

A experiência de adolescentes meninas em internação psiquiátrica: Debates sobre exclusão e liberdade

The Experience of Adolescent Girls in Psychiatric Hospitalization: Debates About Exclusion and Freedom

Mariana Frediani Sant'Ana¹; Daniele de Andrade Ferrazza²; Adriana Barin de Azevedo³

¹ Universidade Estadual de Maringá; marianafs.psico@gmail.com; [id 0000-0003-1558-0215](https://orcid.org/0000-0003-1558-0215)

² Universidade Estadual de Maringá; daferazza@uem.br; [id 0000-0003-0912-9559](https://orcid.org/0000-0003-0912-9559)

³ Universidade Estadual de Maringá; abazevedo@uem.br; [id 0000-0002-8975-9421](https://orcid.org/0000-0002-8975-9421)

Historia editorial

Recibido: 10-01-2025

Aceptado: 01-07-2026

Publicado: 19-10-2026

Palabras clave

Reforma psiquiátrica;
Estudos de gênero;
Adolescente; Cartografia

Resumo

No artigo percorremos o território do hospital psiquiátrico e buscamos compreender seus impactos em processos de subjetivação de adolescentes manicomializadas. Utilizando a cartografia como método, sondamos as experiências de adolescentes que vivenciaram internações psiquiátricas, destacando os diálogos com três adolescentes. O artigo enfatiza a violência institucional e os impactos da medicalização sobre corpos dissidentes, propondo uma reflexão crítica sobre a psiquiatrização e a necessidade de reconhecer as particularidades de gênero, raça e classe nas vivências dessas jovens.

Abstract

Keywords

Psychiatric reform; Gender studies; Adolescent; Cartography

In the article, we cover the territory of the psychiatric hospital to understand its impacts on the subjectivation processes of girls in asylums. Using cartography as a method, we probed the experiences of adolescents who underwent psychiatric hospitalizations, highlighting the dialogues with three adolescents. The article emphasizes institutional violence and the impacts of medicalization on dissident bodies, proposing a critical reflection on psychiatrization and the need to recognize the particularities of gender, race, and class in the experiences of these young women.

Sant'Ana, Mariana Frediani; Ferrazza, Daniele de Andrade; & Azevedo, Adriana Barin de. (2026). A experiência de adolescentes meninas em internação psiquiátrica: Debates sobre exclusão e liberdade. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 26(3), e3796. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.3796>

Introdução

A Reforma Psiquiátrica no Brasil, com seus movimentos iniciais na década de 1970, culminou na reorientação dos modelos de cuidados com as pessoas em sofrimento psíquico (Amarante, 2007). Com a Lei 10.216 (2001), se produz estratégias de cuidado em liberdade, preservando e construindo redes de apoio e garantindo a circulação e trocas sociais. As propostas antimanicomiais anunciam a garantia de direitos e a cidadania de pessoas em sofrimentos subjetivos.

Dentre os impactos da Reforma Psiquiátrica, houve o fechamento de 40.503 leitos de hospitais psiquiátricos entre os anos de 2002 até 2024 (Ministério da Saúde, 2024) e conquistou-se a implantação de 3.019 centros de atenção psicossocial (CAPS) no país entre 1998 e 2024 (Ministério da Saúde, 2024). Os CAPS estão dentre os dispositivos a compor a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e que preveem acolhimento às crises em saúde mental, cuidado em liberdade, reinserção social e promoção de autonomia e cidadania das pessoas usuárias dos serviços. Dentre os equipamentos substitutivos à internação manicomial, tivemos a implantação de 324 CAPS infantojuvenis (CAPS II) (Ministério da Saúde, 2024).

Porém, no recente cenário brasileiro marcado por governos de extrema direita¹, se estabeleceu desmontes de políticas públicas e retrocessos no que tange às conquistas legislativas no campo da saúde mental, que culminaram em impactos significativos no processo de desinstitucionalização, inclusive com denúncias de violações dos direitos de crianças e adolescentes submetidos às intervenções no campo da saúde mental (Lacerda, 2023). A denominada Nota Técnica 11 (2019), foi uma das estratégias ministeriais para ampliar o número de leitos psiquiátricos e incluir o hospital psiquiátrico como equipamento da rede de atenção psicossocial, com intuito de retomar a abertura de leitos psiquiátricos. Além disso, a Nota Técnica se posicionava favorável à internação psiquiátrica de crianças e adolescentes. Previa-se assim o desmonte da rede substitutiva de cuidados em saúde mental.

Desde 2015 já era possível observar um aumento dos casos de internações psiquiátricas compulsórias de crianças e adolescentes, denunciando a fragilidade das políticas de desinstitucionalização com o retorno paulatino da lógica manicomial. A manicomialização de questões sociais relacionadas à adolescência se fez frequente, principalmente, nos casos de jovens em conflito com a lei ou em uso de álcool e outras drogas. Tal movimento fortaleceu uma noção de periculosidade de jovens e adolescentes, considerados personagens que rompem com a ordem pública e que, via diagnóstico médico e aparato jurídico, devem ser reclusos em instituições manicomiais². Os adolescentes considerados agressivos, ganham o rótulo de perigosos e são internados como pessoas doentes que devem ser submetidas à tutela e manicomialização (Braga e D'Oliveira, 2022).

Historicamente, o processo de psiquiatrização não se restringiu apenas ao público infantojuvenil. Mulheres também foram amplamente submetidas aos discursos e práticas médico-psiquiátricas por meio de diagnósticos psiquiátricos construídos culturalmente e

1 Referência ao golpe que desapossou a então presidenta Dilma Rousseff em 2016, seguindo-se de governos de direita e extrema direita de Michel Temer e Jair Bolsonaro até 2022.

