionais,

realizavam o trabalho reprodutivo essencializado como feminino. Às mulheres internadas era imposta uma dura domesticação – se tornaram domésticas no plano das atividades laborais de reprodução social e no plano do controle manicomial-patriarcal –, como se pertencessem ainda mais ao mundo fechado da instituição, sob o comando de outras mulheres. As trabalhadoras, por sua vez, carregavam as marcas da exploração e reproduziam, em suas carreiras institucionais, a exploração do trabalho afetivo da “doidinha” mencionada. Talvez, fosse um alívio para essas mulheres performarem os papéis estereotipados de gênero fora do manicômio, sendo essa uma das encruzilhadas que permaneceram ocultas sob o verniz da “vocação terapêutica” dos hospícios. E assim, em um jogo de distanciamento-e-aproximação dos “corpos-fronteira” das mulheres institucionalizadas, nos limites mal definidos e ambíguos do ofício de cuidar e reproduzir opressões histórico-estruturais, os vínculos foram construídos.

Recuperamos, ainda, testemunhos que parecem associar o trabalho nos manicômios como uma “missão”:

[...] eu dobrei os meus joelhos eu pedi pra Deus, eu falei: ai senhor, eu quero muito entrar na enfermagem, eu terminei o curso, eu tô tendo a oportunidade de estar aqui, de ter um começo diferente. Se for pra minha felicidade, que o Senhor tire todo esse desespero que tá no meu coração, essa vontade de ir embora correndo. Que o Senhor faça que eu permaneça aqui, porque eu tenho uma missão (Cristina).

Eu vou te falar uma coisa, foi um serviço que eu não pedi a Deus, mas foi um dos melhores, foi um dos melhores serviços que eu trabalhei. Deus tem um propósito na vida da gente e a gente é direcionado (Marta).

As memórias sobre uma missão divina e sobre o amor ao próximo parecem ter sido úteis aos interesses dos manicômios, na medida em que encobriam o paradoxo do “trabalho por amor” *versus* a participação e/ou o testemunho cotidiano em/de cenas de violências e violações de direitos. Com Franco e Franca Basaglia (2010), recordamos que há um paradoxo na existência do próprio complexo hospitalar. Nesse sentido, o hospício encerra em si mesmo a sua finalidade à medida que o “doente mental”, que seria o propósito último de uma instituição hospitalar psiquiátrica, não existe: ele estaria fixado em um papel que o define e, ao mesmo tempo, o anula. Nessa perspectiva, a crença na possibilidade de se fazer o “bem” a uma pessoa asilada cairia por terra.

Em relação à exploração do trabalho de reprodução profissional, Federici (2019) associa as experiências de trabalho à situação das mulheres nos contextos familiares, conforme já citamos. Ela analisa criticamente que “(...) desde os primeiros dias da sua vida, você tem sido treinada para ser dócil, subserviente, dependente e, o mais importante, para se sacrificar” (Federici, 2019, p. 44). O campo dos trabalhos subalternizados e essencializados como femininos, como extensões do trabalho doméstico, se revela como um dos mais emblemáticos, porque representam, inclusive, a porta de acesso ao mercado de trabalho para muitas mulheres, especialmente as negras, com baixa escolaridade,

originárias, em sua maioria, das regiões norte e nordeste do Brasil (Figueiredo, Gomes, 2016), conforme constatamos em nossa pesquisa.

Mas olha, menina, eu, como mulher negra, eu acho, assim, [...] na época era tão difícil que era aquela coisa, assim, só de você não estar trabalhando de empregada pra alguém, de você conseguir um serviço diferente, mesmo que fosse a pior coisa, mas era diferente de ser empregada doméstica. [...] Na época que eu trabalhava, empregada doméstica era empregada doméstica e o negócio era brabo. [...] Você era o último, do último, do último! Agora, você ir trabalhar num hospital era diferente, as pessoas já te olhavam também de um jeito diferente (Marta).

