



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL**

**INSTITUCIONALIZADOS: UMA ETNOGRAFIA DA VIDA SOCIAL DE
MORADORES DE UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E ASILAR.**

Sabrina Melo Del Sarto

Orientação: Profa. Dra. Esther Jean Langdon

Florianópolis

2020

SABRINA MELO DEL SARTO

**INSTITUCIONALIZADOS: UMA ETNOGRAFIA DA VIDA SOCIAL DE
MORADORES DE UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E ASILAR.**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, do Departamento de Antropologia da Universidade Federal de Santa Catarina, como parte dos requisitos necessários para obtenção do grau de Mestre em Antropologia Social.

Orientação: Profa. Dra. Esther Jean Langdon

FLORIANÓPOLIS

2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Del Sarto, Sabrina
INSTITUCIONALIZADOS: UMA ETNOGRAFIA DA VIDA SOCIAL DE
MORADORES DE UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E ASILAR. / Sabrina
Del Sarto ; orientadora, Esther Jean Langdon, 2020.
177 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa
de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Antropologia Social. 2. ETNOGRAFIA DE HOSPITAL. I.
Jean Langdon, Esther . II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social.
III. Título.

Sabrina Melo Del Sarto

Institucionalizados: Uma etnografia da vida social de moradores de um hospital psiquiátrico e asilar.

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Dr.(a) Esther Jean Langdon

Presidente - PPGAS/UFSC

Prof.(a) Dr.(a) Márcia Grisotti

Examinadora externa - PPGSP/UFSC

Prof.(a) Dr.(a) Vânia Zikàn Cardoso

Examinadora interna - PPGAS/UFSC

Prof. Dr. Fernando Ciello

Examinador externo - UFRR

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Antropologia Social.

Prof. Dr. Jeremy Paul Jean Loup Deturche
Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof.(a) Dr.(a) Esther Jean Langdon
Orientador(a)

Florianópolis, 2020.

Agradecimentos

Sempre ouvi de minha mãe que sonho que se sonha junto não é sonho, mas sim realidade. Desde que comecei minhas andanças no mundo da antropologia tenho lidado com ela como se fosse um sonho, um sonho bom. Todos os caminhos que trilhei até aqui foram fundamentais para que este trabalho fosse construído tal como foi e, é claro, todas as pessoas que conheci neste processo o construíram comigo. Agradeço, primeiramente, à minha inspiração diária, minha menina curiosa e corajosa Sophia, o amor da minha vida. Agradeço também à minha mãe que, por ser, me fez uma mulher livre, forte e independente, agradeço ainda meu pai, por me ensinar que posso sonhar tão alto quanto minha imaginação permitir! Obrigada aos três pelo amor incondicional e por manter minha *árbol de la esperanza* sempre firme!

Agradeço imensamente também a gentileza e sensibilidade da minha orientadora Esther Jean Langdon por segurar nas mãos meu coração aflito e tornar o meu sonho de ser mestra realidade. Um grande obrigada cheio de carinho e admiração ao professor Andreas Hofbauer que sempre esteve presente e que se tornou mais que um eterno orientador, um grande amigo. Obrigada ainda ao professor Antônio Braga que abraçou minhas ideias desde o primeiro ano da graduação e se tornou também um grande amigo o qual tenho imensa admiração. Agradeço também os professores Diana Brown, Vânia Cardoso, Fernando Ciello e Marcia Grisotti pelas essenciais considerações que teceram ao meu trabalho e por comporem minhas bancas de qualificação e defesa.

Agradeço mais que poderia com palavras os moradores do Hospital que fiz minha pesquisa por terem me aceito de maneira tão gentil em seus cotidianos, por abrirem as portas de suas casas e por terem permitido a criação de uma relação de muita admiração e amizade. Obrigada por me transformarem e permitirem que minha pesquisa extrapolasse meus próprios muros acadêmicos. Além deles, agradeço à equipe do Hospital que me acompanhou durante a pesquisa dando todo apoio e suporte necessário, além dos voluntários espíritas por terem aberto as portas de um mundo novo que nunca esquecerei.

Obrigada também aos membros do NESSI (Núcleo de Estudos e Saberes Indígenas - UFSC) e do GEA (Grupo de Estudo: Enfoques Antropológicos) por trilharem comigo esses anos de graduação e mestrado, em especial à Mayara e ao Ariel. Agradeço ainda meus amigos que caminharam nessa jornada da vida ao meu lado e estiveram presentes quando mais

precisei, principalmente ao Marcelo por ser força e leveza, à Bia e à Vitória por serem abrigo e companheirismo, à Anielly e à Raissa por serem aconchego e cuidado, à Thaís por ser coragem e resistência, à Isabela por ser intensidade, à Helena por ser sobriedade e resiliência e à Júlia e à Bea por serem encanto e sensatez. Obrigada a todos também pelos cafés que “enrolavam o cérebro”.

Agradeço por fim ao CNPQ e ao Instituto Brasil Plural pelo apoio à pesquisa.

“No osso da fala dos loucos há lírios.”
-Manoel de Barros.

Resumo

Neste trabalho, objetivo tecer uma etnografia da vida social de moradores permanentes de um hospital psiquiátrico e asilar, afim de compreender, no devir institucional, as formas particulares de viver, interpretar e experimentar a institucionalização. Busco observar as formas de vivência que subsistem à rotina comum obrigatória, para identificar a possível presença de auto-organizações daqueles que vivem o local institucional e, assim, reconhecer as motivações, preocupações e anseios que permeiam suas cotidianidades. A ala escolhida, dentro de um hospital localizado no interior do estado de São Paulo, foi o “Lar Abrigado”, um anexo que possui seis casa e, atualmente, abriga vinte e um moradores. Optei por esta ala porque nela vivem moradores permanentes que, devido ao longo período de internação, têm pouco ou nenhum contato com familiares ou outros responsáveis e, por este motivo, mesmo após os processos de reforma psiquiátrica, continuam a habitar o Hospital.

Palavras-chave: Institucionalização, Etnografia de Hospital, Hospital Psiquiátrico.

Abstract

In this work, I present an ethnography of the social life in a residential wing of a psychiatric hospital, in order to understand the sociability and particular ways in which the permanent residents live and experience institutionalization. The location of research within the hospital, "Lar Abrigado", housed residents with life histories of long term institutionalization. I observe their social relations and independent organizational forms that develop beyond the institutional mandatory routine. This ethnography describes the motivations, concerns and yearnings that permeate their daily lives.

Key words: Institutionalization, Hospital Ethnography, Psychiatric Hospital.

Sumário

Introdução: Das pinceladas que são feitos os trabalhos antropológicos.	11
Capítulo 1 - Etnografia em hospitais: experiências corpóreas e limites antropológicos em um ambiente asilar e psiquiátrico.	23
1.1) Algumas estruturas básicas: o campo desenhado.	23
1.2) Os primeiros contatos: o campo refletido.	27
1.3) A linguagem institucionalizada: o campo comunica.	37
1.4) Uma antropologia do estômago: o campo e o corpo.	43
Capítulo 2 - Contos etnográficos: a reforma psiquiátrica, o Hospital e o Lar Abrigado.	53
2.1) Valdir e a Reforma Psiquiátrica no Brasil.	53
2.2) Sr. Jorge e o Hospital.	69
2.3) O Lar Abrigado.	81
3. A vida Social dos moradores permanentes do Hospital.	98
3.1) Ausência de obra.	98
3.2) Devir, Prática e Tática.	107
3.3) “Corpos” em campo.	117
3.4) Medicamentos e práticas de cuidado.	130
3.5) Mulheres, relacionamentos e o gênero na saúde mental.	145
3.6) Histórias que me contaram: Madalena e Sr. Jorge.	159
Conclusão	167
Bibliografia	170

Introdução: Das pinceladas que são feitos os trabalhos antropológicos.

O dia começa. Disparo ideias e palavras como tinta em uma palheta, tinta à óleo, grossa e densa. Misturo as cores, olho para a tela e como num espelho, ela só me retribui incertezas. Só consigo pensar em pintar frutos verdes e incompletos... surge o dilema: pinto os frutos assim mesmo, verdes, e eles nunca amadurecerão, ou espero-os amadurecer para pintá-los depois? O tempo corre! Olho para a tela novamente... os frutos ainda verdes agora parecem estar em mim, eles começam a me compor, eles se amalgamam em meu corpo... estamos emaranhados. Se eu pintar os frutos verdes agora, estarei pintado eu mesma? Vou à loja, compro outras tintas, trago-as para casa, espremo-as na palheta com a intenção de pintar frutos maduros... camadas e camadas grossas de tinta à óleo... mas o caos de cores continua a não fazer sentido. Dentro de mim habitam frutos verdes e o desejo de pintá-los não maduros não é cessado pela vibrante tinta laranja que agora possui em minhas mãos, nem pelo azul royal que espremi com força no canto esquerdo da palheta. Os frutos verdes habitam meu pensamento. Coloco mais tinta na palheta, misturo as cores e o cheiro forte de tinta fresca me penetra. Talvez os frutos coloridos e maduros façam parte de um hipotético sonho, mas terei agora que pintá-los verdes. Tenho que me contentar, sigo, incompleta, a pintar frutos ainda verdes. (Diário de campo, 12/06/2019).

Esta inconclusa e rápida passagem do diário de campo descreve o momento que comecei a tecer alguns dos primeiros parágrafos desta dissertação. Foi em meio à uma bagunça antropológica-literária que compus os materiais que deram forma a este trabalho. Pegar uma página em branco para transformar em palavras o que vivi nos últimos anos não tem sido tarefa simples. Trocando os papéis metafóricos, não sei se necessariamente, a tela/espelho da citação pode aqui ser pensada como o meu caderno ou papel que escrevo minhas reflexões, as tintas seriam minhas palavras com as quais tento compor o que vejo, vivo e sinto. Já a palheta seria meu diário, composto por fragmentos caóticos de sentimentos, observações e criações. Mas e os “frutos verdes”? Os frutos verdes são minha pretendida etnografia, amalgamada em que a escreve, neste caso, em mim. Minha subjetividade não pode ser sombra para minhas composições e “pintá-las”, ainda que “verdes”, é um desafio. Retomo então, algumas reflexões de autores que me auxiliaram a pensar sobre essa minha mistura com meu campo e com a etnografia.

Segundo os Comaroff's (2010, p. 2-8) há “uma impossibilidade de separar o objeto do conhecimento daquele que observa” e, salientam: “Precisamos da etnografia para conhecer a nós mesmos [...] porque a etnografia serve, ao mesmo tempo, pra tornar estranho o que é familiar e familiar o que é estranho, e ainda para compreender ambos.”. Veena Das (2012, p.

344) também produziu neste sentido, ao apontar que a etnografia seria uma “forma de conhecimento na qual venho a reconhecer minha própria experiência em uma cena de alteridade”. Como os frutos verdes estão mais em mim do que em qualquer outro lugar, tento pintá-los para expurgá-los, mas, ao fazê-lo, pinto-me misturada neles. Em outras palavras, pode-se pensar: como meu campo e minha pretendida etnografia estão mais em mim do que em qualquer outro lugar, ao escrever sobre eles para compartilhar com outros, escrevo também sobre mim. O trabalho de campo é isto, coletamos dados mas os compomos também e nos misturamos a eles. Ao tentar escrever sobre, acabamos por amalgamar-nos com eles e nossa etnografia nada mais é que a soma de conexões e interpretações próprias do pesquisador(a) com o trabalho empírico. Vejo o trabalho etnográfico assim, mas também não poderia cessar as interpretações da analogia que teci, talvez outros que a leiam tenham diferentes interpretações e o interessante é exatamente isto, tanto a respeito da analogia dos “frutos verdes”, quanto a respeito da etnografia. Expor nossas observações abre espaços para nossas reflexões e também para reflexões futuras, tecidas por outros(as) pesquisadores(as). Expor-nos, eu e meu campo, aqui, faz parte de um auto-exercício de uma reflexão dos caminhos que escolhi seguir, a maioria deles não foram conscientes, mas agora, relendo meu diário, vejo o quanto eles compuseram o que chamo de *campo* e me encanto com o quanto a convivência é assim, feita de “frutos não maduros” e cheia de escolhas, ponderações e expectativas, por mais que as neguemos.

Ao pintar esses supostos “frutos verdes”, desenvolvo uma busca não por um produto final com respostas ou definições, mas sim, através de disparos e pinceladas, busco levantar questões que auxiliam a refletir sobre o meu campo e a maneira como ele foi construído. Propor questões como pinceladas me auxilia a construir um texto em movimento e “pintar os frutos ainda verdes” demonstra o quanto eles estão longe de estarem “maduros”. O que quero dizer é que minha pesquisa está “verde”, entretanto, mesmo “verde” ela cria uma força propulsora que me faz escrever de diferentes formas. Refletir sobre ela, mesmo que ainda de maneira “não madura” é fundamental para uma pretensa aproximação da mesma. É um caminho que escolhi seguir, ou uma experiência, que me faz aproximar do meu campo no momento da escrita, mesmo quando reconheço um caráter prematuro da relação. Proponho, então, deixar os “frutos verdes” presentes no meu texto como uma imagem que nos acompanhará durante todo o desenrolar deste trabalho, extremamente intuitivo e subjetivo.

Vale dizer, brevemente, que a subjetividade é entendida aqui, tal como escrito por Biehl (2007, p. 422), tanto como uma realidade empírica, quanto como uma categoria analítica, sendo a que sugere, portanto, um contraste com a objetividade e conota, assim, a criatividade, a fluidez e a possibilidade de adotar uma relação simbólica e distinta com o mundo, afim de buscar compreender a experiência vivida. Em outras palavras, a subjetividade é aquilo que excede e escapa, aquilo que não pode ser fixado por uma norma ou numa forma. Já a experiência, com um caráter de continuidade (STOLLER, 1989), é pensada aqui tal como definiu Kleinman e Kleinman (1995), como aquilo que media e transforma a relação entre o contexto e a pessoa.

A ideia de uma etnografia em movimento, permite que meu trabalho tenha um caráter experimental. Como dito, não tenho “frutos maduros” e “prontos para o consumo”, mas também não os busco. Persigo, na verdade, “frutos verdes” que amarguem a boca daqueles que os ingerem. Retomo então, brevemente, ao ano de 2015, quando fui, pela primeira vez, ao meu campo. Naquela época, estava no segundo ano da graduação em Ciências Sociais e participava de um grupo de teatro. Fomos convidados a participar de uma intervenção artística no dia 18 de maio do mesmo ano, no dia da Luta Antimanicomial¹. Para nos preparar, recebemos na faculdade dois moradores de um antigo hospital psiquiátrico fundado em 1946 e localizado no interior do estado de São Paulo.

Inácia², uma mulher de 52 anos, estava institucionalizada há 21 anos e Sr. Jorge, um homem de 68 anos, estava institucionalizado há 25 anos. Naqueles momentos de troca, ambos compartilhavam conosco muitas histórias de suas vivências - institucionais ou não. Inácia e Sr. Jorge participaram dos nossos ensaios e compusemos, juntos, nossa intervenção. Todas aquelas palavras sobre a institucionalização não conseguiam ser digeridas por mim e desenvolvi uma ansia fortíssima de me aproximar, cada vez mais, daquele mundo que me contavam. Percebi então que tinha, finalmente, encontrado meu *campo*.

¹ Segundo o ministério da Saúde (2018), “O Movimento da Luta Antimanicomial se caracteriza pela luta pelos direitos das pessoas com sofrimento mental. Dentro desta luta está o combate à ideia de que se deve isolar a pessoa com sofrimento mental em nome de pretensos tratamentos, ideia baseada apenas nos preconceitos que cercam a doença mental. O Movimento da Luta antimanicomial faz lembrar que como todo cidadão estas pessoas têm o direito fundamental à liberdade, o direito a viver em sociedade, além do direito a receber cuidado e tratamento sem que para isto tenham que abrir mão de seu lugar de cidadãos.”. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/ultimas-noticias/2721-18-5-dia-nacional-da-luta-antimanicomial-2>, acesso em: 20/08/2019)

² Todos os nomes apresentados neste trabalho foram substituídos por nomes fictícios por questões éticas.

Via o Hospital que eles habitavam, definitivamente, como uma “instituição total” que, nas definições de Goffman (1961, p. 11) seria um “lugar de residência e trabalho, no qual indivíduos, com situação semelhante, separados da sociedade por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” e a ideia de adentrá-la parecia-me impossível. Após uma reunião com uma psicóloga responsável pelo Hospital, acompanhada pelo meu orientador na época, consegui autorização para começar meu trabalho. Foi tudo extremamente rápido. Marcamos um dia para que a psicóloga me mostrasse o Hospital e para que eu conhecesse todas as alas do mesmo. A mistura de sentimentos que senti ao conhecer de perto aquele ambiente será melhor trabalhada no desenrolar dos próximos capítulos, para o momento foquemos em como se deu o contato inicial e nas autorizações para a realização da pesquisa.

Como o Hospital é subdividido em alas médicas, escolhi para minha pesquisa uma ala denominada “Lar Abrigado”, simplesmente por ser nela que viviam Inácia e Sr. Jorge. Além deles, ali viviam outros 22 moradores, chamados também de “pacientes de longa permanência”³ e os mesmos estavam divididos em 6 casas dentro do complexo hospitalar, em uma ambiente parecido com uma vila. Inácia me recebeu com um desejo indescritível de contar, mostrar e apresentar. Me apresentou para todos os moradores como “sua amiguinha” - acredito que minha pouca idade na época (19 anos) contribuiu para tal apelido. Alguns me receberam com receio e desconfiança, outros nem mesmo me cumprimentaram e outros me abraçaram e foram extremamente calorosos. Nos primeiros dias em campo, não fazia ideia do que pretendia com a pesquisa e fui, com toda inexperiência que me cabia naquele momento, (con)viver com os moradores.

Confesso que naqueles primeiros momentos fui guiada por uma convivência muito livre, pois meu campo estava fluido e sem muito rigor metodológico. Colocar na balança a quantidade de fluidez e rigor foi, definitivamente, algo que precisei e custei aprender a ponderar. De maneira geral, eu experimentei e me expus ao Hospital, e essas “inexperiências” foram fundamentais para que eu me permitisse ser “afetada”, tal como definiu Favret-Saada (2005, p. 158). Mas minhas visitas eram casuais e repentinas, intercaladas com os

³ Pacientes de longa permanência são aqueles que vivem no Hospital há muitos anos, como moradores. Alguns deles já tiveram alta do Hospital mas como não possuem mais familiares não conseguem sair do local.

compromissos da graduação, o que permitiu uma convivência breve, entretanto, essencial para consolidar uma base que foi fundamental para o segundo momento da pesquisa.

Muitas incertezas, medos e angústias compuseram uma primeira tentativa de um trabalho etnográfico apresentado no final de 2017, como meu trabalho de conclusão de curso (TCC) na graduação. Naquele primeiro momento, buscava explicações do por quê, ainda hoje, mesmo após o longo processo da reforma psiquiátrica brasileira, há ainda pessoas habitando hospitais psiquiátricos de forma permanente. Foram naqueles primeiros anos que compreendi as implicações históricas relacionadas aos hospitais psiquiátricos e o quanto condições sociais precárias são confundidas, em nossa sociedade, com expressões de doenças.

Minhas pretensões ainda pairavam sob uma densa neblina quando, em 2018, já no mestrado, retornei ao Hospital para conversar sobre a possibilidade de continuar minha pesquisa. Naquela visita descobri que Inácia, aquela que me acompanhou durante toda minha primeira pesquisa, havia sido desinstitucionalizada. Inácia faleceu no Hospital aos 55 anos, depois de 24 anos vivendo na instituição. Já sem Inácia para me guiar, uma força ainda maior me impulsionou. Decidi, primeiramente, que queria desenvolver um novo trabalho que fosse como uma ponte entre o mundo “aqui fora” e o mundo “lá dentro”, para que outros, que não eles, tivessem também conhecimento da realidade vivida naquele ambiente.

Eu ainda desconhecia o quanto essas fronteiras eram frágeis e o quanto o “lá dentro” era composto pelo “aqui fora” e vice-versa. Simplificando, queria que as histórias daqueles moradores fossem contadas por eles próprios e de alguma maneira ultrapassassem os muros do Hospital, pois eles não podiam continuar a serem sintetizados em números ou casos médicos. Minhas pretensões caminhavam ao encontro do que escreveu, certa vez, Veena Das (2012, p. 339), a saber: “a maior questão para mim, era tornar a antropologia capaz de responder aos problemas que enxergava ao meu redor” e eu buscava também construir textos que amenizassem a dívida que sentia ao mergulhar cada vez mais no mundo institucional. A sensação de dívida vinha, primeiramente, por aquele campo ter se aberto para mim de maneira tão gentil e, em segundo lugar, porque ao ser aberto, me mostrou o quanto carecia. Esta sensação também vinha principalmente por minha compreensão do fazer etnográfico enquanto um comprometimento com a vida das pessoas com as quais eu pretendia dialogar (BIEHL, PETRYNA, 2013).

Sobre este retorno ao campo, gostaria de enfatizar o quanto foi fundamental voltar ao Hospital depois de 3 anos passados da primeira visita para tecer as reflexões que serão apresentadas neste trabalho. Embora eu ainda sinta a necessidade de viver mais no Hospital, acredito também que estes anos de idas e vindas naquele ambiente me permitiram desenvolver uma relação muito íntima e próxima com os moradores e a equipe do mesmo. Stoller (1989, p. 6) escreveu sobre a importância de estudos de “longo prazo” por estes nos confrontarem com erros interpretativos de visitas anteriores, uma vez que, segundo o autor, leva-se anos, não importando a perspicácia do observador, para desenvolver uma compreensão profunda dos outros. Voltar ao Hospital foi fundamental para que eu compreendesse a importância desse estudo “a longo prazo”. Parecia um exercício de desnaturalizar uma naturalização formada por outra desnaturalização inicial. Decidi neste segundo momento, portanto, que queria desenvolver um estudo aprofundado sobre a vida social dos moradores de longa permanência daquela instituição. Ansiava refletir sobre as vivências institucionais para além do que propunha o próprio Hospital e acreditava que isso poderia contribuir para enfrentar a estigmatização que legitimava suas condições de internados. Percebi também que deveria continuar indo além e, como proposto por Cunha (1986, p. 144), “descer às abordagens dos casos que o hospital encerrou, no sentido de olhar o rosto e ouvir suas falas, conhecer suas histórias de vida e as razões de seu internamento e perceber como se articulam dentro da vila asilar”.

Comecei a observar que para além das determinações estruturantes hospitalares, haviam muitas formas de vivenciar, experimentar e ressignificar a institucionalização, em outras palavras, eu sabia que coexistiam formas particulares e grupais, desenvolvidas pelos próprios moradores, de viver a instituição através e além da normatividade imposta, como definido por Geest e Finkler (2004, p. 1999), os pacientes criam um pequeno “universo próprio”, neutralizando sua impotência e afastando a monotonia de sua permanência. Era exatamente essa minha nova pretensão: conhecer antropologicamente esse “universo próprio” dos moradores de um hospital psiquiátrico.

Mas como (re)pensar a institucionalização para além das normatividades, reconhecendo-a como formadora de experiências particulares de indivíduos que ressignificam, constantemente, suas vivências? Não encontraria resposta melhor senão a que deveria conviver, ainda mais e o máximo possível, com os moradores do Hospital. Após

cursar o primeiro ano do mestrado, mudei de cidade e fui morar na cidade da instituição, no início de 2019. Como o tempo para o mestrado é curto, decidi que passaria mais noventa intensos dias no hospital psiquiátrico e estes seriam, também, combinados com minhas primeiras experiências naquele ambiente (do final de 2015 até 2017). No 1º dia de fevereiro de 2019, cheguei ao Hospital para iniciar meu trabalho empírico. Com uma pré-autorização da direção, datada de 2018, e com a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)⁴ em mãos, além de muitas leituras e ideias acumuladas, comecei meu segundo campo.

Naqueles 90 dias, fiquei no Hospital, no início, 5 horas por dia e depois me autorizaram a ficar à tarde, somando mais 4 ou 5 horas com o novo período. Alguns dias participei de atividades à noite, além de ter ido a alguns passeios em fins de semana. Combinei com a equipe responsável pelo Hospital que minha pesquisa seria construída em diálogo e movimento e que manteríamos conversas informais para ir delineando meus passos. Claro é também que meu campo foi se construindo em todos os momentos que estive na instituição e também fora dela. Ele foi acontecendo no cotidiano asilar, nas entrevistas com funcionários, ex-funcionários, voluntários e moradores do Hospital, nas leituras documentais dos arquivos da instituição e nas visitas aos outros ambientes fora do Hospital, como nos centros espíritas da cidade (pois a instituição foi fundada por voluntários espíritas kardecistas) e nos passeios que fiz com os moradores aos supermercados, às padarias e em alguns eventos da cidade. Sempre busquei estar presente com as pessoas no seu cotidiano (DAS, 2007), uma vez que o penso enquanto uma unidade de análise, como um espaço em que o comprometimento com a vida do outro se torna possível. Vejo no cotidiano, assim como escreveu também Veena Das (2007), a presença tanto das dimensões do ordinário quanto do extraordinário, sendo um sempre a possibilidade do outro.

Meu campo também foi feito em minha casa, nas reflexões que fiz sobre o tema e em todos os momentos que construí meu material etnográfico. Ele foi sendo construído tal como definiu Becker (1999, p. 104), como um “mosaico metodológico” no qual os diferentes fragmentos que fui recolhendo formaram um todo complexo com muitas informações, nas

⁴Sobre o comitê de ética, vale dizer que em minha primeira pesquisa tinha enfrentado um longo percurso de seis meses de idas e vindas da versão do meu pré-projeto até que o mesmo fosse aprovado e, por este motivo, submeti a nova pesquisa já considerando as primeiras experiências. Fui “presenteadá” com meu projeto já aprovado na primeira versão o que não me impede de compactuar com as fundamentais críticas ao Comitê de Ética em Pesquisa, tecidas por diferentes antropólogos (cf. MacRae & Vidal, 2006; Vieira, 2010, Fleischer 2010, entre outros).

palavras do autor: “diferentes fragmentos contribuem diferentemente para nossa compreensão, alguns são úteis por sua cor, outros porque realçam os contornos de um objeto”. Assim, todas as diferentes formas de experiência que vivenciei contribuíram para a construção de minhas interpretações e reflexões.

O caminho metodológico foi, portanto, delineado pelo próprio campo, uma vez que, como exposto por Silva (1998, p. 39) “A experiência mostra que o próprio campo condiciona o que observar e a quem [observar]”. Aproveitei a autorização para as visitas para começar minha pesquisa e, no segundo mês, quando todos já me conheciam, comecei a fazer também algumas entrevistas abertas pontuais (totalizando 20 conversas) e também me aproximei dos documentos institucionais (principalmente os prontuários médicos). As entrevistas só foram feitas no segundo mês em campo porque sentia o quanto era necessária a criação de espaços de confiança para as mesmas. Quando comecei a deixar de ser uma “curiosidade” é que encontrei o momento para iniciá-las.

Interessante pensar na definição que Silva (1998, p. 41) faz das mesmas, sendo as entrevistas, para o autor: “um momento privilegiado para a troca de informações e de percepções entre as pessoas.” e completa com algo parecido à situação citada anteriormente: “estabelecer uma relação de confiança, favorável à sua realização, é, muitas vezes, um processo complicado, exaustivo e que exige um conhecimento mínimo de certas etiquetas e códigos do grupo”. Observei, principalmente, que o fato de levar, no começo da pesquisa, papel e caneta, inibia muito os participantes. Para a realização das entrevistas, eu precisava levar ainda o TCL (Termo de consentimento Livre Esclarecido), pois, como dito, meu trabalho havia sido submetido ao CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) e assinar aquele papel gerava um certo desconforto. No momento certo, depois de estabelecer um contato mais próximo com os mesmos, as entrevistas foram feitas e os termos assinados. Transcrevia-as nas noites que não tinha compromissos “com o campo”, pois preferi transcrever quase todas elas enquanto ainda estava lá, para que em cada nova entrevista eu considerasse também as experiências adquiridas nas entrevistas anteriores.

Sobre meu diário de campo, confesso que minha ideia inicial era manter dois diários, um para uma descrição densa dos fatos do campo e outro para que eu pudesse expressar minhas próprias reflexões, sentimentos e ideias. No projeto inicial parecia funcionar mas depois se revelou como uma verdadeira utopia, pois, no dia a dia da pesquisa, tornou-se

inviável. Explico melhor. Minha rotina de pesquisadora tinha uma obrigação inicial comum: todos os dias, quando chegava em casa, após sair do Hospital, escrevia o máximo que conseguia lembrar sobre tudo o que tinha vivenciado em campo. Fiz apenas uma tentativa de levar a famosa “caderneta discreta” para escrever comentários rápidos, mas não funcionou, os sujeitos etnográficos pareciam incomodados comigo com um papel nas mãos e, como as relações não fluíam da mesma maneira, decidi não insistir. Passei, então, a manter a mencionada rotina, chegava em casa e com uma pretensão excessiva escrevia. Me tornei uma compulsiva por dados etnográficos, anotava cada detalhe que lembrava. Terminei as páginas do meu primeiro diário de campo muito rapidamente e a ausência de folhas em branco fez com que eu começasse a registrar no computador os novos dias, como uma espécie de teste. Funcionou e foi ainda melhor, pois contribuía ainda mais para minha obsessão por registros, já que minhas mãos com caneta não acompanhavam o ritmo das minhas ideias e, às vezes, mesmo escrevendo muito, não conseguia escrever tudo o que queria. No computador fluiu mais rapidamente. Assim fui, dia após dia, construindo um material gigantesco.

Percebi, escrevendo, que seria impossível separar minhas impressões e sentimentos da descrição do Hospital. Aliás, penso agora ser impossível alguma escrita assim. Essa divisão era irreal e meu diário passou a conter a descrição das vivências, minhas impressões, meus sentimentos e meus devaneios, de maneira geral, sobre tudo o que eu refletia, escrevia. Comecei a escrever também pequenos textos para tentar transformar em palavras o que sentia e, algumas vezes escrevi no diário de campo pela manhã, pois o Hospital tinha me inundado de tal maneira que passei a sonhar com o mesmo por seguidas noites.

Como dito, tudo que vivi compôs meu diário, os dias no Hospital, meus momentos em casa pensando sobre minha pesquisa, os livros que li, as caminhadas reflexivas que fiz, as conversas que tive, a leitura dos documentos institucionais, as entrevistas, enfim, meu diário tornou-se um grande e poderoso arcabouço de ideias, pensamentos, reflexões, vivências e experiências. É nítido o quanto são variados os trechos que tirei do meu diário para trabalhar aqui, lá coexistem textos de diferentes gêneros, como pode ser observado com a primeira citação que fiz no início desta introdução, àquela que conta sobre os “frutos verdes”.

Sobre os documentos do Hospital, como os mesmos não podiam ser escaneados ou fotografados, ficou acordado que eu os leria e os transcreveria em um caderno e, para isto, passei 3 períodos na sala das assistentes sociais transcrevendo o material, totalizando, mais

ou menos, 15 horas de trabalho. Também registrei algumas fotos, autorizadas para serem utilizadas em minha dissertação apenas na ausência da aparição de moradores que pudessem ser identificados. Utilizei ainda um caderno no qual passava algumas perguntas para os moradores responderem, quando a comunicação verbal era dificultada por alguma ocasião. Outro modo que encontrei para me aproximar dos moradores bem como de suas histórias foi descoberto quando recebi a autorização para sair com alguns deles para tomar café em uma padaria que tinha perto do Hospital, lá nossa comunicação e relação fluía muito diferente e tinha um caráter muito positivo. Amarante (1995) discorreu anteriormente sobre a importância de criar espaços de trocas sociais para os usuários de saúde mental fora do campo psiquiátrico e Rotelli (1990, p. 92) escreveu sobre o tema dizendo ser necessário criar “laboratórios de oportunidades” onde o sujeito recuperasse sua singularidade e sua subjetividade, em outras palavras, criar “espaços de vida” e não “de doença”. É importante dizer que muitos diálogos que lá ocorreram foram excepcionais para meu campo, tornando a padaria um lugar também fundamental.

Saliento, portanto, que a maior parte dos dados recolhidos nesta pesquisa vieram através deste intenso convívio. Retomo para elucidar ainda mais a importância dessas composições mosaicas, o texto de Cohn (1987, p. 47 apud Comaroff & Comaroff, 2010, p. 42) pois ele enfatiza o quanto os antropólogos devem trabalhar “[...] tanto dentro quanto fora dos limites do registro oficial, tanto a partir quanto para além dos guardiões da memória nas sociedades que estudamos.”. Trabalhei na convivência, na criação de novos espaços e também com documentos e entrevistas. Não gostaria que minha ansia por acúmulo de materiais etnográficos fosse confundida com uma pretensão à conclusões fixas, longe disso, busquei me aproximar muito do meu campo, entretanto, reconheço também os limites dessa relação. Como escreveu os Comaroff's (2010, p. 20) “o etnógrafo “vê” apenas fragmentos de um campo...” e, para completar, retomo Veena Das (2012, p. 344): “[...] devemos aceitar a falibilidade de nossas respostas.”. É este o meu caminho, aproximo ao máximo do meu campo, recolho informações tanto quanto possível mas, ainda assim, reconheço o seu caráter “premature”. Stoller (1989) escreveu: “devemos permanecer bricoleurs vasculhando os escombros das ideias descontraídas para algo novo e significativo. Mas esse algo novo para o qual procuramos incessantemente, tem apenas um destino: ser desconstruído por seu próprio turno.” (p. 144). Essa é a ideia, aproximar e, ao mesmo tempo, talvez não com a mesma

intensidade, me distanciar do campo, reconhecendo esse caráter de imprecisão do meu próprio (re)conhecimento.

É importante atentar-se ainda para algumas tensões do campo por dois motivos pontuais, o primeiro é porque somos nós nosso próprio instrumento de trabalho e o segundo é porque nas pesquisas, lidamos com pessoas e estamos constantemente negociando os limites, os consentimentos e as trocas propiciadas (SCALCO, 2012). Uma vez que reconheço que somos sempre vítimas de “má-interpretações”, este trabalho está aberto à novas (re)significações, é o que apontou também Stoller (1989, p. 152), ao abordar a questão da “capacidade negativa” dos antropólogos, pois, para o autor, temos uma “capacidade negativa” de estar em incertezas, mistérios e dúvidas, como escreveram: “os desvios são caminhos que nos levam ao domínio da “capacidade negativa”, caminhos que os etnógrafo precisam adotar para se alinharem com o mundo tal como ele é.”. Neste sentido, essa “capacidade negativa” é extremamente importante ao se pretender fazer uma pesquisa etnográfica e o que busco evocar com a retomada dela caminha no sentido de pensá-la como parte fundamental na construção do meu trabalho e salientar que talvez reconhecer esse caráter “negativo” se transforme em uma característica senão essencial, ao menos, “positiva”.

Minha pretensa etnografia pode ainda ser resumida nesta definição de Biehl (2007, p. 423) que retoma Deleuze (1997):

Deleuze [...] se empresta a inspirar esforços etnográficos abertos ao dinamismo da vida cotidiana e a literalidade e singularidade do vir-a-ser. Ou seja, pesquisas etnográficas atentas a pessoas de carne e osso movimentam-se entre infra-estruturas concretas e em tempo real, registrando as particularidades de cada situação. Indo além de pressupostos universalizados, a etnografia pode trazer a público os cálculos e as interações por meio dos quais as possibilidades da vida são limitadas, além de iluminar rumos alternativos abertos por novos desejos.

O “dinamismo da vida cotidiana” e o “olhar atento” aos movimentos das pessoas em sua cotidianidade revelaram-se como fundamentais neste trabalho e cartografaram, para mim, um caminho a seguir em uma busca para “iluminar rumos alternativos”. Todo o sentimento envolvido em pesquisar um hospital psiquiátrico será melhor abordado, como dito anteriormente, no desenrolar do capítulo 1. Nele, discorrerei de maneira detalhada sobre minha experiência em campo, o momento da inserção no local e as dificuldades e os caminhos que segui. Vivenciar um hospital psiquiátrico ultrapassou qualquer outra

experiência que já tive e a instituição me inundou sem que eu percebesse. O tempo, lá dentro, parece passar mais devagar, o barulho do ponteiro do relógio parece ser mais alto e denuncia, em cada um dos segundos que passa, a sensação de espera. Espera pelas refeições. Espera pelas medicações. Esperas. Compartilho ainda, no mesmo capítulo, algumas reflexões sobre uma comunicação não verbal que custei a aprender num ambiente em que o silêncio predomina.

Já no capítulo 2, descrevo as formas estruturantes e coercitivas que estão presente nas vivências dos moradores. O Hospital, enquanto uma instituição total, antes de ser um lugar, é um agente com forma, cheiro e voz. De maneira geral e retomando Ecléia Bosi (1995), o Hospital tem biografia e fisionomia e são essas características que pretendo retomar neste capítulo, para que o leitor compreenda ainda mais o ambiente que estudo. Outros agentes inanimados também atuam no cotidiano asilar, como o tempo e o silêncio e pretendo também explorar essa dimensão, uma vez que eles ao mesmo tempo que atuam são também material para que os moradores possam compor com/na instituição.

No último capítulo, o terceiro, tenho dois direcionamentos principais. No primeiro deles busco delinear quem são os moradores e como adquiriram a condição de “internados permanentes” e, no segundo, busco conhecer como eles habitam e vivem a/na instituição. Neste capítulo pretendo reunir argumentos para explicitar minha reflexão central neste trabalho: os moradores desenvolveram, ao longo da vivência institucional, maneiras de resistir às coercitividades impostas pelo Hospital e, mesmo quando inseridos em um ambiente que pretende condicioná-los à regras pré-estabelecidas, eles conseguem fazer subsistir suas formas particulares de viver e experienciar o mundo, seja negando remédios, seja chorando, seja articulando situações ou buscando pequenas atitudes para viabilizar a realização de seus desejos.

Capítulo 1 - Etnografia em hospitais: experiências corpóreas e limites antropológicos em um ambiente asilar e psiquiátrico.

1.1) Algumas estruturas básicas: o campo desenhado.

O desafio de fazer um trabalho etnográfico no interior de um hospital psiquiátrico pode ser pensado como uma tarefa ímpar e a entrada ao campo deve ser negociada em diferentes dimensões. Primeiro é necessária uma autorização da equipe da instituição, depois o trabalho deve passar pelo comitê de ética, em seguida começam as visitas aos internados que também escolhem se irão aceitar e inserir a nova pessoa (no meu caso a antropóloga) no cotidiano institucional e, por fim, ainda há que se desenvolver uma relação com outros sujeitos etnográficos que frequentam a mesma instituição que, no meu caso, foram os voluntários espíritas kardecistas.

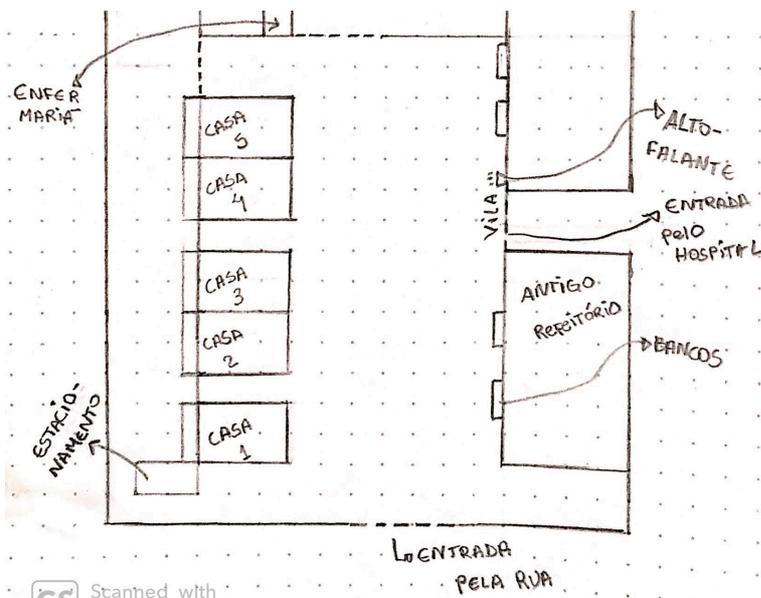
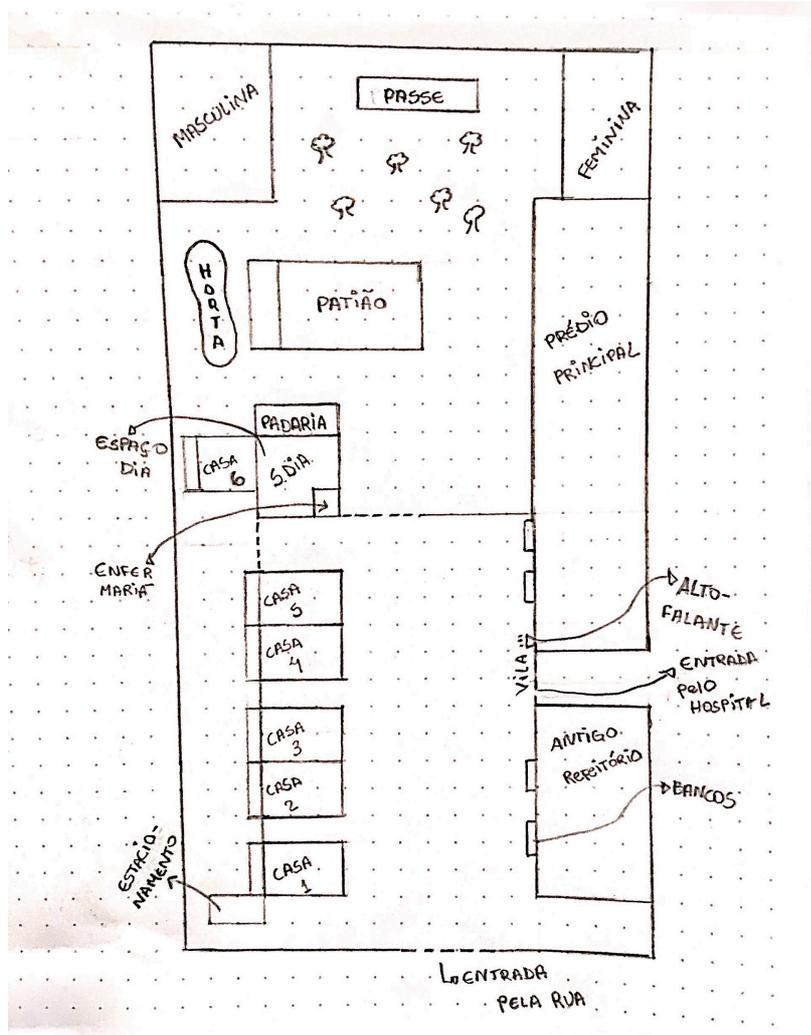
Vale dizer que os “moradores” podem ser diferenciados dos “internados”, uma vez que o Hospital é subdividido em alas médicas e abriga internados de longa permanência ou não. Os moradores são aqueles internados de longa permanência que vivem no Hospital de forma permanente, já os internados são aqueles que passam períodos menores de tempo no ambiente. Vou aprofundar as características dos moradores ao longo do trabalho, por hora basta saber que eles são um grupo de pessoas que moram no Hospital de forma permanente. Pode-se pensar, portanto, em três grupos de sujeitos etnográficos, sendo eles os moradores, os funcionários e os voluntários. Todos eles convivem e compõe a rotina hospitalar diariamente, entretanto, para este estudo, escolhi focar nas relações e composições desenvolvidas entre os moradores. Todos os temas que citar nesta primeira apresentação do campo serão melhor trabalhados no desenrolar do trabalho, inclusive as características do próprio Hospital que pesquisei, entretanto, escolhi apresentar brevemente o ambiente para que a leitura do trabalho flua já com um preparo do leitor(a) para possíveis situações que citarei.

Além dos sujeitos etnográficos, é importante conhecer brevemente as estruturas do Hospital. Ele é uma instituição muito antiga e está subdividido em alas médicas. A ala escolhida para a presente pesquisa, como citado anteriormente, é denominada Lar Abrigado e pode ser pensada como uma vila que abriga os moradores que vivem em casas construídas dentro dos próprios muros hospitalares. Além de habitarem o Lar Abrigado, os moradores transitam entre três alas. Quando apresentam comportamentos inassertivos, são enviados para

as alas internas ou, nas suas palavras, “lá pra dentro”. As mulheres vão para a “feminina” e os homens para o “patião”. Essas alas internas são muito diferentes das casas dos moradores e “ir lá pra dentro” é uma ameaça que permeia toda a cotidianidade hospitalar. No “patião” e na “feminina” vivem moradores permanentes assim como no Lar, entretanto, naquelas alas habitam aqueles que precisam de cuidados especiais e estão em uma situação crônica mais crítica. Os moradores destas alas não podem sair da instituição, são mais vulneráveis e as suas condições de vida são mais precárias. Não saberia ilustrar os ambientes com palavras, entretanto, viver no mesmo seria quase como viver em uma ala hospitalar com quartos com muitos moradores, sem pertences particulares e uma rotina não medicamentosa quase nula. Antigamente o “patião” era uma ala mista, nele viviam homens e mulheres e as moradoras Madalena e Glória me contaram em uma conversa que tivemos, na minha primeira pesquisa de campo, um pouco sobre o ambiente:

“O patião é um pátio e lá não tem liberdade. Fica só no pátio e pra deitar vai pra a ala e volta pro pátio depois do almoço.” disse Madalena, enquanto pintava uns cartõezinhos para o dia das mãe. Perguntei se o patião era tranquilo, Sônia logo me respondeu: “Você que pensa! Experimenta ficar um dia só lá que você corre de medo”. E acrescentou: “Você toma cuidado, que lá tem gente agressiva, não tem gente boa não. Quando uma de nois tava grávida, tinha gente que queria até bater nela, na barriga dela, e ela dizia que só via aquilo mexendo na barriga” (Diário de campo, 20/04/2017).