2 Objetivando conter as internações de crianças e adolescentes, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente determinou a Resolução nº 249/2024, que proíbe internações desse público em comunidades terapêuticas, instituições destinadas às pessoas usuárias de substâncias psicoativas e administradas por entidades religiosas e/ou sociedade civil, denunciadas por inúmeras violações de direitos humanos (Conselho Federal de Psicologia, 2018).

que ditam formas de sofrimento que podem ser validadas e tratadas (Zanello, 2018). A psiquiatria, frente às feminilidades, desenvolveu teses centradas nas propostas de controle reprodutivo e sexual: a mulher só seria saudável e feliz desempenhando seu restrito papel de mãe e esposa (Vieira, 2002). Valeska Zanello (2018) destaca que esse papel da mulher amorosa e maternal é um dispositivo de assujeitamento. Envolve-se uma complexa operação repressiva «para que a menina, transbordante de vitalidade e entusiasmo pela vida, transforme-se em uma “mulherzinha”, aplicando suas energias nos outros» (p. 94). Para as dissidentes que não cumprem tais papéis, restam processos opressivos, como a internação psiquiátrica.

No manicômio instala-se o discurso tradicional que separa e conceitua normal e patológico e que centraliza na pessoa a culpa por um adoecimento, desvalorizando e subestimando seu sofrimento e experiência. O processo de manicomialização de pessoas dissidentes centra-se no corpo biológico, descartando o sofrimento psíquico também como resultado de condições e desigualdades sociais de gênero (Braga e D'Oliveira, 2022).

Nessa direção, adolescentes, comumente negras, de classe social marginalizada, que vivenciam violências quanto ao gênero e suas sexualidades, são submetidas ao processo de internação em instituições psiquiátricas. No manicômio elas são repreendidas por suas escolhas e modos de vida, principalmente aquelas atravessadas pelas interseccionalidades de raça-etnia, classe e performance sexual dissidentes das normas (Pereira e Passos, 2017).

Neste artigo temos³ o objetivo de percorrer o território do hospital psiquiátrico e compreender seus impactos em processos de subjetivação de adolescentes manicomializadas. Mais especificamente, temos o intuito de apresentar os diálogos tecidos com as adolescentes que vivenciaram processos de internação psiquiátrica permeada por algumas violências e rastrear possíveis efeitos da institucionalização psiquiátrica na produção de suas subjetividades.

Percursos metodológicos

A cartografia, perspectiva metodológica de pesquisa e intervenção, é adotada por corpos-pesquisadoras que se mobilizam pelos encontros que as atravessam, buscando traçar linhas diante de acontecimentos. A cartografia desenha os percursos da pesquisa de modo a acompanhar as linhas institucionais, afetivas, micropolíticas que estão emaranhadas no contexto de vida das adolescentes e das pesquisadoras. Tais linhas expressam as forças

3 Este artigo é escrito na primeira pessoa do plural. A escrita se guia por uma postura na qual nós, autora, coautoras e participantes, nos consideramos implicadas e não-neutras, em um compromisso ético das relações tecidas no fazer científico. A escrita também objetiva convocar quem nos lê a participar do debate. A primeira autora realizou os encontros com as adolescentes e narrou os acontecimentos vivenciados; as coautoras contribuíram com a discussão e modelagem da escrita cartográfica.

que ganham formas de violência manicomial, moral, patriarcal, como também as formas de resistir a essas forças (Passos et al., 2009).

Atentas às narrativas subalternas, os encontros com as adolescentes de cidades do interior do Paraná-Brasil, trouxeram pistas que mobilizaram a pensar o processo de subjetivação daquelas que passaram por internação psiquiátrica. A pesquisa foi realizada entre os anos de 2020 e 2022, mediante aprovação do comitê de ética de uma universidade pública brasileira⁴.

Para tanto, a presente cartografia contou com dois instrumentos de pesquisa: as entrevistas cartográficas e o diário da pesquisadora. A entrevista cartográfica prioriza os processos vivenciais e não fatos prontos a serem coletados. Caminha-se com o corpo desperto para além do vivido, considerando como as experiências se constroem no campo do narrado das histórias de vida e no plano comum representacional (Tedesco et al., 2013). As entrevistas cartográficas, que ocorreram nos locais escolhidos pelas adolescentes, se guiaram pelos afetos despertados nos encontros com a primeira autora e pelo ponto em comum da vivência da manicomialização. Os diálogos foram gravados em áudio e, posteriormente, transcritos na íntegra.

Os encontros com as adolescentes também foram registrados no diário de campo, ferramenta importante para desdobrar os acontecimentos vivenciados pela pesquisadora e pelas adolescentes entrevistadas, com intuito de narrar os afetos colocados em palavras, em um processo constante de escrita (Azevedo, 2020; Goulart et al., 2018).

Nesta pesquisa buscou-se acompanhar a percepção das adolescentes, após a alta de internações manicomiais, com destaque para suas vivências no processo de psiquiatriação. Assim, a escrita do presente artigo é composta pelas vozes das adolescentes Vanessa, Carolina e Débora, nomes fictícios escolhidos pelas entrevistadas.

Vanessa é uma jovem branca, na época com 15 anos. Ela morava em uma casa de fundos com sua mãe e irmãs, no entremeio de um bairro marginalizado em uma pequena cidade onde a primeira autora exercia a profissão de psicóloga pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Em uma visita, sua mãe conta que a filha estava em internação psiquiátrica involuntária. A psiquiatra, sem avaliar com cuidado o seu caso, disse: «tem transtorno mental» (Mãe de Vanessa, registro em diário da pesquisadora, outubro de 2020). Em nosso primeiro encontro, logo ao sair da internação psiquiátrica, Vanessa estava quieta, olhos claros e letárgicos, impregnada pela medicação. Foram três meses e oito dias de internação.

4 A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CAAE: 38149320.6.0000.0104 e número do parecer: 4.3577.705) e cumpre as exigências contidas na Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde brasileiro. Para estabelecer os diálogos com as adolescentes foi solicitada a autorização dos pais ou responsáveis mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com explicação sobre a proposta, objetivos e forma como seriam guiados os diálogos. Às adolescentes foi solicitada autorização à sua participação mediante a assinatura do termo de assentimento informado livre e esclarecido (TALE), contendo as mesmas informações.