Ao analisar o impacto das violências étnico-raciais nos grupos de mulheres trabalhadoras, Lélia Gonzalez (2020) apontou que seus “refúgios” seriam as carreiras de serventes em hospitais e escolas, dentre outras profissões desvalorizadas, o que fica explicitado nos discursos de Marta e Helena, que seguem reproduzidos.

[...] eu via ali como... olha, falando uma sinceridade pra você, como um refúgio pelo que eu passava na minha vida. [...] o hospital era o meu refúgio, não era por causa tanto de lá, era mais pela condição mesmo que eu vivia. [...] Quando eu ia pra lá, eu não pensava que eu tinha de botar comida na mesa, eu não pensava no remédio, tudo ali tava na mão pra eu fazer. [...] é como se eu tivesse saído, como se lá fosse um lugar que eu ia me refugiar, que eu tava livre (Marta).

A Laila era muçulmana, ela veio lá dos lados do Líbano, viveu a guerra lá. Depois que a gente fez amizade, ela falava que ela morava num único cômodo e, às vezes, quando eles levantavam de manhã, assim, a casa tava cercada de tanque de guerra. Inclusive, ela mostrou pra nós foto das crianças dela segurando as armas do exército (Helena).

No tocante às diversidades e adversidades que marcaram as experiências das mulheres, que lhes produziram a ideia de que a instituição manicomial lhes servia de refúgio à precariedade de suas vidas fora daqueles altos muros, a questão do trabalho doméstico foi a mais marcante. Para Angela Figueiredo e Patricia Godinho (2016), “(...) o trabalho doméstico pode ser compreendido não apenas como o resquício das relações escravistas dentro da modernidade, mas como uma relação de contradição ao discurso moderno, uma vez que tal discurso constrói sua narrativa baseado na crença de relações de trabalho” (p. 919).

Figueiredo (*apud* Figueiredo, Godinho, 2016) problematiza, ainda, como os direitos, mesmo aqueles já existentes, continuam não garantidos à categoria das trabalhadoras domésticas dentro de nossa estrutura social extremamente desigual, racista e hierárquica. A análise das interseccionalidades para a compreensão do trabalho doméstico é fundamental, na medida em que, por “(...) um lado, esse trabalho é considerado parte daquilo que as mulheres devem fazer (sem reclamar) há séculos – o trabalho feminino de cuidar e limpar constitui um trabalho gratuito. Por outro lado, o capitalismo produz inevitavelmente trabalhos invisíveis e vidas descartáveis” (Vergès, 2020, p. 24-25).

A minha mãe, há muitos anos, ela trabalhou no hospital psiquiátrico “Feliz Dia a Pobrezinhos”. Ela era atendente de enfermagem, era tipo uma cuidadora, né. Assim,

foi por pouco tempo que minha mãe trabalhou, mas eu escutava muito ela falar do hospital psiquiátrico, então, eu tinha medo. [...] Na época que ela trabalhou, até eram essas atendentes que administravam medicação, mas, no geral, o serviço era ficar no pátio atendendo pra pacientes não brigarem, atendendo pra não ter fuga. Na verdade, praticamente, era quase a mesma função que eu exerci muitos anos depois lá no psiquiátrico, no “Amável Donzela”, como auxiliar de enfermagem (Cristina).

A partir dos cruzamentos do trabalho invisível e da produção de vidas descartáveis, imaginamos que a (sobre)vida das mulheres que permaneceram em cargos subalternizados nos hospícios não tenha sido nada fácil. Por décadas e de geração em geração, conforme apontado por Cristina, as mulheres, especialmente as que ocuparam os cargos de auxiliares de serviços gerais, atendentes de enfermagem, cuidadoras e outras categorias que ficavam bastante próximas aos(às) encarcerados(as), vivenciaram os dilemas de um cuidado impossível em um contexto de violência e precarização subjetiva, conforme já sinalizado neste texto.