No Lar Abrigado, por outro lado, a rotina institucional é mais livre, a maioria dos moradores pode fazer passeios rápidos fora do Hospital e receber visitas, além de receberem semanalmente um pagamento de 60 reais para comprarem o que desejam. Como citei, o medo de “ir lá pra dentro” (para o patião ou para a feminina) ronda o ambiente e os moradores se articulam de diferentes maneiras para evitar essas formas-outras de internação. No desenho abaixo é possível visualizar um pouco melhor o ambiente:



Fotos 1 e 2: Croquis retirados do diário de campo.

No desenho podemos observar que o Lar Abrigado está dentro das estruturas do Hospital, no canto esquerdo, como uma pequena vila retangular. As casas foram numeradas,

totalizando 6 delas. Se seguirmos pelo quintal do Lar pode-se observar que chegamos no Espaço dia, onde há a sala da enfermaria, local que os medicamentos são entregues aos moradores. O refeitório está um pouco mais à frente, dentro do prédio principal e, depois dele, há o galpão onde é dado o “passe”. Naquele galpão, localizado no fundo do Hospital, os moradores se encontram diariamente com voluntários espíritas kardecistas para assistirem a uma palestra e receberem uma troca energética dada pelos próprios voluntários com a sobreposição de suas mãos sobre a cabeça dos moradores. Ir ao ambiente faz parte das regras institucionais e compõe a rotina comum asilar. Além da ida ao passe, os moradores têm os horários de medicamentos de 3 a 4 vezes por dia, pois coabitam no local os tratamentos religiosos e medicamentosos.

Na imagem abaixo, tirada por um satélite, é possível observar a totalidade do Hospital e destacado pela linha pontilhada está o espaço do Lar Abrigado.



Foto 3: Imagem de satélite do Hospital.

1.2) Os primeiros contatos: o campo refletido.

Conhecido o ambiente do Hospital, retomo agora algumas passagens do diário de campo para refletir sobre uma etnografia em instituições. Começo a discussão retomando os primeiros contatos com os moradores e adianto que colocar a palavra no plural foi uma escolha fundamental para enfatizar que o contato aconteceu de diferentes maneiras com cada um e também passou por distintas fases. Voltemos ao primeiro dia em campo, na segunda fase da minha pesquisa, no início de 2019. A passagem abaixo foi escrita no dia que retornei ao Hospital:

[...] depois, no quintal do Lar, encontrei com a moradora Marluce, ainda não a conhecia, pois ela morava na feminina quando fiz minha primeira pesquisa. Ela veio até mim e segurou nas minhas duas mãos. Me apresentei e contei um pouco da minha pretendida pesquisa. Ela disse que será muito bom eu fazer esta pesquisa, pois tem muita gente na rua, nas suas palavras, “gente com problema”, que as família não querem cuidar e que ela conhece o Hospital há muitos anos. Disse que eu era bem vinda e que tinha muito a aprender com eles [...] finalizou dizendo que sua história não poderia me contar, pois tinha muito sofrimento. Se despediu e foi ver televisão. (Diário de campo, 04/02/2019).

Mal sabia Marluce que esse primeiro contato que tivemos resumiria toda minha pesquisa. Eu também não sabia, só descobri agora, relendo meu diário de campo. Para escrever sobre este contato, escolhi esse trecho para discorrer, inicialmente, sobre três pontos importantes. O primeiro pode ser evidenciado se retomarmos a frase “Me apresentei e contei um pouco da minha pretendida pesquisa”, vou denominá-lo de “como construí os contatos com o campo”. No segundo, retomando a frase: “Disse que eu era bem vinda...”, vou discorrer sobre “como o campo me recebeu e construiu os nossos contatos”. Já no terceiro momento, retomando a frase “[...] finalizou dizendo que sua história não poderia me contar, pois tinha muito sofrimento.”, vou discorrer sobre “como a nossa relação ou convívio foi construída, também, simultaneamente”.

Desde que cheguei ao Hospital criei algumas regras básicas de como interagir com os moradores. Primeiro vale lembrar que sempre me apresentei como uma antropóloga e expliquei minha pesquisa para todos. Pesquisei definições de Antropologia e busquei sempre uma linguagem acessível para tal conversa. Preciso dizer que essa escolha de definição simplificada não se deu pela condição deles de institucionalizados, mas sim porque, para

alguém de fora da área da Antropologia, poderia ser difícil compreender os termos antropológicos e, saliento, que faria isso em qualquer outro campo. Basicamente, dizia para eles que estudava *como as pessoas viviam* e que queria muito saber *como era a vida dentro de um hospital*. Dizia que existiam muitas pessoas que viviam também em outros hospitais e que tinham outros pesquisadores que faziam o mesmo trabalho para que os conhecimentos de um hospital pudesse talvez ajudar os moradores de outros hospitais.

Pedia que me dissessem quando não estivessem com vontade de conversar ou de me receber em suas casas, dizia que estudava numa faculdade muito longe dali e que ficaria por 90 dias no Hospital. Desde meu primeiro dia em campo, disse sobre esses “90 dias” porque me foi recomendado, pela equipe do Hospital, que eu deixasse essa informação explícita para não reproduzir possíveis sentimentos de ‘abandono’ no contexto institucional. Dizer que ficaria por este tempo limitado também causou certa desconfiança, como em uma situação com Margarete, uma moradora de 52 anos, que me perguntou em um dia no campo se eu ficaria mesmo por 3 meses lá, quando respondi que “sim” ela me perguntou: “e depois você vai sumir?”. (Diário, 27/02/2019). Essas conversas sobre o dia que eu fosse embora sempre aconteciam nos momentos que nossas relações estavam mais próximas e combinei que sempre que eu fosse à cidade da instituição, eles seriam os primeiros que eu visitaria e também que eu fazia ligações para o Hospital para poder conversar com eles depois que fosse embora.

Sempre disse que eu era uma “pesquisadora” e não “alguém da equipe de trabalho do hospital” ou uma “interna”. Como eles moram em casas, eu sempre pedia permissão para entrar nas suas residências. Meu desejo de construir uma relação horizontal me guiou do começo ao fim da pesquisa. Falo sobre minha apresentação aqui, porque mesmo já estando lá há alguns anos atrás, tive que me apresentar novamente no retorno ao campo, pois havia os moradores que se lembravam de mim, os que eu ainda não conhecia e outros que não se recordavam de mim, como é ilustrado na seguinte passagem do diário de campo, quando encontrei com Madalena, outra moradora de 64 anos:

Madalena me chamou toda entusiasmada: “Agora vamos lá conhecer a minha casa, a casa cor de Rita!”. Ela mora com Cida e Maria Fulana. Cida estava lavando o quintal e seu cão, o Bolinha, não parou de latir. Na geladeira estava colada, com fita crepe, uma foto que tirei com Madalena em 2016. Ela recortou nós duas, só nossos rostos, e colocou ali. Mostrei para ela dizendo que era eu naquela foto, mas ela não acreditou e disse que estava “confusa” porque na foto meu cabelo estava com cor diferente. Cida ajudou: “A pessoa é a mesma, Madalena, só muda o cabelo!” (Diário, 04/02/2019).

Cida lembrava de mim e Madalena não lembrava mas guardava nossa foto pendurada na geladeira. Além de me apresentar para os moradores, desenvolvi também um trabalho contínuo e direcionei muitos esforços para que não me associassem à alguém da equipe hospitalar. Quando cheguei à instituição, era comum que a equipe me pedisse favores e isso podia fazer com que os moradores, vendo-me fazê-los, pensassem que eu fosse parte dos que trabalhavam no Hospital. Conversei com alguns dos que me pediam favores para combinar que eu poderia sim fazê-los, desde que não fossem ordens para os moradores, pois isso iria contra tudo o que propunha com minha pesquisa e estar com eles de maneira horizontal era fundamental.

Foram muitas as vezes que falei sobre meu trabalho com os moradores e o expliquei. Os internos das outras alas, moradores ou não, sempre que me viam com os moradores do Lar Abrigado perguntavam se eu era “interna” e “há quanto tempo eu estava lá”. Os moradores do Lar sabiam que eu não estava internada nem trabalhava no Hospital, pois eu repetia isso várias vezes, mas alguns deles insistiam em conversar comigo utilizando termos para se referir a mim como se eu fosse alguém da equipe, mesmo sabendo que eu não o era:

Hoje Valdir me disse [...]: “Eu gosto tanto quando é teu plantão...”, respondi para ele: “Eu gosto tanto de vir aqui! Mas não esquece que não trabalho aqui... aqui eu não mando nem desmando! Sou uma pesquisadora!” E ele: “Eu sei, mas eu gosto dos dias que você vem aqui ficar com a gente.” (Diário de campo, 02/04/2019).

A palavra “plantão” fazia parte da vivência institucional, ela significava o tempo que alguém de fora passava dentro do Hospital fazendo seu trabalho. Mesmo sem compor a equipe de funcionários do Lar, meu *estar lá* era visto dentro das significações que eles estavam acostumados, neste caso, podia ser reconhecido como “fazer plantão”. Era comum também, quando eu passava o dia todo no Lar e chegava muito cedo, quando estavam ainda acordando, eles comentarem: “Você é trabalhadeira mesmo, em?”, ou quando eu ia fim de

semana: “Mas gente, que que você tá fazendo aqui? Você vem de fim de semana também?”. (Diário, 23/03/2019). Vali-me do trabalho de Silva (1998, p. 21) quando o autor diz que é importante que compreendamos as dimensões básicas do encontro etnográfico: a representação que o antropólogo faz do grupo que estuda e as representações do grupo sobre os antropólogos e seus trabalhos, dos quais são também seus co-autores. Curioso pensar que essas representações são construídas ao longo de toda a pesquisa e ela pode ir mudando conforme nossas escolhas em campo. Esse caráter fluido e não fixo está presente em todo trabalho de campo e, indo mais longe, em todas as relações sociais, afinal, toda relação com outrem tem momentos positivos e negativos, momentos fáceis ou difíceis e não se resumem também à dualidades, podendo estar entre outras esferas e fluxos, compondo-se num terceiro ou quarto movimento.

Interessante também é retomar a analogia que Silva (1998, p. 21) faz ao dizer que os antropólogos constroem diferentes tipos de “canoas” para acompanhar o campo. Refletir sobre isso, depois de passar tantos dias no Hospital, faz com que eu repense minhas “canoas” de forma não mais inconsciente. A construção de uma canoa pode ser um exemplo “empírico demais” ou uma metáfora que enfatiza muito a diferença do *eu* e do *outro*, mas nos textos, sempre seremos *bricoleurs* com nossos conhecimentos adquiridos e sempre comporemos com eles. Assim, a construção de uma canoa influi, diretamente, na construção dos conhecimentos que produziremos, e essa construção nem sempre é pensada, mas é sempre composta por “retalhos de madeira”, bons ou não. Minha “canoa” principal foi a 'paciência', pode parecer superficial ou clichê essa ideia, mas saber “esperar” foi o aprendizado mais demorado e difícil que precisei construir e que mais possibilitou meu *estar lá*. Com alguns moradores o contato se deu de maneira rápida e calmo, com outros foi mais demorado e com a maioria deles o contato transitava entre estas esferas. Toda relação é assim, nem sempre estamos dispostos a (con)viver. Como exemplo, retomo um dia em campo com uma moradora que denominei, carinhosamente, como “Filósofa do Lar”. Ela me dava sempre muitos conselhos e fazia muitas reflexões profundas. Quando falava tal apelido, ela ficava toda encantada e nós estávamos extremamente próximas. Eu contava sobre minha pesquisa para ela e ela sempre me guiava e me ajudava, mas nossa relação teve muitos altos e baixos:

Hoje, Margarete não veio conversar comigo. Ela estava me observando de longe. Acenei para ela e disse “Oi”, como faço todo dia. Ela logo me respondeu: “Oi é o caralho.”. Assustada, soltei em tom de brincadeira, já que estamos com certa intimidade: “Nossa... que braveza!”, e ela: “Ó minha fia, não é com você que tô assim, é com a vida.” (Diário, 21/03/2019).

Situações como esta sempre ocorriam e era sempre uma surpresa como eu seria recebida no campo às 7 horas da manhã. Eles tinham acabado de acordar e a maneira como me recebiam, claro, variava entre os dias. Em uma outra situação, estava conversando com as moradoras Margarete e Otávia e esta última começou a me contar uma história muito profunda e complexa sobre sua adolescência, Margarete nos interrompeu e disse: “Jesus veio falar no meu ouvido para eu parar de falar com você, porque você está de malícia.”, na hora, sem pensar, respondi: “Mas eu não estou de malícia, Margarete!” e ela respondeu: Então você está querendo dizer que Jesus mente?”. (Diário de campo, 26/02/2019). Perdi a disputa. Como continuar a conversa? Continuamos nosso papo somente mais tarde, mas no mesmo dia.

Também aprendi em campo que no começo das minhas visitas a minha própria presença coibia alguns moradores, como por exemplo, quando Raquel, outra moradora, ao me ver na Terapia Ocupacional (T.O.) observando-os a pintar, perguntou se “eu era vigilante” (Diário de campo, 12/02/2019). As relações no campo não estão, em nenhum momento, isentas de conflito, de relações de poder e de dominação (SILVA, 1998, p. 115) e começar a superar essa questão foi possível na segunda semana em campo, quando eles perceberam que eu realmente não era da equipe do Hospital e começaram a trocar comigo seus segredos e frustrações. Senti o quanto eu não era nem da equipe nem interna numa situação específica também no primeiro mês da pesquisa, considerado por mim, o mais difícil. Era o dia do aniversariante do mês e nos reunimos no quintal dos fundos da casa 3 para comemorar.

Hoje foi dia do aniversariante do mês. Tinha bolo e salgadinhos que compraram com o dinheiro dos próprios moradores, tiraram 10 reais por semana, com a permissão de cada um, do pagamento, para juntar o valor total e fazer a compra. Os moradores sentaram numa mesa e a equipe ficou em pé em volta de outra mesa. Não vi os moradores conversando muito entre eles e a equipe conversava entre si. Me senti muito deslocada, nem parte da equipe, nem parte dos moradores. Fiquei ajudando a servir a comida e o refrigerante. (Diário de campo, 21/02/2019).

Compreender, tal como escreveu Silva (1998, p. 72), “a proximidade e a distância social que une e separa o antropólogo dos grupos que observa” não foi uma tarefa fácil e o que mais preciso exaltar aqui é o quanto essa “proximidade” é fluída e varia ao longo dos dias no trabalho empírico. Quando penso no meu campo, costumo dizer que ele teve três fases: na primeira rondava no ar um sentimento de curiosidade e preocupação com uma 'estranha' no Hospital. Na segunda fase, fui naturalizada com a paisagem do mesmo e tive dias monótonos e demorados. Já na terceira fase, foi como uma espécie de paixão e nós interagimos e construímos um relacionamento tão próximo que esperar a próxima refeição ou pegar a fila do remédio se tornou parte comum da minha rotina. Nesta terceira fase também desenvolvi uma relação muito próxima com a equipe do Hospital. Troquei tantas experiências, tanto com a equipe quanto com os moradores, que custava querer ir embora de lá, comecei a ir cada vez mais e a nossa troca só aumentou. Mas, chegar nessa terceira fase foi um caminho extremamente lento:

O silêncio me consome e o sono me domina. Hoje não está sendo um dia fácil, acho que estou entrando para a paisagem do Lar. Estou me amalgamando. Minha presença já não causa mais curiosidade e eu aposto corrida com o ponteiro do relógio. Até às 9 horas da manhã tudo bem, mas depois, até chegar a hora do almoço, dura uma eternidade. Sinto fome também, a gente come às 7:30 e depois às 11:40 mais ou menos. Estou cansada e não fiz nada. Sinto muito sono, como nunca tive. (Diário de campo, 25/02/2019).

Além disso, nos primeiros contatos, havia um encontro/confronto entre nossas identidades sociais de classe, cor e gênero e também dos nossos impulsos subjetivos, afetivos e emocionais (SILVA, 1998, p. 87). Eu ainda não os conhecia para além do que representavam inicialmente e a escolha de relacionar-me com eles foi minha, afinal, a primeira escolha, quase sempre, é do antropólogo(a). Essa terceira fase da pesquisa aconteceu só depois que eles também escolheram me conhecer, foi naquele momento que nosso “contato” se deu e se transformou em uma possível *amizade*. Antes daquilo, a gente apenas compartilhava o mesmo espaço físico. Assertivamente ou não, escolhi expor estas questões aqui pois sei que as mesmas guiaram meus modos de agir em campo, uma vez que “Não se pode separar o pensamento do sentimento e da ação; eles estão inextricavelmente ligados.” (STOLLER, 1989, p. 5).

Significativo foi também observar, na terceira fase, o quanto os moradores estavam se mobilizando para que eu fizesse parte daquele ambiente, me ensinando as regras e me dando dicas e advertências. Quando me viam sozinha me convidavam para suas casas ou sentavam comigo onde eu estava, afinal, “O grupo também mobiliza seu sistema de classificações para tornar aquele que inicialmente era um “estrangeiro” em uma “pessoa de dentro”, isto é, um sujeito socialmente reconhecido.” (SILVA, 1998, p. 88). Claro que eu nunca seria reconhecida totalmente como uma “pessoa de dentro”, mas nosso contato tornou possível que, ao menos, eu me sentisse assim. Comecei a observar isto, que estava “entrando” de fato em meu campo, certo dia que, ainda na segunda fase da pesquisa, comentei com uma moradora que eu estava sentindo muito sono e não entendia o por quê. Ela logo me advertiu: “Deve ser algum remédio que estão dando para você.” (Diário de campo, 11/02/2019). Com esta fala ela parecia estar me colocando como uma “interna”, talvez não necessariamente, mas o que mais chamou minha atenção foi o quanto ela me contrastou com a equipe. Se deve ser algum remédio que “eles” estão me dando e eu “não sei disso”, logo eu não faço parte “deles”. Foi ali que tudo começou. Ela também sempre me advertia quando eu fazia algo inassertivo, como em um dia que me emprestou uma faca para cortar um doce na mesa de sua casa e eu cortei e continuei a conversar com ela mas ela me interrompeu: “Você não sabe? Aqui não pode deixar faca na mesa assim, tem que usar e guardar, você não vê? Tem paciente que não pode usar faca.” (Diário de campo, 05/03/2019), ou outro dia que me alertou:

Estávamos indo à padaria quando Margarete me disse que estava com medo do seu dinheiro não dar, eu disse que qualquer coisa emprestava para ela, ela começou a rir e me disse: “Você tem que entender, não pode emprestar dinheiro pra paciente, pra funcionário pode, pra paciente não.” (Diário de campo, 12/03/2019).

Glória, outra moradora, quando estávamos indo ao camelô da cidade num passeio, também me alertou sobre emprestar dinheiro: “Vou te explicar uma coisa, pra nois, paciente, não pode emprestar dinheiro, é proibido, se quiser pode dar, emprestar não.” (Diário de campo, 08/02/2019). Outro dia, também em campo, passei por uma situação complicada. Uma funcionária do Hospital pediu que eu levasse um morador para outra ala, no pátio. Estava ainda muito no início da minha pesquisa e não podia simplesmente dizer “não”. Expliquei para ele que estavam me pedindo para acompanhá-lo até lá e perguntei se ele

concordava em ir comigo, ele aceitou e fomos. Era um interno que estava extremamente debilitado, entretanto, na minha primeira pesquisa, ele era um dos meus informantes mais ativos. Vê-lo naquela situação me afetou muito, ele estava descalço e com muitas feridas nos braços. Para andar, precisou se apoiar em mim e fomos, a passos muito pequenos, para a outra ala. Chegando lá ele começou a chorar:

[...] “Ô Sabrina, não me deixa sozinho aqui, eles vão judiar de mim”, fiquei sem saber o que fazer, procurando um enfermeiro para me ajudar. O enfermeiro apareceu quase 30 minutos depois e disse para eu voltar para o Lar que ele iria cuidar dele pois ele era muito “manhoso”. Outra enfermeira me disse que ele é muito “solicitante”. Fiquei arrasada. Sem ar. Voltei para o Lar e começou a chover. Parei, olhei para cima e senti os pingos de água caindo e rolando sob meu rosto. Senti um pequeno alívio ali, olhando para o céu. (Diário de campo, 19/02/2019).

O morador sabia que eu não trabalhava no Hospital e me contrastou com a equipe, mas eu ainda não sabia o quanto aquele ambiente carecia. Minha presença ali, de certa forma, começou a ser vista como a possibilidade de conseguir ir além da rotina diária e as demandas me mostravam o quanto eu estava, muitas vezes, com as mãos atadas. Os moradores faziam queixas, pediam coisas, contavam situações que acreditavam estarem erradas e eu não sabia o que fazer com tudo aquilo. Eu me sentia preparada para estar lá, mas a realidade deles me atingia de um modo inexplicável. Depois daquele dia, o choro do morador cravou em mim e eu não conseguia superar. Respirei e continuei, mesmo com toda inexperiência que me cabia.

Tive também outras experiências em campo que foram se construindo sem que eu me desse conta. Contextualizando, nunca tive nenhum problema por ser mulher ao estar no Lar, os moradores sempre me respeitaram muito. Entretanto, essa sensação mudava quando eu estava em uma outra ala, somente com moradores homens. Todas as implicações de uma antropóloga mulher em campo contribuíram para esse sentimento, mas o interessante foi notar o quanto eu desenvolvi, inconscientemente, algumas maneiras de “proteção”. Isto ocorreu porque, todos os dias, no refeitório, encontrava pessoas de todas as alas e causava muita curiosidade minha presença ali. Os moradores do Lar Abrigado já sabiam quem eu era e o por que de eu estar lá, mas os outros internos não. Eu desejei muito não ser notada, mas isso era impossível, entretanto, por ter esse desejo, comecei a agir de diferentes e novas maneiras. Mudei, no refeitório, meu jeito de andar até a fila para pegar a comida. Modifiquei

meu jeito de sentar e também meus gestos ao falar não eram os mesmos. Escrevi brevemente sobre, no diário de campo:

Hoje o passe foi sobre o amor. Quando estava lá comecei a pensar num comportamento que estou tendo inconscientemente e só percebi hoje... Parece que quando estou nas áreas comuns do Hospital, como no refeitório ou no galpão da reunião espírita, repito um jeito próprio e particular de andar e o repito sem perceber. Um jeito de andar arrastado, largado e encurvado... além de um jeito diferente também de sentar, com as pernas mais abertas e as costas mais deitadas na cadeira... além de repetir também um olhar mais para baixo do que para cima... se há um modo masculino de ser (mesmo sabendo que não há mas não encontro palavras pra explicar de outra forma), ou se é possível pensar em uma masculinização, acho que a estou tendendo a cometê-la. (08/02/2019).

Relendo agora, parecia que eu estava tendendo a imitar o jeito de agir dos homens que estavam no Hospital e percebi também que algumas mulheres que viviam ali também faziam isso. Não sei se posso dizer que estava tendendo a isto como proteção, mas é claro para mim que não inventei essas atitudes, mas sim, as repeti. Essa ação me lembrou o conceito de *habitus* de Pierre Bourdieu (1982), pois, segundo o autor, o *habitus* seria o produto e o produtor de ações que se desenvolveria a partir de experiências, em outras palavras, a partir das posições sociais. Parece-me que esse *habitus* hospitalar existia e eu o aprendi, assim como definiu também o autor, a partir de uma “pedagogia silenciosa”, uma vez que as condições objetivas daquele contexto social produziram e estruturam esse modo de *habitus*. Dito de outro modo, eu não fui ensinada a agir, mas aprendi como agir através da convivência com eles de maneira muito próxima. Outro exemplo desta repetição por observação pode ser visto em mais um dia em campo:

Desenvolvi uma técnica para pegar copos e talheres. Desenvolvi pelo método da observação e depois percebi que muitos fazem isso, o que tira um pouco da legitimidade e da coerência do método. Quando estou no refeitório e vou pegar meu prato e meus talheres, escolho sempre os últimos pratos e os últimos talheres que estão dentro do pote plástico. Vejo que muitos fazem isso também. Isso parece evitar que peguemos os pratos e talheres que já foram tocados por outros. No começo não fazia isso, mas quando descobri algumas condições de saúde de alguns internados de dentro, como algumas doenças e tudo mais, percebi que seria fundamental. (Diário de campo, 12/02/2019).

De maneira geral, o que gostaria de enfatizar aqui é o quanto vivenciar o Hospital, enquanto antropóloga, suscitou experiências e modos particulares de agir e de me relacionar. Agir de determinada maneira, escolher determinados modos de me posicionar ou de me relacionar nem sempre foi uma opção consciente e este é o ponto principal neste momento da discussão. Sabemos que em campo escolhemos o que vamos observar e sobre o que vamos escrever. Sabemos também que o campo escolhe o que irá nos mostrar e como irá se relacionar conosco. Entretanto, o que nem sempre percebemos e até mesmo negligenciamos, em alguns casos, é o quanto essas opções são, às vezes, passadas de maneira inconsciente e o quanto uma escolha é moldada, o tempo todo, por aqueles que a compartilham.

1.3) A linguagem institucionalizada: o campo comunicativa.

Adentrar uma instituição é, definitivamente, entrar em um mundo novo. Cada instituição tem suas regras e normas e as expressa de diferentes maneiras. Ao adentrar o Hospital, comecei a observar que coexistiam duas formas de comunicação, uma desenvolvida entre a equipe e os moradores e uma outra desenvolvida entre os próprios moradores. Ambas as formas de comunicação estavam interligadas e também se complicavam.

Nos primeiros dias em campo, comecei a construir uma terceira ponte comunicativa, aquela referente à uma comunicação entre os moradores ou a equipe com uma pessoa “de fora”. Explico melhor, quando cheguei ao Hospital, eu ainda não o experienciava com muita proximidade e precisei encontrar caminhos para me comunicar tanto com os moradores, quanto com a equipe do mesmo e isto foi, sem dúvida, um grande desafio. Com cada morador, como explicitado acima, o primeiro contato se deu de uma forma particularmente diferente. Alguns vinham até mim perguntar quem eu era e começávamos nossa troca comunicativa, outros me observavam de longe e evitavam conversar comigo, outros ainda não demonstravam nenhum interesse na presença de uma desconhecida ali. Retomo, para elucidar, um dos primeiros diálogos que tive com um morador na recepção do Hospital:

Estava na recepção quando chegou um moço, todo encurvado, sentou no banco e foi se aproximando de mim aos poucos... Falei “oi” e perguntei qual era seu nome. Ele me falou: “Oi, eu sou o Nilton de Lourenço”. Depois, perguntou: “Você fuma?”. Respondi: “Não fumo, e você?” Ele me disse: “Eu fumo”. Continuamos na recepção, ele veio sentar na cadeira ao meu lado e, como se estivesse me contando um segredo, me disse no ouvido e bem baixo: “Você fuma?”. E eu, repetindo o movimento de segredo: “Não fumo, e você?” e ele: “Eu fumo”. Depois passou a secretária e ele a cumprimentou, assim como uma enfermeira. Falei para ele: “Você conhece todo mundo, em!” e ele me respondeu: “Eu conheço. Graças a Deus”. Aproveitou e perguntou mais uma vez: “Você fuma?”, respondi: “Eu não, e você?” e ele: “Eu fumo.” (Diário de campo, 29/01/2019).

Nilton de Lourenço com “60 anos passados”⁵ e institucionalizado há 17 anos, era um morador extremamente comunicativo e já na primeira conversa em campo pude vivenciar com ele uma maneira diferente para a troca comunicativa, aquela referente a repetição. Esta

⁵ A idade exata do morador não consta nos registros do Hospital mas em uma de nossas conversas ele me contou ter “60 anos passados”.

maneira de comunicação ocorreu outras vezes durante toda pesquisa, com ele e com outros moradores, e percebi que deveria me atentar a ela. Num primeiro momento, pensei na repetição apenas no plano de uma forma de “esquecimento”. Somente após alguns dias em campo, observando os moradores e vivenciando a rotina institucional, que percebi que ela também podia fazer parte de outro plano. Às vezes a repetição chegava para um ouvinte desatento em formato de algo inconsciente ou de uma forma de esquecimento, como se o falante tivesse esquecido a primeira resposta e repetia a pergunta para sabê-la novamente. Mas, muitas vezes, ela parecia ser escolhida também para confirmar uma resposta não desejada ou como uma forma implícita e discreta de insistência.

Fumar no Lar Abrigado era proibido e Nilton buscava meios para conseguir cigarros fora daquele ambiente, como no caso citado, em que ele estava na recepção. Seria muito mais fácil colocar a repetição no plano do “esquecimento”, como se o morador estivesse se esquecido da primeira resposta dada e por este motivo estava perguntado o mesmo novamente. Mas, Nilton de Lourenço, por exemplo, conseguia lembrar de tudo o que conversávamos semanas depois, cumprimentava-nos pelo nosso nome completo, sabia datas exatas e lembrava e repetia muitos combinados que tinha com a equipe.

Percebi, portanto, que para alguns moradores as repetições eram comuns e exerciam funções-outras. Desenvolver um ouvido atento foi fundamental para que eu descobrisse o que deveria ser apreendido em meus dias em campo. Antes de falar algo, eu deveria saber como aquilo podia ser falado também por aqueles que compunham o ambiente. Nilton não podia simplesmente me pedir cigarros, pois era proibido fumar. Eu não sabia disso na primeira conversa com Nilton, mas exerci a repetição graças ao impulso que ele me deu ao fazer a mesma pergunta três vezes e eu a respondi, também, três vezes. Mas o interessante é perceber como essas perguntas foram feitas em momentos de aproximações diferentes, ainda que na mesma conversa. No primeiro momento ele não me conhecia, viu que eu estava na recepção, foi se aproximando e aproveitou que perguntei seu nome para perguntar se eu fumava. No segundo momento, depois de chegar mais perto de mim e sentar ao meu lado, ele aproveitou nossa aproximação física para me perguntar se eu fumava de maneira bem baixa, quase encostando em mim, como se estivesse me contando um segredo. Já no terceiro momento, ele viu que dei mais uma abertura quando comentei que ele parecia conhecer todos do Hospital e perguntou, mais uma vez, se eu fumava. Ele não parecia ter me perguntado três seguidas

vezes por ter esquecido as primeiras respostas, ele parecia repetir a pergunta como uma tentativa de obter uma resposta diferente, a partir de uma aproximação também diferente e a insistência apareceu ali na forma de uma troca comunicativa implícita.

Outra forma de comunicação que me deparei pode ser ilustrada pela continuação da mesma passagem do diário:

Nilton voltou para o Lar e eu continuei na recepção esperando a psicóloga me chamar. À minha frente, tinha um outro homem magro, da minha altura, com uma bolsa de tecido grosso e preto, depois descobri que ele era um interno [...] passou um enfermeiro por nós e levantei as sobrancelhas para o interno, ele correspondeu levantando as dele também e começamos a rir. Fizemos isso com mais duas pessoas que passaram por nós, e sempre esperávamos a pessoa que passou por nós sumir do nosso campo de visão para que pudéssemos começar a rir. Depois de um curto tempo ele se levantou e veio sentar ao meu lado, assim começamos nossa conversa. (Diário de campo, 29/01/2019)

Essa outra forma de comunicação, extremamente presente no Hospital, pode ser pensada como uma comunicação não verbal. Nossos corpos falam de diferentes maneiras e, às vezes, começar um primeiro contato com uma comunicação não verbal era mais assertivo do que chegar falando “oi” para todos. O que quero apontar aqui, elucidando minhas primeiras formas de comunicação, é o quanto foi importante, para minha pesquisa, construir o relacionamento e a troca comunicativa com cada morador de uma maneira particular e sensível. Não podia chegar falando “Oi, tudo bem?” para todos os moradores. Muitos estavam curiosos com minha presença, mas alguns também não me queriam ali e outros tinham muitas ressalvas. Isto ocorre, é claro, em todos os contextos de pesquisa de campo, uma vez que sempre há aqueles dispostos a compartilhar suas vivências e aqueles que preferem manter uma distância do pesquisador(a) e essas formas de relação não eram também fixas e podiam variar.

Em alguns casos a comunicação não verbal era mais utilizada que a comunicação verbal, mas levei muito tempo para aprendê-la e esse tempo custou alguns acertos e outros erros. Não foram raras as vezes que falava um “oi” e não recebia uma resposta em troca. O que é compreensível, uma vez que deve ser extremamente desgastante ter alguém novo em uma convivência que já possui muitas demandas. Uma sobrancelha levantada, por exemplo, foi uma maneira que encontrei para criar uma aproximação. Um sorriso, mesmo que de

longe, podia também ser um convite para uma aproximação e talvez uma futura conversa. Um olhar me dizia se eu podia ou não me aproximar e dizia também se eu estava no caminho certo ou ultrapassando limites. As roupas também comunicavam. Os próprios moradores sabiam como um ou outro estava de acordo com as roupas que vestiam e com o tempo fui aprendendo a comunicar também por estas formas.

A posição do corpo também podia ser pensada, naquele ambiente, como uma outra forma de comunicação não verbal, pois alguns demonstravam não querer conversar através da maneira como se sentavam e abaixavam a cabeça, por exemplo. Favret-Saada (2005) escreveu sobre este tema dizendo que a comunicação não verbal trata-se justamente da comunicação imediata que o termo *einfühlung* evoca. Traduzido para o português, o termo se aproxima do que conhecemos como “empatia” e traria a ideia de uma compreensão de pensamentos, emoções, motivos e traços de personalidade do outro a partir de uma autoconsciência. Para a autora,

uma comunicação verbal, voluntária e intencional, visando a aprendizagem de um sistema de representações nativas - constitui uma das mais pobres variedades da comunicação humana. Ela é especialmente imprópria para fornecer informações sobre os aspectos não verbais e involuntários da experiência humana. (p. 159-160)

Mas é interessante salientar que escrever sobre uma comunicação não verbalizada é uma tarefa ainda mais difícil do que percebê-la no campo. Cabe a cada antropólogo(a) reconhecê-la para que a comunicação flua cada vez de maneira mais assertiva. Argyle (1988) diferenciou a comunicação não-verbal em canais de comunicação utilizados para que as pessoas expressem emoções e personalidades. Neste sentido, dividiu-os em: contato físico, proximidade, orientação, aparência, movimentos da cabeça, expressões faciais, gestos, postura, movimento dos olhos e o contato visual. Mesmo que superficialmente, um conhecimento breve desta questão deixa um(a) antropólogo(a) em campo mais sensível à outras formas de comunicação, tornando a relação entre ele(a) e o campo uma relação muito mais próxima.

Interessante é também salientar que a comunicação não verbal está sempre em composição com a comunicação verbal e que uma integra e complica a outra. Isto me permite retomar, mais uma vez, a ideia da importância da particularização e da sensibilidade na

construção de relações, uma vez que cada um dos participantes do campo prefere e escolhe uma forma e um momento para se comunicar com o antropólogo(a). Como é extremamente complexo transformar em uma comunicação escrita a comunicação não verbal, evito, aqui, descrever de maneira longa os diferentes modos de comportamentos e as diferentes maneiras de agir ou de se vestir que comunicavam no contexto hospitalar, entretanto, o que é fundamental para o momento, é explicitar o quanto a comunicação não verbal fez parte do meu campo e me guiou na construção de relações comunicativas com os moradores.

Por fim, percebi também que na comunicação verbal do Hospital habita de maneira muito evidente e sólida uma pausa. Em algumas raras rodas de conversa no Hospital, podia acontecer de alguém fazer uma pergunta e a resposta vir apenas alguns minutos depois. Observei, quando sentávamos em grupos, que os assuntos emergiam, às vezes, mais de 15 minutos depois e ficávamos nos primeiros minutos apenas em silêncio. A pausa compunha a comunicação hospitalar e as respostas ou conversas emergiam sem pressa.

tenho que esperar 3, 5, 8 minutos até que alguém fale algo ou responda uma pergunta. O tempo corre diferente lá. A comunicação não se dá como estou acostumada. O silêncio toma conta da maior parte do espaço e a distância de uma forma de comunicação à outra pode durar muitos minutos. Às vezes estamos sentados em 4 ou 5 pessoas e até que alguém faça algum comentário ou puxe uma conversa pode demorar muito... estou me acostumando a tudo isso... às vezes alguém senta ao meu lado nos bancos de cimento e fica em silêncio... somente após alguns minutos é que puxa algum assunto. (Diário de campo, 13/03/2019)

Evans-Pritchard (1985, p. 84) apontou que “[...] a personalidade de um antropólogo não pode ser eliminada do trabalho.” e a observação dessa forma de comunicação sem pressa, no Hospital, pode ter emergido por se diferenciar muito da minha própria maneira de tecer comunicações. Tenho o costume de me comunicar de maneira muito rápida, até ansiosa, preenchendo qualquer possibilidade de silêncio com muitas palavras. Estas pausas que encontrei em campo tornaram-se também, portanto, um desafio de ressignificação da minha própria forma de comunicação. Com as pausas fui adquirindo espaços para reflexões e fui aprendendo, pouco a pouco, que as palavras não precisavam serem vomitadas de maneira impulsiva.

[...] estou tentando não puxar conversa pra ver o que e quando os moradores querem falar comigo ou entre eles. Isso é bem difícil. Tem gente que demora mais de 10 minutos para dizer alguma frase... Com Otávia mesmo... ontem fiquei mais de 20 minutos sentada na sala com ela até que a primeira frase surgisse, ela me disse: “A doutora deixou eu alisar o cabelo.”. O tempo é realmente diferente no Hospital. Eu, ansiosa que sou, estou ralando pra não puxar assunto nos momentos de tanto silêncio... como observar e participar sem interferir tanto na dinâmica do local? Como lidar com a presença tão forte do silêncio? O que o silêncio me comunica? (Diário de campo, 14/03/2019).

Descobri, depois de muitos dias em campo, que havia uma típica criação de outras formas de comunicação e negar comunicar-se poderia ser mais uma forma de proteção e de resistência. O mais interessante foi observar como as pausas foram sendo reconstruídas e ressignificadas ao longo da minha pesquisa e quanto o “não dizer” me comunicou e me ensinou. Retomo, por fim, um último trecho do meu diário de campo afim de ilustrar ainda mais essa questão:

[...] continuei na sala com a moradora Glória, ficamos em silêncio uns 15 minutos, a única coisa que ouvia dentro da casa era o ponteiro do relógio que parecia andar mais devagar que o comum. Não há dúvidas que o silêncio habita o Hospital e agora ele me habita também. (Diário de campo, 13/03/2019).

1.4) Uma antropologia do estômago: o campo e o corpo.

Esse sub-capítulo nasceu como uma necessidade, excepcional, tanto para minha pesquisa quanto para mim, de expor de maneira mais íntima minhas vivências no interior do Hospital. Expliquei, anteriormente, algumas características gerais do campo, entretanto, gostaria de aprofundar ainda mais em como eu o vivenciei. Desde que adentrei o Hospital, sentia que estava vivenciando muitas situações limites e (re)pensar minhas angústias e aflições parece possibilitar que minhas reflexões sobre a vida institucional encontrem caminhos mais longos e sólidos.

Eu vivia de maneira intensa a rotina institucional, chegava cedo ao Hospital, ficava no quintal com os moradores esperando a enfermeira nos chamar para o café da manhã, depois íamos para o refeitório, comíamos e, em seguida, seguíamos para o passe. No fim do passe íamos para a fila do remédio receber os comprimidos e, mesmo sem recebê-los, ficava conversando com os moradores enquanto eles esperavam seus medicamentos. Depois voltávamos para o Lar Abrigado e eu ficava transitando entre as casas durante o dia e nos intervalos das outras medicações e refeições. Esta era a minha rotina comum, feita todos os dias, entretanto, para pensar nas vivências no Hospital, gostaria de evocar agora os entres dessa rotina e não ela propriamente. Não nos importa agora a rotina comum, mas sim as partes que a compuseram.

Seria possível recorrer a um estetoscópio para enxergar uma realidade social? Talvez num plano imaginativo ou utópico sim, mesmo não podendo ser posta em uma experiência laboratorial, vejo que a realidade social precisa também ser estudada a partir de uma visão detalhada. À vista grossa, observei primeiramente uma rotina comum no Hospital e tudo parecia ocorrer exatamente igual todos os dias. Entretanto, a partir de uma visão detalhada para além do viés visual pude observar que além da rotina comum havia formas de viver o mundo institucional que extrapolavam o que podia ser “enxergado” e eu as vivenciava de diferentes maneiras. O mundo sensorial também compõe os trabalhos etnográficos e expô-lo é, sem dúvidas, um desafio. Busco, portanto, expor neste último sub capítulo algumas situações que me guiaram no campo a partir de meus próprios sentidos desse mundo sensorial.

Le Breton (2016, p. 279) destacou que foi a partir do século XV que, na sociedade Ocidental, o “visual” passou a assumir uma superioridade em detrimento dos outros sentidos e, pensando na Antropologia, podemos observar que o caminho não foi muito diferente. Supervalorizamos em campo o que vemos e escrevemos pouco sobre as impressões de nossos outros sentidos que não a visão. Ver e ouvir são as habilidades mais exaltadas nos trabalhos etnográficos, mas os cheiros e os gostos, muitas vezes, são negligenciados. Vale lembrar que a própria visão requer “outros sentidos, sobretudo o tato, para exercer sua plenitude [...] a visão se funde ao toque, ao cheiro, à degustação e à audição para atuar no imaginário social” (LE BRETON, 2016, p. 73). Stoller (1989) também aponta o quanto o viés visual da maioria dos etnógrafos, muitas vezes, leva-os à uma exclusão dos dados sobre o papel da audição e, particularmente, do sabor, do olfato e do tato, mas então como seria possível descrevê-los?

O Hospital que vivenciei tem cores, tem cheiros, tem gostos e tem sons, mas é muito mais fácil descrever o que vi e o que escutei. Entretanto, não poderia aqui descrever o Hospital tão somente a partir de imagens e repetir essa pretensa supervalorização do visual. Descrever outras experiências tem aqui, mais uma vez, um caráter experimental. Se quero que meu leitor se aproxime do Hospital, preciso que ele o conheça muito mais profundamente.

Le Breton (2016) já advertia que a condição corpórea no mundo permite que o experienciemos com todos nossos sentidos, mas adverte que a sensorialidade é também constituída socialmente, historicamente, culturalmente e individualmente, uma vez que cada um experimenta um universo sensorial de maneira diferente. Este é o ponto, minhas experiências sensoriais são “minhas”, mas são também construídas pela minha própria realidade social. Neste sentido, o encontro e o confronto com o Hospital se deu, principalmente, por termos universos sensoriais construídos, algumas vezes, de maneira drasticamente diferente e, em outros casos, de maneira extremamente parecida. Nas palavras do autor: “O ser humano vive de sensorialidades diferentes segundo seu lugar de existência, sua educação e sua história de vida.” (2016, p. 39).

O que me impulsionou a escrever sobre este assunto pode ser também ilustrado pelo que o mesmo autor escreveu: “[...] é confrontando com sabores inesperados, com odores, com músicas, ritmos, sons, contatos e usos do olhar que [os antropólogos] sacodem suas

antigas rotinas” (LE BRETON, p. 18). Fui, de certa forma, “confrontada” com experiências sensoriais em campo e isto, além de me impulsionar a refletir sobre, guiou também toda a minha escrita, pois, afinal, o que é a Antropologia senão uma “sacudida” na vida do antropólogo(a)?

Segundo Stoller (1989), os etnógrafos devem superar seus próprios preconceitos sensoriais para atender às expressões sensoriais das culturas que estudam. Esta “superação” pode ser lenta e cria um processo de desconstrução. Retomo, para ilustrar, uma outra experiência expressa no diário de campo:

Estou aqui em casa escrevendo no diário e tentando entender o que tenho vivido. Ontem, dia 22 de março, fui convencida, definitivamente, que venho fazendo uma antropologia do estômago. Por sorte, ainda não coloquei pra fora o que tenho acumulado. Meu estômago tomou vida própria. Ele está me atrapalhando em campo. Quem diria, meu maior inimigo está dentro de mim e nem é meu cérebro, nem meu coração, é meu estômago. Eu queria poder escrever coisas lindas aqui, mas a realidade me joga um tijolo na cara... ou no estômago! Isso não é um devaneio e nem uma crônica. É real, eu sinto... Não é figurativo também... Meu estômago me personifica! Hoje, depois do almoço, a Isis, funcionária do Hospital me chamou para ir até a sala dela para que pudéssemos fazer a entrevista que tínhamos combinado... fomos... na recepção ela percebeu que a funerária tinha chegado ao Hospital e disse que queria ver um paciente que tinha falecido antes que o levassem... me chamou para ir junto e eu fui. Fomos ao necrotério que fica no fundo do Hospital. [...] o necrotério parecia ser pequeno, duas salas, duas janelas e duas portas... algumas macas e um banheiro, só isso. Como estava trancado, Isis escorou na janela e disse: “Acho que o corpo ainda está ali, dá uma olhadinha pra mim?”. Escorei na parede e vi que tinha uma maca com um corpo embaixo do lençol branco. “Sim, ele está ali, eu acho”, respondi para ela. O cheiro do ambiente voltou para minhas narinas ao começar a escrever sobre isso e meu estômago também fez questão de me lembrar que ele existe, revirando aqui dentro de mim. Força, pensei na hora e penso agora também. Chegaram mais duas enfermeiras... me perguntaram: “Você já viu morto?” e eu respondi: “Sim”. Ela continuou: “Mas assim, fora do caixão?”. Pensei sozinha, “assim, fora do caixão não”, mas fiquei em silêncio. [...] Os homens da funerária, usando luvas, entraram e descobriram o internado do primeiro lençol branco sujo de sangue perto do braço. Ele estava envolto por mais um lençol branco por baixo. Descobriram-no também. Ele estava com uma cor diferente, com os olhos meio abertos... estava muito inchado... os homens da funerária pegaram o lençol e o amarraram pela barriga, o ergueram com o outro lençol que estava por baixo e o colocaram no chão numa estrutura que parecia ser de couro para levá-lo para o carro. A cabeça balançou muito. O corpo ficou imóvel. O levaram para o carro e o colocaram num compartimento extremamente baixo [...] foi assim que ele saiu do Hospital [...] a cabeça dele ainda balança na minha mente [...] Fiz a entrevista com as pernas bambas, estômago revirado... Sai da entrevista e fui embora. Fiquei 30 minutos na porta

do Hospital imóvel só pensando naquela situação...(Diário de campo, 23/03/2019).