Em nossos dois encontros na varanda de sua casa, ela apresentava o desejo de compartilhar suas vivências em meio a um quintal cinestésico.

Carolina é uma jovem negra, cabelos curtos encaracolados e com um abraço acolhedor. Seu nome nos chegou por meio de uma lista de adolescentes internadas em hospitais psiquiátricos disponibilizada pela secretaria de saúde da região. Encontrá-la foi o grande desafio. Carolina ora transitava pelas ruas da cidade, ora era submetida às internações psiquiátricas. O contato com sua família e com Carolina foi possível por mediação das equipes de saúde mental do município. Na época de nossos encontros tinha 19 anos, mas desde seus 15 anos vivencia internações em instituições psiquiátricas, além de atendimento pelo CAPS e emergência psiquiátrica em um hospital geral. Foram mais de 15 internações psiquiátricas. A casa com quem convivem mãe, padrasto, irmão e duas irmãs, fica em um bairro afastado, margeando as bordas de uma cidade de médio porte e que a obrigava a sair de madrugada para chegar ao CAPS de referência.

Débora é uma jovem branca e tinha 16 anos na época de nosso encontro, que foi facilitado pelo suporte da equipe do CAPS II na qual era atendida. Sua família não pôde encontrá-la durante sua internação de três meses devido aos desdobramentos pandêmicos da COVID-19. Sua casa ficava em um bairro afastado em uma cidade de médio porte. Nela residiam também os pais, uma irmã e um irmão. De seu quintal via-se as árvores que sinalizavam o fim da cidade. Nossas conversas ocorreram em seu território de confiança, o CAPS II, e sua voz, calma e firme, ecoou pelo encontro.

No estabelecimento do diálogo acerca da história de sofrimento psíquico, espaços são constituídos para que as adolescentes (re)construam e ressignifiquem suas vivências, promovendo a criação de novas narrativas tanto para elas como para a autora, implicada na produção de políticas de narratividade (Passos et al., 2009). Para a apresentação dos encontros e das narrativas tecidas com as adolescentes internadas em hospitais psiquiátricos, dividiremos o presente artigo em três pistas cartográficas: (1) *a monotonia do hospital psiquiátrico: o vigiar e o cerceamento*; (2) *o saber-poder sobre os corpos na internação psiquiátrica*; e (3) *desdobramentos da internação psiquiátrica: finalizar pelo (re)começo*.

Discussão

A monotonia do hospital psiquiátrico: o vigiar e o cerceamento

O hospital psiquiátrico é considerado como lugar de tédio e monotonia que unem esferas da vida como o dormir, o banhar-se, o trabalhar, o estudar, resumidas a um local com uma autoridade hierárquica representada pela figura do médico psiquiatra (Goffman, 1961). Vanessa conta que sua experiência de internação se traduziu em tédio e solidão, distanciado de sua rotina: “Quando você fica internada é a mesma coisa de você estar sozinha porque você não tem nada o que fazer. [...] Pelos medicamentos, você fica meio so-

nolenta, e a pessoa que entra lá fica mais em depressão ainda. (Vanessa, entrevista pessoal, fevereiro de 2021).

Vanessa relata que tentava demonstrar que estava mudando para receber alta rapidamente da internação manicomial. Ela achava que as adolescentes se curavam sozinhas e não graças a um cuidado hospitalar que, para ela, não existia. Descobriu que conseguia sozinha controlar sua raiva e compreendeu que se fosse colaborativa e não se envolvesse afetivamente com as outras adolescentes, sairia mais rápido da internação manicomial, descrita como um castigo. Vanessa relata que andava e circulava monotonamente e que as adolescentes ficavam a maior parte do tempo em um pátio. A passagem das horas é regrada e lenta. Como destaca Franco Basaglia (1985), a internação psiquiátrica faz «com que o objeto da violência se adapte à violência de que é objeto sem sequer chegar a ter consciência dela e sem poder, com isso, reagir a ela» (p. 102).

Carolina mostra, espalhadas pela casa, as mandalas que a mãe aprendeu a confeccionar ao acompanhá-la nas internações. Ela descreve as internações da seguinte forma: «Cara, os internamentos é uma loucura, quantos loucos que eu vejo mais loucos que eu» (Carolina, entrevista pessoal, maio de 2022). Ela também experiencia o tédio e o vazio, na lembrança de sua primeira internação: «Era frio, era julho que fui pra lá. Quem quisesse ficava jogado no salão, porque era a manhã toda que a gente ficava lá. Lá é o lugar que eu mais odiei» (Carolina, entrevista pessoal, maio de 2022).

Em outra internação, as experiências se repetem: «A gente ficava lá fora o dia inteiro até a hora que eles resolvessem abrir a porta. E se abrisse a porta a gente também não queria dormir, porque não vem sono, você fica sem nada pra fazer, sem ocupar a mente» (Carolina, entrevista pessoal, maio de 2022). Foi ao construir vínculos com a psicóloga em sua primeira internação que Carolina conseguiu contar sobre sua vivência de abuso sexual.

No hospital psiquiátrico inúmeras regras eram determinadas: «Eu não entendi muito no começo, porque lá você tem hora pra levantar, tem hora pra comer» (Vanessa, entrevista pessoal, dezembro de 2020). Vanessa relata que as brigas eram anotadas no prontuário de cada adolescente e isso poderia aumentar o tempo de internação. Ela conta que, apesar do estranhamento, foi se habituando às regras sobre alimentar-se e os horários de dormir e acordar. A superabundância de regras era acompanhada pelo excesso de vigilância, processo possível em uma instituição como o manicômio, cujos profissionais observam, vigiam, esquadrinham, individualizam e isolam, com intuito de aperfeiçoar o controle (Foucault, 1975/2001).