E aí, eu fui pro pátio e, no pátio, eu me aproximei muito deles, acho que meu erro foi esse, foi eu me apegar. [...] como que você não vai pegar a dor daquela pessoa, sendo que aquela pessoa passa a fazer parte da sua vida? Você não ama, mas você tá ali com ela, você convive com ela (Helena).

Lá era bem frio, muito frio mesmo, tanto é que, quando chegava a época mais fria, eu chegava às seis horas da manhã e tinha gelo na entrada. E eles iam pro refeitório tudo pelado. Sabe, davam banho nos pacientes e não secavam eles, eles iam pelado, tudo tremendo. Você via aquilo, nossa, Deus me livre, cheguei a tomar Diazepam pra dormir por causa disso! Nem secavam! (Ana Francisca).

Por décadas as pessoas foram torturadas e expostas à morte nos manicômios da região de Sorocaba, de forma concreta e/ou pelo aniquilamento de suas subjetividades, sem muito alarde social. Na fronteira que separa o mundo dos “superiores” e o mundo dos “inferiores”, localizamos a difícil construção de significações e memórias sobre o sofrimento daqueles cujas vidas foram despedaçadas por trás dos muros asilares, sob o olhar das pessoas que atuaram como “operadoras das violências”. E essas mulheres, em suas experiências de “corpos-fronteira”, adoeceram.

Eu tenho amigas que trabalharam lá e acabaram adquirindo, vamos falar assim, esse mal estar da psiquiatria. Era um desgaste emocional, insônia, um nervosismo que a pessoa não tinha antes. Eu tenho amigas que se afastaram do trabalho por conta disso e que, até hoje, são dependentes de medicação, de psiquiatra, de psicólogo, então, eu creio que desencadeia alguma coisa em quem trabalha lá (Cristina).

Mas era muito difícil né, terapia sempre. Terapia pra você conseguir dividir e também lidar com algumas coisas. Eu me perguntava: nossa, será que isso que eu fiz é, assim, tão monstruoso? [...] As trabalhadoras adoeciam, inclusive, em relação ao comportamento, né. Sabe, ficar muito mais irritada, mais agressiva, sem conseguir ouvir os pacientes? (Yolanda).

Uma memória que não pode ser esquecida, sendo mais uma das fissuras que levantou fronteiras nas experiências das entrevistadas, foi o elevado índice de suicídios nos

manicômios. Dentre os inúmeros casos de suicídios entre as pessoas institucionalizadas, recuperamos um, em especial, que foi narrado por três entrevistadas:

[...] a dona Olga, essa sim, ela trabalhou muitos anos no “Feliz Dia a Pobrezinhos” e eu tinha muito contato com ela e também com a filha dela. A filha dela, a Maria Alice, ela também era auxiliar de enfermagem, só que ela trabalhava no “Caridade”. No “Caridade”, você acredita que essa moça cometeu suicídio? (Cristina).

[...] isso porque eu avisei a direção que ela não tava em condições de voltar a trabalhar (Geni).

[...] eu lembro dela como se fosse hoje. Ela era do plantão noturno, negra, muito bonita, jovem. [...] Acredito que, sem dúvida, o acesso aos medicamentos que ela tinha, o trabalho ali, eu acho que isso facilitou o processo, né. Foi chocante! [...] e ela, assim, tinha uma vidinha estável, mas depois eu soube que parece que era relacionamento que levou ela a esse ponto. Aí, cai também na questão da mulher negra, né, a questão da mulher preta invisível, a objetificação, geralmente tem a solidão, né, então tem todo esse viés (Antônia).

Da naturalização das mortes nas “instituições da violência” (Basaglia, 2010), não escapou essa trabalhadora, uma mulher, jovem, negra, que ocupava o cargo de auxiliar de enfermagem e cometeu suicídio durante o seu turno de trabalho no manicômio. Nessa memória coletiva traumática, consideramos fundamental a reflexão sobre a objetificação e a solidão das mulheres negras associada ao suicídio desta jovem, conforme análise de Antônia, e que, não por acaso, aconteceu em um local marcado pelo abandono e por toda sorte de violências racistas e sexistas: o manicômio.