Retomar a leitura deste dia atinge e evidencia todos meus sentidos. Como poderia me preparar para o ambiente do campo? Não preciso, acredito, tecer interpretações sobre este dia que transcrevi acima, ele diz por si e isto basta. Aquele dia ficou gravado em mim a partir da imagem do homem com a cabeça balançando e do cheiro inconfundível vindo do necrotério do Hospital e, é claro, foi sendo lembrado durante todas minhas reflexões sobre as vivências institucionais. Quando penso em cheiro lembro também de outro dia, ainda mais difícil:

um paciente da interna que perdeu a perna recentemente chegou no refeitório e sentou comigo e com a moradora Madalena. Ele disse que não dormiu bem de tanta assombração que viu... reclamou de um cheiro de fumaça e de corpo queimado... Foi quando Talita, a enfermeira, me disse: “Colocaram fogo na aldeia⁶ ontem, um paciente queria fugir e não conseguia, colocou fogo nos colchões de espuma e na porta de madeira, tinha um paciente cadeirante e outro tomando soro lá dentro”. Voltei para o Lar e a moradora Madalena reclamou que estava sentindo uma angústia, um aperto no peito que não saía... tomou água gelada para ver se passava... disse que tinha que andar de um lado para o outro que aquela sensação ruim não saía dela, que ela ainda sentia o cheiro de corpo queimado da noite anterior... eu também estava me sentindo estranha... meu estômago revirava. Soube quando cheguei em casa que um dos internos teve 30% do corpo queimado e o outro 70%. (Diário de campo, 08/04/2019).

Queria encontrar palavras mais assertivas para descrever minhas vivências, mas agora, compondo com elas, vejo o quanto careço de adjetivos para explicitar o universo sensorial que descobri em campo. Talvez citar as passagens do meu diário seja suficiente e é possível, através delas, ao menos nos aproximar do contexto sobre o qual busco escrever. Silva (1998, p. 68) escreveu que, às vezes, a observação participante faz com que tenhamos que enfrentar nossos próprios sentimentos e que a mesma ultrapassa as fronteiras do simples trabalho profissional, tendo consequências nos rumos das vidas particulares de quem a realiza. Poderia parafrasear também Favret-Saada (2005, p. 115) e dizer, mais uma vez, que não pude fazer outra coisa a não ser aceitar e deixar-me afetar, fui afetada e também inundada. A morte passou a fazer parte da nossa (con)vivência:

⁶ Eles também chamavam uma parte da ala masculina de “aldeia”.

Hoje, lá dentro, faleceu um outro morador. Isis, funcionária do Hospital, me explicou que eles contatam primeiro para a família para ver se vão arcar com o enterro, mas que a maioria não ajuda e fica como responsabilidade do Hospital. Como ele não tem vínculo social com ninguém, não será velado. (Diário de campo, 05/02/2019).

Saber que ele não seria velado e que ele não tinha nenhum contato ou vínculo social externo ao Hospital me deteriorou. Recorro à Stoller (1989, p. 3) para dizer que o Hospital “atacou meus sentidos” pois, assim como o autor, “Eu cheirei e provei coisas etnográficas e fui repellido e atraído por um novo espectro de odores, sabores, imagens e sons”. Eu provei experiências e sentimentos, além também da ausência deles. O vazio, a solidão, o abandono, a falta e a culpa. Conhecê-los, com tamanha intensidade, me recriou e comecei a recompor não tão somente meu trabalho, como eu mesma. Escrevi no diário de campo:

Vômito. Náusea. Enjôo. Calafrio.
Podia estar grávida, dizem que é essa a sensação.
Talvez eu estivesse, mas de mim.
Grávida de mim.
Acho que tô me parindo,
mas nada dessa perspectiva do individualismo moderno.
Eu tô... me (re)criando.
Me (re)criando da maneira mais profunda e dolorida.
Tô me (re)criando pelas entranhas.
Eu não gestaciono só minha pesquisa.
A gestação é minha e olha só, a gerada será eu mesma.
(Diário de campo, 28/03/2019)

Notável é, tal como escrito por Stoller (1989, p. 5), que em todos os momentos, ao escrever sobre minhas experiências em campo, deixei que as imagens, sons, cheiros e gostos do Hospital fluíssem *para e por* mim. E eu o senti. Senti tanto que o transbordei. As situações limites foram escolhidas para começar essa descrição dos sentidos com uma intenção de preparo do(a) leitor(a). Preciso que aquele(a) que ler este texto tenha, ao menos, breves experiências sensoriais para que possamos criar uma imaginação que o(a) aproxime, um pouco mais, do Hospital. Ser seu próprio instrumento de trabalho implica nisso, implica em além de observar, experimentar o campo.

As situações cotidianas e rotineiras também me colocavam na corda bamba do estar em campo em um ambiente hospitalar psiquiátrico. Era confrontada, o tempo todo, com

minhas próprias crenças, construções sociais e imaginários. O Hospital tinha um efeito muito particular em mim, ele me (des)orientava.

Estava no quintal quando Cida veio me mostrar um creme que comprou para raspar as pernas... o sangue escorria pela sua panturrilha, de maneira nada discreta. Quando perguntei se ela tinha visto ela me disse que era normal, que tinha cortado com a “gilete”: “é assim mesmo...” me disse e continuou a andar pelo Lar normalmente [...] Isabel e Rodrigo vieram me mostrar que tomaram banho, Isabel levantou o braço e pediu que eu cheirasse suas axilas, colocando-as no meu rosto... estavam realmente cheiRitas. (Diário de campo, 07/02/2019).

Essas situações não aconteciam no meu cotidiano fora do Hospital, a relação com o corpo e com as secreções eram interpretadas por mim de maneiras diferentes e acostumar com essa nova forma de relacionar-me com elas foi também um processo:

Hoje cheguei no hospital às 7:50h. Agora são quase 14 horas, faz um dia fresco aqui [...] no galpão da reunião espírita tinha internos de várias alas... me chamou atenção uma menina da minha idade que estava tão medicada que não conseguia fechar a própria boca [...] um morador interno foi sentando cada vez mais perto de mim, ele estava com as mãos extremamente machucadas e era possível ver as feridas profundas nas pontas de cada um de seus dedos, suas roupas também estavam sujas... Ele estendeu a mão para me cumprimentar, balbuciando com muita dificuldade: Oi, você é de São Paulo? Cumprimentei-o e disse que “não”, contei então que era mineira... (Diário de campo, 05/02/2019).

O contato com o corpo do outro esteve muito presente em campo. Era comum que os moradores me cumprimentassem com apertos de mão, abraços e beijos. Depois do primeiro mês eles começaram a me contar de outras doenças que tinham e os moradores do pátio estavam em situações mais críticas, com algumas doenças contagiosas. Busquei em Douglas, algumas interpretações sobre o que vivia. Segundo a autora:

A higiene [...] vem a ser uma excelente rota, desde que nós a possamos seguir com algum autoconhecimento. Como se sabe, a sujeira é, essencialmente, desordem. Não há sujeira absoluta: ela existe aos olhos de quem a vê. Se evitamos a sujeira não é por covardia, medo, nem receio ou terror divino. Tampouco nossas ideias sobre doença explicam a gama de nosso comportamento no limpar ou evitar a sujeira. A sujeira ofende a ordem. [...] Quanto ao aspecto convencional de evitar a sujeira, essas regras podem ser colocadas de lado em nome da amizade. (1966, p. 12-15)

Chamo a atenção aqui para esse caráter relativo da higiene, afinal, a sujeira “existe aos olhos de quem a vê”. Óbvio que não estou dizendo que no Hospital não era higiênico ou algo

do tipo, o que quero enfatizar é que a noção de higiene minha contrastava, às vezes, com o meu campo. Esse “confronto” dificilmente ocorria entre eu e os moradores do Lar Abrigado, mas se repetia com os moradores internos que viviam no pátio ou na feminina. Existem variados significados ligados à higiene pessoal, como os religiosos, os sociais e os relacionados à saúde. O que mais contrastei com o Hospital foi a relação com as excreções do corpo. Questões de higiene das casas, por exemplo, eram muito parecidas com as minhas próprias práticas e as casas eram limpadas todos os dias, pois “remover a sujeira” fazia parte das obrigações comuns diárias.

Mas a relação com o corpo destoava. Menstruação, catarro, fezes, urina, gases e vômitos não eram necessariamente vistos naquele ambiente com repulsa. Era comum que essas secreções do corpo compartilhassem conosco nossas vivências, elas estavam presentes em muitas situações e eram vistas como naturais, como o são na realidade. Encontrei em Le Breton (2016, p. 295) uma ideia interessante para este assunto, ele diz que na nossa sociedade Ocidental, o olfato é o sentido que mais carece de um vocabulário e que isso acontece porque afastamos odores da vida cotidiana, inclusive aqueles produzidos pelo nosso corpo, sob pena de uma “vergonha” ou “abalo de reputação”, neste sentido, é comum que busquemos perfumar e neutralizar o cheiro de nossos corpos e de nossos ambientes, numa busca de torná-los aceitáveis ao outro.

Comecei a notar o quanto afugentamos e omitimos da vida cotidiana, não tão somente os cheiros, mas também nossas próprias excreções e lidamos com elas em ambiente fechados e sozinhos, como algo que deve ser escondido ou motivo de “vergonha”. No Hospital não era necessariamente assim e conversar sobre as excreções era um assunto comum, assim como mostrá-las e/ou compartilhá-las.

Um ponto crítico dessa relação do corpo com as excreções era enfatizado nos momentos das refeições. Quando cheguei ao Hospital, combinei que comeria no refeitório com os moradores e comprei os tickets de alimentação⁷. Nos primeiros dias, as mulheres responsáveis pela cozinha insistiram em fazer marmitas para que eu comesse a comida da ala particular. Insisti, por meu turno, que gostaria de comer com os moradores e assim o fiz. Eu comia no refeitório junto com os internos de todas as alas públicas do Hospital, a comida era servida em pratos plásticos e só podíamos comer com colheres. Na fila, duas mulheres

⁷ O valor dos tickets era 5 reais por refeição.

serviam as comidas nos nossos pratos, colheradas enormes de arroz, feijão e alguma mistura, como carne ou ovo. Às vezes tinha salada ou algum legume, mas o mais comum era arroz, feijão e uma mistura.

A ideia de uma antropologia do estômago surgiu justamente no refeitório do Hospital. No caminho das refeições, sentíamos o cheiro da comida das alas particulares, que era servida ao lado do nosso refeitório, mas a comida que recebíamos era outra. O cheiro do nosso refeitório também era outro, ele estava lotado com muitos internados de todas as alas públicas e cheirava mais gente que comida. Recebíamos uma comida molhada (talvez porque muitos internados não tinham dentes) toda misturada, afinal, colocavam as camadas de comida umas sobre as outras. Nas mesas, era comum que tivessem comidas derrubadas e as excreções do corpo continuavam a habitar o ambiente junto com nós.

Os sons do Lar Abrigado eram curiosos também. Tinha pouco som vindo de conversas e o que mais se ouvia eram os rádios, às vezes tocando música e à vezes orações. O alto-falante do Hospital também compunha o som do ambiente e seus anúncios podiam ser escutados no interior de cada casa, ele falava o dia todo e todos os anúncios do Hospital eram reproduzidos no Lar Abrigado, até mesmo os referentes às outras alas: “Funcionária Carla, ramal 9. Funcionária Carla, ramal 9.”, ele repetia o dia todo. O alto-falante ficava em frente a todas as casas e seus anúncios podiam ser ouvidos o dia todo em todos os lugares do Hospital. Pássaros também cantavam no Lar e uma moradora sabia o nome de cada um deles. O ambiente também era composto pelo som das ordens que a equipe gritava no quintal: “Hora do remédio, vamos!”, “Ó o café, vamos!”, “O almoço gente, vamos!”, “Café da tarde... Olha o café da tarde.”, “Levanta gente, hora do remédio, vamos!”, “A janta, gente, tá na hora, vamos!”, “Olha a hora o remédio pessoal, vamos!”.

Tinha um morador que também compunha o ambiente com alguns gritos inesperados e os outros moradores se uniam para chamarem a atenção do mesmo e expressavam muita decepção quando ele gritava. Depois de um tempo, um dia em que eu estava na casa do morador que gritava, ele me contou que estava tomando água gelada para melhorar os gritos.

Por fim, um outro som que minha memória do Lar traz é o do latido do cachorro de Cida, ele é muito bravo e só interage com a dona e quando alguém se aproxima da casa da mesma ele sempre late e rosna muito. Sempre que eu chegava no Lar ele começava a latir e os latidos demoravam muito para parar. Os sons do Lar eram variados e, ao mesmo tempo,

eram compostos por uma rede de possibilidades comuns. Às vezes, quando recebiam alguma visita, o som alterava e quando alguém da equipe os visitava os sons de conversa eram muito mais presentes e os moradores aproveitavam para fazer pedidos e reclamações. Quando a médica os visitava, era comum que eles ficassem em volta dela fazendo queixas e muitos também choravam ao falar sobre seus problemas ou desejos.

Já os gostos do Hospital é difícil de serem descritos sem recorrer, novamente, às refeições. De manhã o Hospital tinha gosto de café doce ou leite morno. No almoço o gosto era de comida molhada. À tarde, tinha gosto de suco de saquinho servido em canecas plásticas e bolachinhas de água e sal e à noite o Hospital tinha gosto de comida molhada de novo. Fora das refeições comuns, o Hospital tinha gosto de refrigerante e salgadinhos. Como os moradores recebiam pagamento todas as terças-feiras e podiam comprar o que quisessem com seus dinheiros, muitos compravam salgadinhos industrializados sabor bacon e litros de refrigerantes. Era comum eu chegar em uma casa e algum morador dizer: “Pega uma coca pra ela” e sentávamos para tomar refrigerante e conversar. O Hospital também tinha muito gosto de balas de morango ou menta, pois os moradores acumulavam essas balas nas suas casas e presenteavam uns aos outros com as mesmas. Às vezes, quando íamos ao supermercado, era comum um morador ou outro pedir 5 ou 10 reais de bala. No dia a dia eles se presenteavam com as balas e sempre que eu estava lá, as ganhava também. A prática de presentear era também muito comum e não foram poucas as situações em que os moradores me presenteavam, como um chaveiro de coração que Margarete me deu: “É porque você merece, você merece um carro do ano, como não posso comprar te dou esse chaveirinho.” (Diário de campo, 13/02/2019) ou uma Santa Teresinha que Inácia fez questão que eu levasse para casa: “Pode levar de lembrancinha, coloca na sua bolsa!” (Diário de campo, 26/01/2016) ou também uma carta que Madalena me entregou, nela estava escrito “De Madalena para Sabrina. Eu gosto de Sabrina por ela tenho amizade. Por ela tenho amizade, por ela escreverei Sabrina do meu coração.” (Madalena, 11/02/2019).

Sjaak Van der Geest apresentou um trabalho⁸ em um evento que participei, em Münster na Alemanha⁹, relatando sobre as experiências também “desagradáveis” que nossos sentidos encontram em campo, no caso do autor, ele comentou sobre a defecação em pessoas

⁸ Defecating In Hospitals: Working With The Senses In Therapeutic Contexts. (NL & GB)

⁹ International conference “Aesthetics of Healing: Working with the Senses in Therapeutic Contexts”

acamadas e combinou suas próprias experiências com “fezes” com este estudo. Ele alertou que os(as) antropólogos(as) e também os(as) profissionais de outras disciplinas, têm prestado pouca atenção às experiências desagradáveis que nossos sentidos encontram. Segundo Van der Geest, os efeitos sensoriais da defecação humana são bem conhecidos e afetam pelo menos quatro dos cinco sentidos tradicionais, mas igualmente repulsivos são os efeitos sociais e emocionais que a defecação em um contexto hospitalar tem em pacientes e prestadores de cuidados profissionais. Essa fala me fez lembrar de um dia em campo em que uma moradora não estava se sentindo bem, não aguentou segurar e defecou duas vezes fora do banheiro, a primeira no quintal e a segunda no sofá da sala de sua casa. Esse fato aconteceu no domingo e eu não estava no Hospital. Cheguei no outro dia, na segunda-feira, e as moradoras me contaram que a mesma não estava bem, pois estava com “desintéria”. Eu sentei no sofá e só depois percebi que o mesmo estava sujo com as fezes do dia anterior. As moradoras tentaram limpá-lo mas não saiu tudo e eu acabei sentando por cima. Logo que sentei elas me alertaram para que eu levantasse, o sofá era marrom, o que não tornou possível que eu percebesse onde estava sentando. O sofá ficou manchado até meu último dia em campo, pois as moradoras tentaram limpar mas estava, como me disseram, “impregnado”.

Expor minhas experiências de maneira íntima e real aqui faz parte desse processo de compartilhar essas possíveis formas de experiências também “desagradáveis”. Entretanto, saliento que ao evocar a palavra “desagradável” não pretendo pensá-la como uma experiência essencialmente ruim, mas sim, como uma experiência que contrasta minhas próprias noções sociais e relacionais. Expor minhas sensações e sentimentos faz parte de um processo experimental de aproximação do(a) leitor(a) da reconstrução do meu campo, agora numa linguagem escrita, mas que aborda também outras dimensões da própria experiência.

Capítulo 2 - Contos etnográficos: a reforma psiquiátrica, o Hospital e o Lar Abrigado.

2.1) Valdir e a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

[...] hoje em dia, eu tomando remédio ou não tomando, eu sou a mesma pessoa, mas de primeiro eu levantava de manhã cedo já pensando no remédio... é... eu acho que eu era dominado pelo... eu me sentia dominado pelo remédio... eu sentia dominado... “não dá logo esse remédio?”, só pensava assim: “Não dá logo! Tá demorando.” Eu achava que demorava... e... depois foi passando o tempo até que um dia eu pensei: “Esse negócio de remédio é tudo...” eu pensava, “eu não tenho nada, fico aqui tomando remédio pra que?” E às vezes eu falava com o doutor e pedia até alta, “Ô doutor, cê podia dar alta pra mim que eu queria ir embora pra pensão”, ele pensava... pensava... é... ele falava: “Vamo fazer o tratamento mais uns tempo que você chegou aqui muito ruim” e eu falava: “Ô doutor, eu acho que eu não tenho nada.” Eu falava pra ele: “Eu não tenho nada não doutor... não tem nada...” então ele falava assim: “Cê tá tão bão, tão bão, que tá falando que não tem nada... e cê é um paciente que cê tem muito problema na mente...” ele falava... “Você tem muito problema na mente...” então eu falava “como que eu tenho problema na mente? Eu acho que eu não tenho nada não.” e ele falava: “Tem... cê tem sim...” Aí eu fui ficando... fui ficando aqui... (Entrevista com Valdir, morador do hospital, 02/04/2019).

Valdir me contou essa história, do seu primeiro internamento, em uma entrevista que fizemos no último mês do meu trabalho de campo¹⁰. Seu primeiro contato com o Hospital foi em 1971, quando completou 18 anos, e hoje, 48 anos depois, ele faz parte de um grupo de indivíduos que vivem a institucionalização de forma permanente. A “alta” que Valdir tanto desejava, ainda hoje, em 2019, não chegou. O Hospital que ele vive foi construído em 1948, no interior do estado de São Paulo em uma cidade que tinha, na época, apenas 19 anos de municipalização e 86.844 habitantes. O grande potencial de crescimento econômico e social, a economia latifundiária com grande produção de café, o título de cidade ponta-de-trilho¹¹ e a inauguração de duas indústrias foi o pano de fundo para as inspirações dos fundadores da instituição. A história apresentada a seguir foi composta por entrevistas que fiz com alguns

¹⁰ Essa entrevista aconteceu depois de termos criado um afeto muito grande, um pelo outro. Quando comecei a frequentar o Hospital, como já dito, registrava tudo o que vivenciava com os moradores no diário de campo, quando chegava em casa. Como meu contato com a equipe do Hospital era muito menor, optei por fazer entrevistas com os mesmos e isso gerou questionamentos entre alguns moradores: “Por que você não faz entrevista com a gente também?”, “Você só faz entrevista com os letrados?”. Interessante é pensar que, nas primeiras semanas, se eu entrasse no Lar Abrigado com uma caneta ou papéis, o silêncio predominava mais que o comum e ninguém falava comigo. Quando nossos laços sociais foram criados, a entrevista foi solicitada por eles próprios e a marquei com os que queriam serem entrevistados. Valdir foi um deles.

¹¹ Segundo Monbeig (1984) as cidades “ponta-de-trilho” eram aquelas que abrigavam a última (ou a primeira) estação de trem até onde os caminhos da estrada de ferro se estendiam.

voluntários espíritas kardecistas do Hospital, combinadas também com entrevistas com a equipe do mesmo e com alguns moradores, além de um levantamento bibliográfico e documental.

Contaram-me que na década de 30 um grupo de homens fundou um centro espírita, eles vieram de outras cidades para trabalhar e eram, na sua maioria, médicos e empresários. Além das reuniões espíritas, faziam visitas à cadeia pública para *dar o passe*¹² e levar doações e cigarros para os presidiários. Segundo um voluntário espírita, havia naquela época um espetáculo deprimente nas grades localizadas nas vias públicas. Foi numa dessas visitas que observaram que na cadeia havia uma cela coberta por um pano. Intrigados, questionaram o porquê de somente aquela cela estar assim, coberta por pano. Os funcionários da cadeia explicaram que era a “Cela dos Loucos”. Ao aproximarem da cela e da história daquelas pessoas, descobriram que eram indivíduos que não tinham cometido crimes, mas eram “loucos” e observaram também que os mesmos estavam acorrentados. Segundo alguns voluntários espíritas, aqueles que estavam na “Cela dos Loucos” tinham comportamentos “sobrenaturais” e “desumanos”: “Uma senhora ter que ser contida assim? Com aquela força? Isso não era normal, eles sabiam que tinha a intervenção de espíritos”, contou-me uma voluntária espírita. O grupo de homens, indignado, pois alegava conhecer as implicações espirituais¹³ da então considerada “loucura”, começou a direcionar esforços para a construção de um ambiente destinado ao cuidado daquelas pessoas. Decidiram, portanto, construir um hospital espírita.

O processo de construção do Hospital durou 10 anos. Primeiro, fizeram uma comissão que seria responsável por levantar recursos financeiros e criaram o “livro de ouro”, o qual levavam de porta em porta e, após contar a história dos homens que estavam “enjaulados” na cadeia pública, pediam doações monetárias para a construção de um novo ambiente que seria utilizado para cuidar dessas pessoas. Depois desta primeira captação de recursos, também receberam a aprovação do Estado e conseguiram comprar um terreno (24.200 metros

¹² Segundo o Dicionário de Parapsicologia, Metapsíquica e Espiritismo, *passé* é: “movimentos com as mãos, feitos pelos médiuns passistas, nos indivíduos com desequilíbrios psicossomáticos ou apenas desejosos de uma ação fluidica benéfica. [...] Os passes espíritas são uma imitação dos passes hipnomagnéticos, com a única diferença de contarem com a assistência, invocada e sabida, dos protetores espirituais.” (PAULA, 1970, p. 57).

¹³ “O dr bezerra de Menezes escreveu no livro intitulado “A loucura sob um novo prisma.”, que a loucura, que a doença mental, muitas vezes ela tem influência espiritual, às vezes ela é obsessiva e às vezes uma mediunidade descontrolada e aí é claro, por que a pessoa enlouquece? Porque ela não consegue identificar o que é a mente dela e o que é um pensamento intruso dessa mente, aí então ela desequilibra” (Entrevista com Rita, voluntária do Hospital, 08/02/2019).

quadrados) que era uma parte de uma antiga fazenda de café. O Hospital, já na sua fundação, virou um polo e recebia pessoas do país todo. Havia 290 leitos disponíveis e as intenções primárias foram expandidas e criaram, nas dependências do mesmo, outros serviços, como por exemplo, uma ala destinada à maternidade.

A proposta principal era dar um tratamento também espiritual aos internados. Ao longo dos anos o Hospital foi crescendo cada vez mais, as outras alas foram fechadas e os tratamentos foram redirecionados somente para cuidados de pessoas com sofrimento psíquico. Nos anos iniciais da instituição, a cidade passava por um processo intenso de expansão e o número de trabalhadores imigrantes só aumentava. No Hospital o tratamento utilizado era, principalmente, a eletroconvulsoterapia. Segundo um funcionário muito antigo, naquela época havia 4 tipos de pacientes, os que não podiam pagar nada, os que podiam pagar pelo menos os remédios, os que podiam pagar os remédios e mais algumas coisas e os particulares, que pagavam todo o tratamento. Era comum, após a alta, os pacientes voltarem para o Hospital com seus familiares afim de trazer retribuições. Como essa prática era muito rotineira, deixaram um espaço em um pátio para colocar as doações, que vinham, na maioria das vezes, em forma de porcos, galinhas e sacos de café, isso porque, naqueles anos, o município era ainda predominantemente composto por áreas rurais. Muitos pacientes eram recolhidos das ruas e não tinham documentos, o que dificultava a localização dos familiares. Alguns chegavam com camisas de força e a internação era direta, sem a necessidade de passar primeiro por um hospital geral, nas palavras da equipe, ocorria a “internação de porta”.

Naquela época não podia ter morador de rua, aí eles passavam e pegavam. Eles chegavam aqui sem documento, dava um endereço e a gente não achava ninguém, chegava de camisa de força, teve paciente que chegou muito mal, com larvinha de mosca que pousou em machucado na cabeça, com micose nos dedos, aí foi feito um grande tratamento... a maioria vinha com camisa de força que tava muito nervoso e aí depois disso, aí a pessoa chegava, enquanto a família fazia a ficha, as pessoas punham eles no pátio e soltava, tirava a camisa de força, muitos se acalmavam, dava uma alimentação... e outros precisavam de injeção e de contenção física... (Entrevista com Teodoro, funcionário do Hospital, 16/04/2019).

Valdir nasceu cinco anos após a fundação do Hospital, em 1953, dois anos depois da construção do primeiro edifício da sua cidade, em um momento que houve um impulso no ciclo do desenvolvimento urbano na região. Ele era o filho mais novo de uma família

composta pelos pais e 4 filhos homens. Um ano depois de seu nascimento, o pai “sumiu no mundo”:

meu pai, nunca lembro de ter visto ele, não lembro memo, meus irmão conta que ele era branco, que meu pai era branco, minha mãe era morena mas meu pai era branco, não tenho lembrança nenhuma dele... só via fala assim, que meu pai... minha mãe era cearense... meu pai era mineiro... meu pai sumiu no mundo. (Entrevista com Valdir, 02/04/2019).

Os irmãos de Valdir começaram a sair de casa pouco tempo depois, quando os dois mais velhos se casaram e o outro mais novo, que gostava de cantar, foi trabalhar na construção de rodovias. No ano do aniversário de 6 anos de Valdir, sua mãe faleceu:

eu... eu não conheci pai e mãe... a única lembrança que eu tenho da minha mãe é do velório dela... quando ela tava no caixão... só isso que eu lembro dela... só lembro dela que eu vi ela no caixão... e... e... eu tinha os irmão que falava: “Valdir, a mãe morreu”, “Ela morreu Valdir”... lembro disso... assim... (idem).

Dois anos depois da morte de sua mãe foi lançado o livro “História da Loucura” (1961), de Michael Foucault, mas Valdir, aos 8 anos de idade, ainda não era “louco”, ele era um menino sem o pai, sem a mãe e sem os irmãos, em uma cidade que via o crescimento urbano se exponenciar ainda mais. Um dos irmãos casados levou Valdir para morar com ele e sua esposa, lá ele ficou por 5 anos. No seu aniversário de 12 anos, em 1965, 1 ano depois da instauração do golpe militar, Valdir chamou o irmão para conversar:

criei com irmão até a idade de 12 ano, quando eu fiz 12 ano eu memo chamei meu irmão pra conversa, que eu morava na casa dele, que meu irmão foi o melhor empreiteiro de ferragem, de construção civil, o melhor empreiteiro de ferragem que teve, então eu falei pra ele: “Eu queria sair da sua casa, não é por você... eu... eu não consigo ficar na casa dos outro... se você pagar pra mim uma pensão e eu ficar morando numa pensão eu me sinto mió.”. Depois de uns dias ele me levou eu pra uma pensão, uma pensão, eu fiquei lá. Lá eu levantava cedo, levantava cedo, tomava o café, depois eu arrumava algum servicinho pra fazê... trabalhava um pouquinho... (idem).

No início da década de 70 foi construído na sua cidade um parque industrial com 67 mil metros quadrados e começou a chegar na região pessoas de todo o Brasil. Valdir foi internado pela primeira vez no Hospital psiquiátrico alguns anos depois, no final da década, quando houve um período de saturação dos postos de trabalho urbano e as primeiras favelas

começaram a aparecer. Um antigo psiquiatra do Hospital, quando conversamos sobre aquele período, me contou:

O hospital era feito com celas de 2 metros e meio por 1 metro. E os pacientes eram trancados nessas celas com portas de madeira bem grossas e com uma portinhola embaixo que era posta a comida, então, era jogado palha de arroz para eles dormirem em cima do cimento... era um aspecto que te falei, medieval... havia assim um clima bastante... os pacientes recebiam eletrochoque, porque na época não havia muitos recursos farmacológicos e... e havia alguns outros tipos de choques, mais graves, mais malignos do que o eletrochoque [...] o choque insulínico [...] morria muitos pacientes [...]. (Entrevista com Carlos, 22/04/2019).

Madalena, uma moradora do Hospital de 64 anos, também me contou sobre aquela época e sobre o eletrochoque em uma outra entrevista:

Sabrina: Madalena, me conta sobre o choque?

Madalena: Ah... deita na cama, nos pés da cama, o aparelho do lado, daí eles fazem a gente morder um pano pequeno, não sei que que é, faz a gente morder, depois passa éter, um negócio de álcool aqui ó [apontado para as laterais da cabeça], pior quando dava uma batida só, só uma batida, depois no outro dia, dá 3 batida de aparelho, prusco, chama prusco, é de bater 1, 2, 3... e aí tem outra coisa... eles aplica no corpo também...

Sabrina: O choque?

Madalena: O choque... já morreu muita gente de lá... por causa disso... morreu... não aguentavam o choque...

Sabrina: Você já tomou?

Madalena: Já...

Sabrina: O que você sentia?

Madalena: Dói, eu tomava só aqui [aponta para a cabeça], não tomava no corpo inteiro não. Ah, que que eu sentia? Parecia que eu tava noutra mundo... Eu fiquei nem sei que hora fiquei meia hora desmaiada.... Fiquei até 24 hora desmaiada... não conseguia acordar... chamava outro médico pra ver porque eu tava desmaiada... fiquei 24 hora desmaiada...

Sabrina: Por que será que acontece isso, Madalena?

Madalena: Não sei... o médico que passa! Tinha um médico ruim lá, ele receitava remédio pra babar, pra virar os óio, pra impregnar, tudo isso. E o choque é um castigo, quer dizer, um tratamento, é, um tratamento, né? Quando o médico passar, eles escreve num papelzinho assim branco que é pra

receita do choque... aí tanta dor... morreu tanta gente... de tanto que eles aplicaram o prusco no corpo inteiro da paciente.

(20/03/2019)

Segundo um antigo médico do Hospital, naquela época, a cidade de Valdir estava num “estágio medieval” da psiquiatria e estas composições foram se transformando gradativamente. Ainda no ano da sua primeira internação, muitos funcionários moravam nas dependências do Hospital, o número de pacientes ultrapassava 400, havia médicos morando no segundo andar da instituição e, num anexo do terreno, construíram casinhas para uma enfermeira, um barbeiro, um motorista e outros funcionários morarem. Segundo os voluntários espíritas, essas casinhas foram necessárias porque o Hospital era muito distante do centro urbano, com ruas de terra, o que dificultava o acesso diário ao mesmo. Valdir também me contou sobre o momento que chegou no Hospital:

[...] quando eu cheguei aqui... eu... como eu cheguei muito confuso, eu morava assim em pensão e cheguei muito confuso e aí passei com o Dr. Jorge e eu cheguei tão confuso memo que ele receitou até eletrochoque pra mim... e aí a equipe que trabalhava com ele deu choque em mim e com a graça de Deus eu melhorei com eletrochoque... que eu tava aqui no hospital, tava aqui internado, mas eu nem sabia onde que eu tava... e eu não ficava pensando que eu tava fazendo... eu tava aqui, tava por tava, tava sentado, mas não sabia de nada... aí o Dr. Jorge receitou pra mim o eletrochoque que eu tinha ideia de suicídio, eu tinha muito essas ideia, inclusive parece que o Dr. Jorge falo que eu até tentei, e coisa que eu não lembro nada... e o Dr. que eu já tentei... então ele receitou pra mim o eletrochoque... e os enfermeiros de manhã cedo ficava tudo no meu pé... mandava lá... às vezes não tomava o café da manhã e se tinha eletrochoque pra tomar, tomava eletrochoque e depois do choque tomava o café... tomava o choque primeiro... e depois do eletrochoque que era o café... passava um negocinho e punha aqui, e punha aqui na fonte, e punha no botão e 'tac' dava aquele choque, aí a gente reanimava um pouco. (Entrevista com Valdir, 02/04/2019)

A indústria farmacêutica foi, naquela época, se potencializando e os medicamentos foram cada vez mais sendo criados e implantados, mas ainda havia nos hospitais públicos a utilização da eletroconvulsoterapia. Estava ocorrendo, no Brasil e em outros lugares - como na Itália e na França - um processo de remedicalização ou biologização da psiquiatria, consolidado pela publicação do DSM III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) que trazia uma compreensão das doenças mentais como “entidades mórbidas distintas e universais” e propunha uma substituição da relação terapêutica médico-paciente

pelo controle farmacológico dos sintomas (MALUF, 2010, p. 22). Em outras palavras, o que ocorreu foi uma tentativa de reposicionamento da “loucura” pela comunidade psiquiátrica, passando a centralidade para o indivíduo, através de uma ótica organicista direcionada por pesquisas bioquímicas e biomédicas atreladas às doenças mentais (CAMARGO, 2017, p. 56).

Estas doenças então passam a ser concebidas como fenômenos orgânicos e individuais e, portanto, passíveis de serem controladas pelo desenvolvimento de novos fármacos, concepção que poderia iniciar o processo de esvaziamento dos hospitais psiquiátricos (CONRAD, 1993, apud CAMARGO, 2017, p. 56).

Neste processo, ocorreu uma fusão entre as universidades e as indústrias, formando um complexo científico-industrial-tecnológico no qual a pesquisa clínica tornou-se uma atividade, basicamente, industrial (RAVETZ, 1973; apud GARRAFA; LORENZO, 2010, p. 21). Valdir passou por todas essas transformações dentro do Hospital. Nas palavras de um antigo médico, com o desenvolvimento da farmacologia a “camisa de forças foi tirada”:

a gente usava medicamentos... trazia muitas coisas, ia buscar em SP, e aí começamos um trabalho de socialização, de atividade. Na época havia muitos hospitais que a gente se relacionava e procurava integrar... havia todo um clima de correspondência que quando se introduzia uma técnica a gente se correspondia, se reunia e procurava então logo introduzir maneiras de facilitar... então foi uma época muito rica... nós chegamos a ter uma equipe multidisciplinar de 60 profissionais... uma coisa assim bem intensa... de quando foram produzidas uma série de trabalhos... nos congressos... (Entrevista com Carlos, médico, 22/04/2019)

Ele se referia não tão somente à farmacologização, mas ao início das primeiras movimentações do processo de reforma psiquiátrica no país, pouco tempo depois da primeira internação de Valdir, também na década de 70. O processo da reforma psiquiátrica, também conhecido como um processo de movimentação para possíveis processos de desinstitucionalizações e questionamentos da lógica manicomial, se fundamentou, principalmente, em uma ideologia de descentralização dos hospitais psiquiátricos, através das comunidades terapêuticas¹⁴ e da psiquiatria comunitária e, também, nas reflexões sobre loucura, psiquiatria e manicômios (CAMARGO, 2017). Segundo Oliveira (2010), os objetivos principais da reforma eram:

¹⁴ As comunidades terapêuticas são um ambiente de internação que oferece programas de tratamento visando o alcance da manutenção da abstinência, com encaminhamento posterior para internação parcial e/ou seguimento ambulatorial, conforme as necessidades do paciente.

pensar as intervenções sobre os problemas psíquicos e as políticas públicas que apoiam essas intervenções, como um campo intersetorial, multiprofissional e transdisciplinar; avançar a discussão pública sobre os problemas mentais e promover a cidadania plena dos usuários dos serviços de saúde mental. (p. 265)

Este processo emergiu em um cenário de “redemocratização e luta contra a ditadura, relacionando a luta específica de direitos humanos para as vítimas da violência psiquiátrica com a violência do estado autocrático” e influenciou na construção das políticas públicas na saúde e em outros setores, como cultura, justiça, direitos humanos, trabalho e seguridade social. (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2068).

Vale abrir um parênteses para falar, brevemente, sobre dois conceitos que nos acompanharão nestas exposições, o primeiro é o de “vulnerabilidade social” e o segundo de “lógica manicomial”. Ambos conceitos e as discussões que implicam estão diretamente relacionados às vivências e experiências de Valdir e de tantos outros moradores de hospitais psiquiátricos. Nota-se que nesta última frase não foi utilizado o passado como tempo verbal, uma vez que preciso enfatizar que ainda hoje a “vulnerabilidade social” e a “lógica manicomial” operam em nossa sociedade, não somente dentro dos hospitais, mas também fora deles. Assim, a vulnerabilidade social é pensada nesta pesquisa tal como definiu Wisner (1993):

A vulnerabilidade social é aceita como um fenômeno determinado pela estrutura de vida cotidiana das pessoas e comunidades. Existe certo grau de consenso relacionado a alguns fatores que a definem, entre estes, falta de recursos, como renda, informação, conhecimento e tecnologias; falta de acesso a poderes públicos e outros tipos de representação social; rede de relações sociais restritiva; diversidade de crenças e costumes entre a maioria da população e idade avançada. (WISNER, 1993 apud GARRAFA; LORENZO, 2010, p. 24).

Neste sentido, a vulnerabilidade social conduz os moradores de instituições a um contexto de fragilidade, desproteção e desfavorecimento, implicados muitas vezes, senão na maioria, por abandono, exclusão social e isolamento (GARRAFA; LORENZO, 2010, p. 24). Já o conceito de lógica manicomial refere-se não tão somente ao confinamento em hospitais psiquiátricos, mas também a uma série de posturas, olhares e maneiras de encarar o usuário dos serviços públicos ou privados de saúde mental que norteiam relações institucionais, interprofissionais e interpessoais (OLIVEIRA, 2010, p. 270), a saber:

Essas relações se contextualizam num sistema que se caracteriza pela objetivação do sujeito, cuja identidade passa a ser atribuída a partir de sua categorização como doente mental [...] a lógica manicomial se fundamenta na inclusão categorial da pessoa identificada como portadora de um problema psíquico de tal forma que deixam de lhe ser dados os mesmos direitos civis que a outros cidadãos que não estão classificados como tal. Isso pode, por exemplo, possibilitar que se tire do cidadão classificado como doente mental o direito à propriedade e outros direitos, como até mesmo o de ter e escolher seu vestuário, o que é frequente nas instituições totais. [...] Essa lógica fomenta a crença na exclusão em instituições totais como a forma prioritária para solucionar os problemas desses usuários, favorecendo a prática de exclusão a qualquer preço, mesmo que pelo uso da força, sempre sob a justificativa de que se procede para o bem do usuário e para a proteção dele ou dos que o cercam. (OLIVEIRA, 2010, p. 271).

Retomei estes dois conceitos após citar sobre o crescimento da indústria farmacêutica e o início do processo de reforma psiquiátrica apenas para enfatizar duas considerações. A primeira é que através desta “lógica manicomial” na qual Valdir estava exposto, ele era impossibilitado de escolher seus tratamentos e, devido a sua “vulnerabilidade social” explícita, ele não podia também lutar contra o que era a ele imposto. Neste sentido, Valdir e os outros moradores dos hospitais psiquiátricos estavam caminhando no fluxo histórico institucional de maneira coercitiva e obrigatória. Ele passou, institucionalizado, por diversos tratamentos e pretensas reformas e, resalto, que nenhum deles foi uma escolha do mesmo. Ele personifica, de maneira indiscutível, os processos relacionados à saúde mental no Brasil. Apresentei rapidamente esses conceitos também porque quero que, mesmo com toda essa apresentação das questões relacionadas à saúde mental e à reforma psiquiátrica, o leitor tenha em mente um Valdir que tem em suas vivências outras questões de ordem também social que o fizeram ser institucionalizado e não tão somente algo da ordem médico-psíquica.

Conhecido estes panoramas, voltemos ao breve resgate histórico dos direcionamentos do sistema de saúde mental brasileiro. Partindo de onde paramos, no fim da década, em 1977, na VI Conferência Nacional de Saúde, foram apresentadas as Diretrizes Programáticas de Saúde Mental e lançado o Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM) do Ministério da Saúde, havendo uma concretização de uma política de saúde mental de caráter preventista. Naquele período, Valdir teve duas altas, mas acabou voltando para o Hospital. Os motivos de sua internação não podem ser acessados, apenas consta em seus registros: “Paciente psicótico, sem condição de viver sozinho, mora em uma pensão, tem 2 irmãos vivos.”. Nas palavras de Valdir: “Eu ficava lá, ficava lá na pensão. O Sr. Jorge morava lá também [outro

morador do Hospital]. Eu tava confuso, sozinho no mundo, não arrumava emprego. Bebia muito... Aí me trazia pro hospital.” (Entrevista, 02/04/2019).

Sancionaram, ainda no mesmo ano, a Lei nº 6.439, criando o sistema nacional de previdência e assistência social dentro da filosofia da racionalização e modernização, cuja estrutura abarcou o INPS¹⁵, o INAMPS¹⁶, a IAPAS¹⁷, o CEME¹⁸, o LBA¹⁹ e a FUNABEM²⁰, além disso, Josicelli Freitas, médico e psicanalista, lançou o plano Integrado de Saúde Mental²¹. No ano seguinte (1978), foi criado o Movimento dos trabalhadores em Saúde Mental que, segundo Amarante (1995), visava proporcionar as transformações necessárias na assistência psiquiátrica. Na Itália, a lei nº 180, denominada “Lei Basaglia”, determinou a não construção de novos manicômios e a substituição dos existentes por uma rede de serviços em saúde mental. No Brasil, ocorreu uma forte Crise na DINSAM²², com muitas denúncias e demissões de psiquiatras, o que gerou um momento propício para que começassem as articulações para realmente efetivar uma reforma, entretanto, o Hospital que Valdir habitava continuava superlotado e sem perspectivas de mudanças. Naquele período ele viva no patião:

Quando eu cheguei, eu cheguei, antes de morar aqui no Lar Abrigado, eu morava no patião. Tinha homem e mulher lá. A gente ficava no pátio. Comia no pátio. Dormia no pátio. Namorava no pátio. Tinha o pátio e do lado os quarto. Tinha um quarto que ficava com roupa pra nois. Eu não queria comê, aí a Magda trazia comida pra mim. Lá que eu conheci ela, ela trazia comida pra mim, eu falava assim: “Ô Magda, eu não quero pega comida, traz umas bolachinhas pra mim” aí ela me trazia, ela me trazia uma bolachinha e um copo de café.

Em 1979, aconteceu em São Paulo o I Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental e as movimentações eram intensas para que houvessem mudanças nos tratamentos adotados nos hospitais psiquiátricos brasileiros. Foi também assinada, no mesmo ano, a Portaria Interministerial nº 1369: “tendo em vista promover a implantação do Sistema Nacional de Saúde” e, logo em seguida, a Portaria Interministerial 1396/79 que estabeleceu

¹⁵ Instituto Nacional de Previdência Social.

¹⁶ Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

¹⁷ Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social.

¹⁸ Central de Medicamentos.

¹⁹ Fundação Legião Brasileira de Assistência.

²⁰ Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor.

²¹ Disponível em: <http://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo>

²² Divisão Nacional de Saúde Mental.

diretrizes para a atuação conjunta em saúde mental e revogou a Portaria BSB 32/74 consignando a Política de Saúde Mental que deveria, a partir daí, ser desenvolvida pelos órgãos integrantes do Sistema Nacional de Saúde (VAISSMAN, 1983, 56). No mesmo ano, Franco Basaglia, psiquiatra italiano que teve seu nome escolhido para a lei citada acima, veio ao Brasil e visitou um hospital psiquiátrico, e, no fim da visita, comparou-o a um campo de concentração nazista.

Madalena, a moradora do Hospital, me contou sobre aquele período, entretanto, ela morava em outro hospital, também psiquiátrico:

Madalena: não... No outro hospital que eu tive era só judiação... apanhava... ficava ajoelhada em cima duma pedra... sabe aquelas pedra que tem aquelas coisica que pinica?

Sabrina: Acho que sei... Por que faziam isso?

Madalena: De castigo...

Sabrina: Castigo de que?

Madalena: não sei... faz castigo na gente... eu era muito judiada naquele hospital.