Outro ponto descrito por Vanessa é o cardápio semanal no espaço hospitalar que causava enjoo devido a repetida comida. Carolina fala sobre os alimentos com os quais passou a internação:

A comida, não vou falar que era das melhores, mas me alimentou. O arroz era duro, o feijão era queimado, não tinha carne quase todo dia, não tinha variação de comida. O café da manhã era chá, eu odiava chá, tive que aprender a tomar chá, porque se não tomava não tinha nada pra molhar o pão, porque o pão era seco também. (Carolina, entrevista pessoal, maio de 2022)

O relato de Carolina lembra a cantoria de Sueli, interna do manicômio brasileiro de Barbacena-MG, retratada pelo documentário de Helvécio Ratton (1979): «Lá vem a boia do pessoal: arroz cru e feijão sem sal. E mais atrás vem o macarrão, parece cola de colar balão. E mais atrás vem a sobremesa: banana podre em cima da mesa».

Segundo Vanessa, a única regra que conseguiam burlar era redistribuir os alimentos entre as adolescentes. Durante as visitas, a família de Vanessa lhe trazia diversas guloseimas. Ela sabia que o tempo dos encontros era breve, por isso comia tudo o que podia rapidamente, algumas vezes sem fome. A visita durava apenas uma hora e meia. Quando se encerrava, Vanessa tinha a sensação de voltar para um cemitério, ou seja, para aquela morte em vida.

Para Débora a imposição de regras iniciou-se com um isolamento de dezesseis dias devido aos desdobramentos pandêmicos da COVID-19. Em seu primeiro dia de internação psiquiátrica, Débora ficou sozinha em um cubículo com uma porta e uma janela de vidro. Era um espaço de punição, de rompimento de qualquer contato com o mundo. No dia seguinte tomou medicamentos prescritos e sentiu-se muito sedada, ficou com medo: «eu fiquei muito *grógui*, eu fiquei “cara, o que está acontecendo, vai ser assim pro resto da internação?” mas na verdade era só porque eu estava com remédio no corpo» (Débora, entrevista pessoal, março de 2021).

Depois foi levada para um quarto denominado de «solitária», uma sala de isolamento separada por uma porta de madeira que só servia para acesso a comida e remédios. Naquela sala havia uma televisão, mas os dias lhe pareciam eternos. A parede do quarto separava-a do pátio onde as adolescentes gritavam e a ouviam, momento no qual tentavam conversar. Para Michel Foucault (1975/2001), a solidão é a primeira condição para a submissão dos sujeitos, para sua docilização. Débora resistia à solidão e ao medo, deitava-se às 18h, ficava rolando na cama e não conseguia dormir.

Quando foi retirada do isolamento, ainda dentro do hospital psiquiátrico, Débora relata que se sentiu desconfortável. Era um ambiente hostil, com brigas entre as adolescentes que, em algumas ocasiões, geraram contusões e ferimentos entre elas. Débora não se sentia confortável em conversar com as pessoas, «mas eu me forçava a isso porque senão eu ia enlouquecer» (Débora, entrevista pessoal, março de 2021). Além disso, o tempo se desenrolava lentamente:

Toda hora a gente ficava falando uma pra outra, «vai ver que horas são», «vai ver se já é duas e meia», ainda era uma e cinquenta, isso torturava, sabe!? Mas a gente não tem o que fazer, eu não tinha o que fazer, tinha que esperar, o tempo passar, os dias passarem. (Débora, entrevista pessoal, março de 2021)

Elas ficavam esperando, desejando que as visitas voltassem a acontecer: «é o que todo mundo lá dentro quer. Eu acho que pra quem se internou durante a pandemia, foi uma coisa bem horrível, bem pior do que seria uma internação regular» (Débora, entrevista pessoal, março de 2021).

Débora conta de uma rotina semelhante ao descrito por Vanessa, em que as adolescentes eram acordadas às sete horas da manhã, tinham que escovar os dentes e arrumar as camas. Em seguida a psicóloga, que também assumia um papel de controle e vigilância dos corpos e comportamentos, passava para checar se tudo estava arrumado, para só então liberá-las para o café. Carolina também compartilha a respeito da rotina, tendo passado sua maior internação no mesmo manicômio que Vanessa e Débora estiveram:

A gente acordava seis horas da manhã pra escovar o dente, arrumar a cama, ir pra fora. A gente entrava só pra comer. A academia, tinha aquelas máquinas pra emagrecer, **mas quem quer emagrecer num internamento? Você só quer dormir e comer. Quando você fica internado, não tem propósito de fazer outra coisa lá dentro.** Tinha muita senhora de idade, ex-alcoólatra, com deficiência, **outras esquecidas.** A gente ficava com essas idosas loucas. Tinha que ficar no salão aguentando o «converseiro», brigando uma com a outra e nós éramos em sessenta e poucas adolescentes, nós não tinha o que fazer. Tinha no salão um palco, que as igrejas iam lá fazer culto pra gente. Nesse palco ficava umas vinte meninas deitadas no chão, porque não podia entrar, a porta era fechada. (Carolina, entrevista pessoal, maio de 2022, destaques da autora)

Como Carolina destaca, a organização das regras se direcionava para o controle e apagamento dos corpos, além da imposição de um padrão estético que as desinteressava naquele «mar de marasmos». Além disso, o contato com mulheres adultas institucionalizadas gerava estranhamento.

A noite deixavam a televisão ligada tocando música, todas iam para o corredor para conversar e Débora preferia ficar no quarto deitada. Ela não conseguia se distrair, ficava sozinha planejando o que faria quando saísse, pensando o motivo de estar ali: «eu não entendia muito bem, sabe!?» (Débora, entrevista pessoal, março de 2021). Achava estranho...