Ao estabelecer as articulações entre o racismo e o sexismo, Gonzalez (2019) analisa que não saímos de um estado de coisas em que as mulheres negras continuam sendo empurradas ao papel da “mucama permitida”, por meio da perpetuação da divisão sexual e racial do trabalho. Essas questões emergiram no discurso de Antônia, que rompeu, em parte de seu trabalho da memória, com os aprisionamentos alienantes *manicôniais*:

Nós, mulheres negras, a gente também é tratada só como um objeto, só pro homem aproveitar. [...] A gente que é mulher, na saúde, ainda, a gente é sempre assediada, então, eu sempre tive o cuidado pra não cair nesse viés e me empolgar por estar naquele meio e tal. [...] Fui assediada muitas vezes, assediada por médicos casados (Antônia).

As mulheres entrevistadas, como testemunhas e intérpretes das lembranças, nos interpelam com suposições valiosas sobre os pontos de vista que constituem a história. A metáfora da ilha elaborada por Antônia, que abriu a nossa discussão, nos ajuda a refletir sobre as compartimentalizações e a separação do mundo como uma ferida colonial (KILOMBA, 2019). O manicômio, como herança colonial, produz “corpos-ilha”, destrói a intersubjetividade, corta a conexão com o fora e aniquila os movimentos do viver em sua multiplicidade, diversidade e liberdade.

No entanto, mesmo neste inegável cenário de horrores manicômiais, desde as inúmeras fronteiras estabelecidas, alguns encontros aconteceram:

Olha, eu vou te contar um caso de uma paciente [...], negra, devia de ter os seus 20 anos, 20 e poucos anos, mas era um bebezão e se chamava Angélica. [...] tava tudo eles espalhado no pátio e ela tava por perto e, nisso que eu fiquei sozinha, eu comecei a pensar no meu problema e comecei a chorar. E essa menina, nunca eu tinha visto ela falar, aí, eu tava, assim, chorando e eu escutei “né, é bão né, mãe”, [...] ela repetiu aquilo ali. [...] quando eu levantei, o rosto dela tava ali, a Angélica, eu chorando e ela derrubando a lágrima também. [...] Era pessoa que não pedia comida, era pessoa que não pedia pra ir no banheiro, que não pedia nada, então, pra gente, eles não tinham consciência. E ela chorou, a Angélica chorou comigo. [...] eu sei lá, eu me pus como grata a ela porque ela foi bem no fundo (Marta).

Angélica falou poucas palavras e Marta escutou, Angélica escutou a dor e Marta se pôs grata, Angélica e Marta derrubaram lágrima. Os “corpos-ilha” se cruzaram na fronteira das existências, finalmente. E, assim, como “corpos-fronteira”, em uma conexão teimosa e improvável, elas, duas mulheres, negras, se reposicionaram na resistência ao silenciamento brutal *manicolonial*, num lampejo de memória de dor compartilhada. Essa memória de Marta nos levou às palavras de Achille Mbembe, em “O direito universal à respiração”: “O em comum assenta também na possibilidade da partilha sem condição e de, a cada vez, recuperar qualquer coisa de absolutamente intrínseca, ou seja, de incomensurável, incalculável, e por isso sem preço” (MBEMBE, 2020, n.p.).

Voltando ao lado da fronteira fraturado por apagamentos, cisões de mundos, perdas e dores silenciadas por detrás dos altos muros dos manicômios, escutamos:

Eu acho que foi bem dolorido, foi muito dolorido o processo, mas passou. [...] Sabe, mesmo pensando “eu quero fechar o ciclo do ‘Caridade’”, ao mesmo tempo, são muitas informações que eu acho que também não podem ficar só com a gente, entendeu? Esses dias mesmo, eu tava pensando [...], será que a nossa história, a história de todos os funcionários, de todos os pacientes, será que não vai ter valor? (Antônia).