(Entrevista, 02/04/2019)

No ano seguinte, em 1980, a indústria cinematográfica entrou em cena lançando o filme “Em nome da razão”, do diretor Helvécio Ratton, considerado um instrumento de denúncia da violação dos Direitos Humanos das pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos, denominados, naquela época, de hospícios. No filme, além de cenas intensas de pessoas morando em hospitais, áudios de discursos de moradores e exposição da estrutura precária da instituição, foram expostas muitas questões que estavam sendo levantadas e questionadas pelos idealizadores da reforma e que aparecem, até hoje, nos relatos do meu trabalho de campo. Vale lembrar que todos esses anos foram repletos também de muitos congressos, seminários e encontros nos quais se discutiam as alternativas para a caótica situação da psiquiatria brasileira.

Em 1986, na Conferência Nacional de Saúde, foi discutido o Sistema Único de Saúde (SUS) e, já no ano seguinte, no II Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, definiram as seguintes deliberações: fundação do Movimento Nacional da Luta

Antimanicomial (formado por familiares e usuários dos serviços de saúde mental, profissionais da área da saúde, trabalhadores e qualquer um que estivesse de acordo com a luta), instituição do dia 18 de Maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, adoção do lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios” e publicação do Manifesto de Bauru²³.

Além disso, foi neste mesmo ano que foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) brasileiro, um espaço substitutivo ao modelo asilar destinado aos serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, com equipe multiprofissional e ótica interdisciplinar que realiza atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental.²⁴

Em 1988, houve a promulgação da nova Constituição Federal, a Constituição Cidadã, construída com ampla participação popular e que, de maneira geral, ampliou os direitos sociais. Foi naquele ano, finalmente, aprovado o Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo este direito no artigo 196, quando preconiza que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado”. No ano seguinte (1989), foi apresentado o Projeto de Lei 3657/89 de Paulo Delgado que previa a extinção dos manicômios no Brasil e a criação de uma rede de serviços de saúde mental. Valdir, naquele ano, continuava a viver no patão, foi o ano que ele encontrou sua namorada, que também começou a viver no mesmo ambiente. Quando perguntei como era namorar no Hospital, ele me disse:

ah...ah... nois só dava uns beijinho, nois só dava uns beijinho e ela falava que gostava muito de mim e eu falava: “eu também gosto docê”, mas eu acho que assim, pá, pá casamento que eu não queria...

²³ No manifesto, escreveram: "Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação. Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida. Organizado em vários estados, o Movimento caminha agora para uma articulação nacional. Tal articulação buscará dar conta da Organização dos Trabalhadores em Saúde Mental, aliados efetiva e sistematicamente ao movimento popular e sindical. Contra a mercantilização da doença! Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988! Por uma sociedade sem manicômios!" (Bauru, dezembro de 1987 - II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental).

²⁴ Disponível em: <http://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo>, acesso: 04/10/2019.

eu falava pra Magda que eu tava ficando véio, falava: “Magda eu to ficando véio.” ela falava que podia casar... que podia casar... que comigo e com ela dava certo... que podia dava certo... e... depois eu cheguei na conclusão que ela tinha razão... combinava bem com ela, combinava nois dois. (Entrevista com Valdir, 02/04/2019).

Em 1990, na Conferência Regional para a Reestruturação dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), emitiram a Declaração de Caracas, um documento que marcou as reformas na atenção à Saúde Mental nas Américas. Além disso, foram também criadas associações de familiares e usuários dos serviços de saúde mental e, em 1991, inspirada pela experiência do primeiro CAPS, a Coordenação Nacional de Saúde Mental iniciou uma série de publicação de portarias visando construir uma rede de saúde mental no país. Em 1996, no Hospital em que Valdir estava internado, foi montado o Lar Abrigado, localizado em um anexo e constituído por 6 casas com capacidade para 33 pacientes de ambos os sexos. O Lar foi ativado nas casas que antes vivia a equipe do Hospital e recebeu os moradores de longos anos de internação. Segundo alguns entrevistados da equipe, os tratamentos no Lar começaram a ser realizados por uma equipe multidisciplinar e os moradores eram vistos, internamente, como seres biopsicossocial-espiritual²⁵. A assistência espiritual era e é feita por voluntários de diferentes casas espíritas kardecistas da cidade e a direção do Hospital era e é também composta por cidadãos espíritas.

Segundo Camargo (2017), esses espaços denominados de Lares Abrigados foram construídos com o objetivo de seguir as diretrizes da portaria 224, que requeria reformulação dos espaços físicos dos hospitais psiquiátricos e implicaram em uma reparação da política asilar vivida por pacientes que passaram a se constituir enquanto moradores de hospitais. Eles estão vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e são compostos, assim como o do Hospital de Valdir, por casas construídas dentro ou fora dos muros dos hospitais, com o intuito principal de que seus moradores possam viver o ambiente hospitalar de uma maneira menos manicomial.

Até a virada do século, Valdir transitou entre a pensão que morava no centro da cidade e o hospital psiquiátrico e seus internamentos não passavam por grandes modificações; o que mais se alterava era o tempo de cada internamento, que estava cada vez mais longo. No novo século, ele não mais recebeu alta e passou a compor, de maneira definitiva, a categoria de

²⁵ Conceito que visa estudar a causa ou o progresso das doenças pautando-se em fatores biológicos, psicológicos e sociais; este modelo abrange disciplinas que vão desde a medicina à psicologia e à sociologia. (LUIS, 2014).

morador do Hospital. Pouco tempo depois, ele foi levado para o Lar Abrigado, agora com a condição de morador. Em seu último registros de internação consta:

Paciente morador, psicótico crônico. Com sequelas de “AUC” (ou HUC), por várias tentativas de suicídio com uso de medicação. Paciente não possui famílias. Não tem condições de morar sozinho. Morava em pensão mas depois de várias tentativas de suicídio a proprietária não autorizou sua permanência. Demenciado, devido à ingestão de muitos medicamentos. Beneficiário (1999).

Em 2001 foi, finalmente, promulgada a lei 10.216, a lei da reforma psiquiátrica (Lei Paulo Delgado) que além da proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, iniciou um período de redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental. No mesmo ano, mais uma vez a arte foi utilizada como tentativa de denúncia e conscientização social, através do lançamento do filme “Bicho de Sete Cabeças”, baseado no livro “O Canto dos Malditos” de Austragésilo Carrano Bueno. No filme, as condições precárias das instituições eram, mais uma vez, denunciadas, além dos maus tratos e os tratamentos invasivos e coercitivos. Seis anos depois, a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) foi também criada e fortaleceu, ainda mais, as movimentações para uma resignificação da institucionalização e desinstitucionalização no Brasil.

De maneira geral, na primeira década do século XXI foram muitos os encontros, conferências, simpósios e grupos de estudo que se debruçaram sobre o tema da saúde mental e da institucionalização psiquiátrica e, resumidamente, foram criadas 27 portarias que visavam produzir: 1) subsistemas de supervisão, controle e avaliação da assistência em saúde mental no país; 2) regulamentação dos CAPS nos diferentes estados do Brasil e dos SRT's (Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental)²⁶; 3) implantação do Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a Área de Saúde Mental, financiado pelos gestores federal e estaduais do SUS; 4) regulamentação dos atendimentos ambulatoriais; 5) instituição do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria); 6) controle das internações psiquiátricas involuntárias e voluntárias; e 7)

²⁶ “Moradias destinadas a pessoas que possuem transtornos mentais graves e ficaram internadas por muitos anos em Hospitais Psiquiátricos. Elas têm capacidade de 8 a 10 moradores e tem como objetivo reestabelecer o direito à vida comunitária e promover um convívio que possibilite aprendizagem e resgate de habilidades que foram comprometidas com o processo de internação. Contam também com o acompanhamento em tempo integral de acompanhantes comunitários que acompanham toda vida cotidiana dos moradores. Algumas moradias, que possuem moradores com limitações em sua saúde clínica contam também com um técnico de enfermagem.” (Disponível em: <http://www.aps.santamarcelina.org/servico/srtl/>, acesso: 30/12/2019).

formação de grupos de trabalho para o estudo da situação dos hospitais e dos portadores de transtornos mentais.

Sobre o tema da institucionalização e da desinstitucionalização, retomo o que pontuou Oliveira (2010, p. 274) ao dizer que a palavra “desinstitucionalização” é constantemente confundida com a palavra “desospitalização” e, para entender a diferença, seria necessário, primeiro, compreender que a institucionalização seria:

um fenômeno que atinge potencialmente todas as pessoas na sociedade, cujos comportamentos, atitudes e crenças, bem como os paradigmas que regem suas ações sociais e profissionais, são mediados por configurações acordadas para fins de manutenção de um certo estatuto social e cultural (ROTELLI, 2001, apud OLIVEIRA, 2010, p. 274).

Neste sentido, desinstitucionalizar não seria tão somente retirar de hospitais (desospitalizar), assim como institucionalizar não ocorre também somente no interior dessas instituições e pode ocorrer em outros espaços. Oliveira (2010) ainda define:

Desinstitucionalizar é alterar esses padrões e buscar novas maneiras de ser, reinventar novas formas de viver e, no âmbito do cuidado com a saúde mental, criar novas abordagens, praticar novos olhares, inventar a mudança para influir de forma positiva na determinação social do processo saúde-doença. (OLIVEIRA, 2010, p. 274)

As propostas do processo de reforma psiquiátrica foram também analisadas criticamente (cf. ANDRADE, 2012; MALUF; ANDRADE, 2014 & 2015; SARETTA, 2014; CARVALHO, 2014; ESCÓCIA; PAULON, 2015; MACHADO; MANÇO; SANTOS, 2005) e, de maneira geral, pode-se observar que ela foi responsável pelo início de um processo progressivo de extinção dos hospitais psiquiátricos que constituíam instituições superlotadas e custosas para o Estado (CONRAD, 1992, apud CAMARGO, 2017). Nas palavras de Andrade e Maluf (2014, p. 33 - 44):

A reforma psiquiátrica brasileira está em curso no Brasil há aproximadamente 30 anos e caracteriza-se por um processo complexo, responsável por um conjunto de transformações teóricas e práticas que têm como objetivo redirecionar a assistência psiquiátrica no país [...] é possível dizer que a reforma psiquiátrica se caracteriza por um processo definido em um tempo histórico, cujas mudanças podem ser reconhecidas nas instâncias institucionais, transformadas pelas práticas emergentes deste momento, por força da lei, e também nas instâncias de singularização das experiências vividas objetiva e subjetivamente pelos afetados por este processo, por assim dizer, todos nós.

Em questões quantitativas as mudanças são também evidentes. Desde os primeiros anos da reforma, os hospitais psiquiátricos tiveram, gradativamente, seus números de leitos reduzidos e, no país, houve uma diminuição de 80 mil leitos em 1970 para 25.988 leitos em 2014 (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2072). Foi possível observar ainda que o antigo modelo de cuidados hospitalares foi sendo substituído, também gradativamente, pelo modelo de atenção comunitária, no qual comunidades terapêuticas começaram a substituí-lo juntamente com o CAPS e o NAPS (Núcleo de Assistência Psicossocial)²⁷. Vários outros dispositivos compuseram o processo de estruturação da rede de atenção à saúde mental no país, como o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), o Serviço Hospitalar de Referência (SHR), o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH) e o Programa De Volta para Casa (LADEIRA; VOLPE, 2013). O número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) também saltou de 424, no ano de 2002, para 1.803 em 2012 (LADEIRA; VOLPE, 2013). Entretanto, mesmo com todas as tentativas de mudanças, muitos hospitais continuaram a existir e a manter em seus espaços internamentos de longa duração, como o caso de Valdir que mesmo com todo o processo de reforma, continua institucionalizado em um hospital psiquiátrico de maneira permanente.

²⁷ Presta assistência multiprofissional e busca a reinserção social de seu usuário, prevenindo internações psiquiátricas desnecessárias e compulsivas, combatendo o preconceito e a discriminação. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/profae/pae_cad7.pdf, acesso: 20/08/2019.

2.2) Sr. Jorge e o Hospital.



Foto 4: Fachada do Hospital.

Comecei as visitas ao Hospital de Sr. Jorge, que vive na mesma instituição de Valdir, em 2015, quando estava iniciando minhas aventuras no meio antropológico. Ele tinha 67 anos e estava institucionalizado há 23 anos. Era um típico contador de histórias e tinha, com a ajuda de uma professora do EJA (Ensino de Jovens e Adultos), criado um blog onde disparava conteúdos sobre sua institucionalização. Assim como Valdir, antes de ser institucionalizado de forma permanente ele transitou entre uma pensão da cidade que morava e o Hospital.

Eu acho, sinceramente, que foi de tanto beber que eu virei psicótico. Eu era alcoolista, eu ficava da pensão²⁸ pro hospital. A última vez que internei foi em 90, pra fica uns 30 dia. Minha mãe morreu, a assistente social me chamou na sala dela, aí eu perguntei: “É minha mãe né? Minha mãe morreu, né?”. Fui no velório da minha mãe e às 18h do dia 31 de janeiro ela foi enterrada. Voltei pro hospital e chamaram meu irmão porque eu tava de alta. Arrumei mala e tudo e saí para ir embora de vez, mais meu irmão não veio. Fez isso duas vez comigo. Me recolheram novamente. Depois disso, fiquei mais 9 ano no patião até que fui pro Lar. (Entrevista, 03/03/2017)

Quando voltei ao campo, 4 anos depois de conhecê-lo, descobri que ele tinha sido transferido para o “patião” novamente, pois estava passando por uma difícil fase e necessitava de muitos cuidados. Ele estava com 70 anos, tinha perdido quase toda a visão e

²⁸ Antes de ser institucionalizado no Hospital, o morador vivia em uma pensão no centro da cidade, assim como seu amigo Valdir.

andava com muita dificuldade. Ao (re)visitar o Hospital não pude perceber muitas alterações nas estruturas físicas básicas, entretanto, ficou evidente o quanto a reforma psiquiátrica parecia estar estagnada e pausada. Parecia ter havido um *boom*, no qual os tratamentos foram questionados, as maneiras de agir repensadas e os direcionamentos para o cuidado melhorados. Entretanto, de 2015 para 2019, período entre minha primeira visita e meu retorno ao ambiente, não pude notar nenhuma mudança nas alas públicas do Hospital. Reitero que essa observação só ocorreu nas alas públicas, pois a estrutura da parte particular do Hospital foi completamente alterada, com a construção de novos prédios e a adoção de novos serviços. Entretanto, nas alas do SUS, nada tinha mudado e, na verdade, tinham até mesmo diminuído as formas de cuidado além do medicamentoso.

O panorama brasileiro aponta, desde aquela época, para situações sociais graves, como pode ser visto no Relatório do Banco Mundial, onde diz que a pobreza aumentou no Brasil entre 2014 e 2017, atingindo 21% da população (43,5 milhões de pessoas) e as condições precárias de uma vida institucional acompanharam essa decadência. Em uma entrevista com uma assistente social, ela me disse:

Sabrina: Sobre a reforma, você observou muitas mudanças no hospital?

Natália: Eu mudei, eu creio que nós tivemos mudanças há um certo tempo positivas, depois tivemos uma regressão, e agora tá caminhando bem, para uma resposta positiva agora. Mas nós tínhamos há uns 8 anos atrás, nós tínhamos uma abertura maior, com os pacientes, participavam de coral, até fora desse coral, espetáculos, teatro, nós tínhamos natação, hidro, eles tinham a cozinha deles, eles cozinhavam, tinha frutos, queijos, coalhadas... depois começou uma mudança, houve uma perda significativa e daí foi como se todos voltassem pra dentro normalmente...

Sabrina: Como aconteceu essa mudança?

Natália: Foi coisa administrativa [...]

(23/04/2019)

A informação sobre a pobreza na população brasileira nos possibilita perceber o quanto os moradores de hospitais psiquiátricos estão inseridos em uma lógica de institucionalização que é criada não tão somente através de um viés saúde-doença, mas que também existem condições de marginalidade urbana e desigualdades sociais que constituem estes processos. Neste sentido, observar que a pobreza aumentou no país, que a crise econômica foi

exuberante e, que neste mesmo caminho, os investimentos para saúde pública em hospitais psiquiátricos foram submetidos à retrocessos inexplicáveis, é fundamental para escapar das determinações e explicações médico-biológicas que reiteram a condição de internados dos moradores. Como escreveu Bosi (1995, p. 11), “Em nossa sociedade de classes, dilacerada até as raízes pelas mais cruéis contradições, a mulher, a criança e o velho são, por assim dizer, instâncias privilegiadas daquelas crueldades - traduções do dilaceramento e da culpa.” Nesta citação, eu incluiria também aqueles conhecidos como “loucos” e, ficaria: 'a mulher, a criança, o velho e o louco são, por assim dizer, instâncias privilegiadas daquelas crueldades...' Embora eu não ache que “louco” é o melhor termo para me referir aos moradores, evoco essa ideia apenas pela lógica implícita que ela trás. Mas, Bosi (p. 11) completa: “a mulher, a criança e o velho não são classes: são antes aspectos diversificados e embutidos por entre as classes sociais.”. Realmente, estes sujeitos, juntamente com os “loucos”, não são classes, mas são, definitivamente, uma camada da população subjugada pela dependência e, neste caso, lê-se dependência como uma forma também de opressão. (BOSI, 1995)

No Estado de São Paulo, funcionam 36 instituições parecidas com a de Sr. Jorge, sendo três delas na capital. O número total de habitantes desses locais chega a aproximadamente 3,4 mil pessoas e o gasto com ações e investimentos em obras de saúde mental, como CAPS, leitos, programas de prevenção, entre outros, foi de R\$ 1,3 bilhão em 2018. Já para casos com necessidade de internação de curta duração, foram criados nos últimos cinco anos 1.082 leitos de saúde mental.

Uma farmacologização exacerbada foi a saída encontrada para substituir os desfalques na rede de serviços. Segundo Andreoli et al. (2007, apud Biehl, 2010, p. 325) a reforma psiquiátrica no Brasil foi acompanhada por uma queda significativa na porcentagem de recursos dedicados à assistência psiquiátrica e, entre os anos de 1995 e 2005, foi possível observar, por exemplo, que as internações psiquiátricas passaram de 95,5% do orçamento de saúde mental a 49,3%. O direcionamento dos recursos foi portanto predominante para medicamentos e uma parte para os serviços comunitários. Segundo o mesmo autor, a provisão de medicamentos aumentou de 0,1% em 1995 para 15,5% em 2005 - um aumento de 155 vezes no orçamento nacional e no Hospital de Sr. Jorge não foi diferente. Quando cheguei ao campo, alguns moradores frequentavam escolas, cursos técnicos e faziam

atividades extras com uma cuidadora. Atualmente, nenhum deles estuda em nenhum programa, a cuidadora foi redirecionada para outra ala e as atividades não medicamentosas são poucas.

Pensando mais amplamente, relembro que muitos hospitais tiveram um destino diferente e suas portas foram, realmente, fechadas. Aquelas instituições que sobreviveram, tal como o Hospital de Sr. Jorge, tiveram que se transformar para que pudessem continuar a existir. Uma das saídas foi um processo de transformação das estruturas para se tornarem hospitais gerais com especialidade em Psiquiatria. Aqueles indivíduos que moravam nos hospitais que interromperam suas atividades foram transferidos para outras instituições, de maneira obrigatória e coercitiva. Glória, com seus 45 anos e moradora do mesmo Hospital há 21 anos, também me contou sobre esse processo:

Glória: Eu morava em Santo Amaro, com minha mãe. Minha mãe mora muito longe, como é que eu vou atrás dela?

Sabrina: Quando foi a última vez que você viu ela?

Glória: O dia que eu perdi, eu tava na escola, aí se perdi e vim pra cá. Comia sujeira da rua, no lixo...

Sabrina: Tinha irmão?

Glória: Tinha 4, homem, mulher... a Joana, a Paula, o Marcelo, o Frannho. Só. E eu. Eu sou a mais velha de casa. Eu fui pra escola e se perdi. Pra voltar pra casa num sabia, aí eu catava coisa do lixo, comia pão duro, catava tudo... não tinha nada pra cume... aí pegou eu, catou na rua e levou pra FEBEM²⁹ da Moca. Aí eu tomei banho, troquei roupa. Aí eu fiquei lá... aí dormi... depois aí me trouxeram pra outra cidade, pra Jaú, aí de Jaú passei pra Tupã, já fecharam lá, sabia? A Casa da Criança... não tem nem criança nem nada... hospital tá fechado... não tem enfermeira... não tem mais nada... aí vim pra cá... lá era fechado, em Tupã não pode sair...

Sabrina: E quando você chegou aqui? Como foi?

²⁹ Atualmente, a FEBEM é denominada de “Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente (CASA)”, sendo uma instituição vinculada à Secretaria de Estado da Justiça e da Defesa da Cidadania, tem a missão primordial de aplicar medidas socioeducativas de acordo com as diretrizes e normas previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e no Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). Presta assistência a jovens de 12 a 21 anos incompletos em todo o Estado de São Paulo. Eles estão inseridos nas medidas socioeducativas de privação de liberdade (internação) e semiliberdade. As medidas — determinadas pelo Poder Judiciário — são aplicadas de acordo com o ato infracional e a idade dos adolescentes. (Disponível em: <http://www.casa.sp.gov.br/View.aspx?title=a-fundação&d=10>, acesso em: 10/12/2019).

Glória: Ah, a gente não sabia que ia vim pra cá, falaram que nois ia pra um piquenique, aí veio pra cá. Eu chorei um pouco e parei, só. Se não parar de chorar eles iam dar injeção...

(Entrevista, 09/04/2019)

Foi muito lento o processo de reforma nas estruturas da psiquiatria no Brasil. As mudanças não foram nulas, entretanto, o que ressaltado é que elas parecem ter parado no meio do percurso que as faziam crescer exponencialmente. Antes da reforma psiquiátrica, o Hospital de Sr. Jorge era composto por 330 leitos, sendo 260 conveniados com o SUS e 40 destinados aos pacientes particulares ou de outros convênios. Durante o processo da reforma, o mesmo teve seus leitos conveniados ao SUS reduzidos para 180 e o número de leitos particulares aumentou para 50 convênios, além disso, uma nova ala foi construída para começar um processo de transformação do Hospital que busca, atualmente, passar de hospital psiquiátrico para hospital geral.

Antes de adentrar ainda mais nas questões emergidas pelas falas explícitas anteriormente, voltemos nossa atenção para algumas informações estruturais da instituição em que os moradores vivem. Essa parte é fundamental para que o Hospital seja primeiro conhecido como um todo e para que depois mergulhemos no que ele transborda. Neste sentido, elucidarei nas próximas linhas, primeiramente como o Hospital está composto em um viés organizacional, através de uma composição com entrevistas, informações coletadas em sites na internet (Site do Hospital e da Associação Médico-Espírita do Brasil/AME-Brasil) e algumas observações e vivências do campo.

O Hospital está subdividido em alas hospitalares, cada ala tem características muito particulares. Quando cheguei ao Hospital e comecei a fazer minhas refeições com os internados, sempre sentava com os moradores da ala Lar Abrigado. Às vezes, pessoas de outras alas vinham, espontaneamente, conversar comigo e me contavam suas histórias:

[...]

Internada 1³⁰: Oi, eu sou a Lara. Minha mãe, é culpa dela que eu to aqui. Eu tenho depressão e bipolaridade, eu só precisava fazer tratamento com psicólogo mas ela me internou no hospital psiquiátrico. [...] quando eu tinha

³⁰ Serão denominados de “internados” todos aqueles indivíduos que estão no Hospital na condição de usuário do sistema de saúde mas com internações de curto prazo.

13 anos o diabo me estuprou, ele entrou no corpo do meu amigo. Essas coisas existe. Por isso que eles aparecem pra mim. Eu vejo. O diabo já apareceu pra mim. Primeiro falou que chamava belzebu. Tinha chifre. Essas coisas aparece pra mim...

(Diário de campo, 11/03/2019)

Era também comum que alguns internados de outras alas viessem sentar em nossas mesas para perguntar se eu era da ala Alan Kardec, quando negava, perguntavam então se eu era da ala Feminina e, por último, questionavam se eu era uma moradora. Entre as colheradas de comida, conversávamos:

Internado 2: Bom dia, moça.

Sabrina: Bom dia.

Internado 2: Cê tá há quanto tempo aqui?

Sabrina: 1 mês...

Internado: Kardec?

Sabrina: não...

Internado 2: Feminina?

Sabrina: também não...

Internado 2: Pode crê, ce tá no morador?

Sabrina: Tô sim... mas tô aqui pra fazer uma pesquisa.

Internado 2: Ah, tô ligado moça. Cê vai estudar nois? Cê gosta de estudar os louco?

Sabrina: eu estudo como os moradores de instituições vivem... por isso fico junto com os moradores... eles tão me ajudando no meu trabalho.

Internado 2: Tô ligado, se tem que ir na aldeia, lá é brabo.

(Diário de campo, 12/03/2019)

A diferenciação de uma ala e outra era muito presente no cotidiano asilar e, no momento das refeições era possível encontrar pessoas de quase todas as alas. O *quase* foi colocado intencionalmente porque havia no Hospital 2 refeitórios, um para a refeição dos internados dos convênios particulares e outro para aqueles vinculados ao SUS. Poucos eram

os internados de uma ala que sentavam com os internados de outra ala e, como as alas públicas são separadas entre homens e mulheres (menos o Lar Abrigado) era também um momento para que os internados das alas públicas interagissem e conhecessem outras pessoas e alguns mantinham relacionamentos afetivos entre-alas. Outro ponto interessante é que alguns moradores da ala patião recebiam sua alimentação dentro da própria ala e não faziam suas refeições com os demais.

No passe sim as alas eram todas misturadas (públicas e privadas) e era muito explícita a diferença das pessoas das alas do SUS e da ala particular. O único ponto que tinham em comum era a medicação, intensa, a qual, muitas vezes, os impediam até mesmo de se comunicarem. Era comum, como me diziam em campo, ter internados “viajado”, “nervoso” e “na abstinência” e, nos momentos nestes espaços em comum, trocavam informações sobre suas condições e contavam sempre o que os tinha levado para ali. Os “na abstinência” transpiravam muito e, frequentemente, mergulhavam a cabeça nas pias que tinha no refeitório e no passe, o que fazia com que todos identificassem suas condições e, conseqüentemente, suas alas.

Retomando a fala do internado 2, quando me perguntou se eu era da “Kardec” ele se referia à ala ALAN KARDEC, destinada ao atendimento de pacientes particulares e de convênios que recebe pessoas de ambos os sexos. A ala possui 18 apartamentos com 2 leitos cada, sendo 5 apartamentos de luxo e 13 do tipo padrão. Segundo o site do Hospital, o ambiente tem como objetivo: “Libertar o paciente da crise que se encontra e conscientiza-lo da doença, permanecendo internado apenas o tempo necessário para conseguir condições de retornar ao meio sócio-familiar o mais rapidamente possível”. Naquela Ala, as condições eram muito diferentes das outras alas do Hospital, além do ambiente dos quartos tinha um quintal com grama e era comum ver internados tocando violão, lendo livros e conversando em círculos.

Outro serviço particular e de convênios do Hospital é a ala denominada HOSPITAL-DIA, que tem capacidade para o atendimento de até 30 pacientes, de ambos os sexos, no site do Hospital, ela é definida como:

[...] um serviço hospitalar de Assistência à saúde mental, que representa um recurso intermediário entre a hospitalização e o ambulatório, tendo como vantagem principal a preservação dos vínculos com a família e a comunidade. Nessa modalidade de assistência o paciente permanece no Hospital no horário das 07h30 às 17h00³¹, servindo-se de três refeições diárias e fins-de-semana livres.

Nesta ala, os usuários ficam pela manhã em uma sala de terapia ocupacional e almoçam no Hospital. Eles fazem atividades diversas, recebem medicamentos e são acompanhados por uma equipe multidisciplinar. Depois do almoço voltam para suas casas e retornam para o Hospital no dia seguinte.

Retornando novamente ao diálogo com o internado 2, quando neguei ser da “Kardec” ele me perguntou se eu era da Feminina. Ele se referia ao HOSPITAL DE INTERNAÇÃO INTEGRAL, ala em que são mantidos convênios com o SUS, com 260 leitos distribuídos nas duas unidades: masculina e feminina. Na parte masculina são também subdivididos em psicóticos ou dependentes químicos e os últimos ficam na “aldeia”, também citada pelo internado 2. Segundo o site do Hospital, essa ala, composta por 3 sub-alas, está: “Situado em município sob gestão plena, a administração dos leitos cabe à Secretaria de Saúde e Higiene e são regulados pela Central de Vagas”. Sobre os objetivos da ala, está definido no site do Hospital:

Tirar o paciente da fase aguda da doença através de tratamento medicamentoso e psicoterápico. Visa a ressocialização do paciente estimulando a sua parte sadia através de grupos operativos, entrevistas individuais, reuniões de comissões internas, terapia ocupacional, passeios, recreação, etc.

Outra ala pública do Hospital é o LAR ABRIGADO, ala em que Sr. Jorge vive. É um ambiente também conveniado ao SUS e como dito anteriormente, composto por 6 casas e com capacidade máxima de 33 pacientes de ambos os sexos. Tem como objetivo:

O objetivo primordial é a ressocialização. É indicado para pacientes que apresentam longos anos de internação e que não possuam vínculo familiar. O objetivo principal é a desospitalização progressiva através de ações programadas pela equipe multidisciplinar, colocando-os em condições de recomeçar a vida em sociedade, como cidadãos úteis e produtivos.

³¹ Esta informação consta no site do Hospital, entretanto, enquanto estive em campo, os usuários dessa ala sempre permaneciam no Hospital apenas até o horário de almoço, às 11:30.

Nesta ala, que será melhor desbravada no próximo tópico, vivem os moradores de longa permanência que não mais possuem vínculos externos ao Hospital ou que possuem mas que estes não são suficientes para retirá-los do local. Outra ala com moradores é a UNIDADE DE LONGA PERMANÊNCIA E CUIDADOS ESPECIAIS - SUS, conhecida internamente como patião. Como citado, é uma ala que já foi mista mas que, atualmente, vivem nela apenas homens. As mulheres moradoras que viviam nesta ala foram redirecionadas para a Unidade Feminina e estão vivendo com as outras mulheres de internação curta (nos termos da equipe do Hospital, as “dependentes químicas” ou “psicóticas”). Nessa unidade habitam moradores permanentes que não possuem nenhum contato com o mundo externo, sendo destinada à internação de longa permanência de pacientes sem familiares e que não possuem autorização para sair do local (raras são as exceções). No ambiente, são ofertados 56 leitos. Vale dizer que esta ala não consta no site do Hospital e, por este motivo, não encontrei os objetivos principais da mesma.

Além dessas alas principais, A CLÍNICA ACONCHEGO, ala particular mais recente do Hospital, atende pacientes sob cuidados prolongados, podendo eles serem: convalescente, portador de múltiplos agravos à saúde, crônicos ou aqueles sob cuidados permanentes³². A ala possui em sua estrutura 35 leitos e foi fundada para retomar atividades de hospitais gerais e para auxiliar na sustentabilidade do próprio Hospital. O objetivo deste ambiente é:

o auxílio no atendimento de indivíduos que precisam de tratamentos para patologias de média complexidade de recuperação, como, por exemplo, recuperações cirúrgicas e AVC (Acidente Vascular Cerebral).

Além das alas, coexistem no Hospital de Sr. Jorge, dois tipos de tratamento, o tratamento médico e o tratamento espiritual, os dois são obrigatórios e ambos se completam e se complicam, não sendo a intenção do Hospital sobrepor um tratamento ao outro. Sobre o primeiro, consta nos documentos do Hospital: “O tratamento médico é aquele recomendado pela medicina atual, contando com a utilização dos recursos medicamentosos e de

³² A equipe do Hospital entende paciente convalescente como aquele submetido a procedimento clínico/cirúrgico, que se encontre em recuperação e necessite de acompanhamento médico, de outros cuidados de assistência e de reabilitação físico-funcional por período prolongado. Paciente portador de múltiplos agravos à saúde como aquele que necessita de cuidados médico-assistenciais permanentes e de terapia de reabilitação. Paciente crônico como aquele portador de patologia de evolução lenta, ou portador de sequela da patologia básica que gerou a internação e que necessita de cuidados médico-assistenciais permanentes, com vistas à reabilitação físico-funcional. Paciente sob cuidados permanentes como aquele que teve esgotada todas as condições de terapia específica e que necessita de assistência médica ou cuidados permanentes.

psicoterapias individuais e grupais.”. Já sobre o segundo, o tratamento espiritual, dizem: “O Hospital presta aos pacientes internados a assistência religiosa prevista na legislação”. Enquanto uma entidade espírita, presta também os seguintes serviços: 1) palestras espíritas matinais, de segunda a sábado, às 08:00 horas, com temas extraídos de O Livro dos Espíritos, onde participam pacientes de todas as unidades de tratamento. Logo após as palestras é feita a transmissão de energias bio-espirituais (passe) aos pacientes que o desejarem; 2) Orientação espiritual em grupo, uma vez por semana, às 16:00 horas. O orientador espiritual faz parte de um grupo terapêutico, que normalmente é de 40 pacientes. Nessa reuniões os pacientes podem tirar suas dúvidas. Os temas utilizados são de O Evangelho Segundo O Espiritismo.

Conhecer as dimensões da instituição também na ordem administrativa é fundamental para esta discussão. Como explícito anteriormente, o Hospital é subdividido em duas formas de atendimento, o primeiro é público, pelo SUS, sendo este responsável por 87,6% do faturamento do Hospital, com 260 leitos para internação convencional e 30 vagas para Hospital-Dia; e o segundo é por diferentes convênios e internações particulares, sendo dispostos para esse fim 18 apartamentos com 2 leitos cada, 5 apartamentos de luxo e 13 apartamentos padrão.

Outra forma de “sobrevivência” do Hospital é através de doações e do serviço de voluntários. Além das alas, ele comporta em suas estruturas uma padaria e um brechó e as vendas de ambos podem ser destinadas às necessidades do Hospital. O morador Sr. Jorge foi o primeiro a me explicar sobre as formas financeiras de sobrevivência da instituição:

Então, desde que cheguei aqui o lar só lotou. Tem gente que vai lá pra dentro e tem uns que volta. Você sabe né, que no hospital tem que cuidar do número de internações, não pode ficar internando qualquer um. Só quem precisa. Se melhorar tem que ir embora, mas quem não tem família vai pra onde né? Aí vai pro Lar, no Lar a gente tem que se cuidar sozinho, tem que tomar banho, arrumar o quarto... O gasto público é grande pra manter paciente internado. Compra café, leite, pão... A diária dos paciente particular é cento e pouco por dia; Aqui no Lar é 38 conto por dia. Tem uns que interna e sai com uma semana. Daí, sem diagnóstico o INPS³³ não paga e fica sem receber né, o médico. Eu acho que morador fixo deve dar lucro, porque tem aposentadoria. Aí tem que ir no INPS pra saber que tá vivo pra não dá fraude do paciente que morreu e gente continuar recebendo por ele né. (Entrevista, 24/08/2017).

³³ Instituto Nacional de Previdência Social do Brasil.

Além da aposentadoria dos moradores, o Hospital começou um processo de interdição para estabelecer a curatela dos moradores permanentes, isso porque, segundo a equipe do mesmo, os moradores estão envelhecendo o que dificulta o transitar para fora dos muros hospitalares para buscarem seus pagamentos. A curatela é “um mecanismo de proteção para aqueles que, mesmo maiores de idade, não possuem capacidade de reger os atos da própria vida.”³⁴, é também: “Um encargo imposto a uma pessoa natural para cuidar e proteger de uma pessoa maior de idade que não pode se auto determinar patrimonialmente por conta de uma incapacidade”³⁵. Para que o processo de interdição se efetive e a Curatela seja estabelecida, é necessário que seja comprovada a causa geradora da incapacidade. E ainda: “Como é uma medida drástica que atinge determinados direitos, a curatela não pode ser aplicada sem a devida análise do caso, e deve ter sempre por base a proteção do indivíduo interditado”³⁶. Para tanto, o diretor do Hospital - que é também um voluntário do mesmo - está como responsável de quase todos os moradores e recebeu a curatela de alguns deles, outros ainda estão em processos não efetivados.

Enfatizo que sempre que escrevo sobre o local onde Sr. Jorge vive, nomeio-o com letra maiúscula. Sim, foi uma escolha apresentar o Hospital assim, tal como fazemos com os substantivos próprios, com letra maiúscula pois, naquele local do Lar Abrigado, o Hospital é também um agente. O Hospital, dentro do cotidiano asilar, é um agente com desejos, expectativas e ordenações. Ele tem forma e tem cheiro e vive no cotidiano de cada um que por ali passa. Antes de ser um lugar, ele é, realmente, um agente. Sobre este Hospital agente, pensei em recuperar o trabalho de Eclea Bosi (2003), pois ela traz a ideia de que o bairro em que estuda tem não somente uma fisionomia mas também uma biografia, tem sua infância, juventude e velhice. Inspirada pela ideia de Bosi (2003), e substituindo “bairro” por “Hospital”, pensei o quanto este último acompanha também o ritmo da respiração e da vida dos seus moradores. Ele, que agora está em sua velhice com 71 anos completados, tem sua própria biografia expressa explicita e implicitamente nas relações entre aqueles que vivem em seu interior.

³⁴ As informações transcritas sobre a curatela estão disponíveis em: <https://direitofamiliar.jusbrasil.com.br/artigos/491595791/curatela-o-que-e-isso>)

³⁵ idem

³⁶ idem

Em campo, além da interação com as pessoas que viviam ou passavam pela instituição, esse agente também conduzia nossas relações, este agente Hospital. Até mesmo quando não lembrávamos que estávamos dentro de um ambiente hospitalar, quando estávamos, por exemplo, pintando cartões, ouvindo músicas ou fazendo outras atividades, o Hospital sempre era sentido, por mim e por eles. Parecia haver limites implícitos que nos controlavam e nos direcionavam. Até que ponto poderíamos dizer algo, a altura permitida da nossa voz, a velocidade de nossos passos, a maneira como deveríamos prender o cabelo, como deveríamos nos sentar, quais roupas deveríamos usar... O agente Hospital parecia fazer questão de lembrar-nos, o tempo todo, de sua existência - através dos funcionários, do alto-falante instalado no quintal, do seu formato espacial, etc. A voz do Hospital não era ouvida, mas percebida, ele era sentido e nos inundava. Todos sabiam tudo o que deveriam fazer para continuar a viver ali - as regras eram explícitas e as punições e o medo faziam parte da convivência harmônica.

2.3) O Lar Abrigado.



Foto 5: Casas do Lar Abrigado.

Conhecidas as dimensões estruturais do Hospital, enfoquemos nossas discussões na ala Lar Abrigado. Como citei, Valdir e Sr. Jorge, após anos de internação no Hospital, se tornaram moradores permanentes da instituição. Eles viviam juntos no pátio e passaram a habitar a nova ala na virada do século XX para o século XXI. Alguns autores reconhecem os indivíduos dessa categoria, que vivem longos anos de internação em hospitais psiquiátricos, como “moradores crônicos”, ou seja, aqueles residentes de instituições de modo permanente que apresentam ou não sintomas de doença, em outras palavras, aqueles que romperam com o sistema de trocas da sociedade, restringindo-se às relações mantidas dentro do hospital psiquiátrico (CARNEIRO; ROCHA, 2004).

Mesmo conhecendo este termo, optei neste trabalho por utilizar o termo “moradores” para me referir a eles por dois motivos: o primeiro é porque penso que o termo crônico reitera e corrobora com uma lógica manicomial que os vê como “*pacientes*”, o que significa dizer que estão sempre submetidos aos cuidados obrigatórios e coercitivos do Hospital por sempre estarem embutidos na lógica da saúde-doença. Esta mesma lógica os destituiu de direito de

escolhas, tanto no âmbito de seus “tratamentos” quanto nos desejos diários e, por este motivo, intensificam a ideia de que eles apenas devem seguir o que é a eles designado. O segundo motivo é porque o termo “morador” é também o mais utilizado no cotidiano asilar.

Naquele ambiente do Lar Abrigado (con)vivem 21 pessoas, todas elas moradoras da instituição de forma permanente. Elas estão distribuídas em 6 casas e a capacidade máxima do local é de 33 pessoas. Os moradores também transitam para outras alas, ou o “patião” ou a “feminina”, quando apresentam comportamentos que são considerados inassertivos pela lógica institucional, o que causa variação do número de moradores da ala. Durante meu trabalho de campo, por exemplo, era comum que eu chegasse no Hospital e tivesse 1 morador a menos pois o mesmo tinha participado de alguma “intercorrência” e foi levado “lá pra dentro”. Alguns sempre eram levados “lá pra dentro” e outros não.



Foto 6: Quintal do Lar Abrigado.

A ala, de maneira geral, é um ambiente que, visualmente, pode ser pensado como um grande retângulo vertical. Talvez, num primeiro momento, possa parecer desnecessária e superficial esta informação, entretanto, peço que a partir de agora o leitor entre de forma imaginária dentro do Hospital, preciso de uma aguçada imaginação para que as questões e reflexões fluam enquanto caminhamos por este espaço. À direita deste grande retângulo,

encontram-se enfileiradas cinco casas; suas paredes variam do rosa, amarelo, azul ao verde. Neste mesmo ambiente, quatro casas abrigam exclusivamente mulheres e apenas uma é habitada por homens. A quantidade de moradores varia em cada casa e há também uma circulação, não muito comum e, em alguns momentos, por questões diversas, eles mudam e trocam de casas. Cada casa possui uma varanda e um pequeno quintal e é, na maioria dos casos, composta por dois ou três quartos, uma cozinha e uma sala, além de um único banheiro. Logo em frente às casas, há um quintal comunitário onde algumas moradoras cultivam plantas e flores, em vasos de diferentes tamanhos espalhados pelo ambiente. No lado esquerdo do quintal, há bancos de cimento nos quais os moradores passam grande parte dos seus dias. Existem ainda 6 passagens e o muro. No alto do muro o alto-falante, que pode ser ouvido (e visto) por todas as casas.



Foto 7: Quintal do Lar Abrigado.

De modo geral, o Lar Abrigado pode ser pensado como uma pequena vila introjetada dentro dos muros da instituição. Duas das 6 passagens daquele ambiente resumem, de maneira generalizante e ilustrativa, algumas regularidades da própria rotina asilar. As outras 4 passagens, uma usada para o acesso à recepção, outra para a horta, uma para um antigo

refeitório desativado e uma para a saída do Hospital não compõe os caminhos comuns de todos os moradores. Restam para a maioria deles, portanto, duas saídas comuns. A primeira delas é a passagem para a enfermaria, onde tomam a medicação de três a quatro vezes por dia, com uma média de mais de 15 comprimidos diários. A outra passagem os leva para os outros dois principais locais, o refeitório e o passe. Alguns deles tem autorização para outros caminhos, entretanto, enfoco agora apenas nos caminhos que são permitidos para todos eles.



Foto 8: Frente da casa 5 do Lar Abrigado.

Os caminhos se repetem, os alto-falantes despertam com avisos corriqueiros e os moradores, logo quando acordam, são levados para o refeitório e recebem o café da manhã. Nesta primeira refeição do dia, normalmente é servido pão com margarina ou bolacha salgada e café, leite ou chá, nunca os três no mesmo dia. Saindo de lá, vão para o “passe”, pois, como citado anteriormente, aliada à rotina medicamentosa, existem também as práticas religiosas. Quando voltam do passe vão à enfermaria para a primeira medicação do dia e, depois, vão para suas atividades diárias. Algumas moradoras - mulheres - limpam suas casas e três delas

limpam também a casa dos homens e recebem um pagamento mensal para tal atividade. Os outros transitam entre suas casas e o quintal coletivo até a hora da próxima refeição, o almoço, servido também no refeitório principal do hospital.



Foto 9: Almoço.

Ao voltarem do almoço, recebem uma garrafa de café por casa e passam o dia todo ali, transitando também entre suas casas e o quintal coletivo. Alguns dormem depois do almoço, outros assistem televisão, muitos escutam rádios e alguns, com autorização para sair, fazem passeios pelas redondezas do Hospital. À tarde recebem um lanche e, normalmente, é servido bolacha de água e sal ou de amido de milho e suco feito com misturas em pó. Depois, têm mais uma medicação e, no fim do dia, recebem a janta e a última medicação. Antes de dormirem recebem a ceia, normalmente bolacha com suco, também em pó. A tabela abaixo ilustra a rotina comum.

Horário	Atividade
8h	Café da Manhã
8h30min	Passe
9h	Medicação 1
11:30	Almoço
12h	Medicação 2
15h	Lanche da Tarde
15h30min	Medicação 3
17h	Jantar
18h	Medicação 4
20h	Ceia

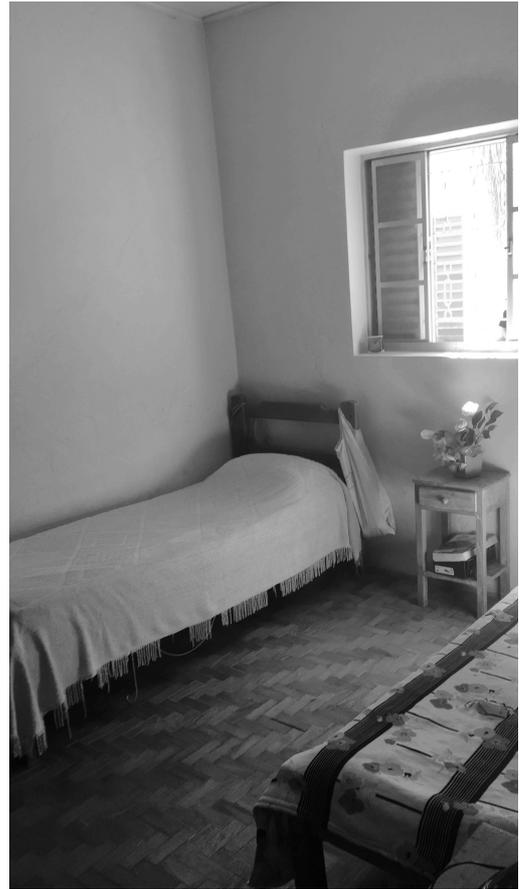
Valdir, por exemplo, vive em uma casa com outros 4 moradores. A casa dele é composta por 3 quartos sendo 1 deles equipado com uma televisão e todos eles com 2 ou 3 camas e ventiladores de teto, 1 sala com sofás, 1 cozinha com um grande armário, 1 geladeira, 1 pia, 1 fogão sem botijão de gás e 1 mesa com 6 lugares, além de 1 área de serviço com tanque de lavar roupas. As moradias apresentam algumas limitações como a proibição de aparelhos eletrodomésticos na cozinha, de fogões com botijões de gás e de objetos pontiagudos, como facas e outros objetos cortantes. Além das limitações, a estrutura das casas passam por complexos problemas, como infiltrações no teto, o que obriga os moradores a deixarem, na época de chuvas, baldes dentro dos quartos para as goteiras. Nas imagens abaixo, além das fotos que ilustram as goteiras, também trago uma sequência de imagens que mostram um pouco o interior das casas do Lar.