Ser obrigada a cumprir o que eles falam sempre, tipo, a gente meio que não tem uma liberdade para se expressar com eles. Por mais que eles falam que eles estão sempre ouvidos e que a gente pode falar qualquer coisa, a gente pode até falar, só que não vai mudar nada. (Débora, entrevista pessoal, março de 2021)

As adolescentes tentavam burlar outras regras, como o tomar banho. Porém, «acho que ninguém tenta [burlar as regras], porque tem medo de ficar mais, sabe. Tem muito essa lenda assim: “se você fizer qualquer coisa, você vai ficar mais [internada]”» (Débora, entrevista pessoal, março de 2021). A possibilidade de contato via telefone ou chamada de vídeo com a família era uma condição sempre colocada em ameaça, caso elas não seguissem as regras. A internação se baseia no critério subjetivo do comportamento de obediência. O relato de Débora parece apontar que no âmbito hospitalar, o denominado tratamento psiquiátrico é intrínseco a práticas punitivas.

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

Todos meus internamentos eu fui comunicativa, eu saía da cama, ia fazer as coisas nos horários certos, comia, tomava remédio, acho até que saí mais cedo por causa da minha comunicação. Na última internação todo mundo saiu com 4 meses, eu saí com 2 meses e 52 dias. Eu achei que eu tava tendo um bom comportamento. Eu briguei 5, 3, 4 vezes, tive um bom comportamento, era boa com as enfermeiras, ajudava elas. (Carolina, entrevista pessoal, maio de 2022)

Débora achava estranho as adolescentes brigarem, machucarem umas às outras e, no final do dia, estarem bem. Em um ambiente estressor, fechado, estranho com uma rotina que não lhes pertencia, o atacar umas às outras era o recurso possível. Médicos psiquiatras eram medidores de bom comportamento e diante de situações supostamente inadequadas determinavam o prolongamento da internação. Tudo o que elas faziam, diziam, desejavam era observado ou precisava ser confessado.

Os hospitais psiquiátricos financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) têm seus repasses financeiros guiados pelo tempo que cada pessoa permanece internada. No Brasil, segundo o artigo 1.024 da Portaria de Consolidação n.º 6 (2017), estabelece-se o incentivo financeiro de 10 % no valor de serviço hospitalar e serviço profissional para as internações que não ultrapassem vinte dias. O prazo máximo de internação psiquiátrica é de noventa dias. O valor é diminuído conforme o tempo de internação aumenta. Porém, o Governo do Estado do Paraná aumentou o repasse estadual da diária para leito de internação psiquiátrica em 40 %, no ano de 2022 («Estado aumenta...», 2022). Em outras palavras, o manicômio se articula e se organiza para a sua própria manutenção e tem subsídio em outras instâncias de poder estatal. Nesse sentido, a desobediência é uma punição-argumento para o aumento da duração das internações e se organiza de acordo com os interesses

econômicos da instituição. O hospital psiquiátrico se movimenta pela manutenção de seus lucros, construindo relações vazias e sem sentido na perspectiva das adolescentes.

O saber-poder sobre os corpos na internação psiquiátrica

Durante sua internação, Débora tinha consulta com a psiquiatra uma vez na semana. Seguindo ela, aquela conversa não durava dois minutos. A psiquiatra reunia as adolescentes no refeitório e se sentava longe delas, sinalizando não querer ninguém por perto com a justificativa do distanciamento social no período pandêmico. Ela chamava pelos nomes individualmente e fazia perguntas como: «está tudo bem?»; «está dormindo bem?»; «tem algo para falar?» (Débora, entrevista pessoal, março de 2021). Com as respostas curtas das adolescentes, ela carimbava e fechava as pastas dos prontuários. Débora conclui que aqueles encontros em nada se assemelhava a um grupo terapêutico. Nenhuma das adolescentes admitiria estar mal temendo o prolongamento da internação.

Em uma das internações, Carolina também percebeu a figura de poder representada pelo psiquiatra: «Pro doutor todo mundo abaixa a cabeça, porque o doutor dá alta» (Carolina, entrevista pessoal, junho de 2022). Não se pode falar sobre a alta:

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

— Não, quando você tava lá fora, você não tinha saudade da família, por que agora você tá com saudade da família? Você quer usar droga, vai ficar mais.

E eles prolongam se ficar falando da família ou de ir embora. Mas sempre fui assim, fiquei quieta, não to com saudade de ninguém, remédio tá bom. Dessa última vez, estava há 30 dias, falei pra ele:

— Quero minha alta, já to 30 dias aqui.

Aí ele falou:

— Vou conversar com a maioria.

A enfermeira-chefe, a assistente social e a psicóloga já tinham me dado tchau. Aí, ele pegou e não me deu alta e escreveu no prontuário «ansiosa para alta», no último dia só que fui falar de alta pra ele e ele escreveu isso. Aí, depois ele conversou com elas e me deu alta, ele não ia dar alta. (Carolina, entrevista pessoal, junho de 2022)

A figura do psiquiatra representa a indissociabilidade entre a produção de saber e a relação de poder estabelecidas como aparatos de imposição e validação de uma verdade. De forma a não expor as contradições entre uma sociedade que prega bem-estar e age de

forma violenta, o psiquiatra dita a norma, esclarece que quem habita o manicômio está doente e que ali deve estar, além de desvalidar as vozes daquelas que vivenciam uma suposta condição de adoecimento (Basaglia, 1985; Goffman, 1961). Ele decide quem entra e quem sai, quem merece a alta ou quem está ocultando um suposto desejo que não pode ser emitido a ele. Trata-se de uma figura de autoridade que apresenta uma interpretação validada dos motivos de o sujeito estar internado. Como Foucault (2003/2006) explora:

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

Estar sob os olhares do médico-psiquiatra pode significar, como comentam as adolescentes entrevistadas, ser a todo momento contestada, duvidada. Tais formas de relatar sobre si e sobre supostos sintomas passam a se alinhar àquilo que o psiquiatra exige ouvir das internas.