Antônia questiona se a história vivida nos manicômios não terá valor, se a sua história não terá valor, se a memória coletiva não terá valor. Ela nomeia a perda, não apenas do trabalho que deixou de existir porque o hospício fechou, mas, sim, da possibilidade de uma inscrição na história. Com ela, deixamos esses questionamentos em aberto, como um compromisso inacabado de nosso tempo.

## 2. Considerações finais

Em nossa pesquisa, observamos que a maioria das trabalhadoras entrevistadas viveu/reviveu uma espécie de trauma relacionado ao choque de mundos em seu trabalho de construção da memória coletiva: o mundo do “trabalho por amor” *versus* o mundo das violências e mortes (assassinatos) manicomiais, que foram tramados em discursos ambivalentes sobre os hospícios do passado, o processo de fechamento do polo manicomial e o atual modelo de tratamento em saúde mental no presente.

Nos relatos colhidos, observamos a intensificação da exploração do trabalho das mulheres, especialmente ancorado em uma ideologia de “trabalho por amor” – uma marca

da exploração do trabalho reprodutivo essencializado como feminino, em suas intersecções com as relações étnico-raciais e de classe. As fraturas sociais produzidas e reproduzidas nos/pelos manicômios pareceram levantar fronteiras nos próprios corpos das trabalhadoras, por nós caracterizadas como “corpos-fronteira”: elas testemunharam, na vizinhança da morte, os efeitos do confinamento e da tortura e, ao mesmo tempo, se sentiram responsáveis pelas vidas daqueles que “cuidavam”.

Dentre as diversas violências manicomiais praticadas contra as pessoas encarceradas, elas se lembraram dos banhos gelados em chuveiros sem energia, a condução ao refeitório de pessoas nuas, molhadas e tremendo de frio às seis horas da manhã nos dias de inverno, o isolamento de pessoas que apresentavam problemas de saúde como falta de ar, a fome, os castigos físicos, os estupros de mulheres, dentre outras tantas brutalidades. Tais atos se enquadravam (enquadram) como tortura, podendo também ser interpretados, no limite, como estratégia deliberada de assassinato.

Finalizamos esse artigo com mais interrogações do que respostas, o que nos move em direção ao contínuo exercício de reconstrução da memória social, tanto para que as cenas de horror e de crimes contra a vida e contra a dignidade que ocorreram nos hospícios brasileiros não sejam esquecidas, bem como para que possamos elaborar esse passado traumático coletivamente em direção à reparação e transformação da sociedade.

Os relatos das mulheres que entrevistamos em nosso estudo nos fizeram refletir sobre a importância da ampliação da escuta sobre a violência da manicomialização pela via do trabalho, e a necessária escuta do testemunho para o aprofundamento do debate sobre o campo da saúde mental, na contradição e no conflito das experiências de trabalhadoras(es) de hospitais psiquiátricos. A análise de algumas das experiências de trabalho das entrevistadas, recuperadas desde os seus “corpos-fronteira”, representa a nossa tentativa de contribuição com os estudos sobre a exploração do trabalho feminino e sobre a história da psiquiatria brasileira, bem como uma aposta na política na rememoração como potência revolucionária capaz de transformar a realidade empobrecida pelos apagamentos históricos, como compromissos antimanicoloniais permanentes.

## Referências bibliográficas

AMARANTE, Paulo. **Teoria e crítica em saúde mental**: textos selecionados – 1. ed. – São Paulo: Zagodoni, 2015.

BARBOSA, Rosana Machin. **Presença negra numa instituição modelar**: o hospício de Juquery. 1992. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992. Acesso em: 14 jan. 2024.

BARROS, Sônia; BATISTA, L. E.; DELOSSI, M. E.; SCUDER, M. M. **Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo**: um olhar sob a perspectiva racial. Revista Saúde Sociedade, São Paulo, vol. 23, nº4, pp. 1.235-47, 2014.

BARROS, Sônia; BICHAFF, Regina. **Desafios para a desinstitucionalização**: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. São Paulo: FUNDAP: Secretaria da Saúde, 2008.

BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica** / Franco Basaglia; organização Paulo Amarante; tradução Joana Angélica DÁvila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BENTO, Maria Aparecida. Branqueamento e branquitude no Brasil. In: CARONE, Iray; BENTO Maria Aparecida. **Psicologia social do racismo**: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. 6. Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

BOSI, Ecléa. **Memória e sociedade**: lembranças de velhos. São Paulo: Companhia das Letras, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 10.216**, 2001. Dispões sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

CARDOSO, Adalberto. A escravidão e a lenta transição para o trabalho livre. In: CARDOSO, A. **A construção da sociedade do trabalho no Brasil**, Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

COLLINS, Patricia Hill. Se perdeu na tradução? Feminismo negro, interseccionalidade política emancipatória. Parágrafo: **Comunicação Social da FIAM-FAAM**, v. 5, n. 1, p. 6–17, 29 jun. 2017.

CURIEL, Ochy. **La Nación Heterosexual**: análisis del discurso jurídico y el régimen heterosexual desde la antropología de la dominación. Bogotá, Colômbia: Brecha lesbica y en la frontera, 2013.

CRUZEIRO DO SUL, 2018. **Associação Protetora dos Insanos de Sorocaba completa 100 anos**. Disponível em: [Associação Protetora dos Insanos de Sorocaba completa 100 anos](#). Acesso em 18/05/2020.

DAVID, Emiliano de Camargo. **Saúde mental e racismo**: saberes e saber-fazer desnordeado na/para a Reforma Psiquiátrica brasileira antimanicolonial. Tese de Doutorado. São Paulo: [s.n.], 2022.

FANON, Frantz. **Os condenados da terra**. Rio de Janeiro: Zahar, 2022.

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador: EDUFBA, 2008.

FEDERICI, Sílvia. **O ponto zero da revolução**: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista. Rio de Janeiro: Elefante, 2019.

FIGUEIREDO, Angela; GOMES, Patrícia Godinho. Para além dos feminismos: uma experiência comparada entre Guiné-Bissau e Brasil. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 2016.

FLAMAS. **Levantamento de indicadores sobre os manicômios de Sorocaba e região**, 2011. Disponível em: <https://flamasorocaba.wordpress.com/dossie-dos-manicomios/>. Acesso em 14 jan. 2024.

FLAMAS. **Termo de ajustamento de conduta – Sorocaba**, 2013. Disponível em: <https://flamasorocaba.wordpress.com/termo-de-ajustamento-de-conduta-sorocaba/>. Acesso em 14 jan. 2024.

FOUCAULT, Michel. “Aula de 19 de março de 1975”. In: **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975 – 1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999. – (Coleção Tópicos).

GARCIA, Marcos R. Vieira. A Mortalidade nos Manicômios da Região de Sorocaba e a Possibilidade da Investigação de Violações de Direitos Humanos no Campo da Saúde Mental por Meio do Acesso aos Bancos de Dados Públicos. **Psicologia Política**. São Paulo, v. 12, n.23, p. 105-120, 2012.

GELEDÉS. **Lista com nomes de navios negreiros escancara cinismo dos comerciantes de seres humanos no Oceano Atlântico**, 2015. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/lista-navios-negreiros-cinismo-comerciantes-seres-humanos-oceano-atlantico/>. Acesso em 26/09/20.

GONZALEZ, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. In: HOLLANDA, H. B. **Pensamento feminista brasileiro**: formação e contexto. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.

HALBWACHS, Maurice. **A memória coletiva**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais Ltda. Edições Vértice, 1990.

KAËS, René. **As alianças inconscientes**. São Paulo: Ideias & Letras, 2014.

KILOMBA, Grada. **Memórias da plantação**: episódios de racismo cotidiano. – 1. Ed. – Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

LUGONES, María. Colonialidade e gênero. In: HOLLANDA, Heloísa Buarque de. **Pensamento feminista hoje**: perspectivas decoloniais. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020.