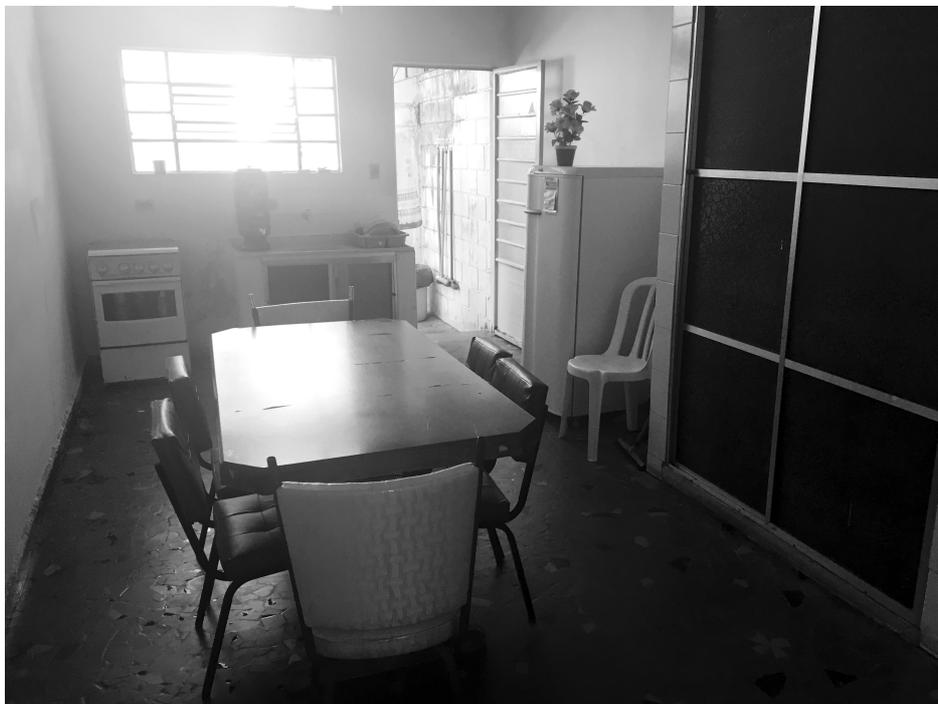
Fotos 10 e 11: Quartos do Lar Abrigado com goteiras.



Fotos 12 e 13: Salas de estar de duas casas do Lar Abrigado



Fotos 14, 15 e 16: Quartos de três casas do Lar Abrigado



Fotos 17 e 18: Duas cozinhas do Lar Abrigado



Fotos 19, 20 e 21: Geladeira, banheiro e área de serviço de uma casa do Lar Abrigado.

Dentro do Lar Abrigado, a rotina parece se resumir em esperar. Esperar dois caminhos principais. Esperar a hora da comida e esperar a hora do remédio. Sempre em filas, os moradores repetem o que parece ser os mesmos passos todos os dias. Na fila do remédio, enchem os copos plásticos com água e esperam seus comprimidos. Nos momentos da refeição, seguem em fila até o refeitório e, quando lá chegam, entram na fila da comida e esperam até que as auxiliares da cozinha coloquem a comida em seus pratos plásticos. Saem do refeitório, normalmente, numa espécie de fila desorganizada. Voltando para as casas o silêncio parece predominar e é possível ouvir o badalar dos segundos do ponteiro do relógio. Francine, com 34 anos de idade, a moradora mais nova do Lar Abrigado, ilustra a espera de maneira implícita através de sua fala:

Sabrina: Fran, primeiro eu quero que você me conte como que é morar aqui... o que que você faz?

Fran: Eu acordo, vou lá em casa escovar meus dente, arrumar meu cabelo, depois eu vou lá tomar o meu remédio... depois chama nós pro café depois vai pro passe.

Sabrina: E depois?

Fran: Depois eu volto de lá, limpo a minha casa, às vezes amanhã é dia de limpar os homi, eu vou limpar os homi, hm...

Sabrina: E aí?

Fran: A minha vida...

Sabrina: Depois de limpar a casa, o que você faz?

Fran: Vou lá limpar... minha casa...

Sabrina: E depois que limpa a casa?

Fran: Depois que limpa a casa?

Sabrina: Almoça?

Fran: Almoça...

Sabrina: E aí?

Fran: Ah, fico sentadinha ali.

Sabrina: Fazendo o que?

Fran: Sentada ali.

(20/04/2019)

O tempo, no cotidiano asilar, parece ser um agente, um agente quase inanimado. A definição trazida por Bispo (2016, p. 271) ao dialogar com Veena Das (2011), parece caminhar na mesma direção em que o vejo no caso do Lar Abrigado:

O tempo é imprescindível para a humanização da dor, pensa Das (2011), ele realiza um trabalho dentro dos contornos da vida: ele domestica e socializa aquilo que outrora não era nem narrável. Logo, o tempo também possui uma agência, trabalha. Das indica a partir de suas interlocutoras indianas que saber lidar com o tempo significa atuar diretamente na reconstrução de relações para, com isso, voltar a habitar o mundo.

No contexto hospitalar permanente do Lar Abrigado, o tempo atua de duas maneiras: uma primeira no sentido de *fazer esquecer* (principalmente a vida fora da instituição) e, noutra, como uma tentativa de *suavizar a realidade vivida*. Ambos direcionamentos estão interligados e se completam. O tempo parece (re)situar os moradores entre suas vidas não institucionalizadas (anteriores às internações) e suas condições de internados, e, em alguns casos, corrobora para tornar a cotidianidade hospitalar algo mais “tolerável” ou “vivível”. Ricoeur (2012) pensa a temporalidade como uma estrutura da existência, para ele, há um aspecto temporal da experiência, o ser no mundo, onde é desenvolvido um elo entre sentir aquilo que está passando e aquilo que se passará, ou seja, (re)pensar sua existência. No Hospital, o tempo (re)situa os moradores nas relações entre passado, presente e futuro, ressignificando suas relações sociais:

Hoje não vai ter passe, tá chovendo... Vou fica em casa... Esperar o almoço... Esperar o café... Esperar a janta... Não gosto de fazer nada, só limpar o vaso e a cozinha. Em Tupã tinha bordado. Eu gostava de lá. Agora não gosto de fazer nada. (Entrevista com Madalena, moradora do Hospital, 02/04/2019).



Foto 22: Moradora do Lar em seu quarto.

O tempo intensifica também as situações de silêncio. Veena Das (1995, p. 184) questionou se a dor poderia vir a desconstruir a capacidade de comunicação ou se, em outra instância, criaria uma comunidade moral entre aquelas pessoas que sofrem. Longe de minimizar os moradores do Lar Abrigado enquanto “sofredores”, retomo esta ideia porque eles estão no Hospital através de um diagnóstico de doença e este diagnóstico é o que eles têm em comum. Entretanto, a comunidade moral criada não seria tão somente aquela entre pessoas que sofrem, mas entre pessoas que são diagnosticadas como sofredoras. Neste caminho, Veena Das encontra, para além da mutilação dos corpos, a mutilação da própria linguagem, observando que a mesma torna-se omissa, chegando à condição de silêncio. Essa aniquilação ocorre dentro do cotidiano asilar de modo velado, e é também extremamente presente. A violência (pensando-a enquanto isolamento e destituição de direitos e escolhas) aniquila a linguagem, o que indica que o terror surge, também, no campo do “indizível”. Bispo (2016, p. 252) retoma Veena Das (2007) para dizer:

essa pobreza narrativa é resultado de uma dinâmica subjetiva que, em muitos casos, tende a tornar-se a grande virtude existencial desses sujeitos, aquilo que permite refazer suas próprias vidas frente a dilemas provocados por suas vivências diárias junto a outras pessoas.

Outros agentes inanimados que também atuam no cotidiano do Lar Abrigado são os *outsiders sources* (BEUF, 1979). Existem objetos e situações que expõe os moradores ao contato com o mundo externo e isso modifica a própria configuração da cotidianidade asilar. Os livros, a televisão, as raras visitas e os poucos passeios alternam com a vida institucional tirando os moradores da totalidade dos muros hospitalares. No Lar Abrigado as televisões sempre estão ligadas e alguns moradores têm o costume de ouvir rádios e estes objetos possibilitam um transitar para além dos muros.

De maneira geral, explicitar essas formas estruturantes e coercitivas que estão presente nas vivências dos moradores de um modo muito generalizante e homogêneo pode fazer com que o leitor pense que a realidade institucional é tão somente desta maneira. A intenção aqui não é reificar condições, mas sim, demonstrar como é o ambiente em que vivem e as coercitividades comuns que os moradores estão expostos.

Ver o Hospital como um agente que atua no Lar Abrigado nos possibilita compreender como ele é vivenciado no ambiente asilar. Apresento essas determinações antes de aprofundar nas maneiras próprias de viver a instituição desenvolvidas pelos moradores pois quero explicitar quais são as condições que os moradores estão expostos, entretanto, o que está por vir no próximo capítulo são alguns *entres*. Os *entres* nos caminhos... os *entres* nas casas... os *entres* nos corredores...



Foto 23: Moradoras no quintal do Lar Abrigado.

Caminhando nesta discussão, podemos observar que o Lar Abrigado está inserido em uma espécie de “instituição total” (GOFFMAN, 1961), mas, mesmo enquanto uma “instituição total”, há naquele ambiente algumas brechas e as situações escorrem entre os muros. O que quero dizer é que os moradores encontram meios-outros para viver essas determinações que parecem serem sólidas e o são, mas são também passíveis de (re)significações.

Os moradores esperam, vivem a rotina comum, tomam os medicamentos e seguem as regras do Hospital. Entretanto, caminhando no sentido de encontrar as próprias interpretações e formas de sociabilidade dos mesmos, podemos recorrer a ideia de “carreira moral do doente mental” (GOFFMAN, 1961) para apresentar esta ideia que será melhor abordada no próximo capítulo. Com esta definição, Goffman (1961) reflete sobre os efeitos da institucionalização nas relações sociais e ilustra a sequência de mudanças na concepção de *eu* dos internados. Segundo o autor, quando um indivíduo é institucionalizado, ocorre um processo de mortificação de seu *eu*, desenvolvido principalmente pela instituição. A barreira com o

mundo externo é considerada a primeira forma dessa mutilação. Outros aspectos também contribuem neste processo, como a destituição de bens materiais e a impossibilidade de expor preferências. Com esses ataques, ocorre um mecanismo de desfiguração, através do qual o sentido simbólico dos acontecimentos no internamento deixa de confirmar a concepção anterior de *eu* dos internos.

Mas a sociabilidade no Hospital, dentro do Lar Abrigado, não se resume às determinações hospitalares e uma abstração da institucionalização comum dos moradores possibilita encontrar as suas particularidades. Neste sentido, mesmo identificando todas essas determinações, sabemos - como escrito por Goffman - que: “toda instituição absorve parte do trabalho e dos interesses de seus membros e lhes proporciona um mundo próprio.” (1961, p. 17). Assim, gostaria de explicitar também que, para além dessa totalidade e regularidade - demarcada pelo tempo cronológico e pela rotina atribuída a partir das diretrizes médicas da instituição - subsistem (inter)relações paralelas que ocorrem dentro das casas e nos caminhos das “obrigações diárias” que extrapolam essas coercitividades, ou seja, os moradores conseguem criar um modo próprio de viver a institucionalização.

Essas formas que subsistem na cotidianidade demonstram as particulares formas de vivências dos moradores. Segundo Biehl (2005), os internamentos antecipam uma outra chance de vida e será sobre essa outra “vida” que nos debruçaremos no próximo capítulo. Podemos refletir sobre a estrutura social do Hospital ressignificada pelas vivências dos moradores também a partir do conceito desenvolvido por Goffman (1961) de “vida íntima da instituição”. Com este conceito, o autor demonstra que há um meio extra-oficial dentro das instituições, construído pelos internados, que demonstra tanto as forças coercitivas institucionais, quanto a recepção própria dos internados que agem no sentido de fazer subsistir suas formas particulares de vivências. Geest e Finkler (2004) também identificam esse universo próprio criado pelos pacientes de instituições e, a compreensão deste “universo próprio” é fundamental para qualquer reflexão que se pretenda fazer sobre a institucionalização permanente, portanto, busco nas próximas páginas encontrar esta “vida íntima” do Lar Abrigado.

3. A vida Social dos moradores permanentes do Hospital.

3.1) Ausência de obra³⁷.

Recentemente, inúmeros foram os trabalhos que me deparei que traziam à tona uma possível forma/caminho para a produção de conhecimento antropológico: a denominada “bricolagem”. Além dela, a ideia de (re)invenção de conceitos, termos e teorias também acompanha a antropologia há muitos anos. Talvez isso seja resultado de um preciosismo trazido pelas correntes antropológicas de um movimento dialético de autoavaliação. Estamos, constantemente, expostos a questionamentos e críticas tanto tecidas por ‘outros’ quanto por aquelas feitas por nós mesmos, como escrito por Peirano (1995, p. 51), “dados etnográficos antropológicos frequentemente são alvo de reanálises.” e podemos complementar com Nader (2011, p. 11), quando diz: “A ausência de acordo ou consenso total tem sido a força da etnografia e da antropologia, inspirando um processo dinâmico de “fazer etnografia” que ressoa com a mudança de mundos dentro e fora da academia.”

A ideia de bricolagem retoma e inspira a construção de um saber compositório, aberto não tão somente aos fluidos fluxos da vida cotidiana mas também aos possíveis desdobramentos de um momento-outro dos dados etnográficos. Este é o caminho do capítulo que se inicia, um lento passeio pelos *entres* institucionais, os *avessos*, buscando mais nos caminhos que nas chegadas uma aproximação às múltiplas formas-outras de viver o mundo institucional psiquiátrico para além das coercitivas determinações hospitalares.

Para a bricolagem etnográfica proposta, continuo a utilizar uma espécie de “mosaico metodológico” (BECKER, 1999, p. 104) e, portanto, retomo para as reflexões expostas a transcrição de vinte entrevistas que fiz dentro e fora do Hospital, combinadas com o material adquirido no meu diário de campo nos anos de 2016, 2017 e 2019 e com o levantamento bibliográfico que tenho também colecionado desde este mesmo período, além de um trabalho manual de 15 horas de transcrição dos prontuários médicos de todos os moradores do Lar Abrigado. Abro um parênteses para dizer que estes prontuários, longe de serem determinantes nesta pesquisa, foram apenas utilizados para questões mais “numéricas” ou quantitativas.

³⁷ Esse subtítulo foi inspirado em Foucault, 1961, p. 156.

Como dito, proponho um passeio pelos fluxos avessos pois, desde que comecei o trabalho de campo no Hospital, optei por não saber o “diagnóstico” de nenhum morador e escolhi os conhecer a partir do que teciam para mim em nossa convivência diária. Os prontuários foram observados apenas nos últimos dias da pesquisa para que eu pudesse me aproximar de outros pontos importantes para traçar o perfil dos mesmos, entretanto, após uma leitura exaustiva e da transcrição de cada um deles, percebi que eles não acrescentavam nenhum dado novo relevante que merecesse destaque.

Tabela 1

	Data da última internação	Tempo Vivido no Hospital	Pode sair?
Sr. Jorge	1996	23 anos	Não
Cida	1996	23 anos	Sim
Ezequiel	1996	23 anos	Sim
Francine	1996	23 anos	Sim
Glória	1998	21 anos	Sim
Isabel			Não
Irene			Não
Madalena	1996	23 anos	Não
Maria Fulana	1995	24 anos	Sim
Maria Regina	1996	23 anos	Sim
Margarete			Sim
Magda	2008	11 anos	Não
Otávia	1996	23 anos	Sim
João Antônio	1999	20 anos	Não
Paulo Sandro	1995	24 anos	Sim
Roger	1996	23 anos	Não
Rose	1996	23 anos	Não
Raquel	1996	23 anos	Não
Valdir	1997	22 anos	Não

Tabela 2

	Alfabetizado	Documentos	Benefício	Último Trabalho
Sr. Jorge	Não	RG, Certidão de Nascimento, Carteira de Trabalho	Aposentado por Invalidez	Autônomo
Cida	Sim	Carteira de Trabalho (+)	Interditada	Empacotadora de Supermercado
Ezequiel	Não	RG, Carteira Profissional	Interditado	
Francine	Sim	Certidão de Nascimento, Carteira de Trabalho.	Interditada	Empacotadora de Supermercado
Glória	Não		Interditada	
Isabel	Não			
Irene	Não			
Madalena	Sim	Certidão de Nasciment	Benefício de Prestação Continuada	
Maria Fulana	Sim			
Maria Regina	Não		Interditada	
Margarete	Sim	Certidão de Casamento	Benefício de Prestação Continuada	
Magda	Sim	Conta em seus registros que seus documentos estão com a filha.		
Otávia	Não	Carteira de Trabalho e Certidão de Nascimento.	Interditada	Ajudante em Lavanderia
João Antônio	Sim	Certidão de Nascimento, Carteira Profissional.	Interditado	
Paulo Sandro	Não	Certidão de Nascimento, RG, Carteira Profissional	Aposentado por Invalidez	Servente de Pedreiro
Roger	Não	Certidão de Nascimento, RG, Carteira Profissional	Interditado	
Rose	Não	Certidão de Nascimento, Carteira de Trabalho.	Interditada	
Raquel	Sim	Certidão de Nascimento, Certidão de Casamento.	Benefício de Prestação Continuada	
Valdir	Não			

Tabela 3

	Idade	Sexo	Naturalidade	Moradia Anterior	Auto Declarada
Sr. Jorge	70	Masculino	Cabrália Paulista - SP	Pensão	Branco
Cida	50	Feminino	Pirajuí - SP	Casa da Criança - Tupã	Branca
Ezequiel	45	Masculino	cidade ignorada	Casa do Menor de Dracena	Negro
Francine	34	Feminino	Lins - SP	Casa da Criança - Tupã	Negra
Glória	45	Feminino	Estado SP, município ignorado.	Casa da Criança - Tupã	Negra
Isabel		Feminino			Negra
Irene	55	Feminino	Conceição Aparecida -MG		Branca
Madalena	64	Feminino	São Paulo - SP	Casa da Criança - Tupã	Negra
Maria Fulana	50	Feminino	Jaboticabal - SP	Casa da Criança - Tupã	Negra
Maria Regina	54	Feminino	Santa Cruz do Rio Pardo	Casa da Criança - Tupã	Branca
Margarete	51	Feminino	Getulina - SP	Casa da Irmã	Negra
Magda	62	Feminino	Vera Cruz - SP	Casa da Filha	Branca
Otávia	56	Feminino	Vila Maria - subdistrito	Casa da Criança - Tupã	Negra
João Antônio	58	Masculino	Ipiranga - SP	Clínica de Repouso em Garça	Branco
Paulo Sandro	57	Masculino	Barretos - SP	Hospital de Barretos	Branco
Roger	47	Masculino	Vera Cruz - SP	Casa do Pai	Branco
Rose	57	Feminino	São Paulo - Liberdade	Casa da Criança - Tupã	Branca
Raquel	56	Feminino	Barueri - SP	Anexo de São Lucas de Garça	Negra
Valdir	66	Masculino	Marília - SP	Pensão	Negro

Praticamente tudo o que encontrei nos prontuários já tinha sido acessado por mim durante o trabalho empírico e, para não dizer que não houve nenhuma contribuição, ressalto apenas as idades que, devido aos longos anos de internação, muitos moradores se queixavam de não se lembrarem e a partir dos prontuários pude me aproximar desta informação de maneira mais exata.

Esquematizar esses perfis é interessante para uma aproximação dos sujeitos desta pesquisa e reafirmo que as informações das tabelas acima foram combinadas com as observações do campo. Um exemplo muito importante da necessidade dessa combinação é aquele referente ao “analfabetismo”. Muitos documentos vinham dizendo que os moradores eram analfabetos (57,8%), entretanto, em campo, quando comecei a passar muitas tardes no Hospital, combinei com alguns moradores de passar exercícios de matemática e português em cadernos para eles e pude descobrir que alguns moradores designados como “analfabetos” não o eram e me pediam os exercícios com muita frequência, além de exigirem que eu corrigisse as tarefas sempre que chegava ao Hospital.



Foto 24: Caderno de uma moradora.

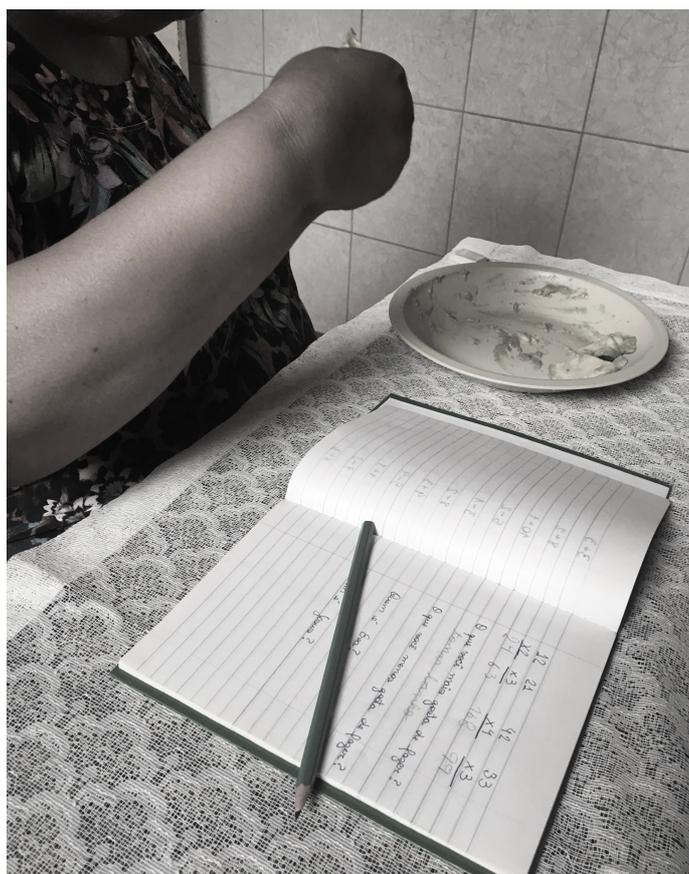


Foto 25: Moradora escrevendo e comendo abacate.

Nestas fotos é possível ver o caderno verde de Raquel, nele fizemos muitos exercícios e me admirei ao ler seu prontuário médico e ver que constava a informação: “analfabeta”. A ideia inicial era colocar os diagnósticos no mesmo “patamar” que a história que os moradores me contavam em campo, entretanto, pude observar o quanto eles (os prontuários) careciam. Enfatizo, assim, o quanto esses prontuários não foram elementos determinantes, nem predecessores. Os prontuários médicos, nesta pesquisa, estão em relação às outras fontes e são visto apenas como mais uma narrativa institucional.

Gostaria de elucidar o quanto há barreiras nos documentos institucionais. Eles são um grupo de 19 moradores, a maioria (84,21%) nasceu no estado de São Paulo e apenas 1 nasceu na mesma cidade que a instituição. Os moradores vieram, na maioria dos casos (63,15%), de outras instituições e nessas “viagens institucionais” muitos documentos se perderam. Além disso, quando um morador tem alguma complicação médica e precisa ser internado em um hospital geral, ele precisa receber “alta” do hospital psiquiátrico que habita e quando sua

internação no outro hospital termina ele é internado novamente no hospital psiquiátrico, por estes e por outros motivos, muitas datas de primeira internação ou datas de diagnósticos são recentes e os documentos mais antigos e dos primeiros anos de internação foram perdidos. Segundo os prontuários, a média de anos que os moradores estão institucionalizados é de 22 anos e a média etária dos mesmos é 66 anos. A maioria dos documentos foi escrita quando os moradores já estavam no Lar Abrigado, assim, não consta neles o tempo de internação no patião.

Se observarmos a divisão por sexo, podemos ver que 68,42% dos moradores do Lar Abrigado são mulheres e 31,57% são homens. Se cruzarmos esse dado com a categoria de “raça”, podemos observar outro ponto importante. Há 52,63% de moradores negros, sendo a predominância no Hospital de mulheres negras (36,84%), precedida por mulheres brancas (26,31%), homens brancos (21,05%) e homens negros (10,52%). Outro fato interessante é sobre a possibilidade de saída do Hospital (para passeios rápidos): 47,36% dos moradores têm autorização para saírem sozinhos, além disso, 73,68% dos moradores recebem benefícios e são interditados ou aposentados. Vale ressaltar, por fim, que a data dos últimos prontuários tem uma média de terem sido feitos em 1997, ou seja, os prontuários, há mais de 20 anos não foram atualizados. Os números trazem um panorama interessante, como disse Biehl (2016, p. 401), eles “[...] podem revelar invisibilidades, ajudar a desmascarar falsificações e a criar *counter-knowledge*.”. A partir dos números, muitas suposições são esclarecidas e provadas e tendo-os como pano de fundo, partamos agora para as questões que efetivamente impulsionam este trabalho.

Para este segundo momento, o raciocínio também de Biehl (2016) nos acompanha no sentido em que o autor levanta uma bandeira: valorizar as subjetividades, as sociabilidades em fluxo e as micro análises. Claro que, ao apresentar toda a coercitividade do Hospital, temos o intuito de não negar, de maneira nenhuma, as estruturas de poder que os moradores estão inseridos, entretanto, apontamos agora para um caminho das margens e dos avessos, um caminho dos *entres*, um caminho que escorre e vaza. Contrapondo com a genealogia foucaultiana e, tal como Biehl aproximando de Deleuze, buscamos agora, principalmente, considerar os sujeitos desejantes. Para Deleuze o desejo vem antes do poder. Este é o ponto. Os desejos ressignificam e reterritorializam estruturas de poder e são também criados por elas próprias. O Hospital é um agente coercitivo, agressivo, dominante e alienador. Entretanto, ele

não finaliza nem interrompe, ele o tenta, mas não consegue efetivar sua meta. Ele não efetiva porque lida com sujeitos e esses sujeitos desejam. O que move os moradores? O que os move efetivamente no cotidiano institucional? Seria o desejo? Seria o desejo a força propulsora de uma vida institucionalizada? O desejo requer mobilizações, direcionamentos e interpretações. O desejo de comer um doce. O desejo do sexo. O desejo de casar. O desejo de sair. O desejo de ir à igreja. O desejo de ter cabelo longo. Serão estes desejos e somente eles que permitem que as pessoas escapem da vida institucional, mesmo dentro de uma estrutura de poder?

O contexto, agora, não é a reforma psiquiátrica, nem as políticas de saúde mental, nem mesmo as normas hospitalares ou a rotina comum. O contexto agora é a crise, o avesso e o caos. O contexto é menos médico que social. O contexto é uma vila, uma vila com portas fechadas que confina e que parece sufocar, mas não sufoca. Naquela vila, o desejo reterritorializa novas possibilidades de ser, ele emerge na escassez e se faz abundante. Tal como disse Deleuze (1997), o desejo requer uma composição cartográfica, ele abre novos caminhos, constrói novas estradas e as ordenações comuns tornam-se obsoletas.

Beuf (1979, p. 7) desenvolveu um trabalho sobre crianças no interior de hospitais e, na introdução do seu livro, ela enfatizou o quanto as crianças são vistas, na sociedade americana, como incompetentes intelectualmente e consideradas incapazes de tomarem decisões. A autora enfatiza que este fato é justificado porque a ciência também as declara como incapazes de tomarem decisões. Fiquei admirada pelo quanto essa afirmação se aplica ao caso dos moradores de hospitais psiquiátricos. A ciência médica, há anos, destituiu os “loucos” de racionalidade ou possibilidade de escolha/decisão. Com a justificativa da “loucura”, centenas de pessoas são incapacitadas de fazerem escolhas e de opinarem em seus próprios processos de tratamento. Fui num evento (Encontro Catarinense de Saúde Mental, 2019) e uma pesquisadora, a qual infelizmente não me recordo o nome, disse algo parecido com:

Não podemos confinar, amarrar e fazer tratamentos sem consentimento, quem tem câncer, por exemplo, tem que passar por um processo de informação, consentimento... são esclarecidas as possibilidades... Em todas as práticas médicas se requer consentimento esclarecido da pessoa, mas por que não das pessoas psiquiatrizadas? Há exceções que terminam sendo a regra geral. Pessoas são internadas sem seus consentimentos. Outras pessoas tomam essa decisão por ela. O estatuto legal de exceção de direitos nega seu consentimento como iguais perante a lei, nega seu conhecimento... (Esse fragmento foi retirado de um bloco de notas que escrevi durante o evento).

Também percebi, quando saia dos muros do Hospital com os moradores, o quanto alguns olhares e comportamentos os colocavam nessa posição descrita por Beuf. Era comum, na padaria e no supermercado, por exemplo, que pessoas dessem sugestões de como deveriam agir ou o que deveriam escolher nas suas compras. Presenciei até mesmo uma cena em que um funcionário de um comércio segurou no braço de um morador para “evitar que ele escorregasse pois o chão estava molhado”. Fantasiada de cuidado, a hierarquização entre os “loucos” e os “outros” é construída a cada instante na lógica manicomial que estamos inseridos. O funcionário não segurou no braço de nenhum dos outros quatro homens que lá estavam, nem no meu braço, apenas no braço de João Antônio, um morador do Hospital. Nossa sociedade determina seus valores de acordo com a posição que ocupamos na estrutura ocupacional (BEUF, 1979) e é, sem dúvidas, negado um lugar nessa estrutura aos moradores de hospitais psiquiátricos. Ainda segundo Beuf (1979, p. 8), a hospitalização exagera essas atitudes escamoteadas em formas de cuidado e/ou preocupação e, assim, nos permite ter uma visão mais nítida delas. A pessoa hospitalizada não é apenas ou necessariamente um doente, mas também alguém institucionalizado, por este motivo, devemos expandir a noção do papel de doente adicionando-lhe as obrigações e demandas culturais inerentes ao papel da pessoa-em-uma-instituição-psiquiátrica (BEUF, 1979, p. 9- 15).

Como exaltou Ferrandiz (2011, p. 13), uma característica interessante da etnografia é que o “investigador não pode controlar mais que de uma forma limitada ou preventiva o que ocorre na situação de campo escolhida para a investigação, ao contrário do que acontece em uma situação experimental de laboratório, as coisas acontecem só uma vez.”, este é o ponto, acompanharemos agora esses imprevisíveis em fluxo, tendo sempre em mente todo o panorama coercitivo em que os moradores estão expostos, como escrito por Foucault (1961, p. 156): “O que é então a loucura, em sua forma mais geral, porém mais concreta, para quem recusa desde o início todas as possibilidades de ação do saber sobre ela? Nada mais, sem dúvida, do que a ausência de obra”.

3.2) Devir, Prática e Tática.

Continuando o exercício de bricolagem, ao pensar na vivência institucional como um fluxo permanente que é percorrido e composto pelos moradores e simultaneamente também os compõe, fui levada a buscar reflexões que me auxiliassem a escapar das tão somente descrições das formas coercitivas do poder institucional para, assim como proposto por Cunha (1986, p. 144) em seu estudo sobre o Hospital Juquery, “descer às abordagens dos casos que o hospital encerrou”. Fugir da genealogia foucaultiana não implica negá-la, reconheço-a enquanto pano de fundo do mundo institucional, mas o que impulsiona este estudo está além das determinações estruturantes institucionais.

Pensando mais calmamente, sabe-se que Foucault (1997, 1998) dedicou-se a tecer toda a história normativa e coercitiva presente nos internamentos, Cunha (1986) demonstrou o quanto, dentro de instituições, a própria rotina hospitalar faz com que os pacientes se tornem cada vez mais parecidos, o que resulta em uma negação da individualidade e da privacidade desses sujeitos. Andrade e Maluf (2016, p. 264), apontam o quanto o status de “louco” que é atribuído à estes sujeitos, coloca-os em uma condição de “vulnerabilidade” e o que “falam”, “pensam” ou “sentem” é sempre submetido a um “juízo alheio”. Beuf (1979), embora em uma instituição não psiquiátrica, elucida, assim como Goffman (1961), a mortificação do *eu* de pessoas institucionalizadas, denunciando a perda do senso de identidade e os danos permanentes. De maneira geral, incluindo ainda outros estudos sobre grandes instituições de internamento psiquiátrico, como Facchinetti, Ribeiro e Muñoz (2008) e Segawa (2002), todas estas pesquisas demonstraram, principalmente, o caráter reclusivo, disciplinante e moralizador dos hospitais (CAMARGO, 2007).

Entretanto, *indo contra a maré*, uma vez que acredito que estas questões já foram apresentada pelos trabalhos acima citados (mesmo sabendo que as discussões não cessam) e por reconhecer que existe sim todo o caráter coercitivo e violento das institucionalizações, gostaria, neste momento, de fazer um exercício de reflexão que interrogue essas afirmações. Será mesmo que ocorre uma “mortificação do eu”? Será mesmo que os “pacientes se tornam cada vez mais parecidos”? Será que eles estão sempre submetidos à um “juiz alheio”? Como os moradores vivenciam essas situações? Como é a “mortificação do eu” para aquele que tem

seu “eu” colocado no jogo institucional? É possível haver um escape dessas formas imperativas?

A ideia de revisitar a institucionalização por este viés, além de estar muito inspirada pelo trabalho de Biehl (2005), surgiu também por perceber, em alguns estudos, que a maioria deles partia de interpretação de laudos médicos, entrevistas com funcionários, familiares e ex-pacientes e as ações ou modos de vivenciar a institucionalização dos usuários dos serviços de saúde mental que habitavam hospitais de forma permanente eram raras se comparadas com as reflexões sobre o sistema coercitivo no qual estavam expostos. No levantamento bibliográfico que fiz, foi difícil encontrar trabalhos que traziam à tona a voz dos próprios moradores de hospitais psiquiátricos no momento de suas internações. Frequentadores e usuários dos CAPS, Espaços-dia ou de Hospitais Gerais são mais comuns, mas um morador de hospital psiquiátrico é bem raro. A antropologia traz muitas ferramentas de aproximação ao mundo 'do outro' e essa “sensibilidade antropológica” foi fundamental para que eu mergulhasse nesses *entres* e, enfim, chegasse em um *devoir* institucional.

Para Nietzsche, o *devoir* seria o impulso de vontade que se desenvolve cegamente, um impulso de vontade que se desenvolve na realidade de uma maneira um pouco cega, a partir dos desejos das potências de todas as coisas existentes. Há a realização não tão somente do vir a ser das coisas, mas também a realização do vir a ser mais, a potência na existência. É, portanto, esse *devoir* que realiza essa construção de realidade e, ao mesmo tempo, a destrói (BARBOSA, 2010). Segundo Deleuze e Guatarri (1997, p. 64), o *devoir* é uma fonte de desejo, seria formas de desejar, colocar-se, encontrar-se e fazer uma co-presença a partir de forças de construção e de destruição. Neste sentido, o *devoir*-institucional é entendido, neste trabalho, como uma vivência hospitalar em fluxo permanente, como movimentos ininterruptos que transformam e são transformados pelos sujeitos, seria o *vir a ser* da institucionalização. Este *devoir* é composto por uma rotina comum hospitalar, como desenhada nas discussões anteriores e é também formado pela maneira que os próprios sujeitos etnográficos habitam o mundo do Hospital.

Pensar a realidade social institucional enquanto fluida e mutável nos permite vê-la para além das determinações estruturantes. Uma alternativa possível para percorrer os caminhos que extrapolam as normatividades e encontrar o *devoir*-institucional ou, como escreveu Barbosa (2010, p. 97), essa “potência trágica que faz vazar os contornos enrijecidos de uma

existência”, seria seguir os caminhos emergidos pelos diferentes processos do desejo. Explico melhor, desde que comecei meu trabalho de campo observei - primeiramente - que o Hospital tinha muitas regras e, convivendo e vivendo no/o ambiente, descobri que as pessoas vivenciavam o cotidiano hospitalar de diferentes maneiras e estas extrapolavam o que se supunha ser a rotina institucional comum.

Comecei a tentar encontrar o que as moviam para além das normatividades impostas. Em um exemplo muito simples, percebi que a vontade de comer alguma comida diferente movia um grupo de moradores. Não foram poucas as vezes que algum morador comentou estar com vontade de comer “miojo”, “mortadela” ou “coca-cola”, entre outros alimentos não fornecidos no Hospital. Aqueles que não possuem autorização para sair do Hospital precisam mobilizar uma rede de relações para que seus desejos sejam realizados. O desejo-de-comer-mortadela, por exemplo, parece ridicularizar a teoria do devir, mas o devir-paciente é movido, na maioria dos casos, por “desejos simples”. Querer comer mortadela implica, para os moradores que recebem pagamento e podem sair em simplesmente: 1) Separar dinheiro e ir comprar a mortadela; Já para os moradores que não podem sair mas recebem dinheiro, implica em: 1) Encontrar um morador que possa sair do Hospital e que aceite comprar a mortadela ou um morador disposto a acompanhá-lo para que ele mesmo possa comprá-la; e 2) Separar um dinheiro do pagamento, em alguma terça-feira (dia em que o pagamento é feito) para poder comprar; Por fim, para os moradores que não tem autorização para cuidarem de seu próprio dinheiro e nem saírem do Hospital, implica em: 1) Pedir na recepção do Hospital para falar com a assistente social; 2) Pedir para a assistente social dinheiro; 3) A assistente social, por sua vez, deverá encontrar alguém que possa ir comprar e, quando encontrar, entregará o dinheiro para essa pessoa; e 4) A pessoa comprará e trará para o morador a mortadela. As redes de relações, nestes processos, vão sendo formadas em diferentes sentidos e se desdobrando entre os moradores e a equipe. Há, por exemplo, uma moradora que compra a mortadela para outros moradores, mas pede uma parte da mesma para ela, neste caso, comer a mortadela implica também em dividi-la com quem vai comprá-la. Isso me lembra de Goffman (1980) quando ele escreve sobre as perturbações da economia de ação de uma pessoa:

Uma das formas mais eficientes para perturbar a “economia” de ação de uma pessoa é a obrigação de pedir permissão ou instrumentos para atividades secundárias que a pessoa pode executar sozinha no mundo externo, - por exemplo, fumar, barbear-se, ir ao banheiro, telefonar, gastar dinheiro, colocar cartas no correio. (p. 44)

Não há dúvida que há uma perturbação na “economia” de ação dos moradores e o desejo de comer algo diferente é apenas um exemplo entre muitos dos que observei. Se trazer o exemplo do desejo-mortadela para a discussão parece ridicularizar a discussão do devir institucional enquanto composto por processos de desejo, ressalto que gostaria que o leitor não pensasse que minha intenção foi contrária a isso. Na lógica institucional, os desejos que movem o paciente são, na maioria dos casos, desejos considerados muito simples para aqueles que estão fora do Hospital. Pedir para comer miojo, pedir para se barbear, pedir para ir à igreja, pedir para dormir um pouco mais, pedir para deixar o cabelo crescer, pedir mais um copo de leite, pedir para fumar um cigarro... Além de “pedir” há também aqueles desejos que os movem mas que não são possíveis de serem “pedidos”, uma vez que extrapolam as regras morais da instituição, nesta categoria estão inseridos, principalmente, os desejos movidos pela sexualidade, como o desejo de ter filmes pornográficos, o desejo de namorar e o desejo de praticar relações sexuais. Estes últimos podem ser pensados enquanto “desejos camuflados”, uma vez que são muitas vezes abafados, ocultados e, normalmente, desdobram em fofocas ou punições. Parece haver desejos-possíveis e desejos-ocultos. Os moradores percorrem esses desejos e buscam maneiras de torná-los realizáveis, independente se pertencem aos desejos-simples-possíveis ou aos desejos-camuflados-ocultos.

Ainda segundo Deleuze e Guatarri (1997, p. 78)

um agenciamento jamais comporta uma infra-estrutura causal. Ele comporta, no entanto, e no mais alto ponto, uma linha abstrata de causalidade específica ou criadora, sua linha de fuga, de desterritorialização, que só pode efetuar-se em relação com causalidades gerais ou de uma outra natureza, mas que não se explica absolutamente por elas.

A ideia de uma linha de fuga e de desterritorialização pode ser pensada, por exemplo, quando no Hospital um morador encontra meios para fumar. O ato de fumar pode ser pensado enquanto um “desejo-camuflado-oculto” e a regra sobre a proibição dos cigarros é recente, pois desde 2015 os moradores não podem mais fumar nas dependências do Hospital:

Hoje teve reunião entre os moradores e a equipe do Hospital. O morador Valdir começou dizendo: “Pra mim está tudo bom”, a médica perguntou: “Não está precisando de nada?” ele respondeu: “Não, não tô precisando de nada. Pra mim tá tudo bom, parei de fumar... ganhei 2 cigarros de um homem do AA mas dei descarga neles.”; outra profissional do Hospital o interrompeu: “Isso é mentira, Valdir, a equipe te achou fumando.” Ele prontamente respondeu: “Eu fumei mesmo, mas foram outros 2 cigarros, não era aqueles”. A médica finalizou dizendo que se ele fizesse isso de novo, não seria possível mantê-lo no Hospital. (Diário de campo, 11/04/2016)

Nilton também encontrava linhas de fuga que o desterritorializava da condição de morador-de-hospital-ex-fumante:

No caminho do passe, o morador Nilton achou uma bituca de cigarro e pegou, guardando-a no bolso. Madalena, outra moradora, viu e logo contou para a enfermeira que o fez jogar fora. Chegando no passe ele foi sentar com os internados das outras alas, estes podem fumar e sempre estão com cigarros nas mãos e nos bolsos... a enfermeira comentou comigo que Nilton tem pedido sabonetes todos os dias, dizendo que os seus acabaram, mas que ela suspeita que ele está trocando sabonetes por cigarros com os homens das outras alas. (Diário de campo, 13/02/2019)

Essa reflexão me transporta a Butler (1993), que afirma que a estrutura reiterativa das normas não apenas consolida um regime particular de discurso/poder, mas fornece meios para a sua desestabilização. Não existe, segundo a autora, a possibilidade de “desfazer” normas sociais dissociada do “fazer” das mesmas normas e, para acrescentar, não existiriam portanto maneiras de desfazer normas sociais dissociadas do “refazer” dessas mesmas normas. Como não é possível haver agência fora de uma estrutura de poder (ORTNER, 2006), são exatamente as determinações, neste caso trazidas pela coercitividade hospitalar, que fazem emergir e demonstram as particularidades dos moradores do Hospital. Eles encontram, portanto, dentro dessas regras, formas de viver entre seus desejos e o que impõe a instituição.

Segundo Barbosa (2010, p. 94), ao escrever sobre o trabalho de Deleuze e Guatarri:

Uma relação importante que atravessa um devir é a sua aproximação com os modos de vida minoritários. Um devir tem uma força que passa pelo minoritário, ou seja, passa-se numa zona de indiscernibilidade em que movimentos micropolíticos são disparados para todos os lados. Um devir é também uma política, pois, inevitavelmente, outro modo de vida se cria, mesmo que extremamente temporário e até fragmentário.

E ainda, segundo Deleuze e Guatarri (1997, p. 89):

Você não se desvia da maioria sem um pequeno detalhe que vai se pôr a estufar, e que lhe arrasta. [...] Devir minoritário é um caso político, e apela a todo um trabalho de potência, uma micropolítica ativa [...] Todo devir é um bloco de coexistência.

Essa ideia de “modos de vida minoritários” e “movimentos micropolíticos” aproxima-se muito das próprias pretensões da etnografia. Buscamos reconhecer nesses fragmentos únicos maneiras de nos aproximar das realidades sociais que pesquisamos e esses movimentos minoritários ou micropolíticos revelam-se enquanto espaços de (sobre)vivência de sujeitos etnográficos que (re)vivem e (re)habitam a realidade social. No caso do Hospital, eles revelam os movimentos dos moradores para conseguir fazer (sobre)viver suas individualidades, desejos e formas particulares de viver e habitar o mundo institucional para além do que determina a realidade hospitalar. A ideia de um movimento social que vaza em meio às limitações e restrições é exatamente o que sigo e é também o ponto de encontro que une minha pretensão etnográfica com as reflexões emergidas nas discussões sobre o devir. Como escreveu Deleuze:

Selecionar os casos singulares e as cenas menores é mais importante que qualquer consideração de conjunto. É nos fragmentos que aparece o pano de fundo oculto, celeste ou demoníaco. O fragmento é o “reflexo apartado” de uma realidade sangrenta ou pacífica. Mas é preciso que os fragmentos, as partes notáveis, casos ou vistas, sejam extraídos por um ato especial que consiste precisamente na escrita. (DELEUZE, 1997, p. 69)

Percorrer esses “casos singulares” e essas “cenas menores” faz parte de uma espécie de experimento no qual busco encontrar e revelar, nos fragmentos fluidos das vivências institucionais, as formas de viver o mundo institucional que escapam da coercitividade dada. Mas como se efetivaria, então, essa pretensa mortificação do eu dos internados? O que esses casos singulares e essas cenas menores ou esses modos de vida minoritários e esses movimentos micropolíticos revelam para as reflexões sobre a institucionalização psiquiátrica?