Carolina ainda complementa sua percepção a respeito da figura médica nos manicômios: «Os médicos ganham muito pela cabeça, por quantos estão ali. Quanto mais gente é melhor pra ele, e ele vai lá uma vez na semana, se está chovendo ele nem vai. Ele escolhe o dia de ir trabalhar» (Carolina, entrevista pessoal, junho de 2022). O psiquiatra assume a figura detentora de um saber-poder, que dita que Carolina, uma jovem negra, apresenta em seus discursos, gestos e atitudes sinais de sua loucura e periculosidade. Carolina e qualquer outra pessoa manicomializada não podiam desejar ou demonstrar qualquer sentimento frente à possibilidade da alta. Ela se recorda de outra mulher que estava internada há quatro meses e não tinha a informação de quando sairia.

Para Basaglia (1985), o técnico ou algoz reproduzirá a lógica da rejeição e exclusão, mistificando a violência por meio do tecnicismo e criando formas de infração que antes poderiam ser consideradas normais. A tarefa de tais técnicos que administram a violência do poder é a de adaptação do sujeito como objeto de violência, sendo encarada como terapêutica. Por meio do saber técnico inserido nas instituições de poder acaba-se por «reduzir o conflito entre o excluído e o excludente através da confirmação científica da inferioridade original do primeiro relativamente ao segundo» (Basaglia, 1985, p. 102)

Deborah Lupton (1997) considera que medicalizar é um ato de despolitizar as dimensões sociais do adoecimento e da saúde, colocando os pacientes em posição de vulnerabilidade, sem oportunidade de questionar as decisões médicas. Dessa forma, os processos de medicalização estão relacionados ao maior controle social e menor expressão de liberdade individual. A medicina ao classificar sujeitos em loucos e anormais organiza os males e perturbações subjetivas em sintomas psicopatológicos reduzidos a diagnósticos psi-

quiátricos, que culminam na determinação de internações manicomiais e na prescrição de psicofármacos. Assim, as relações assimétricas entre médico e paciente submetem os sujeitos a serem alvos da indústria farmacêutica e das estratégias de mercado.

Apesar de objetos de poder, os indivíduos também questionam, recusam e resistem à submissão a algumas classificações identitárias impostas pelo poder médico (Foucault, 1982/1995). Em um jogo de oposição, alguns indivíduos se colocam no direito a construção de uma identidade que não seja administrada pela ciência médica, de um conhecimento sobre seus corpos e existências, de forma a não serem guiados tão somente pela medicina.

As ferramentas de controle dos manicômios se expandem e mantêm esse jogo de oposição. Frente às brigas, duas estratégias eram utilizadas, segundo Carolina: ora contenção física, ora contenção química. Sobre a contenção química, ela comenta:

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

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

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

Também Vanessa nos conta que em seu primeiro dia de internação, ela vivenciou sensações de desespero. A equipe então administrou medicações com intuito de acalmá-la. Acalmá-la ou silenciá-la? Os medicamentos fizeram-na vomitar e ficar três dias sem comer, com dificuldades em beber água. Contudo, o discurso dos técnicos do hospital era de que se ela não comesse começariam a tratá-la na «base da injeção».

Sobre a contenção física, Carolina compartilha:

Qualquer coisinha que você fizer de errado eles amarram. As duas mãos dos lados da cama e os dois pés na cama. Na outra cidade onde fiquei internada tinha a poltrona: um sofazinho com dois buracos que já era ponto para amarrar os braços. Lá fiquei amarrada também só porque eu

respondi a tia um dia. Aí, ela me deixou amarrada a manhã toda na poltrona. Nos outros lugares eu nunca fiz coisa errada pra ser amarrada. No hospital psiquiátrico daqui eu já tentei fugir.

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

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

Falei:

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

Fiquei o dia inteiro lá com vontade de mijar, mas não fui no banheiro. Tem uns que fica dias. (Carolina, entrevista pessoal, maio de 2022)

Segundo ela, os profissionais dos hospitais usam a contenção física para impor uma «lição de moral». As injeções, os quartos de isolamento, as poltronas usadas para amarrar e prender internos se apresentam como instrumentos ortopédicos, de correção e adestramento dos corpos desobedientes (Foucault, 2003/2006).

Na relação com outros/as profissionais do hospital psiquiátrico, Carolina percebia o tom de deboche frente as suas reinternações:

Depois de dois mês internei lá de novo:

— Ah, nós sabíamos que você ia voltar. E você vai embora e vai voltar de novo.

Falavam isso:

— Não dou uma semana pra você voltar.

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

— To comendo comida batida.

E ela:

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

Mas eu não conseguia engolir. Elas falavam que era por causa da droga e que eu ia me drogar mais e que ia comer por sonda, elas debochavam mesmo. (Carolina, entrevista pessoal, junho de 2022)

Além de uma atuação punitivista, a equipe se guia por preceitos morais a respeito da pessoa usuária de substâncias psicoativas, como um sujeito que deve ser submetido por tempo indeterminado ao processo de internação manicomial. Submete-se indeterminadamente a violências de cunho simbólico e físico, desde o ato de debochar até o disponibilizar apenas comida sólida, privando Carolina de se alimentar adequadamente.

Os destinos e tratamentos, de ordem punitiva e moralista, são descolados das existências das adolescentes. São dois mundos de certa forma coexistindo no manicômio, o mundo da pessoa internada, com sua história e vivências, e o mundo da equipe que organiza e atua no manicômio, com suas práticas e concepções a respeito de saúde e doença (Goffman, 1961). O corpo interditado torna-se de posse daqueles que internam, sendo objetos de experimento do que se pode fazer com as subjetividades.

A medicina nos afirma que existe somente um padrão aceitável de existência, autorizando o controle social por meio de supostas soluções médicas e ignorando um olhar crítico ao contexto social. O enquadramento de um sofrimento volta-se para um caráter individual, sem uma análise das condições sociais, das desigualdades estruturadas socialmente, da realidade econômica, entre outros aspectos culturais e políticos. O sofrimento deve seguir um padrão e ser expresso de uma forma socialmente aceita, do contrário, torna-se estigma e afeta as formas como o sujeito e sociedades lidam com ele (Conrad e Barker, 2013). A «mortificação do eu» (Goffman, 1961) nesse processo de internação psiquiátrica torna-se, então, justificado e o tédio e as humilhações traduzem-se na eliminação de qualquer expressão de existência.