MAZETTO, Tamiris C. Gomes & GARCIA, Marcos R. Vieira. Costurando “memórias rasgadas”: histórias dos manicômios de Sorocaba sob a lente da interseccionalidade. **Psicologia Política**. São Paulo, vol. 23, n.56, p. 75-97, 2023.

MAZETTO, Tamiris C. Gomes. **Luto manicomial e memórias colonizadas**: lembranças de trabalhadoras de hospitais psiquiátricos. 2024. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de São Carlos, Sorocaba, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/19693>.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. – 4. Ed. – São Paulo: n-1 edições, 2018.

MBEMBE, Achille. **O direito universal à respiração**. São Paulo: N-1 edições, 2020.

NASCIMENTO, Abdias. **O genocídio do negro brasileiro**: processo de um racismo mascarado / Abdias Nascimento. – 3. Ed. – São Paulo: Perspectivas, 2016.

NASCIMENTO, Beatriz. A mulher negra no mercado de trabalho. In: HOLLANDA, H. B. **Pensamento feminista brasileiro**: formação e contexto. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.

PASSOS, Rachel Gouveia. De escravas a cuidadoras: a invisibilidade e a subalternidade das mulheres negras na política de saúde mental brasileira. **O Social em Questão**, Ano XX, nº 38, mai / ago -, 77 – 94, 2017.

PASSOS, Rachel Gouveia. Holocausto brasileiro ou navio negreiro? Inquietações sobre a reforma psiquiátrica brasileira. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n – 3, p. 10 – 23, 2018.

PASSOS, Rachel Gouveia. **“Na mira do fuzil”**: a saúde mental das mulheres negras em questão. São Paulo: Hucitec, 2023.

PATAI, Daphne. **História oral, feminismo e política**. São Paulo: Letra e Voz, 2010.

PEREIRA, Melissa de Oliveira. **Mulheres e loucura**: narrativas de resistência. Rio de Janeiro: Autografia, 2020.

PEREIRA, Melissa Oliveira & PASSOS, Rachel Gouveia. Luta antimanicomial, feminismos e interseccionalidades: notas para o debate. In: PEREIRA, M. O. & PASSOS, R. G. (orgs.). **Luta antimanicomial e feminismos**: discussões de gênero, raça e classe. – 1. Ed. – Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

PORTELLI, Alessandro. **História Oral e Poder**. Mnemosine Vol.6, nº2, p. 2-13, 2010.

QUIJANO, Aníbal. **Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina**. Clacso, 2005.

**Mazetto & Garcia**

A institucionalização do trabalho de mulheres em hospitais psiquiátricos brasileiros: pedagogias de gênero e a exploração do “trabalho por amor”

RAGO, Luzia. Margareth. **A aventura de contar-se**: feminismos, escrita de si e invenções da subjetividade / Margareth Rago. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2013.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **A mulher na sociedade de classes**. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

SCARCELLI, Ianni Régia. **Entre o hospício e a cidade**: dilemas no campo da saúde mental. São Paulo: Zagadoni, 2011.

SELIGMANN-SILVA, Márcio. **A virada testemunhal e decolonial do saber histórico**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2022.

SOROCABA/SP. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. 10ª Região Administrativa Judiciária, sede da 19ª Circunscrição Judiciária. Pedido Inicial em **Ação Civil Pública nº. 0058101-53.2012.8.26.0602** (número de ordem 40777/12), em andamento na Vara da Fazenda Pública de Sorocaba/SP. Protocolo inicial realizado em 14/11/2012. Disponível em: [Portal de Serviços e-SAJ](#). Acesso em 05/04/2023.

SUAREZ, Maria Clara Schnaidman. **Apoio matricial em saúde mental na atenção primária**: estratégia de resolutividade e satisfação da equipe. Mestrado Profissional em Educação nas Profissões de Saúde, PUC-Sorocaba, 2017

VERGÈS, Françoise. **Decolonizar o museu**: programa de desordem absoluta. São Paulo: Ubu Editora, 2023.

VERGÈS, Françoise. **Um feminismo decolonial**. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, SP, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014.