Não poderia deixar de citar também o antropólogo Biehl (2016, p. 418) que foi fundamental para que eu entendesse essa aproximação entre as reflexões sobre o devir e a etnografia:

A antropologia do devir está interessada em entender como as pessoas lutam, fazem e vivem suas vidas apesar de, através de, ou ao longo de forças macroestruturais [...] reconhecendo os efeitos reais dessas forças na vida das pessoas: violência, desigualdade, limites, possibilidades ou oportunidades. Uma perspectiva inspirada no devir olha para como esses limites, essas forças que constroem as pessoas são de fato vividas no dia a dia; a maneira como as pessoas acham saídas, algumas aberturas; e também como elas lidam com essas forças nos seus projetos de vida e descobrem potenciais para mudanças, ainda que sejam pequenas. A ênfase está na capacidade criativa das pessoas, na sua imaginação e nos seus experimentos cotidianos. (p. 418)

Como os moradores do Hospital (con)vivem com essas forças macroestruturais que estão inseridos? Como experimentam esses limites? Como encontram brechas ou aberturas nessas regras? Para responder a estas perguntas e a outras tantas que emergiram, escolhi, ainda em campo, seguir a “capacidade criativa” do mesmos e a observar seus experimentos cotidianos, reconhecendo que “As relações que compõe um indivíduo, que o decompõe ou o modificam, correspondem intensidades que o afetam, aumentando ou diminuindo sua potência de agir, vindo de suas partes exteriores ou de suas próprias partes.” (DELEUZE, GUATARRI, 1997).

Estudar as formas de capacidade criativa ou de agenciamento humano a partir deste diálogo entre a filosofia e a antropologia pareceu-me o caminho mais assertivo para este momento da pesquisa. Percorrer as ‘linhas de fuga’ dos modos de agir parece ser uma interessante saída possível. Para aumentar ainda mais os possíveis tropeços dessa bricolagem, encontrei nas minhas andanças bibliográficas um trabalho de Certeau (1990). Como venho ressaltando que busco me aproximar das maneiras de viver, lutar e encontrar saída dos moradores, encontrei no autor os conceitos de “tática” e “prática” que pareciam esmiuçar ainda mais esta proposição.

Antes de adentrá-los, vale ainda retomar também a definição de Certeau (1990) da noção de “agência do consumidor”, para pensar o quanto é nas atitudes cotidianas, através de micro-resistência, que a própria resistência se compõe. Ele traz a ideia de voltar a atenção às “criações anônimas” e “perecíveis” que emergem na vida cotidiana, onde o próprio cotidiano é ressignificado. Em um ambiente que limita desejos e formas de agir, nada mais interessante que segui-los para encontrar as formas de agenciamento humano que subsistem e é neste aspecto que os autores (Certeau, Deleuze e Guatarri) parecem dialogar.

Certeau também refuta a ideia de espectadores passivos que são guiados pela força disciplinar das regras estabelecidas, trazendo a ideia de consumidores enquanto produtores ativos, ou “os poetas dos seus próprios assuntos” (1990, p. 57). Para o autor, assim como o desejo para Deleuze e Guatarri, o que move os consumidores/atores são suas astúcias de produtos, valores e ideias, fazendo-os minar as uniformizações e práticas de somente obediência que se supõe ocorrer em sistemas institucionais. As “cenas menores” de Deleuze e Guatarri tomam formato em Certeau como “processos populares, minúsculos e quotidianos, que manipulam e fogem ao mecanismo da disciplina” (CERTEAU, 1990) e a ideia de observar os “movimentos micropolíticos” (DELEUZE, GUATARRI, 1997) também parece se aproximar muito da ideia que aparece em Certeau como “microliberdades”, enfatizando também, como citou o autor, a importância de olhar para os movimentos de resistências cotidiana para que possamos enxergar as táticas que estão em jogo no sistema dominante.

Retomando os dois conceitos acima citados, para Certeau (1990, p. 47), estratégia seria:

Chamo de “estratégias” o cálculo das relações de forças que se torna possível a partir do momento em que um sujeito de querer e poder é isolável de um “ambiente”. Ela postula um lugar capaz de ser circunscrito como um próprio e portanto capaz de servir de base a uma gestão de suas relações com uma exterioridade distinta.

Já a tática, para o autor, seria:

denomino [...] “tática” um cálculo que não pode contar com um próprio, nem portanto com uma fronteira que distingue o outro como totalidade visível. A tática só tem por lugar o do outro. [...] a tática depende do tempo, vigiando para “captar no vôo” possibilidades de ganho. [...] tem constantemente que jogar com os acontecimentos para os transformar em “ocasiões” [...] a sua síntese intelectual tem por forma não um discurso, mas a própria decisão, ato e maneira de aproveitar a “ocasião”. (idem, p.47)

As táticas parecem ilustrar o que busco perseguir nas reflexões do devir-institucional. Mas seriam as táticas exemplos dos “modos de vida minoritários” e dos “movimentos micropolíticos” criados na vivência institucional que refletem a própria realidade hospitalar? Parece que sim, uma vez que Certeau (1990) afirma que as táticas são também representadas pelas próprias práticas cotidianas. No Hospital, as formas de agenciamento e a mobilização para a realização dos desejos poderiam ser pensadas enquanto formas de táticas e estas, por sua vez, estão inseridas no devir-institucional.

Ações táticas deixam seus lugares designados, entram em um mundo que é demasiado grande para ser seu, mas também muito bem tecido para escapar. Como tática não tem um alvo específico e não pode separar entre o eu e o outro, nunca pode conquistar algo, nunca pode manter o que ele ganha. Tática sempre deve aproveitar o momento e explorar fendas que se abrem nas ordens discursivas. Deve manipular constantemente o seu ambiente a fim de criar oportunidades para a mudança social (CERTEAU, 1990, p. 61).

Essas “fendas que se abrem” de Certeau podem ser pensadas também como as “saídas e aberturas” de Deleuze e Guatarri (1997) e todas indicam formas e casos singulares de viver uma realidade social. Vale dizer que as táticas e as estratégias estão em relação e que essa relação pode ser pensada nas interações entre os sujeitos que são portadores de poder (no nosso caso na própria equipe da instituição hospitalar) e os sujeitos despossuídos de poder (no nosso caso, os moradores do Hospital); mas gostaria de enfatizar também que essas fronteiras não são sempre sólidas e o poder pode também, em alguns raros casos, circular entre ambos. Os moradores, mesmo com a condição de menos possuidores de poder, como sabemos, atuam. Esta atuação pode ser vista, por exemplo, na fala de Raquel, uma moradora do Hospital:

Ontem a gente ficou sem café, tô contando pra você porque confio em você, agora se você quiser contar para os outros não posso fazer nada. Vai que você quer espalhar por aí, né? Vou fazer o que? Mas é errado, não é? A gente ficar sem café... ficamos esperando, 5, 6 horas e nada de café... ninguém nem avisou...” (Diário de campo, 08/04/2019)

Os moradores atuam, o tempo todo, no cotidiano institucional. Eles criam situações e desenvolvem diferentes “táticas” para extrapolar as limitações cotidianas. Interessante observar também que Certeau (1990) traz a ideia de que os prazeres cotidianos também articulam estratégias de táticas e é possível fazer uma aproximação dos mesmos com a ideia de sujeito desejanste de Deleuze e Guatarri (1997):

Essas táticas manifestam igualmente a que ponto a inteligência é indissociável dos combates e dos prazeres cotidianos que articula, ao passo que as estratégias escondem sob cálculos objetivos a sua relação com o poder que os sustenta, guardado pelo lugar próprio ou pela instituição. (CERTEAU, 1990, p. 47).

Goffman (1961, p. 62) também elaborou uma ideia de “tática”, na definição do autor: “Cada tática representa uma forma de enfrentar a tensão entre o mundo original e o mundo institucional.”. Além dessa definição, quando o autor trabalha a ideia de “ajustamentos

secundários” para exaltar as formas de vivências que subsistem no cotidiano institucional, aparece também a ideia de “prática”: “Ajustamentos secundários, isto é, práticas que não desafiam diretamente a equipe dirigente, mas que permitem que os internados consigam satisfações proibidas ou obtenham, por meios proibidos, as satisfações permitidas.” (GOFFMAN, 1961, p. 54). Ele ainda completa:

Os ajustamentos secundários dão ao internado uma prova evidente de que é ainda um homem autônomo, com certo controle de seu ambiente; às vezes, um ajustamento secundário se torna quase uma forma de abrigo para o eu [...] em que a alma parece estar alojada. [...] a partir da presença de ajustamentos secundários, podemos predizer que o grupo de internados criou algum tipo de código e alguns meios de controle social informal para impedir que um internado informe a equipe dirigente quanto aos ajustamentos secundários de outro. (GOFFMAN, 1961, p. 54-55)

Por fim, De Certeau (1990) traz também a ideia de que na cultura ordinária, cotidiana, a ordem é jogar, isto é, por meio da astúcia, driblar o sistema, fingir seu jogo ou, nas palavras de Deleuze e Guatarri (1997), vazar, se entregar ao estranhamento e ao imprevisível e reconhecer o quanto as vivências sociais, mesmo quando institucionais, compõe e são compostas por quem as vivem. Fonseca (2000) amarra a discussão pois, segundo a autora, Certeau desenvolve uma abordagem:

que dá vida às práticas alternativas, à bricolagem criativa que ocorre com e na economia cultural dominante, quando um indivíduo provoca inúmeras e infinitésimas metamorfoses da lei, segundo seus interesses próprios e suas próprias regras [...] uma abordagem, em que as representações não aparecem mais apenas como quadros normativos, mas como instrumentos manipuláveis por usuários. (FONSECA, 2000, p. 137)

3.3) “Corpos” em campo.

O passe é daquele jeito que você viu, você vai lá, entra lá e senta. Tem homem e tem mulher, tudo junto mas um de cada lado. Primeiro eles ficam falando, falando, falando... eles falam de umas coisas lá, uns 30 minutos, aí depois coloca a música, só de barulhinho, não fala nada, aí eles vêm, tem que fechar o olho, aí eles colocam a mão em cima da gente e benze. (Entrevista com Madalena, moradora do Hospital, 14/03/2019).

A moradora Madalena, na fala acima, descreve brevemente o momento do passe. Escrevo “momento do passe” porque, naquele ambiente, dizer “ir ao passe” engloba duas situações diferentes. A primeira delas pode ser pensada como uma espécie de palestra ou reunião, na qual os voluntários espíritas se reúnem e falam sobre os temas do espiritismo kardecista. Já no segundo momento, que ocorre após esta palestra, os voluntários caminham em direção aos internados e, com as mãos flutuando sobre suas cabeças, sem encostar, fazem uma espécie de troca energética. Este segundo momento do “passe” pode ser pensado assim como definiu Kurz (2017) como uma forma de benção e um tratamento energético em termos de uma transfusão de energias positivas. De acordo com alguns voluntários espíritas kardecistas, o momento do passe é importante porque os distúrbios mentais que os internados passam são resultados da ação de espíritos desencarnados que influenciam nas funções mentais de indivíduos encarnados e, como o Hospital foi fundado por voluntários espíritas que se dedicavam à caridade e ao tratamento de pessoas diagnosticadas com “doenças mentais” persistiu, até os dias atuais, o tratamento medicamentoso.

Chamo de “passe” ambos os momentos pois é assim que os moradores o denominam também. Ir ao passe é obrigatório, de segunda a sábado, mas a troca energética que ocorre lá pode ser negada. A reunião ocorre logo após o café da manhã, por volta de 8:30h e 9h em um galpão nas dependências do Hospital. No ambiente podem se instalar 300 pessoas e ele é composto por um palco na frente e bancos e cadeiras para a platéia atrás. No palco há cadeiras de madeira e uma mesa na qual alguns internados e moradores costumam deixar garrafinhas de água para serem, nas suas próprias palavras, “abençoadas” ou “benzidas”. O ambiente também está equipado com equipamentos de som, microfones, armários, dois banheiros e um bebedouro de água.

Como explicitado, diferentes campos de discursos produzem regras e modos de agir para os moradores do Hospital e os mais evidentes, naquele ambiente, são o médico e o

religioso. Ambos convivem e a intensificação de um não implica no enfraquecimento do outro. Assim, a rotina religiosa kardecista é, naquele ambiente, uma das muitas imposições, assim como o tratamento biomédico, ou seja, fazem parte das regras a serem seguidas, independentemente da religiosidade ou da escolha particular de cada morador. Em uma entrevista, uma das voluntárias me contou sobre o trabalho:

então, o tratamento do paciente aqui, além do tratamento com psiquiatra, com psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, também consiste em assistir as palestras e tomar o passe, tá, porque o passe é uma transmissão de energia de uma pessoa para outra. A espiritualidade atua de que forma, né, eu to ali doando a minha energia, é como quando a gente vai doar sangue, eu to doando a minha energia assim como no banco de sangue eu to doando sangue e quem vai trabalhar com o sangue? O hematologista. Quem é que vai trabalhar com a energia que eu to doando? A espiritualidade. Ela que sabe qual é a necessidade de cada paciente, quem é que precisa de calma, quem é que precisa de ânimo, quem é que precisa de energia vital pra ter força, entendeu? Então eles vão trabalhando essas energias... é um medicamento natural, faz parte do tratamento. (Entrevista com Rita, 28/02/2019).

A prática do passe é interpretada pelos voluntários espíritas como parte do tratamento dos moradores do Hospital e é considerada como um “medicamento natural”, entretanto há divergências entre as interpretações e as expectativas dos moradores e dos voluntários espíritas. Marcia, uma moradora institucionalizada há 17 anos, descreveu o passe da seguinte maneira:

é do lado do escritório do morador, eu vou todo dia, mas hoje não teve por causa da chuva [...] a gente vai lá no pátio, você entra ali no morador, segue o caminho, tem uma sala cheia de banco, cadeira, você entra lá, senta lá, tem homem, tem mulher que fala um monte de coisa, tem hora que fico cochilando e nem dá para entender o que eles ficam falando. Eu olho e não vejo nada, porque fica meio escuro e com minha visão não dá pra ver, só escuto as vozes. Uma visão tá apagada e com a outra dá para ver um pouco. Um olho apagou esses dias [...] Tem que ir no passe, sabe, é bom pra tirar os maus do corpo. (Entrevista, 10/05/2016).

Além do Hospital que fiz minha pesquisa, existem outras instituições no estado de São Paulo também geridas por fundações filantrópicas espíritas (CAMARGO, 2017). Segundo Kurz (2017, p. 197), o sistema de saúde brasileiro não fornece recursos terapêuticos suficientes para a população, especialmente em relação às aflições psicológicas e psiquiátricas. Neste sentido, as práticas religiosas de tratamento proporcionadas pelos

espíritas kardecistas acabam por substituir, em algumas ocasiões, o próprio setor de saúde oficial, pois proporcionam uma forma de tratamento gratuita para a população. De acordo com Aubrée e Laplantine (1990), uma contribuição importante do espiritismo kardecista brasileiro foi a intensa expansão das práticas terapêuticas notadamente médicas e psiquiátricas contidas nas obras de Allan Kardec para desenvolver formas institucionalizadas de integração entre medicina e espiritismo. De modo geral, partindo do princípio de que seria possível a intervenção de um espírito na “causa” da loucura, os espíritas adotaram a associação das terapêuticas médica e espiritual no tratamento dos pacientes psiquiátricos.

O momento do passe parece extrapolar o circuito biomédico de atenção e abranger redes de atores sociais que podem ser descritos como participantes de um “campo religioso” de atenção às enfermidades (LOCK, 2012). Como o espiritismo considera que o ser humano é formado por uma tríplice dimensão que envolve o corpo físico, o espírito e o perispírito, e reconhece o perispírito como um intermediário através do qual o “espírito transmite sua vontade ao exterior e age sobre os órgãos” (Kardec, 1994, p. 63), uma desarmonia entre essas três partes poderia também ser a causa de “doenças”. Segundo Aureliano (2012) estas “doenças” podem ser causadas tanto pelas ações do sujeito praticadas na vida atual que comprometeram o equilíbrio entre corpo, mente e espírito, quanto podem ser causadas por perturbações provocadas por espíritos desencarnados que, motivados por dívidas kármicas, agem sobre os encarnados provocando desequilíbrios de ordem espiritual e mental. Em outras instâncias podem ocorrer ainda as doenças kármicas, provenientes da escolha do próprio espírito na sua reencarnação e que teriam por propósito redimir faltas graves cometidas em uma encarnação anterior.

O passe é isso, quando você tá doente fisicamente, faltando energia, você vai no hospital e toma sangue, tá? É a parte física. Quando você tá doente psiquicamente, você está desarmonizado psiquicamente, você pode tomar um passe. Na medida que você vai, espiritualmente falando, elevando os seus pensamentos, a sua faixa vibratória, você vai se ligando aos mentores espirituais, que são entidades que já deixaram o corpo físico mas que existem e estão lá em cima só que a gente não vê. Eles são energia pura e você entra em contato com eles... (Entrevista com Rita, 05/02/2019).

O ambiente do passe criado pelos voluntários é também fundamental e a atmosfera dentro do galpão onde ocorrem as reuniões é completamente diferente daquela encontrada no típico caos cotidiano de um hospital psiquiátrico. Segundo o voluntário espírita Sidney,

quando ele chega no Hospital e abre o passe, sente que está “abrindo as portas do céu”. Carol, outra voluntária, me contou em uma entrevista:

a minha responsabilidade é de organizar o passe, porque antes era muita conversa, andação... e eu fui aos pouquinhos colocando disciplina, justamente para isso, para transmitir para eles uma confiança de tal forma que quando eles estão lá dentro, eles sentem que nós todos estamos ali para ajudá-los. Eles sentam e esperam receber o passe, e nós elevamos nosso pensamento e pedimos para Deus que venha essa energia para que possamos ser uma torneira que vai passar para eles essa energia. No caso dos pacientes, existem perispíritos de outros seres que já desencarnaram, que são ignorantes, eles não são maus, eles não conhecem o bem, e ficam sugando a energia dos pacientes, tá, eles tem técnicas muito aprimoradas para isso. Aqueles obsessores que os sugam são chamados de “vampiros espirituais” e eles sugam a energia dos pacientes. Mas você não pode desprezar a parte biológica, porque tem pessoas que tem a genética para esquizofrenia, a genética pra ser dependente de álcool, já vem com metabolismo do pai, isso é uma coisa que já foi comprovado, não tem o que discutir. Daí o paciente pode superar uma boa parte, aí o que acontece, ela desencarna, perde aquela ligação com os obsessores porque os espíritos bons vão ajudar e vai se aprimorando, nasce de novo, às vezes com uma prova mais suave e consegue ir superando. Esse é o objetivo. O tratamento tem que ser junto, o biológico e o espiritual, pra poder surtir efeito. Se você fizer só o físico, vai demorar muito, só o espiritual às vezes não vai nem resolver. (Entrevista, 19/03/2019).

Conhecidas, mesmo que brevemente, as perspectivas dos voluntários espíritas, gostaria de focar também nas formas-outras que os moradores desenvolvem para comporem o momento do passe. De maneira geral, perseguir as “linhas de fuga” (DELEUZE, GUATARRI, 1997) da vivência institucional, naquele ambiente, é o que move este momento do trabalho. No Lar Abrigado é muito comum que os moradores neguem ir ao passe, apresentando diferentes formas de resistências. Negar ir ao passe não significa, por sua instância, deixar de ir naquele ambiente e, normalmente, os moradores são conduzidos para o galpão de qualquer maneira e o máximo que conseguem com suas formas de resistências é evitar a troca energética dada no final da reunião.

Na ala não há nenhum morador que se reconheça como espírita kardecista e poucos são aqueles que dizem que querem ir ao passe. O discurso se repete, como me contou a moradora Madalena: “O passe é assim, é todo dia a mesma coisa, não acaba logo, eu não gosto mesmo porque benze a cabeça e eu não gosto que benze a cabeça. Eu sou católica.” (Entrevista, 10/05/2016), ou Glória, outra moradora: “Tem que ir, se não marca no computador, você não

tem computador na sua casa?” (Entrevista, 20/04/2016). Em outra conversa, com a moradora Margarete, ela me disse: “O passe virou obrigação” (Entrevista, 04/02/2019) e essa fala foi repetida em várias situações, como um dia que estava conversando com os moradores Raquel e Valdir e o último me disse: “Vou falar a verdade pra você, eu não gosto de ir no passe, eu me sinto obrigado a ir...” e Raquel completou: “Mas é isso mesmo, é uma obrigação, a gente tem que ir...” (Entrevista, 21/03/2019). Em outro dia, antes de ir ao passe, o morador João Antônio me disse: “Não quero mexer com passe hoje não, sou católico apostólico romano, não quero passe não, não vou não!” (Diário de campo, 26/03/2019). Também registrei outros momentos no meu diário:

A moradora Regina me falou que estava doidinha pra ir ao passe hoje... Rose, outra moradora, disse que queria ir ao passe mas só pra ver a palavra pois não gosta de tomar passe, disse que sente a cabeça ruim, dá tonturas e ela não gosta que benze a cabeça. Raquel, sua colega de casa, concordou dizendo que sente um mal estar, uma tontura... João que mora na casa ao lado mas estava no alpendre da casa que estávamos falou que nunca mais vai ao passe, que ninguém mais vai fazê-lo ir e que ele vai embora para sua cidade natal. (01/04/2019).

De maneira geral, os moradores costumam contar que quando vão ao passe se sentem mal, que seus olhos escurecem e que sentem uma espécie de tontura. Dizem também que não entendem o que os voluntários falam e que o ambiente escuro lhes dá muito sono. Entretanto, vale lembrar mais uma vez que no Hospital falar sobre o momento do passe implica uma referência sobre os dois momentos que ocorrem no galpão e que o descontentamento com o primeiro momento (a palestra) é menor que o descontentamento com o segundo momento (a troca energética com as mãos).

Como citei, ir ao passe é obrigatório, mas receber a troca energética não. Muitas foram as ocasiões que os moradores disseram “não” quando um voluntário chegava e mesmo com uma certa insistência conseguiam não tomar o passe. Duas moradoras também costumavam ir ao banheiro na hora da troca energética e ficavam lá dentro até aquele momento acabar. Registrei algumas passagens no meu diário:

[...] No passe, um morador começou a fazer um sinal de “não” com as mãos enquanto uma voluntária vinha lá da frente para lhe dar o passe. Quando um outro voluntário chegou perto dele, ele não quis receber o passe, foi firme e disse que hoje não queria. A moradora Margarete, vendo-o negar me disse: “Vou começar a rebelar igual o João Antônio, certo tá ele de falar que não quer passe, vou falar que não quero também.” (Diário de campo, 26/03/2019).

Escrevi também:

Começou o passe e hoje foi sobre amar o inimigo, até exemplo de WhatsApp a voluntária deu. Na hora de dar o passe a mesma veio até nós e quando ela se posicionou na moradora Rose e fechou os olhos, a Rose olhou com o canto dos olhos para mim e gesticulou que “não” com as mãos e disse: “Não gosto que benze a cabeça não, não quero passe não”. Mesmo assim ela tomou, mas de olhos abertos e fazendo repetidos sinais de “não” com as mãos. (Diário de campo, 13/02/2019).

Nessa última passagem do meu diário, comentei que o passe foi sobre “amar o inimigo” e que a voluntária falou “até sobre WhatsApp” e gostaria agora de partir desta fala para abrir um parêntese para pensar sobre os temas que são dados no passe. Os moradores da ala Lar Abrigado não têm WhatsApp e apenas duas moradoras têm celular. Muitas palestras parecem ser reproduzidas como são nos centros espíritas sem que seja considerado o ambiente em que estão, mas isso depende do voluntário que as ministram. Alguns voluntários se preocupam em preparar um conteúdo adequado ao ambiente, como Joana, uma voluntária, me contou:

o que eu busco trazer aqui, olha, eu não sei se você já percebeu, mas eu procuro trazer assim, um aconchego sabe... eu procuro que eles se sintam importantes... né... então aí a gente sempre acompanha assim... quando elas estão doentes eu busco saber o que que aconteceu... tem umas que são mais chegadas, tem umas que são mais assim... mas mesmo assim eu beijo, eu converso... mas tem aquelas mais grude, né, que a gente também gosta e elas também gostam... mas meu trabalho aqui eu busco assim... e quando eu dirijo a palestra, eu gosto de trazer a coisa bem pra perto deles, falar muito do Hospital, trazer o evangelho pro nosso dia a dia, você vai perceber e deve ter percebido que tem gente que fixa no livro, lógico, o livro é o parâmetro, mas eu procuro trazer num nível... é o que procuro, não sei se eu chego... mas eu procuro fazer assim... não sei... e eu, por exemplo às vezes elas tem alguma vontade, alguma coisa, eu busco... se eu não tenho às vezes eu compro, mas assim, uma coisinha, porque eu também não posso abrir muito, porque se não aí elas pedem até o que deve e o que não deve... A Madalena [moradora] é um barato, ela fala assim: “Joana você não vai me trazer essa aliança?” e eu: “pode deixar que vou trazer...” e ela: “No dia de São Nunca?” (risada) ela é ótima! (Entrevista, 02/04/2019).

O morador Valdir ilustra um pouco esse impasse entre as expectativas dos voluntários e os moradores: “Eu tenho o passe pra mim como se fosse uma obrigação. Faz parte das regras pra viver aqui mas, pra ser sincero, se eu pudesse, eu não ia.” (Entrevista, 21/03/2019). A resposta dos voluntários a essa insatisfação ou negação seria pensar que tanto os moradores quanto as entidades causadoras da doença, ou seja, os espíritos obsessores, deveriam ser tratados, na palavras da voluntária Joana: “[...] como se fossem crianças que precisam ser ensinadas a se comportarem de maneira apropriada.” (Entrevista, 02/04/2019), assim, eles exaltam que mesmo quando um morador diz não entender ou não querer ir ao passe, é importante que o mesmo vá, pois a prática tratará não tão somente dele próprio, mas também dos espíritos obsessores que o cercam. Para os voluntários não é importante que os internados entendam racionalmente o passe, uma vez que a eficácia do mesmo não está para eles diretamente ligada a isso, mas sim, na transformação gradual do paciente e dos espíritos obsessores que o cercam.

Segundo os voluntários, essa transformação do internado e dos espíritos obsessores pode ocorrer tanto na vida atual em que o morador está vivendo, como nas próximas vidas que ele viverá. Deste modo, um não entendimento racional do passe não impede que haja uma evolução posterior à vida carnal daquele que está sendo tratado. A cura no passe, na maioria dos casos, não é um fim buscado, ela é interpretada pelos voluntários espíritas em outras dimensões que não dentro do binômio saúde-doença. Curar não seria sinônimo de excluir os sintomas psicossociais atípicos que levou os moradores à instituição, mas sim, seria a ocorrência de uma ressignificação da vivência institucional e da própria relação entre os moradores e seus impasses ou, numa linguagem biomédica, de suas “doenças”.

Voltemos, mais uma vez, à fala da moradora Glória que diz que vai ao passe pois: “tem que ir, se não marca no computador”. Nesta fala, podemos observar que por mais que a moradora não tenha uma escolha voluntária de ir ao passe, ela vai diariamente às reuniões e não apresenta uma maneira formal de resistência em ir além das reclamações. Por outro lado, a resistência surge na maneira em que ela age quando está no passe, como por exemplo, quando prefere fazer outras coisas enquanto está lá, como cochilar, buscar abacates, beber água ou ir ao banheiro. O passe parece ter um potencial de marcador de rotina. Os moradores acordam cedo, trocam de roupas e se arrumam para ir no ambiente. Claro que não são todos, mas muitos deles levam bolsas e guarda-chuvas, colocam chapéus e brincos e passam batons

ou blush. Ir ao passe todos os dias pela manhã faz parte da rotina institucional e os moradores compõe também com essa experiência.

Como citou Certeau (1990) não podemos pensar nos sujeitos etnográficos enquanto expectadores passivos guiados pela força das regras estabelecidas pela instituição, pois eles desenvolvem formas-outras de viver o ambiente do passe e ressignificam aquele ambiente, mantendo suas próprias formas de expressão de religiosidade tanto dentro dos limites do momento do passe quanto fora dele. Mesmo indo ao passe todos os dias, subsistem diferentes formas de práticas religiosas que os moradores já tinham antes de suas institucionalizações. Algumas dessas práticas aparecem até mesmo dentro do passe e outras nas casas e nos caminhos que os moradores percorrem. Nas casas, por exemplo, persistem muitas práticas-outras de religiosidade, através de símbolos, quadros e mini estátuas.

Fui na casa da moradora Inácia, ela estava fazendo faxina, me chamou para entrar e me mostrou suas bonecas. Perguntei os nomes e ela me disse que não tinham, logo em seguida pegou uma caneta e pediu para que eu escrevesse meu nome no braço da boneca, dizendo: “ela vai chamar seu nome”. Escrevi e ela me chamou para ver seu altar, disse que é lá que ela reza por nós. Tinha mini estátuas de algumas Santinhas Católicas e de Jesus. Ela me mostrou um quadro também de Jesus na parede e disse que era da sua mãe, que faleceu no Hospital (Diário de campo, 26/01/2016).

Olhando para os movimentos de resistência (CERTEAU, 1990) ou para os movimentos sociais que vazam em meio às restrições (DELEUZE, GUATARRI, 1997), percebi que nas outras casas do Lar Abrigado também tinham esses pequenos altares. A moradora de 57 anos Rose, institucionalizada há 23 anos, tem dois quadros pendurados na sala de sua casa, um de Jesus e um de Maria e me disse certa vez que os comprou com o dinheiro de seu pagamento. Na sua cama tem também pendurados alguns terços e na parede de seu quarto têm dois calendários católicos.



Fotos 26 e 27: Quadros católicos.

Outras táticas, tal como definiu Certeau (1990), são encontradas no cotidiano institucional para a permanência de práticas religiosas diferentes da proposta pelo Hospital. Como escreveu o autor, de maneira figurativa, os indivíduos captam durante seus próprios vãos as possibilidades de ganho e, neste sentido, os moradores conseguem encontrar possibilidades de manterem suas particularidades referentes às suas práticas religiosas. Mesmo assistindo às palestras espíritas diariamente, muitos deles têm ainda o costume de ouvir programas religiosos no rádio, principalmente os cultos evangélicos, e de assistirem à missa católica na televisão.

Na espera do passe, Zé, um internado que vive lá dentro, levou uma fruta para a moradora Otávia e Francine e Madalena [também moradoras] perguntaram que fruta era mas ninguém sabia. Quando ele afastou, Madalena e Francine disseram: “Ontem, Otávia, você não veio no café e ele perguntou do céu.” e Otávia respondeu: “Eu tava ouvindo rádio, tava ouvindo oração do pastor da igreja.”. (Diário de campo, 18/02/2019).



Fotos 28, 29 e 30: rádios e televisões no interior de três casas do Lar Abrigado.

Além dos programas de rádio, os moradores também fazem orações dentro de suas casas:

Eu oro todo dia, antes de dormir e de madrugada, é de madrugada que a gente é ouvido, eu acordo no meio da noite, me ajoelho e oro. Já acreditei na Nossa Senhora, na Santa, mas agora só acredito em Jesus. Não pode fazer em nome do pai nem o sinal da cruz. (Entrevista com a moradora Margarete, 25/02/2019).

Raquel também me contou sobre suas orações: “Agora não oro pra mais ninguém na terra, tô cansada de falar e falar e ninguém acreditar na palavra de Deus. Se o diabo pedir, não devemos casar com ele não.” (Entrevista com Raquel, 11/02/2019) e, em outro dia, a mesma moradora veio aflita conversar comigo: “Ô professora³⁸, não sei mais o que fazer, eu gosto da Nossa Senhora e de São Cristóvão, mas eu sou evangélica e me falaram que não é de Deus ter duas leis [referindo-se a ter duas religiões].” (idem, 22/02/2019).

Parecia haver uma composição entre as práticas religiosas, os ambientes que viviam e as crenças particulares que mantinham. As práticas religiosas não eram também excludentes entre si e os moradores pareciam compor com as mesmas. Além dessas formas de resistências dentro das casas, pude observar que os moradores compunham com o próprio ambiente do passe para que pudessem expressar suas formas particulares de religiosidades, como este dia que vivenciei e depois escrevi no diário:

A moradora Raquel veio me cumprimentar e me mostrou um véu que ganhou ontem de uma amiga, ele era todo branco com uma renda bem grossa... estava guardado com muito cuidado numa bolsinha também branca. Depois de me mostrá-lo aberto, ela o guardou novamente e fomos para o refeitório e depois, como de costume, caminhamos para o passe. Sentei mais à frente e ela mais ao fundo, depois de um tempo, quando olhei para trás vi que lá na última fileira e com o véu branco sobre a cabeça estava Raquel. O véu, que segundo ela devia ser colocado como o de Nossa Senhora, reluzia no escuro do galpão e se destacava entre todos. Ela assistiu toda a palestra espírita com o rosto coberto pelo véu... depois me disse que ele é usado na Congregação³⁹ e que a Congregação já foi naquele mesmo galpão. Quando a olhei ainda no momento do passe, ela sorriu para mim e fez um “joinha” com a mão, fiz de volta para ela e depois voltamos nossa atenção para a palestra... (Diário de campo, 01/04/2019).

³⁸ A moradora me chamava de “Professora” porque comecei a passar tarefas para ela nos dias que estava em campo. Ela gostava de desafios de matemática e exercícios de português.

³⁹ Ela se referia à Congregação Cristã, que seria “uma denominação protestante que existe principalmente no Brasil. É uma igreja pentecostal com uma forte ênfase no trabalho do Espírito Santo.” (Disponível em: <https://www.respostas.com.br/o-que-e-a-congregacao-crista/> acesso em: 02/01/2020).

Raquel ressignificava a reunião espírita a partir de suas próprias formas de viver as práticas religiosas. Fazia alguns dias que ela estava pedindo para uma funcionária do Hospital levá-la na Congregação Cristã, entretanto o pedido não estava sendo atendido. Depois que ela recebeu a visita de uma amiga e ganhou o véu ela encontrou espaço para compor com a obrigatoriedade comum do passe e foi para a reunião com seu véu, vivenciando o ambiente como se estivesse na própria Congregação. Na hora da oração do Pai Nosso ela também ajoelhou, o que a destoou de todos no ambiente. Depois desse dia percebi que era comum que outros moradores ajoelhassem também e fizessem suas orações tal como as faziam antes de habitar o Hospital. O ato de Raquel de usar o véu parecia um movimento micropolítico, como citou Barbosa (2010) e com ele um outro modo de vida pôde ser criado, mesmo que temporariamente, para que a moradora pudesse (re)habitar sua realidade social.

O passe parece ter também um papel de possibilitar a criação de novas relações sociais entre os moradores da instituição e pessoas de fora da mesma, pois ocorre em um ambiente que permite que aqueles sujeitos que estão internados há décadas em um hospital psiquiátrico e que perderam muitos vínculos sociais, criem novas relações sociais em um ambiente muito destoante dos aspectos hospitalares. Mesmo negando ir ao passe, os moradores vão e lá estabelecem relações de amizade com os voluntários espíritas, havendo uma rotineira troca afetiva e de presentes materiais.

Voltando às distoantes perspectivas entre os voluntários e os moradores, podemos ressaltar que os primeiros vêem o passe como um tratamento e uma prática curativa e os segundos o vêem enquanto uma obrigação que deve ser cumprida mas que também trará alguns benefícios. Parece haver, entre os moradores, uma espécie de ressignificação da função social da prática religiosa. Segundo Ortner (2011), ao praticar um ritual, os indivíduos pretendem comunicar algo através das representações compartilhadas. Essa comunicação influi, diretamente, na maneira como as pessoas coletivamente decidem, agem e/ou escolhem. No passe, o que os voluntários comunicam não necessariamente converge com o que os moradores interpretam, entretanto, mesmo com expectativas distantes eles (con)vivem e compartilham aquele momento diário. Neste sentido, vale ressaltar que há estruturas que indicam maneiras de agir na instituição, como por exemplo, a obrigatoriedade de ir ao passe, mas que essas estruturas são também (re)interpretadas pelos indivíduos e (re)significadas pelos mesmos. Em outras palavras, as pessoas agem e assumem decisões baseadas em suas

próprias experiências e a alternância de expectativa dos moradores é um exemplo que ilustra esta ideia.

Assim, poder-se-ia dizer, resumidamente, que no passe há uma criação de condições de vivências diferentes das hospitalares, através do ambiente tranquilo do galpão, que propiciam vivências entre os moradores que fogem um pouco da lógica institucional psiquiátrica. De modo geral, o passe propicia ao morador uma dissociação dos estigmas que foram a ele atribuídos, permite que ele estabeleça relações sociais com pessoas de fora do ambiente hospitalar e contribui para a retomada de algumas formas de sociabilidades perdidas ao longo do cotidiano institucional. Entretanto, não podemos negar também as implicações de se ter, em um ambiente institucional, a obrigatoriedade de uma prática religiosa que, neste caso, é a referente à doutrina espírita kardecista. A coerção contribui para que os moradores desenvolvam maneiras de resistência à prática e essa ida diária ao passe solicita formas-outras de interpretá-lo.

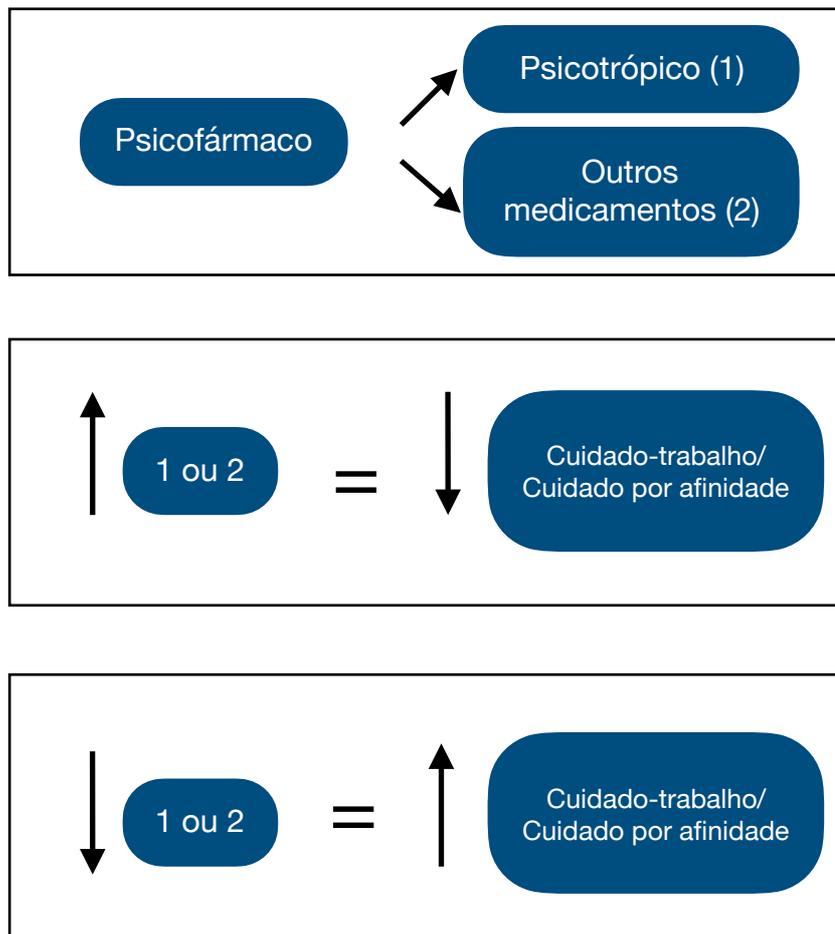
3.4) Medicamentos e práticas de cuidado.

Margarete está com muita tosse, perguntei para ela o que fazem quando estão doentes e ela me disse: “Quando tá doente aqui? Quem cura é o bispo! O bispo, o bispo cura nois... o Padre Marcelo... vai na feminina, joga lá, Deus que cura! Na feminina é assim, vai lá e não sai, não sara, não tem médico. Acorda, toma remédio e se tiver bom da cabeça vai comer no refeitório; quem não tá bom das pernas ou dos miolos toma café lá dentro. Você não vê aqueles carrinho de supermercado? Aqueles carrinho é pra levar comida. Lá é fechado, regime fechado. O povo é bravo...” (Diário de campo, 08/02/2019)

Esta passagem do diário foi escrita nos meus primeiros dias do retorno ao campo, no segundo ano do mestrado. Interessante notar o quanto nós pesquisadores vamos mergulhando no cotidiano de nosso campo e vamos reinventando nosso fazer etnográfico. Já na primeira semana dessa volta, descobri um ponto determinante que pretendo agora desenvolver. O Hospital é uma instituição psiquiátrica e há, diariamente, uma rotina obrigatória medicamentosa. Num primeiro momento, observei como era a relação dos moradores com os medicamentos psicotrópicos, a resistência que desenvolviam e o quanto atuavam ou não nos momentos de recebimento das drogas. Entretanto, não tinha me atentado ao fato de que, por serem moradores da instituição, os moradores têm necessidades-outras de cuidado e tratamento. Comecei a questionar como eram tratadas as dores de estômago, cabeça, enjôo, dor de dente, entre outras, dentro do Hospital. A fala de Margarete é extremamente reveladora, quando perguntei o que eles fazem quando estão doentes, ela foi enfática: “Quando tá doente? Quem cura é o bispo!”. Só então pude perceber que há uma curiosa relação entre as práticas de cuidado, os medicamentos e os próprios praticantes dessas práticas de cuidado.

Para melhor elucidar, primeiro gostaria de deixar evidente que há, portanto, duas categorias de medicamentos, uma primeira referente aos remédios de ordem psíquica, conhecidos como “psicotrópicos” ou, entre os moradores, como “remédio de cabeça” e, segundo, há também os medicamentos para outras questões que os moradores enfrentam no dia a dia (como dores diversas, desconfortos, entre outros). Ambos os medicamentos estão interrelacionados com uma lógica de cuidado. Primeiro pensemos nos sujeitos que praticam o cuidado, há de um lado a equipe hospitalar, que desempenha um papel de “cuidado-trabalho” e, segundo, há também os próprios moradores, que desempenham uma espécie de “cuidado

por afinidade”, no qual eles cuidam, dentro de seus limites de atuação, uns dos outros. Além disso, como citei, a lógica de cuidado desenvolvida pela equipe do Hospital está diretamente relacionada aos medicamentos. Um aumento dos psicotrópicos, por exemplo, acarreta numa diminuição da necessidade de cuidado e, por outro lado, a diminuição dos outros medicamentos exige um aumento nas práticas de cuidado (este cuidado, na maioria dos casos, faz parte do “cuidado por afinidade”, aquele cuidado desenvolvido entre os próprios moradores). Podemos ilustrar essa lógica da seguinte maneira:



Nesta linha de raciocínio, pode-se observar que um aumento dos medicamentos (psicotrópicos ou outros) gera uma diminuição nas práticas de cuidado da equipe e entre os próprios moradores e, por outro lado, uma falta de medicamentos cria a necessidade do aumento dos cuidados-trabalho ou por afinidade. Os psicotrópicos parecem substituir algumas formas de cuidado e a falta dos outros medicamentos parece fazer emergir ainda

mais as formas outras de cuidado, vindas principalmente dentro das relações entre os moradores. Sobre esta sobreposição dos psicotrópicos, escreveu Parada:

El aumento de diagnósticos psiquiátricos y la prescripción de psicofármacos es una tendencia a nivel mundial. En gran parte del mundo occidental, el sistema de salud mental prioriza el acceso al tratamiento farmacológico por sobre los abordajes psicosociales y comunitarios (...) Junto con ello, el consumo masivo de medicamentos psiquiátricos ha implicado un aumento de las rutinas represivas y lógicas manicomiales en los procesos de atención psiquiátrica. En Chile, a pesar de la implementación del modelo comunitario de salud mental desde la década de 1990, sigue primando una lógica autoritaria y vertical desde la mirada psiquiátrica. (2008, p. 514).

No Hospital esta lógica de cuidado parece ser replicada e, como citei, o tratamento com os psicotrópicos parecem dominar as formas de cuidado entre a equipe e os moradores. Já sobre relação entre os moradores e os medicamentos, também podemos pensá-la em duas direções. Numa primeira, relacionada aos psicotrópicos, é possível observar uma grande resistência dos moradores com o tratamento psiquiátrico, entretanto, em relação aos outros medicamentos, pude observar que os moradores os solicitam muito, mesmo que seus pedidos não sejam sempre atendidos.

Annemarie Mol (2008), ao desenvolver um estudo sobre a lógica do cuidado, chegou a uma conclusão que pode ser vista também no Hospital, ela ressaltou que novas estratégias estão sendo introduzidas para lidar com os desafios socioeconômicos que decorrem de uma população em envelhecimento e esta ocorrência parece ser replicada no Hospital, uma vez que com o processo de reforma psiquiátrica, os investimentos nas internações de longa duração estão cada vez mais escassos, a equipe está sobrecarregada com trabalhos em mais de uma ala ao mesmo tempo e há uma falta de medicamentos, o que implica na necessidade de desenvolvimento de práticas-outras de cuidado, muitas vezes realizadas entre os próprios moradores.