Débora, no início de sua internação, apresentou dores decorrentes do nascimento de um dente do ciso e, diante das queixas, os profissionais se comprometeram a agendar um dentista para avaliá-la: «E fiquei esperando, e tô esperando até hoje o agendamento com o dentista. Depois me deram um remédio pra dor de garganta, só mandaram eu beber e deixaram pra lá» (Débora, entrevista pessoal, março de 2021).

Adequar os sintomas inclui delimitar-se como paciente exclusivamente da saúde mental. A partir de um diagnóstico e do habitar o manicômio, Débora não pode apresentar qualquer sofrimento ou queixa relacionada ao seu estado físico. Seu corpo, agora tutelado, é desautorizado a sentir. Os acontecimentos, sensações e adoecimentos do corpo não são olhados e compreendidos pela medicina no espaço manicomial, que restringe o corpo do louco exclusivamente aos sintomas de sua loucura (Foucault, 2003/2006).

Durante o período de internação, ao socar um vidro e ferir a mão, Vanessa é levada ao Pronto Atendimento Municipal (PAM) e ganha, desse modo, a possibilidade de sair um

pouco do hospital e circular pela cidade. Descreve a sensação diferente, o desejo de obedecer às regras da internação psiquiátrica para poder receber, posteriormente, a alta:

A primeira vez que eu fiquei sozinha com a mulher a porta tava aberta, mas eu sabia que teria consequência pra mim depois se fugisse. Eu ficava só vendo, a porta tava aberta, sabe aquela coisa que você vai embora, eu pensava «você ainda vai sair por essa porta um dia». (Vanessa, entrevista pessoal, dezembro de 2020)

Vanessa relata que o hospital oferecia passeios para as adolescentes internadas. Os passeios eram realizados em uma van que dava voltas pela cidade, sem parar em nenhum ponto ou lugar. Ela preferia que não tivesse o passeio, porque via as pessoas e elas não a viam. O fato de não poderem sair da van indicava que elas continuavam enclausuradas. Ao olhar pelas janelas da van, as memórias dos lugares por onde passara eram reativadas. Por vezes, sentia-se triste quando via a mãe andando pela rua. A janela da van, assim como a janela gradeada do manicômio, eram os únicos lugares permitidos às adolescentes habitarem, o espaço da invisibilidade.

Desdobramentos da internação psiquiátrica: finalizar pelo (re)começo

A partir dos encontros, as adolescentes narram as regras de ordem e disciplina, da docilização de suas existências e dos rótulos atribuídos e direcionados para justificar suas supostas anormalidades.

Em sua vivência de internação, Vanessa se adaptou e se submeteu às regras, à solidão, ao tédio da repetição. Após a alta manicomial, ela comenta que muita gente a julgava: «já foi internada, não quero por perto» (Vanessa, entrevista pessoal, dezembro de 2020). Ter em sua vida a marca da internação é carregar esse rótulo de pessoa indesejada. Desde nossos últimos contatos, Vanessa engravidou e se mudou para outra cidade. Ela mora com seu companheiro e com seu filho.

Conhecer a casa de Débora, seu refúgio traz uma sensação de alívio: ela estava em casa. Em nosso segundo encontro ela olhava a pesquisadora-cartógrafa nos olhos, seu tom de voz era quase sempre calmo, baixo, porém presente. Débora nos diz da necessidade do tempo para superar essa experiência, da possibilidade de outras formas de cuidado: «porque o que vivemos dentro daquele ambiente hostil é triste e dolorido demais pra apenas ser “deixado para trás”» (Débora, entrevista pessoal, maio de 2022).

Carolina passou os últimos quatro anos mais tempo internada do que em liberdade. No período da pesquisa aqui compartilhada, tais internações atravessaram a possibilidade de encontrá-la. Em algum momento, Fátima, sua mãe, enviou uma foto da filha com os dizeres: «Olha ela, saiu segunda-feira do hospital, tá aqui em casa» (Fátima, entrevista pessoal, maio de 2022). Na foto, cabelo preso e um sorriso! Carolina mantém contato ati-

vo com a primeira pesquisadora. Atualmente mudou-se para outra cidade com o companheiro, está trabalhando e enfrentando novas vivências.

As adolescentes habitam não só o espaço comum da vivência hospitalar, mas da luta e resistência em sobreviverem aos estigmas e marcas manicomiais. Ao receberem alta psiquiátrica, habitam o lado de fora, ainda que a lógica manicomial vá para além de sua constituição física. Elas ousam não só habitar o mundo, mas se fazem presentes, incomodam, estremecem os desejos de normalidade e de contenção. Na esteira de Foucault (2009/2011), a partir de seu conceito de parresia, compreendemos que Carolina, Débora e Vanessa, em sua coragem da verdade, expõem suas opiniões, de viver como desejam e de governar a si mesmas resistindo as normatividades capitalísticas-coloniais (Rolnik, 2018). As experiências destas garotas explicitam que estas normatividades extrapolam a instituição manicomial e estão presentes em práticas de cuidado em saúde e no modo de pensar de profissionais capturados por estas linhas morais, patriarcais e excludentes.

Um dos manicômios nos quais Carolina habitou, com uma média de 270 leitos e que perpetuou tantas internações ao longo de tantos anos foi fechado pela vigilância sanitária no ano de 2023. Os relatos informais foram de que a vigilância se deparou com pessoas em condições de negligência. A notícia formal é de que o manicômio não promoveu melhorias na estrutura e nos atendimentos ofertados, além de apresentar a licença sanitária vencida. A notícia parece um respiro possível, como comenta Gilles Deleuze (1990/1992): «Um pouco de possível, senão eu sufoco» (p. 131) — como potência de vida frente aos retrocessos. O manicômio é engolido por si mesmo, desaba porque já não mais se sustenta.