É comum, no cotidiano institucional, que os moradores desenvolvam redes de cuidado uns com os outros. Um exemplo simples pode ser pensado se colocarmos em evidencia um caso: antigamente, no Lar Abrigado, havia um refeitório para que os moradores pudessem fazer suas próprias refeições, inclusive, nos primeiros anos de minha pesquisa, o frequentávamos. Atualmente, o refeitório foi desativado e agora os moradores do Lar Abrigado devem comer no refeitório público do Hospital, junto com os internados das outras alas. Há uma moradora que se queixa por ter que ir ao refeitório comum, ela diz que tem

“traumas”, que “não se sente bem” e que lá no refeitório ela não consegue comer. A equipe do Hospital, depois das queixas da mesma, continuou dizendo que ela só poderia comer se fosse até o refeitório, pois é uma regra da instituição, entretanto, a moradora continuou a não ir e a justificar dizendo que não se sentia bem quando ia. Durante todo o meu campo a vi apenas 1 vez no refeitório, nas outras vezes ela ficou em casa e não foi. Como para comer ela deve ir mas ela diz que não consegue ir, as moradoras da sua casa começaram uma prática que tornou-se rotineira: elas levavam para o refeitório, no café da manhã, uma garrafinha plástica, dentro da bolsa de uma delas. Depois que elas recebiam seus copos de leite, já na mesa, cada uma delas colocava um pouco do seu leite na garrafinha, até que ela ficasse cheia com a soma das doações e depois a guardavam na bolsa para levar para a moradora: “Ela não pode ficar sem comer, né Sabrina? A gente tem que fazer alguma coisa, vai fazer o que? Não tem jeito não”. (Madalena, 29/04/2019). Como não sou da área da saúde me sinto impotente para comentar algo sobre este caso além de elucidar a prática de cuidado entre as moradoras, entretanto, entre minhas andanças bibliográficas, encontrei um caso parecido com o da moradora que “escolhe” não ir ao refeitório, transcrevo-o abaixo:

Uma discussão sobre loucura segue. Um paciente em um hospital psiquiátrico está sempre “louco” e incapaz de fazer escolhas? Ou será esse apenas o caso se ele estiver psicótico, agudamente deprimido ou de alguma forma dominado pela doença? [...] Um deles [um psiquiatra] diz que, como a vida em uma ala hospitalar é comunitária, as pessoas precisam se adaptar às regras compartilhadas. 'Em uma família', ele diz, 'você também precisa participar do café da manhã. Tais rotinas contribuem para uma vida diária melhor'. Outro psiquiatra enfatiza que as pessoas internadas em um hospital psiquiátrico geralmente precisam aprender a fazer escolhas: 'Isso faz parte do tratamento. Portanto, esse paciente em particular vai ser confrontado com as consequências negativas de fazer uma má escolha (fica sem café da manhã e sem atividades diurnas) ou deve ser encorajado a se levantar, depende do estágio de o tratamento dele'. Respostas adicionais ocorrem em outras direções. [...] Um deles é impressionante. O professor aposentado de psicoterapia diz: 'é tudo uma questão de dinheiro. [...] Um dilema como esse', ele diz, 'só surge quando não há pessoal suficiente: Em uma enfermaria com pessoal suficiente, enviava uma enfermeira para sentar ao lado da cama do paciente e perguntava por que ele não quer se levantar. [...] Reserve um tempo para ele, deixe-o falar'. 'Alguém que não quer se levantar', diz o psicoterapeuta, 'precisa de cuidados. Oferecer a ele a opção de ficar na cama é tanto uma maneira de negligenciá-lo quanto forçá-lo a se levantar. Isso é útil. Sim, não há apenas um contraste entre 'escolha' e 'não escolha', mas também entre esses dois, unidos em uma lógica de escolha e uma alternativa completamente diferente, a de cuidado, algo que contrasta com a negligência. Será possível, imagino nos dias e anos seguintes, encontrar maneiras de articular uma lógica de cuidado? (MOL, 2008, p. 11).

Interessante notar que a população dos Lares Abridados está envelhecendo e é muito raro que um morador novo chegue no ambiente. Desde que comecei minha pesquisa lá, já houveram 3 falecimentos e 1 caso de desinstitucionalização⁴⁰, mas nenhum novo morador chegou. Com estão envelhecendo, estão tendo outras demandas médicas que não aquelas solucionadas apenas pela ordem psiquiátrica. As práticas de cuidado estão sendo ressignificadas e há, por exemplo, moradores mais novos (de idade) que acompanham moradores mais velhos, dando as mãos para caminharem, levando-os em algum lugar que precisam ir, ajudando nas tarefas de casa entre outras formas que se fazem necessárias no ambiente: “Quando eu vou na papelaria a Francine [outra moradora] tem que ir comigo, depois que eu fiquei ruim da vista o segurança não me deixa eu sair sozinha, só com a Francine, ela é a única que me leva.”, me contou a moradora Madalena (18/02/2019).

Entendo, neste sentido, o cuidado tal como definiu Mol (2008), como um trabalho compartilhado, envolvendo não apenas profissionais, mas também os moradores e outros seres humanos ou tecnologias (MOL, 2008, p. 32). Desde os primeiros anos do Lar Abridado (2016) até ano passado (2018), os moradores tinham também uma 'cuidadora', ela os acompanhava todos os dias pela manhã, cuidava da higiene dos mesmos e da de suas casas, dividia as tarefas entre eles, organizava a rotina, fazia suas unhas, pintava seus cabelos, levava-os para cortarem o cabelo e para fazerem compras no supermercado da cidade. Neste ano (2019) a cuidadora foi transferida para outra ala e o Lar Abridado ficou sem nenhuma outra cuidadora. A enfermeira, a psicóloga e a assistente social, que são também responsáveis por outros serviços e alas, dividem as práticas de cuidado com os moradores - que eram feitas pela cuidadora - entre elas. A moradora Madalena, em uma de minhas visitas ao Lar, me contou que fez uma carta com um peixe pintado e escreveu “Traz a Claudia de volta”, depois levou para o diretor do Hospital para pedir que a cuidadora voltasse.

Observar as práticas de cuidado desenvolvidas entre os moradores no Lar Abridado foi muito revelador e ilustrou redes de relacionamento que pareciam ocultas no cotidiano institucional, como uma situação que observei entre as moradoras Otávia (56 anos) e Cida (50 anos). No dia a dia, não as via conversando ou fazendo algo juntas, normalmente elas ficavam com outras pessoas, entretanto, fui depois observando uma relação de cuidado que estava implícita:

⁴⁰ Um dos moradores do Lar Abridado foi morar com sua irmã em uma cidade vizinha.

Otávia tem diabetes e a médica pediu para ela se cuidar e emagrecer e Cida também quer emagrecer, disse que quer ficar com o corpo como era quando chegou aqui no Hospital. Hoje vi elas indo até uma sala que tem ao lado da enfermaria, lá tem uma balança daquelas antigas diferente das digitais, daquelas que devemos empurrar os pesos pra lá e pra cá para pesar. Resolvi ir com elas e, chegando lá, Otávia subiu na balança e Cida a pesou: “Tá com o mesmo peso, tá mantendo, tá mantendo o peso. É só não comer pão. Dá aqui o papel pra eu marcar pra você, 79 kg.” Otávia tirou do bolso um papelzinho todo amassado e nele já tinha 3 anotações de peso, Cida anotou novamente o peso dela e depois se pesou: “É Sabrina, a gente vai acompanhando, tem que emagrecer.” (Diário de campo, 16/03/2019).

Outro dia presenciei outra forma de cuidado entre as duas moradoras, vi Cida indo atrás de Otávia, na casa dela, pedindo um dinheiro para comprar salsichas. Otávia foi até seu quarto e em uma de suas gavetas, embaixo das roupas, tirou a carteira de Cida e entregou para ela, Cida pegou o dinheiro e devolveu a carteira para Otávia dizendo para mim: “A Otávia guarda minha carteira pra mim, pra ninguém mexer eu deixo aqui com ela.” (Diário de campo, 20/03/2019). Segundo Mol (2008, p. 11) o cuidado não é um produto limitado, mas um processo contínuo e notei que seguir os fluxos desse processo clarificava muito as relações formadas no cotidiano institucional, como me contou a moradora Margarete em uma conversa sobre a permissão para sair do Hospital: “Tem uns que não podem sair... A Magda vai vir pra cá, já falaram que ela mija na casa inteira, vai sobrar pra quem? Se a gente reclamar ainda sai de errado, os mais fortes cuidam dos mais fracos, não é assim?” (Diário de campo, 21/02/2019)

Quando via os moradores em silêncio, em suas casas, não imaginava as relações desenvolvidas nos espaços que tinham para compor suas vivências, como me contou também a moradora Margarete na citação acima: “[...] os mais fortes cuidam dos mais fracos [...]”. Chamo, portanto, atenção para o fato de que nas práticas de cuidado, os pacientes não são somente “passivos”, eles estão ativos e compõe com as possibilidades institucionais (MOL, 2008, p. 7). Outra prática de cuidado que observei foi entre alguns moradores que recomendavam formas assertivas para outros moradores para que evitassem situações de problemas maiores com o Hospital:

O morador João Antônio começou a reclamar de um interno da ala masculina, fazendo sinal de murro com as mãos e falando: “Não gosto de você não.” Paulo, outro morador, o aconselhou: “Não fala nada, João Antônio, fica quieto, não fala assim não, se não você vai parar lá pra dentro [referindo-se ao patião]. Se te bater não bate não, chama alguém que é melhor. Só escuta, não fala nada não.” (Diário de campo, 28/02/2019).

Os moradores Valdir e Magda cuidavam um do outro também:

Tenho notado que Valdir sempre dá conselhos pra Magda... João falou “A Magda é desorientada” e Valdir: “É mesmo, a Magda tem a cabeça fraca.”, depois foi até a fila de remédio e falou: “Toma o remédio sim, Magda, toma direitinho. Tem que tomar se não eles vão te levar lá pra dentro”. Depois que ela tomou o remédio, ela parou um pouco em frente ao postinho de remédios e ele continuou: “Vamo Magda, vamo pra lá, vão te chamar.”. (Diário de campo, 19/03/2019).

Além dessas orientações, outra prática comum no Lar Abrigado é a divisão de comidas. Quando os moradores vão ao supermercado e compram salgadinhos ou refrigerantes é bem comum que eles dividam entre si. Além das compras, no Hospital tem uma horta e o funcionário responsável pela plantação sempre leva pés de alfaces na casa da moradora Otávia. Quando ela recebe, ela prepara saladas, as tempera, coloca-as em pratos plásticos e divide com os outros moradores. Otávia sempre ganha presentes, lembro de outro dia que ela ganhou uma sacola de abacates de José, seu namorado que mora na ala masculina. Ela abriu todos eles, amassou e misturou com açúcar, encheu uma vasilha com os abacates, depois os dividiu nos pratos plásticos e distribuiu entre os moradores.

Francine, a moradora mais jovem do Lar tem uma tarefa semanal que exemplifica, mais uma vez, as práticas de cuidado por afinidade no Hospital. Como ela tem autorização para fazer saídas rápidas, no dia do pagamento ela recebe também o dinheiro dos moradores que não podem ficar com seu próprio dinheiro e, nestes casos, Francine se encarrega de fazer as compras para eles. Os moradores se reúnem com a assistente social na cozinha de uma das casas femininas para decidirem se irão pegar os 60 reais ou se irão guardar um pouco de dinheiro para comprarem algo que precisam e que é mais caro, o que demanda juntar dinheiro de várias semanas para a compra. Cada um tem uma bolsinha que fica com a assistente social e nelas alguns fazem pequenas poupanças.

Depois do pagamento, a manhã do cotidiano asilar fica extremamente agitada e os moradores combinam com a moradora Francine o que querem que ela compre para eles no supermercado que tem perto do Hospital. Alguns nem falam nada pois ela já sabe de cor muitos pedidos, que costumam sempre ser os mesmos toda semana. Normalmente, os pedidos variam entre refrigerantes, balas, salgadinhos, bolachas, iogurte, paçoca e macarrão instantâneo. Alguns moradores tem permissão de saírem acompanhados por Francine para as

compras de terça-feira. Ela então acompanha-os até o mesmo supermercado que tem em frente ao Hospital. Para os moradores que não podem sair, Francine escolhe cuidadosamente cada item. Ela escolhe os itens de morador por morador e sempre finaliza uma compra antes de começar a outra. Ela faz muitas compras seguidas, indo e vindo entre o caixa e as prateleiras do supermercado. No final, Francine volta para o Lar com os moradores que a acompanharam até lá e leva também as sacolas daqueles que não podem sair e que encomendaram da moradora algumas compras. Depois de entregar as sacolas é a vez de Francine sair com a moradora Madalena, pois ela nem sempre quer ir ao supermercado e, às vezes, prefere ir à papelaria que tem em frente ao Hospital, lá ela gosta de comprar livrinhos de colorir, canetas coloridas, lápis de cor entre outros materiais escolares.

Além do cuidado entre eles, os moradores do Lar Abrigado também desenvolveram uma prática de cuidado por afinidade comigo. Eles me orientavam em várias situações, me ensinavam como agir no passe ou no patião e também me ajudavam algumas vezes que não me sentia bem:

Hoje, depois do passe, fiquei um pouco sentada no quintal pois estava com tontura. A moradora Maria Fulana chegou perto de mim e disse que eu devia comer e medir a pressão. Ouvi dizer que a moradora Raquel fazia orações e pedi para ela fazer uma para mim, mas ela disse que não podia pois não tinha vela e que só fazia antes de morar no Lar Abrigado, no quarto dela. Me perguntou se eu rezei um pai nosso em voz alta e eu disse que não, ela então me orientou a não fazer isso pois: “quando a gente reza em voz alta os outros acham que a gente é louca”. Depois disse que achava que a moradora Tavinha podia rezar para mim, fomos até o quarto dela, ela estava com touca de hidratação na cabeça: “Eu posso orar para você, mas eu oro ajoelhada”, ela me disse quando chegamos. Ajoelhei junto com ela e chegou outra moradora, a Madalena, querendo saber o que estava acontecendo, contei que estava com tontura e que Otávia iria orar para mim. Otávia colocou um véu branco na cabeça, colocou a mão levemente no meu ombro e rezou um pai nosso. Margarete, logo que Otávia terminou o pai nosso, perguntou se eu tinha melhorado. Respondi que estava melhor e ela colocou a mão bem forte no meu peito e começou a orar em voz: “Jesus, interceda por nós nesse momento, pai, aliviando as dores da Sabrina [...]” depois que terminou, repetiu: “Melhorou?” Eu eu respondi: “Estou muito melhor!”. Ela então insistiu para eu comer uma banana e um chiclete e depois fomos no quintal esperar o almoço. (Diário de campo, 07/02/2019).

Outro dia, Madalena me perguntou se eu iria na aula de dança do ventre, pois tinha chegado uma professora voluntária no Hospital para dar aulas de dança por 3 meses para as moradoras e eu estava acompanhando as aulas. Respondi para Madalena que não sabia se iria

porque estava com um pouco de dor nas costas. Fui embora e, no outro dia, quando cheguei no Hospital, ela me chamou na sua casa:

“Comprei uma pomada boa pras costas, vamos lá no meu quarto para eu passar em você. Tem que deitar na cama. Tira o travesseiro, tira tudo. Coloca no chão. Tem que deitar retinha. Levanta a blusa. Você vai ver, até sexta você vai tá boa. Tem que ficar de bruço. Agora você vai ver que beleza!”. Eu obedeci e ela passou a pomada em mim: “Prontinho, amanhã você me lembra de passar em você de novo, pra você ficar boa.” (Diário de campo, 19/02/2019).

As explicações para possíveis doenças ou machucados eram também curiosas. Quando íamos ao supermercado era comum que Raquel pegasse na minha mão para atravessar a rua, ela dizia que não gostava de atravessar sozinha. Em uma das idas ela notou que eu estava com um machucado na palma da mão, era uma marca redonda, ela então me perguntou: “Você viu isso?”, e eu: “Eu vi, o que será que pode ser?” e ela: “Você já pegou em pinto de homem? Pode ser a doença do pecado!” (Diário de campo, 19/02/2019). Rimos muito dessa situação dias depois, pois sempre lembrávamos dessa ocasião.

Os moradores desenvolviam, a partir das práticas de cuidado, redes de relações sociais e com elas compunham a rotina asilar de uma maneira menos manicomial. Nestas redes, eles encontravam espaços que os permitiam se relacionar e, em conjunto, vivenciar de outras formas o Hospital. Além destas práticas de cuidado, como citei anteriormente, havia no Hospital os tratamentos medicamentosos obrigatórios e os moradores desenvolviam relações diversas com esta outra prática. Voltando às figuras apresentadas no início deste sub capítulo, podemos lembrar que os medicamentos podem ser de duas categorias, os “psicotrópicos” (destinados à ordem psíquica) e os “outros” (destinados a sintomas como dores de cabeça, estômago, enjôos, entre outros). A relação dos moradores com os comprimidos era muito curiosa. Nos primeiros dias, quando os via indo para a enfermaria, pegando os copinhos plásticos no corredor que tinha no caminho e enchendo-os com água e depois parando em uma fila para esperar o remédio, parecia-me que realizavam a tarefa de modo muito mecânico, talvez ritualístico. Entretanto, como citei, notei uma forte resistência dos moradores com os comprimidos e observei também que o momento de tomar o remédio não era tão automatizado como eu pensava.

Madalena foi a primeira moradora que me fez notar isso:

Hoje, na hora do remédio depois do almoço aconteceu algo muito curioso, não lembro se já escrevi sobre isso aqui mas os moradores, embora muitas vezes dizem não saber para que servem os remédios que tomam, decoram a aparência de cada um dos comprimidos e a quantidade de medicação... eles recebem os comprimidos todos destacados da enfermeira e com eles numa mão e a caneca de água na outra já tomam direto, na frente da enfermeira. Ela pede para alguns deles para abrirem a boca e mostrarem que tomaram todos sem jogar nenhum fora... Quando a moradora Madalena pegou seus comprimidos hoje cedo, ela reclamou que tinha um “comprimidinho diferente”, depois notou um “coloridinho” que também não conhecia, reclamou para Talita, a enfermeira, que foi rever o saquinho e na verdade aqueles comprimidos eram de outra moradora, da Maria Fulana... Quase que Madalena tomou os comprimidos errados, mas ela percebeu e questionou... (Diário de campo, 08/02/2019).

Magda também reconheceu algo diferente em seus remédios:

Desde o café da tarde, Magda estava reclamando de tontura, me disse que o remédio está dando reação nela e que se ela o tomar mais uma vez ele vai matá-la... na hora do remédio ela olhou bem para o montinho de comprimidos que recebeu e tirou do monte um deles, negando tomá-lo. Disse que o comprimido “cor de abóbora” está dando muita reação, tontura e que está inchando sua mão... a enfermeira aceitou e deixou que ela não tomasse esse, dizendo que ia ver com a médica o que poderia fazer. (Diário de campo, 13/03/2019)

Essa situação da enfermeira aceitar que ela não tomasse o medicamento aconteceu apenas neste dia pois, normalmente, quando eles questionam os medicamentos, são orientados a tomá-los mesmo assim. Três dias depois daquela ocasião, Magda continuou reclamando do remédio “cor de abóbora” mas a enfermeira foi enfática:

Hoje Magda continuou reclamando dos remédios, dizendo estar com tontura e que os remédios estavam dando reação nela... na hora do remédio ela foi reclamar pra a enfermeira mas a mesma disse que ela devia tomar, depois simulou uma ligação para a doutora para dizer que ela estava reclamando dos remédios e que se ela não tomasse iria lá pra dentro. Magda pediu pra não ir e disse que já tinha parado de reclamar... (Diário de campo, 16/03/2019).

Relendo meu diário, notei que as reclamações não pararam, 8 dias depois, escrevi:

Magda chegou no banco que eu estava sentada para dizer que estava “perdendo as ideias”, elogiei o vestido dela para tentar mudar de assunto e ela: “Eu não gosto de vestido rosa, parece que eu tô gorando, que eu to morrendo. Será que eu to morrendo? Tô perdendo as ideias. Isso é cabeça fraca, né? Será que eu to com a cabeça fraca? Você acha? To com reação do remédio...”. (Diário de campo, 21/03/2019).

4 dias depois ela continuava a reclamar mas ainda estava tomando o mesmo comprimido...

Estava no quintal quando Magda me viu e veio aos prantos falar comigo, dizendo que estava morrendo, perdendo as ideias... tentei mudar o foco, mostrei o céu, a árvore que tem em frente à casa dela... nunca sei o que fazer nessas situações... ela reclamou que o remédio ainda está dando muita reação nela, que está com tontura e que vai morrer... ficou segurando firme no meu braço... chamei o morador Valdir para conversar um pouco com a gente... eles ficaram conversando um pouco e ela acalmou... falaram de uma meia de um par só que ele ganhou que parece que era uma touca... depois ela falou algo sobre um sabonete que ganhou também, ela gosta muito de lavar as mãos... (Diário de campo, 25/03/2019).

Como visto, as reclamações sobre os remédios vinham de variadas formas, assim como as justificativas para pedir para não tomá-los, como em um dia no qual a moradora Margarete estava brava porque a enfermeira tinha pedido para ela tirar a “barba do queixo”:

“Eu não vou tirar hoje, eu tiro uma vez por semana pra não crescer grosso. Perguntei se ela vai pagar depilação pra mim, quero nem ver se ela me colocar lá dentro. Olha isso, ela pediu pra Isabel se depilar, será que ela sabe? Ela pode se depilar sozinha? Ela tá lá trancada no banheiro, vai ficar o dia todo. Eu aqui querendo usar, a Tavinha quase cagando nas calças segurando com a mão e ela lá depilando... vou te explicar uma coisa, esses cabelo que tão crescendo no meu queixo é por causa do remédio que eles dão, esses remédio que estão dando pra cabeça deixa o queixo cabeludo.” (Diário de campo, 11/02/2019).

Observei também que negar tomar remédios podia implicar em punições, pois era considerado uma forma de “desobediência”, uma vez que tomar o remédio era mais uma das regras e obrigações da instituição. Quando alguém negava tomar seus remédios ou fingia tomá-los mas os jogava fora, podia haver diferentes formas de castigos e ameaças. Além disso, as queixas dos moradores não pareciam ser suficientes para denúncias e mesmo reclamando dos sintomas e dos efeitos colaterais que estavam sentindo, eram instruídos a tomarem os medicamentos.

No pagamento Maria Fulana começou a chorar e tremer, a psicóloga explicou que todos deviam ter paciência pois ela estava com delírios, ela então fez sinal que se continuasse a tomar os remédios iria morrer. João Antônio foi colocado lá dentro hoje também, pelo mesmo motivo, não queria tomar os remédios e estava jogando-os fora. (Diário de campo, 05/02/2019).

O descontentamento de Maria Fulana continuou no dia seguinte e escrevi no diário: “Maria Fulana continua chorando muito e dizendo que se continuar a tomar os remédios vai morrer. Hoje ela ficou tremendo...” (06/02/2019). Além das tremedeiras, outras reações apareciam no dia a dia institucional:

Fui na casa de Cida e ela começou a me contar várias coisas. Primeiro falou sobre seu namorado, o Ezequiel, reclamando que não dá pra passear com ele na cidade, porque ele anda muito devagar! Depois disse que ama o seu cachorrinho Bolinha, que a assistente social chegou com ele no Hospital e disse: “Quem adivinhar o que eu trouxe fica com ele” e Cida disse: “um cachorrinho!”. Ela acertou e ficou com o cão. Enquanto ela contava essas histórias, a boca dela estava espumando muito e juntando muita saliva, foi quando ela começou a falar dos remédios: “A gente briga e eles dão remédio pra gente, pra castigar. Olha minha boca, fica espumando, esses remédios pra depressão faz isso com a gente, é remédio pra cabeça, olha a Madalena, ela tem cabeça boa, não precisa tomar, agora a gente tem que tomar. Pra emagrecer eu tomo chá verde, pra cabeça Risperidona. Eu tomo Akineton pra desvirar os olhos, pra combater o Risperidona. Pergunta pra Francine pra você ver, tem hora que eu viro o olho por conta do remédio, ai tem que tomar outro pra combater. É muito remédio que a gente tem que tomar aqui e se não tomar vai lá pra dentro. Se eu tivesse uma casa eu ia querer morar lá só pra não tomar tanto remédio psiquiátrico. Aqui eles lotam a gente. A gente fica com a boca espumando. A Bia não vira os olhos porque ela tem organismo forte, mas ela também toma esses e mais um pra diabetes. A gente tem que tomar remédio pra cabeça, pra depressão... a noite eu tomo 2 Amplictil de 25, Risperidona, chá verde e Dogmatil. Eles dão remédio pra corrigir a gente. (Diário de campo, 11/03/2019).

Esses casos ilustram ainda mais o quanto não é automatizada a relação dos moradores com os medicamentos e que eles não simplesmente tomam os comprimidos. Essa experiência institucional, que os permite saber sobre os sintomas e os remédios, também apareceu em outro caso, quando chegou uma enfermeira nova no Hospital:

Paramos para descansar um pouco e a nova enfermeira chegou [...] ela chamou os moradores para a hora do remédio e fomos pro postinho. Lá, a fila se aglomerou, como de costume, com os moradores com seus copinhos de água. Ela não sabia fazer o exame de glicemia, mexer na agulha pra furar o dedo, o que fez com que a hora do remédio fosse mais longa que o comum. Ela separou as agulhas dos que tinham que fazer o exame e foi dando primeiro os comprimidos de um por um em ordem alfabética. Margarete reclamou pois estavam em fila e ela não estava respeitando a ordem mas a enfermeira explicou depois que como não conhece eles ainda ia fazer daquele jeito. Por fim, as moradoras Margarete e Rose a ensinaram a mexer com a agulha e ela fez os exames de glicemia. (Diário de campo, 15/03/2019)

Notei também que muitos moradores do Lar Abrigado tinham diabetes e a moradora Margarete, com toda sua experiência institucional, fez uma observação interessante que depois se revelou para mim como uma descoberta interessante:

Eu não entendo isso aqui, é remédio pra lá, remédio pra cá. Olha isso, aqui no hospital não dá doce, né? Só tem coisa salgada. Daí que nois tudo tem diabetes, tem diabetes que jeito? Eu, antes de morar aqui não tinha diabetes, tive de uns tempo pra cá e eles me falaram que é de comer doce, aí eu perguntei: “De comer doce que jeito? Aqui ceis não dão doce pra gente! Só se seu tiver pegado diabetes de tanto comer sal!”. (Entrevista com Margarete, 13/04/2019).

Aquela observação da moradora Margarete ficou me rondando. Dois meses depois, participei de um congresso nacional sobre saúde mental, eu era a única antropóloga do ambiente que estava dominado por pessoas da área da saúde, predominantemente psiquiatras, psicólogos e enfermeiros. Lá, em uma das palestras, estavam discutindo sobre os medicamentos utilizados nos tratamentos e disseram que um dos efeitos colaterais dos psicotrópicos é a diabetes. Quando ouvi aquela informação lembrei na hora de Margarete que havia descoberto que tinha algo errado através de sua própria experiência institucional enquanto moradora do Hospital. Ela e os outros moradores, a partir de suas experiências institucionais, notaram que algo maléfico podia acontecer com o uso tantos psicotrópicos. Sobre as adversidades dos medicamentos, escreveu Parada (2008, p. 519-521)

[...] los efectos adversos de los medicamentos son muy comunes, generando consecuencias diversas en las personas. Al respecto, se describen efectos de inquietud motora intensa, “incomodidad permanente”, disminución de ciertos sentimientos cotidianos, presencia de pensamientos negativos como el deseo de morir, así como un estado de aplanamiento afectivo en que la persona no siente placer, dolor, tristeza. [...] Sin embargo, cabe señalar que los psicofármacos no solo afectan la subjetividad, también producen efectos físicos sobre el cuerpo, por ejemplo, aumento excesivo de peso y dificultades para la realización de actividades cotidianas, como el simple acto de abrocharse los zapatos.

Raquel não estava errada quando me contou que “O remédio derruba a gente” (Diário de campo, 12/03/2019). Atualmente, não são raros os estudos que apontam para a medicalização da subjetividade e patologização do sofrimento. Ocorreu, como denunciado por Aguiar (2004, p. 22) “um processo de remedicalização ou biologização da psiquiatria [...] e uma substituição da relação terapêutica médico-paciente pelo “controle farmacológico dos

sintomas”.” (apud MALUF, 2010, p. 23). St-Onge (2008, apud GARRAFA; LORENZO, 2010, p. 22) revelou também que a indústria farmacêutica “tem oscilado entre o primeiro e o quarto lugar entre as principais atividades lucrativas no mundo [...] competindo, na maioria das vezes, apenas com os grandes bancos internacionais.”, essa informação é reveladora à medida que ilustra os direcionamentos dessa dominação dos psicotrópicos sobre as outras formas de cuidado, aquela referente à uma possível manutenção do sistema capitalista através da circulação e consumo de medicamentos psiquiátricos.

Para refletir um pouco mais sobre essas formas de resistências aos medicamentos, retomo Parada (2008, p. 521) que escreveu: “Tú funcionas a pesar de los medicamentos, no gracias a los medicamentos.” e, trazendo as reflexões sobre os efeitos colaterais dos psicotrópicos, observei que a equipe me falava quando perguntava sobre as críticas negativas tecidas aos medicamentos que estes eram uma evolução e que foram fundamentais para substituir os tratamentos invasivos e agressivos como os eletrochoques e as contenções físicas. Parecia, pelo que me contavam, que os medicamentos chegaram para substituir essas formas de violência, entretanto, parece que não foi previsto o quanto os próprios psicotrópicos poderiam, através do uso exacerbado, se transformarem num modelo punitivo e também agressivo de tratamento. A indústria farmacológica dominou muitas áreas que antes necessitavam de diferentes práticas de cuidado, Amarante (2014) salientou:

Há muita dificuldade em aceitar que as pessoas são diferentes e devem ser diferentes. Minha luta atual é que se pode até suspender a medicação. Isso para um médico é um absurdo: eles não acreditam que se possa ser um psicótico sem tomar antipsicótico. É um mito que a indústria farmacêutica criou, que só há um jeito dele se manter vivo, tomando remédio.⁴¹

Tomando tantos remédios, há décadas, os moradores continuam a viver a vida de uma maneira manicomial. Voltado à ideia de que as queixas dos moradores não são suficientes para denúncias, pude notar isto ainda melhor nos casos de outros desconfortos que necessitavam dos outros medicamentos, que não os psiquiátricos. O caso limite que me ilustrou isto foi o seguinte: um moradora fez xixi na cama a noite e se levantou para tomar banho, acabou por deixar o corredor molhado. Outra moradora levantou à noite para usar o banheiro e escorregou no corredor, machucando o pé. No outro dia cedo, cheguei ao Hospital

⁴¹ Entrevista com Paulo Amarante disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/amarante-e-cultura-que-faz-pessoas-demandarem-manicomio-exclusao-limitacao>

e ela estava reclamando de dor no pé, contando o ocorrido da noite anterior e culpando a companheira de casa. Uma responsável pelo Hospital chegou e perguntou o que ela tinha, ela disse que estava com dor no pé, mas nada foi feito e ela passou a manhã toda reclamando de dor. Ela discutiu com a amiga, que se desculpou dizendo que o motivo por ter feito xixi na cama era o “efeito do remédio”. Uma terceira moradora, a noite, levou comida para a mesma que ainda estava reclamando de dor e não conseguiu ir ao refeitório.

No outro dia ela continuou reclamando de dor no pé, disse que estava vomitando e que a noite passou mal. Como ela sempre reclama de dores, uma funcionária do Hospital me disse que ela era muito “solicitante” e que como sabia que iam chamar atenção dela por ela ter discutido em casa, estava falando isso. Ela ficou sentada reclamando o dia todo de dor e foi para o refeitório mancando. Nada foi feito. No terceiro dia, quando cheguei cedo ao Hospital me deparei com a moradora com o pé e a perna engessados até o joelho. No dia que caiu, ela tinha quebrado um dedo e machucado uma parte do pé e somente na noite do segundo dia suas queixas foram atendidas e descobriram a lesão.

Outras reclamações, de situações menos limites também aconteceram ao longo da pesquisa, como escrevi sobre um morador: “João me viu veio me dizer que hoje não está bom, que está com dor de garganta e que ninguém quer dar xarope para ele... ele cuspiu a manhã inteira... uma hora até chorou reclamando da garganta e pedindo para ir embora...” (Diário de campo, 08/04/2019). Ele falou da dor de garganta por mais de uma semana, até que ela passou, pois não o vi falando mais nada. A moradora Rose ficou também alguns dias reclamando de dor nos dentes, não ia nem no refeitório pois dizia sentir dor para comer, entretanto, enquanto estive no Hospital ela não conseguiu ser atendida por um dentista. De modo geral, o que percebi é que os tratamentos psiquiátricos eram exacerbados e havia uma grande quantidade de comprimidos psicotrópicos disponíveis, entretanto, quando os moradores tinham outros desconfortos e precisavam de outros cuidados e tratamentos, deviam percorrer um longo caminho até que pudessem ser atendidos e, nestes espaços, articulavam com a cotidianidade institucional e compunham com ela para que pudessem (sobre)viver nas situações que emergiam.

3.5) Mulheres, relacionamentos e o gênero na saúde mental.

*Margarete: Qual seu tipo de homem? O meu é moreno, olhos claros, alto e gostoso.
(risos)*

Otávia: O meu... o meu é moreno. O José.

Margarete: Otávia, cê tá apaixonada né Otávia... ele foi seu primeiro namorado?

Otávia: Não... meu pai não me deixou casar... ele batia na gente com vara de marmelo, ele tá fugido da polícia.

Margarete: E você Regina? Já teve namorado?

Regina: Eu não quero namorar não, depois a gente engravida!

(26/02/2019)

A passagem acima citada é referente a uma conversa que tivemos no meu último mês em campo, quando estávamos na varanda de uma das casas de moradoras mulheres à tarde. Era muito comum, no dia a dia do Hospital, conversas sobre amores antigos, histórias de casamento ou de paixões. Em alguns casos, vinham em formato de um romance proibido, com conotações negativas e denúncias de violência, como quando Otávia, uma moradora de 56 anos e institucionalizada há 23, me contou:

Queria que você me ajudasse a descobrir minha idade, eu não sei mais a minha idade. Eu tinha 2 irmãos e 2 irmãs mas meu pai internou eles em hospital. O pai batia muito em mim e jogou uma cadeira na minha mãe. Eu tinha um noivo, o Vitor, ele me dava sabonetes e perfume, mas meu pai não deixou casar, meu pai queria eu pra namorada, depois ele foi embora. Meu pai fugiu de casa e a delegada me levou pra Casa da Criança, ele ficou foragido. Depois a médica de Tupã falou que eu tava ficando muito velha e que ia ter que morar num asilo, eu não queria, aí vim pro hospital com 26 anos. Hoje eu acho que eu tenho 49, faço 50 em agosto. Namoro um paciente lá de dentro, mas ele tem família. (Entrevista, 13/02/2019)

Outras vezes vinham como situações de repulsa, como quando a moradora Margarete, com seus 51 anos e institucionalizada há 19, me disse:

Casar pra que? Eu vejo na televisão que tão casando para homem bater em mulher... tirar sangue! Eu não quero homem assim não, se me bater eu largo, já tive um que me bateu, bati nele e depois larguei dele. Homem assim eu não quero. Tem muito homem que me quer, você acha que eu não sei? Mas não quero qualquer um não... (Entrevista, 25/03/2019)

Às vezes o casamento aparecia em conversas sobre sonhos e como uma possibilidade de que casando poderiam sair do Hospital e terem suas próprias casas, como numa entrevista que fiz com um morador de 66 anos que está institucionalizado há 22 e uma moradora de 62 anos que está institucionalizada há 17:

[...]

Sabrina: Me conta mais uma coisa, qual que é teu sonho?

Magda: Sonho? Que sonho?

Sabrina: Sonho da sua vida...

Magda: Que que eu sonho da minha vida? Eu sonho com o Valdir... Mas eu já esqueci...

Sabrina: O que você mais queria na sua vida?

Magda: Eu queria o Valdir, morar com ele...

Valdir: Ela quer eu, ela quer morar comigo...

Sabrina: Ah! E qual é seu sonho Valdir?

Valdir: Casar com ela...

Sabrina: E o seu Magda?

Magda: Casar com ele também, ter a casa, casar com ele...

(02/04/2019)

Em outra entrevista, com o mesmo morador, o Valdir, ele também me contou:

[...]

Sabrina: E qual é teu sonho, Valdir?

Valdir: É... é juntar os trapo... e... eu tive namorada, tive assim namorada, e achei que eu achava que casamento era, que casamento era... era fim de carreira... né... eu falava, vô fica namorando, não casava... e falava... e casar também num, sei lá, casamento não fez meu sonho não...

Sabrina: E qual é teu sonho agora?

Valdir: eu penso de amigá, morá com a Magda né que a gente namora tem mais de 9 ano...

(05/04/2019)

Ambos os moradores vivem no Lar Abrigado e, segundo Valdir, eles namoram há mais de 9 anos. O relacionamento dos dois começou quando foram internados no patião, que na época era misto e abrigava moradores homens ou mulheres. Depois de alguns anos eles foram transferidos para o Lar Abrigado e, desde então, mesmo transitando entre o Lar e as alas internas (patião e feminina), eles mantêm o relacionamento. Quando cheguei para o campo, Magda estava na ala feminina e Valdir me contou em uma conversa:

Eu ainda namoro, namoro a Magda... e já faz quase 9 anos mas ela tá lá dentro por causa de higiene, tem que mandar ela tomar banho, ela tinha uns probleminhas aqui. Às vezes eu acho que ela nem gosta de mim, porque ela não vem me ver, quando a gente morava lá dentro [no patião] e ia ter café e eu não queria ir, aí ela trazia pra mim... (28/02/2019)

Depois de um mês, Magda voltou para o Lar Abrigado e ela e Valdir passavam as tardes sentados nos banquinhos de cimento do Hospital, o que causava alguns comentários entre os moradores, como este dia que Raquel, ao vê-los juntos, me disse:

Tão bonitinho os dois... não tão nem aí com o hospital... Nem ligam pra câmera... Cê viu como eles se beijam? Valdir é meu padrinho, chamo ele de padrinho... Pena que aqui no hospital não sai casamento... aqui no hospital não tem disso não... (Diário de campo, 12/03/2019)



Foto 31: Casal de moradores do Lar Abrigado.

Além das histórias sobre antigos e atuais relacionamentos, era muito recorrente no Hospital uma generalizada opinião, entre as mulheres, sobre os “homens”, como quando a moradora Madalena me disse: “Olha a casa de homem, vamo passar reto que cruz credo!” (Diário de campo, 04/02/2019), ou ainda quando a moradora Margarete me disse: “Mulher é forte, homem não aguenta o que mulher aguenta, mas homem não tem medo de morar sozinho, mulher tem... mulher sozinha é muito perigoso...” (Entrevista, 13/03/2019), e por fim, quando a moradora Raquel me disse: “Você sabe se homem ainda tá batendo em mulher?” (Diário, 08/04/2019).

Fui notando que as situações de violência sempre apareciam nas falas das mulheres. Observei também, nas passagens acima e nas tabelas inseridas no início deste capítulo, três situações que gostaria de desenvolver mais calmamente nas próximas linhas. 1) Há um fato que reproduz uma tendência histórica: há mais mulheres que homens no Lar Abrigado. 2) As mulheres desenvolvem diferentes formas para viver o ambiente institucional. 3) Coexistem com a vivência hospitalar muitas memórias sobre relacionamentos e, nestas, situações de violência são denunciadas.

Para começar a discussão, retomo as tabelas para lembrar que no Lar Abrigado, dos 19 moradores, 13 são mulheres, destas, 9 vieram de outras instituições, 1 veio da casa de uma irmã e outra da casa de uma filha, além de duas que não encontrei nos registros de onde vieram. Nota-se que as mulheres que não vieram de outras instituições eram também cuidadas, antes da internação, por outras mulheres. Chamo a atenção para o fato de ter mais mulheres que homens no Lar Abrigado para enfatizar uma tendência histórica:

no decorrer do século XX, as mulheres ocuparam gradativamente a maioria dos leitos dos hospitais psiquiátricos e constituíram-se também na maioria das pacientes de clínicas particulares. Segundo autoras como Chesler (1989), Showalter (1985), Gilbert e Gubar (1979, 1988) e Garcia (1995), isto acontece por uma dupla razão: historicamente a loucura é considerada uma enfermidade feminina, e as mulheres vivem situações reais de opressão como esposas, filhas, irmãs e amantes, mal compreendidas pela psiquiatria. (WADI, 2006, p. 68):

Voltando um pouco na história dos internamentos, podemos descobrir que os diagnósticos feitos pelos - na época - "alienistas" eram extremamente imbricados de concepções morais e normativas sobre as mulheres que tinham que enfrentar uma tendência de domínio masculino sobre seus corpos e suas sexualidades. A anatomia do corpo, nos diagnósticos, era utilizada para justificar as tentativas da sociedade patriarcal de controle sobre as mulheres. Cunha (1989, p. 130) constatou:

O alienismo, no final do século das luzes e, pelo menos, ao longo do século XIX, projetou a partir desta imagem do corpo feminino a visão inquietante e turbulenta do seu espírito: nervosa, cíclica, excitável, presa fácil das paixões e desvarios, de poucos pendores intelectuais, de sensibilidades à flor da pele e sujeita a todo tipo de perturbação da razão que, em última instância, decorriam de sua própria "instabilidade" corporal. [...] Nas origens do saber psiquiátrico [...] algumas práticas médicas do período ilustram bem a relação direta e imediata que se estabelecia entre o corpo feminino e a loucura: a injeção de água gelada no ânus, a introdução de gelo na vagina, a extirpação do clitóris ou dos órgãos sexuais internos aparecem nos relatos das técnicas de cura do alienismo europeu do século passado, indicando a importância estratégica do controle da sexualidade feminina.

Como constatou Butler (2003), as relações de poder constroem a sexualidade das mulheres e, no campo da psiquiatria, as agressivas e impostas práticas e tendências moralistas, heteronormativas e vindas dos sistemas patriarcais foram revestidas com uma capa que as fantasiavam de "tratamento médico". Como escreveu Stolke (2006), a ideologia de gênero atribuiu aos homens a ideia do 'direito' e da 'responsabilidade' de controlar os

corpos e a sexualidade de suas mulheres. Podemos completar, trazendo para esta discussão vinda de alguns estudos da teoria feminista, as reflexões dos estudos sobre internamentos propriamente, como descreveu Cunha (1989):

A crença em uma inferioridade “natural” marca toda a história de mulheres em situação de internamento. Essa inferioridade estaria inscrita diretamente em seus corpos, em sua natureza biológica que lhes definiria um papel social subordinado. Nesta medida, a loucura nas mulheres aparecerá como algo diverso e mais transgressivo do que nos homens. Para estes últimos, ela estará geralmente associada, na fala psiquiátrica, à ausência de razão, ao mau uso da liberdade, à privação dos sentidos, aos comportamentos estranhos ou anti-sociais que se manifestam no plano de sua presença pública, como trabalhador ou cidadão. Para as mulheres, ao contrário, é geralmente na esfera da vida privada, dominada pelas questões do corpo e da família, que a loucura é perseguida. (p. 128)

E como citou Andrade (2010):

O gênero, conforme apontam Rohden (2001) e Laqueur (2001), tem estado presente nas concepções da medicina de forma significativa a partir do século XIX e o conjunto de concepções que advém desse saber tem instituído uma série de concepções ligadas, em especial, às questões reprodutivas e às assimetrias de gênero historicamente construídas. Tais concepções se inscrevem também no campo das representações quanto ao sofrimento psíquico, entendido tanto no modelo dos nervos, como no modelo da saúde/doença mental e atravessam as concepções quanto a sua etiologia e terapêutica. [...] O gênero [...] pressupõe o entendimento de que a questão do sofrimento psíquico ou “doença mental” está diretamente relacionada com aspectos sociais, culturais e de poder. Além disso, também é necessário ressaltar que tais sofrimentos advêm de relações assimétricas de gênero e de papéis sociais e identidades historicamente assumidas pelas mulheres. (p. 278, 288-289)

Essa crença em uma “inferioridade natural” marcou a história das mulheres não tão somente nas situações de internamento, mas também em toda a composição cultural de nossa sociedade, uma vez que, como sabemos, para nós o próprio gênero é um princípio organizador (LUGONES, 2008). Além disso, a ideia de “mulher” definida como anatomicamente subordinada ao homem resultou na imposição de um estado patriarcal e a redução do gênero feminino ao patamar do “privado”, ou seja, o controle sobre o sexo e seus recursos que é também uma questão ideológica apresentada como biológica (LUGONES, 2008), como escreveu Cunha (1989):

O internamento de mulheres desviantes [...] constituem, na escala do internamento, os maiores contingentes - dado que pode ser parcialmente explicado pela maior facilidade das famílias em livrar-se de seus fracassos afetivos do que em abrir mão do responsável pela sua manutenção financeira. Há pouca hesitação para a internação de mulheres, decidida por seus maridos, pais e irmãos à menor “suspeita” ou desconforto causado por seu comportamento; os homens, ao contrário, em geral precisavam tornar-se muito incômodos, “reincidir”, adquirir uma visibilidade incontestável em sua loucura antes que as famílias decidissem enviá-los ao hospício. (p. 129).

Estes dados e discussões poderiam nos levar a uma tendência essencializadora de pensar nas sujeitas etnográficas, ou seja, as mulheres moradoras do Hospital, enquanto mulheres-vítimas. Por sorte, fui recentemente a uma aula em que a professora doutora Claudia Fonseca participou como convidada. Conhecia a mesma apenas por alguns de seus trabalhos, entretanto, penso naquele quase-encontro como um divisor de águas. Na aula, a professora Claudia enfatizou o quanto observou em seu campo que as mulheres não poderiam ser colocadas - de forma alguma - no papel de “vítimas passivas eternas”. Ela teceu uma discussão sobre os sujeitos etnográficos demonstrando o quanto devemos nos atentar para que nossa escrita não seja normativa e reifique locais “subalternos” para aqueles que participam de nossa pesquisa.