Partindo desse pressuposto, compreendemos que, aos olhos das práticas psiquiátricas e psicológicas hegemônico-tradicionais, as vivências das adolescentes e de tantas outras pessoas que carregam em seus corpos histórias e experiências tão complexas de internação manicomial não importam. Sob o carimbo das internações psiquiátricas permeia uma perspectiva moral e biologizante que apaga toda vivência e toda história de abuso, violência, desigualdade e exploração. Aqui, ressaltamos não só as histórias de vida individuais e recentes, mas também suas marcas em comum de violências, de uma perspectiva histórica que nos traz a dimensão de relações de poder e dominação de certos corpos sobre outros e de como esse movimento se institui e pode compor os discursos e ações de toda uma nação.

Financiamento

A pesquisa relatada no manuscrito foi financiada pela Bolsa Social da CAPES conforme Edital n.o 008/20-PPI.

Contribuição de autoria

Mariana Frediani Sant’Ana: redação — rascunho original; redação — revisão e edição.

Daniele de Andrade Ferrazza: redação — rascunho original; redação — revisão e edição

Adriana Barin de Azevedo: redação — rascunho original; redação — revisão e edição

Referências

- Amarante, Paulo. (2007). *Saúde mental e reforma psiquiátrica*. Ed. Fiocruz.
- Azevedo, Adriana Barin de. (2020). Narrativas: Coreografias da percepção no processo formativo. Em Patricia. M. Goulart & Luciane. M. Pezzato (Orgs.), *Narrativas de si: Práticas em educação e saúde* (pp. 33–52). Rede Unida.
- Basaglia, Franco. (1985). As Instituições da Violência. Em Franco Basaglia (Coord.). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico* (pp. 99–134). Graal.
- Braga, Cláudia Pellegrini, & D'Oliveira, Ana Flávia Pires Lucas. (2022). Motivos e mecanismos de internação de crianças e adolescentes em hospital psiquiátrico: O circuito do controle. *Cadernos de Saúde Pública*, 38(5), 1–12.
<https://doi.org/10.1590/0102-311xpt170821>
- Conrad, Peter, & Barker, Kristin. (2013). Construção social da doença: Insights-chave e implicações para políticas de saúde (Tatiana de Andrade Barbarini, Trad.). *Ideias*, 2(2), 183–219.
<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ideias/article/view/8649322>
- Conselho Federal de Psicologia, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, & Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. (2018). *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017*.
- Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. (2024). *Resolução nº 249, de 10 de julho de 2024*.
- Deleuze, Gilles. (1990/1992). *Conversações, 1972–1990* (Peter Pál Pelbart, Trad.). Ed. 34.
- Estado aumenta em 40 % o valor das diárias para leitos de psiquiatria. (2022, 21 fev.). *Agência Estadual de Notícias*. <https://www.aen.pr.gov.br/Noticia/Estado-aumenta-em-40-o-valor-das-diarias-para-leitos-de-psiquiatria>
- Foucault, Michel. (1975/2001). *Vigiar e punir: Nascimento da prisão* (Raquel Ramallete, Trad.). Vozes.
- Foucault, Michel. (1982/1995). O sujeito e o poder. Em Hubert L. Dreyfus & Paul Rabinow (Eds.), *Michel Foucault: Uma trajetória filosófica* (pp. 231–249, Vera Porto Carrero, Trad.). Forense Universitária.
- Foucault, Michel. (2003/2006). *O poder psiquiátrico: Curso dado Collège de France (1973–1974)* (Eduardo Brandão, Trad.). Martins Fontes.
- Foucault, Michel. (2009/2011). *A coragem da verdade: O governo de si e dos outros II* (Eduardo Brandão, Trad.). Martins Fontes.
- Goffman, Erving. (1961). *Manicômios, prisões e conventos*. Ed. Perspectiva.
- Goulart, Patrícia Martins; Pezzato, Luciane Maria, & Junqueira, Virgínia. (2018). Experiências narrativas: Um relato de formação em saúde. *Linhas Críticas*, 24, 237–254. <https://doi.org/10.26512/lc.v24i0.18978>
- Lacerda, Nara. (2023, 18 maio). Internação de crianças e adolescentes persiste no Brasil após 36 anos de Reforma Psiquiátrica. *Brasil de Fato*.

<https://www.brasildefato.com.br/2023/05/18/internacao-de-criancas-e-adolescentes-persiste-no-brasil-apos-36-anos-de-reforma-psiquiatrica>

- Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. (2001). *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*.
- Lupton, Deborah. (1997). Foucault and the medicalisation critique. Em Alan Petersen & Robin Bunton (Orgs.), *Foucault, health and medicine* (pp. 94–110). Routledge.
- Ministério da Saúde. (2024). *Saúde Mental em Dados*.
- Nota Técnica n. 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. (2019). *Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas*. Ministério da Saúde.
- Passos, Eduardo; Kastrup, Virgínia, & Escossia, Liliana da (Orgs.). (2009). *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Sulina.
- Pereira, Melissa O., & Passos, Raquel Gouveia (Orgs.). (2017). *Luta Antimanicomial e feminismos: Discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira*. Autografia.
- Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 (2017). *Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde*. Ministério da Saúde.
- Ratton, Hélcio. (1979). Em nome da razão. *Grupo Novo Cinema e Associação Mineira de Saúde Mental*. Barbacena.
- Rolnik, Suely. (2018). *Esferas da insurreição: Notas para uma vida não cafetinada*. n-1 edições.
- Tedesco, Silvia Helena; Sade, Christian, & Caliman, Luciana Vieira. (2013). A entrevista na pesquisa cartográfica: A experiência do dizer. *Fractal: Revista de Psicologia*, 25(2), 299–322. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922013000200006>
- Vieira, Elisabeth Meloni. (2002). *A medicalização do corpo feminino*. Fiocruz.
- Zanella, Valeska. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivos: Cultura e processos de subjetivação*. Appris.