Reificar a condição de “vítimas passivas eternas” das mulheres moradoras do Hospital apagaria todas suas formas particulares de vivenciar e ressignificar a institucionalização permanente. Poderíamos caminhar enfatizando todo o processo coercitivo que elas estão inseridas mas, mergulhando no cotidiano institucional, pude perceber que as mulheres desenvolvem também formas-outras de vivenciar o rotina hospitalar. Segundo Butler (2003), “Mulher é um termo em processo, um devir, um construir de que não se pode dizer com acerto que tenha uma origem ou um fim. Como uma prática discursiva contínua, o termo está aberto a intervenções e re-significações”, e, no Lar Abrigado, o ser-mulher-institucionalizada pode ser vivenciado e criado de diferentes formas.

Como as mulheres são a maioria no Lar Abrigado, há para elas 5 casas. Já para os homens, apenas 1. A primeira casa do Lar é da moradora Francine (34 anos), ela mora sozinha ali, tem um cachorrinho que a acompanha e à noite prefere dividir quarto com Cida para não dormir sozinha e, por isso, dorme em outra casa, na de sua amiga. Francine chegou ao Hospital com mais ou menos 13 anos e durante seus anos lá, me contou que fez cursos, estudou e até mesmo trabalhou. Quando fiz minhas primeiras visitas ao Hospital, em 2014,

ela trabalhava num supermercado da cidade como empacotadora e tinha um namorado, um homem que vivia no Hospital mas tinha família e depois de um tempo, com alguns problemas que ocorreu, precisou ir embora. Francine juntou dinheiro dos seus salários e conseguiu comprar vários móveis e eletrodomésticos para sua casa no Lar Abrigado e a reformou também. Quando voltei este ano ao Hospital, ela não trabalhava mais, mas chorava e pedia sempre para a equipe do Hospital para voltar a trabalhar. A equipe me explicou que se ela trabalhar ela perderá o benefício e depois ficará muito complicado para conseguir ele novamente, o que a impossibilita de trabalhar. Entretanto, Francine e mais duas moradoras, Cida (50 anos) e Rose (57 anos), conseguiram encontrar um meio para aumentarem suas rendas semanais. Em uma entrevista, Francine me contou:

Sabrina: Fran, primeiro eu queria que você me contasse como que é morar aqui... O que que você faz?

Francine: Eu acordo, vou lá em casa escovar meus dente, arrumar meu cabelo, depois eu vou lá tomar o meu remédio... depois chama nois pro café depois vai pro passe.

Sabrina: E depois?

Francine: Depois eu volto de lá, limpo a minha casa, às veiz, amanhã é dia de limpar os homem, eu vou limpar os homem, hm...

[...]

(18/04/2019)

Toda terça-feira, como citei, é o dia do pagamento no Hospital e os moradores recebem, normalmente, 60 reais. Francine e Cida reclamaram algumas vezes que recebiam muito pouco e como as duas têm cães, elas precisam comprar ração e levá-los para o banho, o que aumenta os gastos. As moradoras conseguiram articular um trabalho dentro do próprio Hospital e o que antes já foi uma tarefa obrigatória somente para as mulheres, se transformou em uma atividade remunerada. Atualmente, elas limpam a casa dos homens e lavam também as roupas dos mesmos e recebem um pagamento pelo serviço prestado. Essa prática já existia antes, com uma outra moradora que faleceu recentemente, a Inácia, que me disse nos meus

primeiros dias no campo: “Tenho que cuidar das minhas coisas, ganhar meu dinheirinho.” (Entrevista, 10/05/2016). Quando Inácia faleceu, as outras moradoras ficaram responsáveis pelo trabalho.

Francine me contou que elas ganham por mês, de cada homem, 40 reais para a lavagem de roupas e 60 reais para a limpeza das casas e que elas dividem entre elas as roupas que serão lavadas. A moradora Margarete também lavava a roupa dos homens, mas me contou que “pediu conta”, pois estava dando muito trabalho. Rose também me contou sobre alguns empecilhos do trabalho: “O Roger, pra você ver, traz a roupa tudo cagado, ele não toma banho, traz a roupa tudo cagado pra gente lavar. Hoje eu não vou lavar não, a Maria [assistente social] falou para eu lavar um dia sim e outro não.” (Diário de campo, 05/02/2019) e outro dia a mesma moradora me contou: “O Valdir [morador] não para de sujar roupa, toda hora ele traz. Quero ver onde vou estender com essa chuva. Aqui só tem tanquinho, não torce, a Cida [moradora] tem máquina mas a assistente social não deixa ficar lá usando.” (Diário de campo, 28/02/2019). Mesmo com esses intempéries, elas não deixam de lavar e não foram poucas as situações que uma reclamou para outra que estava recebendo menos e que queria dividir novamente o número de roupas (elas ganham de acordo com o número de homens que com elas combinam para lavarem suas roupas, se levam por exemplo a roupa de 2 homens, recebem 2×40 reais = 80 reais).

Cida me contou que gosta de lavar tudo e que quando limpa a casa dos homens, joga água em toda a casa. Ela divide a tarefa e o pagamento com a moradora Francine. O rádio, enquanto a faxina acontece, fica no volume máximo: “Só faço faxina com música! Sem música não dá pra trabalhar não!” (Diário de campo, 08/02/2019). A proibição de trabalhar como um dos requisitos para que as moradoras possam receber o benefício poderia as impedir de trabalhar, entretanto, mesmo tendo que sair de seus empregos (Cida e Francine trabalhavam no supermercado da cidade), elas conseguiram encontrar um meio para aumentar a renda mensal. Francine me contou que quando ela coloca uma coisa na cabeça, ninguém tira dela. Quando comecei a pesquisa ela queria comprar uma máquina de lavar roupas e a assistente social recomendou que ela juntasse por volta de 700 reais para que ela pudesse tentar negociar algo e, recentemente, 7 meses depois que fui no Hospital, ela me ligou contando que agora tem uma máquina nova. Ela também tem celular e às vezes se

comunica com a cunhada e com o irmão, que também vivia em um hospital mas foi desinstitucionalizado recentemente quando casou e teve um filho.

Cida está juntando dinheiro para visitar seu irmão em uma cidade vizinha e é impressionante como ela transita entre a vivência institucional e suas particularidades. Ela compõe com as normas hospitalares de maneira muito fluída, não fica um dia todo se quer no Hospital, sempre sai, conhece as vizinhas e vizinhos do bairro, gosta de ir pesar na balança da farmácia que tem por perto e de ver as roupas no brechó do Hospital. No supermercado, todos a conhecem. Ela também tem amigas que a buscam para sair, sempre frequenta a casa de uma das funcionárias do Hospital, ficou noiva de Ezequiel, outro morador, e comprou alianças para usar com ele. Em alguns momentos da pesquisa ela tinha até mesmo o controle do portão eletrônico do Lar Abrigado, mas depois recolheram dela alegando que “pacientes” não podiam tê-lo. A irmã dela também vivia no Hospital, assim como sua mãe, mas as duas já faleceram, também no Hospital.

Quando a Inácia tava viva a gente queria voltar para nossa cidade mas agora que ela morreu não quero mais. Vou ficar aqui mesmo. A gente veio junto, eu, minha mãe e a Inácia, a gente veio de Tupã, cidade dos índios. Minha mãe morava lá dentro, tinha probleminha na cabeça, tentou morar no Lar mas não deu certo. Tô juntando dinheiro para ir ver meu irmão, mas primeiro vou juntar para dar banho no Bolinha, quero meu cachorrinho cheirosinho, depois vejo de juntar dinheiro para ver meu irmão, ele não é prioridade não, eu nem queria ir. Tenho que comprar ração também, não dá, as crianças não pode ficar sem comida, não tem jeito. (Entrevista, 13/02/2019)

O trabalho das moradoras as possibilitam transitar com e na vivência institucional. Segundo OYěwù (2004), o gênero é um eixo fundamental ao longo do qual as pessoas foram exploradas e as sociedades estratificadas, entretanto, o que gostaria de enfatizar, é que, assim como constatou Claudia Fonseca na aula que assisti e citei anteriormente, a ideia da dominação masculina e das mulheres enquanto vítimas não é necessariamente replicada no Hospital e elas parecem, mais que os homens, compor com o cotidiano hospitalar.

Indo ao último ponto da discussão, gostaria de enfatizar também que há no Lar Abrigado muitas histórias de relacionamentos antigos e, nelas, aparecem recorrentemente situações de romances. Nestes casos, além das histórias de amor, aparecem também algumas denúncias de abusos e violência. Por uma questão ética, escolhi deixar de descrever os casos que me contaram, uma vez que as mesmas me contaram em situações íntimas para uma

Sabrina mais “confidente” que “pesquisadora”. De modo geral, abusos físicos e morais, vindos na maioria dos casos de familiares, como pais e tios, foram os que mais apareceram nas histórias. Essa vivência anterior ao Hospital tem papel fundamental na composição institucional das mulheres, elas parecem ter criado uma rede de proteção: “Quando ela começou a namorar o Luquinhas eu avisei, não dá pra confiar em homem internado, eu não gostava dele e não gosto até hoje”, me contou a moradora Madalena sobre o relacionamento dos moradores Glória e Lucas que terminou com uma situação de abuso. E a situação de “cuidado” ou talvez de “repulsa” também pode ser reflexo destes casos, como quando uma moradora negou cumprimentar um internado no momento do passe: “Não vou pegar na mão de homem não, mulher que tem vergonha não pega na mão de homem não.” (Diário de campo, 28/02/2019), ou também noutra ocasião, quando uma moradora perguntou se eu morava sozinha e me alertou: “Você sabe, né? Mulher não pode sair sozinha a noite, ouvi sobre muito ladrão, tá matando até criança. A filha da Filó o namorado matou, a noite que eu não saio. Homem sai, homem sai sozinho, homem não tem problema, eles são fortes”. (Diário de campo, 20/04/2016), por fim, a moradora Raquel que repetiu uma pergunta que já tinha me feito antes: “Será que ainda tem homem que bate em mulher? Eu aguento uma, duas vezes... mas na terceira é covardia...” (Diário de campo, 11/04/2019) .

Veena Das (2015) alertou que são nos mecanismos de junções e impasses que vemos quão inquietas e móveis são as estratégias e que elas se movem nos interstícios das linhas de “falha” de uma sociedade. Neste sentido, dentro do Hospital, as possibilidades de viver a institucionalização são compostas e compõe os moradores e as moradoras, mesmo numa lógica institucional que foi, durante mais de um século, mais problemática para as mesmas. Observei nos prontuários que muitas mulheres, antes da institucionalização, eram casadas, tiveram filhos e trabalhavam. Não é possível saber o motivo real da primeira internação das mesmas, uma vez que muitos documentos se perderam nos trânsitos institucionais, entretanto, ao ouvir suas histórias pude perceber que reações às questões sociais como dificuldade financeira para cuidar dos filhos, abandono familiar, desemprego e situações de traições muitas vezes são utilizadas para justificar o que é considerado - na lógica psiquiátrica - como um problema de ordem médico-psíquica.

A maneira que as mulheres criaram para viver o cotidiano institucional não me parece simplesmente uma contra-manobra como forma de resistência, mas sim, tentativas de

encontrar caminhos para novas possibilidades (DAS, 2015, p. 28). Vale lembrar que as histórias de situações de relacionamentos afetivos e romances também apareceram em algumas entrevistas com alguns moradores homens, como certo dia em uma conversa com Paulo, um morador de 57 anos e institucionalizado há 24:

[...]

Sabrina: Paulo, você já teve namorada?

Paulo: Nunca tive. Só uma vez que me encantei por uma moça que me deu um copo de groselha. Eu não sabia contar dinheiro e comprava as coisas tudo pra ela, bala, chiclete. Depois ela me deixou.

[...]

(Entrevista com Paulo, 28/02/2019)

As histórias também não costumam ser romantizadas e uma outra moradora que mantém um relacionamento afetivo no Hospital me disse:

Sabrina: E o amorzinho⁴², Cida?

Cida: Ah, eu to enrolando ele... não quero não, não caso mais não, tem futuro não, eu já até ganhei o vestido de noiva, quando eu ia casar, da Regina da contabilidade... ah Sabrina... eu já tive muita decepção, eu já namorei o Carlos, ai ele comprava as coisas pra mim, ai o povo do hospital inteirinho me criticava eu, porque depois que ele terminou comigo ele jogou na minha cara, por isso que eu não quero dar nada pro amorzinho, porque se um dia eu tiver que separar dele eu não tenho que dar nada de presente pra ele, pra não jogar na cara... eu namorei com o Severo, meu ex, fez eu emagrecer, o bendito vestido de noiva que não servia no braço, eu parei de comer fiquei um cadáver fia... o vestido até entrou!

(Entrevista, 28/03/2019)

⁴² Cida costuma chamar seu namorado por esse apelido.

Outro dia ela e Francine, a outra moradora, me contaram também:

Cida: Ô fia, eu vô falar procê, eu tenho sorte pra ganhar as coisas, mas no amor eu não tenho sorte fia, toda pessoa que eu gosto tem pobrema, ai não dá certo, eles criticam muito eu, o hospital inteiro...

Francine: O hospital inteiro critica a Cida...

Cida: Eu não posso dar um beijo no Ezequiel na cama que a Maria chama minha atenção que eu tava beijando na boca na cama, a Maria falo que não é hora de namorar fia, ã, como que nois vai namorar? Namoro de nada né fia. Critica muito eu. Casar não adianta não fia, eu to pensando assim, mais pra frente assim, de alugar uma casa pra mim morar com o Bolinha. Aqui não dá certo não. Falam muito mal do meu cachorro. Eu quero ir embora, já deu muito tempo...

(Entrevista, 22/04/2019)

Relacionamentos homoafetivos também são comuns, mas pouco falam sobre os mesmos, como num raro caso em que uma moradora me contou sobre outra moradora que manteve um relacionamento homoafetivo: “Era tipo casamento, durou mais de 10 anos, tipo casamento mesmo, de verdade, as duas moravam aqui, dividia quarto, elas namorava”. (Diário de Campo, 22/03/2019). Ou em outro dia, numa conversa com a moradora Margarete:

[...]

Margarete: Eu não quero sentar perto da Regina hoje não, a gente não se dá. A gente teve um problema, sabe? Você já teve esse problema?

Sabrina: Uai, Margarete, acho que não... qual problema?

Margarete: É o problema da homossexualidade. Não quero saber mais disso não.

(Diário de campo, 06/02/2019)

A intersecção entre gênero, sexo e ordem do estado estão imbricadas e são variáveis reveladoras na lógica institucional. Pude observar um caso interessante no Hospital de um

morador de 58 anos, institucionalizado há 20 anos, o João Antônio, que pede para ser chamado, às vezes, de Leticiona:

Não quero pau não, pode rancar, pode tirar, vou rancar com a faca. Mulherzona desse tamanho, do tamanho da palmera, Leticiona, cabelo grande, loiro escuro, vou pintar, rapar a barba com a faca, vou rancar, quero cortar cabelo não, quero cabelo grande, loiro escuro. Rancar o pau com a faca, não presta, não funciona, ta quebrado, quebrô. Quero saber disso não, sou homem não, sou menino, quero saber de homem não. (Entrevista com João Antônio, 25/04/2019).

João Antônio ou Leticiona sempre ficava bravo quando alguém dizia que ele era homem ou que o chamava pelo nome que no momento não queria ser chamado. Ele repetia que queria ter cabelo comprido e quando cortavam seu cabelo no Hospital ele chorava e ficava muito mal. Os moradores chamavam-no de Leticiona também mas muitos o criticavam e ficam irritados com ele, entretanto, mesmo assim ele continuava a insistir que não era homem e as justificativas que a equipe tinha eram muito variadas, como por exemplo, dizer que ele tinha sido traído pela esposa e por isso “ficou assim”. Leticiona era incompreendida pela lógica institucional e suas particularidades não eram atendidas nem aceitas naquele ambiente.

Por fim, gostaria apenas de comentar que no estado de São Paulo, curiosamente, o número de moradores de hospitais psiquiátricos não é como no micro contexto do Lar Abrigado em questão. Segundo o Banco de Dados do Censo Psicossocial de Moradores em Hospitais Psiquiátricos, em 2008 havia 6.349 moradores de hospitais psiquiátricos no estado. Destes, 3.930 (61,89%) eram homens e 2.419 (38,1%) eram mulheres, ou seja, há mais homens que mulheres institucionalizados no estado. O censo teceu também uma justificativa para esse fato, dizendo que esta realidade pode estar relacionada à “funcionalidade feminina”, pois mesmo com as dificuldades próprias do adoecimento psíquico, restam atividades que podem ser sustentadas pelas mulheres em casa, de forma geral, como cuidados com a limpeza, lavar e passar roupa e isso evita as internações. Não tenho dados para discutir sobre este ponto, achei apenas interessante trazê-lo a luz.

3.6) Histórias que me contaram: Madalena e Sr. Jorge.

*“De manhã logo cedinho
No quintal eu fui buscar
Bela escrava Rita linda
Para a casa embelezar
A mamãe pagando hoje
Vou fazer uma surpresa
Está tudo arrumadinho
O presente é uma beleza
Comprei doce e sapato
Com todo meu dinheirinho
Que eu juntei no meu cofre
Esse ano inteirinho
Pois quero muito bem a mamãe
Mamãe é muito querida
Querida como ninguém!”
-Madalena, moradora do Hospital.”*

Madalena, uma moradora da ala Lar Abrigado, com seus 64 anos, sendo destes 23 institucionalizada, usava seu vestido preferido quando me recebeu em sua casa recitando a poesia acima transcrita. Era seu aniversário e ela fazia questão de mostrar o calendário para todos que passavam por ela, apontando o dia 17 de setembro. A poesia era o que mais a fazia lembrar de sua infância, pois “dia de aniversário”, para ela, era “dia de lembrar da vida da gente” (Entrevista com Madalena, 17/09/2017). Entre todas as possibilidades para refletir sobre as histórias de vida que apareciam em meu campo, resolvi resgatar para este sub capítulo breves falas de dois moradores, Madalena e Sr. Jorge (66 anos, institucionalizado há 28 anos), afim de (re)pensar as ações e o papel das histórias no cotidiano institucional. Gostaria de enfatizar um ponto fundamental, a saber: no cotidiano do Hospital, as histórias não circulavam com muita liberdade e podiam ser consideradas até mesmo raras. Não era comum um morador ou outro contá-las espontaneamente e todas as histórias que apresento

abaixo emergiram em situações em que conversavam comigo e não tão somente entre eles. Nas nossas conversas eu perguntava como eram suas vidas quando eram crianças, se se lembravam como chegaram ao Hospital, se tinham amigos fora da instituição, entre outras questões que surgiam. Madalena e Sr. Jorge eram os que mais gostavam de contar histórias nessas conversas e, por este motivo, resolvi selecionar algumas delas para pensar o que revelavam esses “casos singulares” (DELEUZE, GUATARRI, 1997).

Madalena me contou mais sobre sua experiência institucionalizada e sobre a cotidianidade no Hospital. Já Sr. Jorge preferiu me contar mais sobre o Garapa, apelido que lhe foi concebido quando era jovem e vivia fora do Hospital. Ambos os moradores transitavam entre as histórias, Sr. Jorge também trouxe casos sobre o Hospital, mas Madalena, por ter vivido a vida toda em instituições, começando em orfanatos e depois indo para hospitais, resume suas histórias aos casos institucionais. Em suas palavras, dificilmente aparecem casos sobre familiares, momentos na rua, ou qualquer outra referência sobre uma vida “livre” da institucionalização, o único momento que isso ocorreu foi na poesia, citada por ela no início deste sub capítulo. Seus personagens são, geralmente, antigos moradores de hospitais, funcionários e suas amigas mulheres, pois amigos homens diz que prefere não ter: “Sai fora! Não gosto de homem internado não. São muito encrunqueiro e briguento”. (Entrevista com Madalena, 23/04/2019).

Busco neste momento do trabalho (re)pensar as histórias que me contaram também como possíveis formadoras de experiências *com* e *na* instituição. Minha ideia norteadora é que essas histórias existem mesmo quando não são contadas, como por exemplo enquanto memórias e recordações e, através delas, o peso do cotidiano institucional se suaviza e as experiências, ao serem lembradas, não só possibilitam uma automodelação da cotidianidade, como também do *eu*. Pensar sobre esta questão, implica trazer à tona várias ideias de limites não fixos do que pode vir a ser definido como uma história ou até mesmo uma narrativa. Penso que não há uma definição fixa, Bruner (1991) por exemplo, elabora a ideia de que narrativas não são somente uma forma de representar mas também de constituir a realidade e Cardoso (2007, p. 320) traz o conceito de narrativização para pensar essa questão e, segundo ela, a narrativização seria “um processo de significação através do qual “experiência”, “sujeito” e “evento” são simultaneamente constituídos - um processo através do qual o sujeito se posiciona enquanto sujeito em uma “realidade social”.”. Observando o

cotidiano institucional, e comendo com as definições acima, presumi as histórias contadas pelos moradores como produtoras de experiências e realidades e, no caso do Hospital, como um mecanismo de recuperação da agência dos próprios moradores através da possibilidade de uma criação livre de suas experiências, que permite ainda uma reconquista de subjetividades, traços da vida social e composição de maneiras de viver para além do devir institucional.

Ao retomar meu diário de campo e as entrevistas, pude perceber que um agente compunha muitas histórias, ele parecia ser um dos personagens principais e sempre acabava por aparecer enquanto um sujeito dominante: “O Hospital, Sabrina, ele não deixa a gente sair dele, se sair vai pra onde também né?” (Entrevista com Madalena, 17/09/2017). O Hospital parecia de diferentes formas nas histórias contadas e os moradores falavam sobre o mesmo como se ele fosse um sujeito, o morador Sr Antônio também me contou:

Eu vou te contar, Sabrina, o Hospital, o Hospital tira a dor da gente, ele seda, o corpo fica mole, parece que impregna a gente, ficamos sem voz. Depois que vem o almoço e dá uma indisposição. A língua fica enrolada, nem em pé, nem deitado, a gente fica sem conseguir ficar parado. A vontade que dá é de sumir. Mas o auto falante toca e o Hospital avisa que é a hora do remédio. De novo... e de novo. (Entrevista com Sr. Jorge, 24/08/2017).

Contar sobre o cotidiano também fazia parte do ato de narrar e permeava a vida institucional de Madalena e Sr. Jorge como uma recusa a um resumo do mesmo. Narrar era um dos poucos espaços em que se podia “fugir” do controle do Hospital, pois em formato de histórias, podiam comunicar desejos, aflições, medos, entre outras composições formadas no campo das subjetividades de cada um. A vida nas histórias não era presa dentro de muros, a vida expressa tinha liberdade de ir e vir, entre palavras ditas e não ditas, entre o passado, o presente e o futuro. Nas histórias, podiam dizer aquilo que “não deveria ser dito” e podiam dizer aquilo que queriam dizer. Nelas, apareciam mais do que cenas interpretáveis e o passado e o futuro também se aglutinavam com o presente. Essa liberdade existia porque entre os funcionários do Hospital, poucos eram aqueles que tinham “tempo” para ouvir as histórias dos moradores. No espaço de narrar, podiam contar o que quisessem que não seriam prejudicados, pois, infelizmente, as suas palavras não eram suficientes para denúncias. Neste espaço do narrar suas subjetividades não passavam por filtros.

Uma vez me chamaram pra contar piada, foi no concurso de rapaz mais feio. Podia ganhar até 10 metros de linguça... Muita andança. Quando eu ia, eles gritavam: “Vai Garapa!”. Só cantava minha música que eu mais gostava, do Lindomar Castilho. (Entrevista com Sr. Jorge, 24/08/2017).

Percebi, desde minha primeira visita ao Hospital, que não ouvir os internados era uma rotina comum da equipe, uma vez que estavam sobrecarregados cuidando, às vezes, de mais de uma ala ao mesmo tempo. Lembrei da denúncia de Benjamin (1986), ao dizer que, em nossa sociedade, a experiência de narrar está em vias de extinção e ainda, que está desaparecendo o dom de ouvir e a comunidade dos ouvintes. Por mais radical que possa ser essa afirmação, no Hospital isso parece estar presente de maneira muito evidente. Quando um morador chama alguém da equipe, é esperado que diga situações práticas, resumidas em pedidos ou queixas. Se o morador quiser contextualizar seu pedido/queixa ou contar algo cotidiano que lhe ocorreu, pode ser interrompido. Foucault (1997) escreveu um pequeno trecho sobre a comunicação entre esses mundos:

No meio do mundo sereno da doença mental, o homem moderno não se comunica mais com o louco; há de um lado, o homem de razão que delega para a loucura o médico [...] há, do outro lado, o homem de loucura [...] Linguagem comum não há; ou melhor, não há mais [...] um diálogo rompido dá a separação como já adquirida e enterra no esquecimento todas essas palavras imperfeitas, sem sintaxe fixa, um tanto balbuciante, nas quais se fazia a troca entre a loucura e a razão. (p. 152).

Entre algumas conversas com os moradores, percebi a preferência por histórias do passado, relacionadas à vida antes do Hospital. Segundo Benjamin (1986), ao narrar, os indivíduos encontram no passado germes de outra história, que viveram fora da realidade do presente. Essa história considera os sofrimentos acumulados ao longo dos anos com o intuito de dar uma nova face às esperanças, frustradas ou não. Seria como uma construção de uma experiência com o passado, fazendo com ele que seja vivido no presente, despido das cronologias para triunfar no conforto das incertezas com novas experiências. Nas palavras de Hita (1994), os relatos demonstram aspectos relativos à construção das identidades e do senso de si mesmo que emerge nas histórias contadas.

Caminhando então em direção às histórias em si, principalmente sobre aquelas referentes às histórias de vida, e partindo para os estudos de narrativas em contextos de saúde, recorramos à Langdon (1999) que traz uma definição interessante:

A narrativa apresenta-se na antropologia como uma ferramenta analítica e metodológica para os estudos que procuram entender a experiência da doença [...] vão além da experiência subjetiva para examinar como as narrativas também revelam processos sociais relacionados com a doença [...] a doença é uma experiência que gera narrativas que procuram dar sentido ao sofrimento e também ajudam as pessoas a negociar as decisões. (p. 1024)

Aureliano (2012, p. 239) também trás outra contribuição sobre a relação entre a saúde e as narrativas:

A análise dos processos de adoecimento crônico revelou-se um locus privilegiado na antropologia para tratar da construção narrativa enquanto mecanismo de produção e emergência de sentidos para as doenças que fossem além da dimensão estritamente biológica.

A autora retoma Good (1994, p. 164) para completar a discussão:

Todo evento de adoecimento teria uma estrutura narrativa, embora não seja um texto fechado, e mesmo que as histórias sobre doença não sejam a única maneira de objetificar a experiência com ela, as narrativas seriam o meio primário para dar forma a essa experiência e torná-la disponível para o próprio sujeito que fala. Assim, narrar a experiência individual possibilitaria à pessoa doente se colocar não apenas diante do outro, mas também diante de si mesma. (AURELIANO, 2012, p. 240).

Ainda segundo Aureliano (2012), a doença pode provocar uma ruptura biográfica e, ao pretender interpretar histórias acionadas em contexto terapêutico, ela diz que deve-se considerar que os processos narrativos envolvendo doença não devem ser analisados apenas enquanto histórias contadas, mas enquanto histórias construídas, refeitas e encenadas. Quando no Lar Abrigado os moradores contam suas histórias, eles encontram também espaços para compor suas próprias realidades e me contá-la a partir dessa escolha. A autora ainda salienta: “A dimensão biográfica envolvida nas narrativas sobre doenças deixa evidente as histórias específicas e as estratégias concretas engendradas pelas pessoas doentes na sua experiência com a cronicidade.” (p. 241). Por fim, ela conclui: “Deixar-se determinar pelos genes seria o fim de formas agenciadas em torno da vida e da construção de sua história, com ou sem a doença, numa intensa responsabilidade pela constituição de si.”. (p. 253).

Para Becker (1997, p. 103 apud BISPO, 2016, p. 257) “Um dos pontos altos das histórias de vida é justamente perceber essas interpretações feitas pelos sujeitos do mundo no

qual vivem e de seus períodos de transformação”. O Hospital é contado e ao mesmo tempo construído pelas histórias dos moradores que simultaneamente constroem a si mesmos. Debert (1986, p. 141, apud BISPO, 2016, p. 22) traz a ideia de que “Biografias permitem construir um ponto de vista alternativo às documentações oficiais, principalmente por exporem a versão que os oprimidos e desprivilegiados têm dos grandes e pequenos acontecimentos” e privilegiar o que me contavam no lugar dos documentos institucionais foi fundamental. Gonçalves (2014, p. 22) ao escrever sobre a autobiografia e a autoescrita, diz que ambas expressam “a capacidade de os sujeitos produzirem a si próprios através das narrativas.” e é este o ponto, os moradores podem produzir a si mesmos quando escolhem o que vão me contar.

Como citei anteriormente, as histórias de vida de Madalena eram, predominantemente, sobre momentos de institucionalização, pois a mesma viveu em outros ambientes institucionais antes de chegar ao Hospital, entretanto, em meio ao que me contava aparecia algumas denúncias e exemplos de resistências que ela conseguia fazer subsistir. Numa de nossas entrevistas, na primeira fase da pesquisa, quando perguntei como era a sua vida antes do Hospital ela me contou sobre um outro hospital que vivia:

Em Tupã não tinha passe, só tinha pra fazer tapete, bordado, escrever... Lá no outro hospital, a Glória [moradora também do Lar Abrigado] morava lá dentro, e eu nas casinhas. Teve um dia que fui fumar um cachimbo e fiquei tonta, tinha uma moradora que fazia fumo com pasta para fazer que nem droga. Antes podia fumar, agora não pode mais. Tinha um monte de brincadeira lá, a gente brincava tudo junto, agora não tem mais, não tem mais nada. Fumar não pode mais né, pode só a etiqueta nas costas, eles tiraram nosso vício e se fumar o alarme toca. (Entrevista, 17/09/2017).

Madalena organiza seu cotidiano a partir de suas referências e histórias institucionais. No que conta, sempre aparecem histórias de outros internamentos ou de amigas internadas, entretanto, nas entrelinhas desse contar, emergem suas próprias particularidades, opiniões e formas de expressões, uma vez que suas palavras, como as de todos que narram, estão sempre impregnadas de subjetividades. Entre as palavras que traduzem sua rotina, há espaços para suas formas de pensar e experienciar a institucionalização: “Glória já ficou grávida, mas não tem mais mãe no hospital, só às vezes que alguma arruma escondido da enfermeira... Tem um alarme que apita e também apita quando vai pitar [cigarro].” (idem).

A moradora parece retomar as histórias institucionais para expor sua maneira própria de experimentar a instituição. De modo muito discreto e indireto, aparecem em suas palavras formas de resistência frente à algumas determinações do Hospital. Sempre parece haver um espaço entre o que o Hospital propõe e aquilo que os moradores fazem efetivamente. A voz institucional sempre está ali, presente, mas o panóptico de Foucault não parece ser tão fixo. As histórias parecem atuar na organização e composição da vida dos moradores e o Hospital, enquanto agente, é o que os que nele habitam criam e recriam. Ele só existe na interação das pessoas que o compartilham e sua agência aparece através dessas histórias contadas.

Seria interessante pensar que as histórias operam, também, como um “instrumento mental de construção de realidade”. (BRUNER, 1991, p. 5) e, voltando às histórias de Sr. Jorge, ou como ele gostava dizer, do Garapa, pude observar que ele construía sua experiência institucional de maneira diferente de Madalena:

Eu, mais conhecido como Garapa, mais meus amigos, frequentava o Big Bar. Lá, a gente ia depois das onze pra jogar marrequinho, valendo as despesa do Bar... Teve um dia que valia um frango a passarinho. Pé de Gancho e eu fomo arrumar o frango pro combinado. Fomo na casa do padre que criava franguinho de granja e roubamo cinco, levamo para casa e matamo e limpamo. Lá no Big Bar a gente fritou. De madrugada, fomo acertar as despesa e o padre queria pagar uma parte dos gasto dele, mas todo mundo não deixou, e ele sem entender nada... Aí ele me perguntou onde eu arrumei o frango. Eu respondi com a verdade, que peguei no galinheiro dele com a ajuda do Pé de Gancho. Tivemo sorte, ele achou graça e até resolveu pagar a conta toda sozinho. (Entrevista com Sr. Jorge, 24/08/2017).

O Garapa (apelido que recebeu quando ainda não era institucionalizado) aparece para retomar um *eu* que corre contra o tempo para não ser apagado, para subsistir. Como escreveu Bosi (2003, p. 200), a “memória rema contra a maré” e nas histórias, o Garapa aparece sempre rodeado de amigos em situações inusitadas que acabam por tirar risos daqueles que as ouvem. Segundo Cardoso (2012, p. 53), “a história de vida não só sugere certos modos de ordenamento para as vidas dos sujeitos, mas [...] também implica um certo tipo de olhar retrospectivo e que tende a privilegiar a história como um produto.”, assim, através das histórias de Sr. Jorge, pude ver uma suavidade da vivência institucional através da retomada dessas memórias e, principalmente, através do (re)viver do Garapa. Interessante pensar também o quanto as memórias não são fixas, elas são reinventadas e reconstruídas e o que é contado é sempre múltiplo e produz também, no ato de narrar, novas subjetividades.

As histórias circulam no cotidiano hospitalar de maneira muito tímida e costumam aparecer somente após questionamentos ou perguntas. Narrativas espontâneas são mais raras, talvez pela ausência da “comunidade dos ouvintes”, mas mesmo assim, observei que os breves casos narrados traziam vida para o devir institucional e como uma máquina do tempo, teletransportava os moradores para situações que não viveriam novamente fora do ato de contar. As histórias permitem que os moradores revivam situações através das lembranças e não tão somente, permitem também que compartilhem suas experiências com os outros. Em meio às histórias os moradores encontram também espaços para serem.

Conclusão

O dinamismo da vida cotidiana cartografou todas as linhas apresentadas neste trabalho e o tecer destas reflexões foi composto por um estudo conjunto entre as teorias lidas e as vivências experienciadas em um longo trabalho de campo. Percorri linhas de fuga criadas por aqueles que compõem, diariamente, *com* e *na* vivência institucional e descobri nos avessos formas-outras de viver o mundo hospitalar. Como citou Butler (1993), as próprias estruturas das normas fornecem meios para sua desestabilização e percorrer esses outros fluxos revelou que, para além das determinações estruturantes hospitalares, haviam muitas formas de vivenciar, experimentar e ressignificar a institucionalização.

De maneira geral, após um intenso convívio com os moradores de uma instituição asilar e psiquiátrica, observei que os mesmos criam maneiras de viver suas condições de internados através e além da normatividade imposta, em outras palavras, emergem formas de viver a instituição que subsistem à rotina hospitalar comum e, neste sentido, os moradores desenvolvem, ao longo da vivência institucional maneiras de resistir às coercitividades impostas. Mesmo quando inseridos em um ambiente que pretende condicioná-los às regras pré-estabelecidas, eles conseguem fazer subsistir suas formas particulares de viver e experienciar o mundo, seja negando remédios, seja chorando, seja articulando situações ou buscando pequenas atitudes que viabilizem a realização de seus desejos. Este fato reforça a ideia da existência de formas de agenciamento de vida dos moradores e, a partir deste ponto de vista e da sequência de fatos descritos durante todo o trabalho, é possível refletir sobre a institucionalização para além das formas repressivas explícitas.

Se pensarmos no devir institucional, vemos-o como uma vivência hospitalar em fluxo permanente, como movimentos ininterruptos que transformam e são transformados pelos sujeitos, seria o vir a ser da institucionalização. Observando-o, vemos também que a forma mais óbvia da institucionalização seria a repetição, ou seja, a rotina. Assim, esse devir institucional é, por um lado, rotineiro, e, ao mesmo tempo, enquanto constituinte de formas de vida, não pode se configurar tão somente assim, muito menos como um calendário de ações. Inspirada por Veena Das (2011, p. 125), reforço a ideia de que “as vidas individuais são definidas pelo contexto, mas são também geradoras de novos contextos.”, neste sentido, a

cotidianidade é constituída de diferentes maneiras ao longo da vida institucional e revela maneiras-outras de fazer subsistir essas particularidades daqueles que a compõem.

Segundo Biehl (2005), observar as relações sociais e as formas de vivências de moradores de hospitais psiquiátricos pode nos demonstrar o sentido do devir dos próprios institucionalizados e tecer uma etnografia da vida social destes moradores, acompanhando suas trajetórias, nos ajuda a capturar a lógica das infra-estruturas cotidianas hospitalares, auxiliando-nos a tecer interpretações nestes contextos críticos nos quais os quadros clínicos e as realidades político-econômicas se confundem. Há portanto, naquele ambiente da ala Lar Abrigado, algumas “brechas” e as situações escorrem entre os muros institucionais. Os moradores encontram meios-outras para viver essas determinações que parecem serem sólidas e o são, mas são também passíveis de (re)significações.

Para além das regularidades - demarcadas pelo tempo cronológico e pela rotina atribuída a partir das diretrizes da instituição - subsistem portanto (inter)relações paralelas que ocorrem dentro das casas e nos caminhos das “obrigações diárias” que extrapolam essas coercitividades, ou seja, os moradores conseguem criar um modo próprio de viver a institucionalização. Não há dúvida, entretanto, do quanto a institucionalização marca vidas e as denúncias de “mortificação do eu” (GOFFMAN, 1980) e de simetrialização dos internados (BEUF, 1979) podem sim ocorrer, entretanto, não é uma regra e chamo atenção para o fato de que estas pessoas estão vivendo a institucionalização e colocá-las como vítimas passivas e medicadas reificaria uma condição que não existe, pois os moradores compõem o mundo institucional e criam experiências e vivências com o mesmo.

Os movimentos minoritários ou micropolíticos se revelaram nesta pesquisa enquanto espaços de (sobre)vivência de sujeitos etnográficos que (re)vivem e (re)habitam a realidade social do Hospital. Eles revelaram os movimentos dos moradores para conseguir fazer (sobre)viver suas individualidades, desejos e formas particulares de habitar o mundo institucional. Para Deleuze (1997) o desejo vem antes do poder, e este é o ponto principal. Os desejos ressignificam e reterritorializam estruturas de poder, mesmo quando criados por elas próprias e, mesmo o Hospital sendo um agente coercitivo, ele não finaliza nem interrompe a vida dos moradores, pois ao lidar com os mesmos, está lidando com sujeitos que desejam. O desejo requer mobilizações, direcionamentos e interpretações. O desejo de comer algo diferente, o desejo de namorar, o desejo de casar, o desejo de sair do Hospital ou o desejo de

ir à igreja, são estes e muitos outros desejos que fazem com que o cotidiano hospitalar seja movimentado e ressignificado. Naquela vila do Lar Abrigado, o desejo reterritorializa novas possibilidades de ser, ele emerge na escassez e se faz abundante, abrindo novos caminhos e construindo novas estradas.

Vale enfatizar o quanto nossa sociedade está marcada por uma lógica manicomial, dentro e fora dos muros de hospitais psiquiátricos e a hierarquização entre os moradores e aqueles que vivem fora do Hospital é, na maioria dos casos, fantasiada de cuidado. Nossa sociedade determina os valores de acordo com a posição que os sujeitos ocupam na estrutura ocupacional e é negado um lugar nessa estrutura aos moradores de hospitais (BEUF, 1979), uma vez que os mesmos já não são mais sujeitos “produtivos”. Entretanto, esta “improdutividade” é também reificada pela própria lógica institucional que confina e proíbe que os moradores vivam suas cotidianidades a partir de suas próprias escolhas.

Demonstrar, como fator central, essas formas de experiências que subsistiram no cotidiano hospitalar foi uma escolha feita em campo. Não visei ignorar a estrutura de poder que estavam inseridos, nem mesmo as determinações e as regras hospitalares. Entretanto, o que busquei foi não utilizar essa estrutura de poder como discussão central. No Lar Abrigado, parafraseando Veena Das (2011) em um estudo realizado em outro contexto, foi quando o internamento “de ontem” virou uma moradia “de hoje” que os projetos de vida tiveram que ser reformulados. Portanto, refletir sobre os indivíduos institucionalizados que tiveram suas particularidades condicionadas a uma rotina hospitalar com intuito de demonstrar como eles também ressignificaram o ambiente e a lógica manicomial é fundamental em qualquer reflexão que se pretenda fazer sobre o habitar em instituições. Ultrapassar o senso comum é, segundo Peirano (1990), uma pretensão fundamental da antropologia, portanto, lançar luz à reflexões que privilegiem a perspectiva de pessoas institucionalizadas permanentemente é fundamental nessas pretensões de destruição de muros.

Bibliografia

AMARANTE, P. D. de C. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. 1.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P.; NUNES, M. d. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.23, n.6, pp.2067-2074. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>, 2018.

ANDRADE, A. P. M. de. O Gênero no movimento da reforma psiquiátrica brasileira. In: Sônia Weidner Maluf, Carmem Susana Tornquist. (Org.). **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas**. 1ed. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010, v. , p. 273-293.

ANDRADE, A. P. M. de. **Reflexões sobre a reforma psiquiátrica brasileira**. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra), 2012.

ANDRADE, A. P. M. de ; MALUF, S. W. . Cotidianos e trajetórias de sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. In: FERREIRA, Jaqueline; FLEISCHER, Soraya. (Org.). **Etnografias em serviços de saúde**. 1ed. Rio de Janeiro: Garamond, v. 1, 2014.

_____. Do hospital psiquiátrico para a cidade: itinerários e experiências de sujeitos nos processos de desinstitucionalização. In: Carla Guanaes-Lorenzi; Cibele Cunha Lima da Motta; Lucienne Martins Borges; Magda do Canto Zurba; Marcelo Dalla Vecchia. (Org.). **Psicologia Social e Saúde: da dimensão cultural à político-institucional**. 1ed. Florianópolis: Abrapso Editora / Edições do Bosque CFH/UFSC, 2015.

_____. Sujeitos e(m) experiências: estratégias micropolíticas no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis**. Revista de Saúde Coletiva, UERJ. Impresso, 2016.

AUBRÉE, M.; LAPLANTINE, F. **La table, livre et les esprits: naissance, évolution et actualité du mouvement social spirite entre France et Brésil**. Paris: J. C. Lattès, 1990.

AURELIANO, W. de A. As pessoas que as doenças têm: entre o biológico e o biográfico. In: Marco Antonio Gonçalves; Roberto Marques; Vânia Z. Cardoso. (Org.). **Etnobiografia: Subjetivação e etnografia**. 1ed. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2012.

BARBOSA, M. **O conceito de devir a partir da filosofia da diferença**. Anais. II Colóquio Filosofia e Literatura: fronteiras, 2010.

- BECKER, H.S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. Tradução de Marco Estevão e Renato Aguiar. 4.ed. São Paulo: Hucitec. 1999.
- ARGYLE, M. **Bodily communication** (2nd ed.). New York, NY, US: Methuen, 1988.
- BENJAMIN, W. O Narrador - considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: _____. **Magia e técnica, arte e política**. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- BEUF, A. H. **Biting of the bracelet: a study of children in hospitals**. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1979.
- BIEHL, João; PETRYNA, Adriana. Critical Global Health. In: BIEHL, João; PETRYNA, Adriana (eds.). *When People Comes First*. Critical Studies in Global Health. New Jersey / Oxfordshire-UK, Princeton University Press, 2013, p. 1-20.
- BEUF, A. H. **Biting of the bracelet: a study of children in hospitals**. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1979.
- BIEHL, J. **Antropologia do devir: psicofármacos - abandono social - desejo**. Revista de Antropologia, 51 (2), 2007.
- _____. Antropologia Entre o Inesperado e o Inacabado: Entrevista com João Biehl, **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 22, n. 46, p. 389-423, jul./dez. 2016.
- _____. **Vita: life in a zone of social abandonment**. Photographs by Torben Eskerod. Berkeley: University of California Press, 2005.
- BIEHL, J. PETRYNA, A. O Estádio Clínico: A Constituição de uma Criança Inválida. **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, 1997, 7(13):83-101.
- BISPO, R. Tempos e silêncios em narrativas: etnografia da solidão e do envelhecimento nas margens do dizível. **Etnográfica** [online], vol 20 (2), 2016.
- BOURDIEU, P. **A reprodução**. Elementos para uma teoria do sistema de ensino. Tradução Reynaldo Bairão. 2a ed. Rio de Janeiro, RJ: Francisco Alves, 1982.
- BOSI, E. **Memória e Sociedade: Lembranças de Velhos**. 14.ed. São Paulo: Companhia das Letras, [1995] 2007.
- _____. **O Tempo Vivo da Memória: Ensaio de Psicologia Social**. São Paulo: **Ateliê Editorial**, 2003.
- BRUNER, J. **A Construção Narrativa da Realidade**. Critical Inquiry, 18 (1), pp. 1-21, 1991.

BUTLER, J. **Cuerpos que importan**. Sobre los límites materiales y discursivos del «sexo». Buenos Aires: Paidós. 2002 [1993].

_____. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. Tradução, Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CAMARGO, M. A. **Dentre muros**: uma etnografia sobre um hospital psiquiátrico. Tese de Doutorado em Ciências Sociais. Unicamp. Campinas, 2017.

CARDOSO, V. Z. Marias: a individuação biográfica e o poder das estórias In: Marco Antonio Gonçalves; Roberto Marques; Vânia Z. Cardoso. (Org.). **Etnobiografia**: Subjetivação e etnografia. 1ed. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2012.

_____. **Narrar o mundo**: estórias do ‘povo da rua’ e a narração do imprevisível. Mana, V. 13, n. 2, 2007b, p. 317-345.

CARNEIRO, N. G. O.; ROCHA, L. C. O processo de desospitalização de pacientes asilares de uma instituição psiquiátrica da cidade de Curitiba. **Psicologia**: Ciência e Profissão, 24(3), 2004.

CARVALHO, M. Dilemas na/da Reforma Psiquiátrica: notas etnográficas sobre o cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial. in FLEISCHER, S. & FERREIRA, J. (orgs.). **Etnografias em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Garamond. 2014.

CERTEAU, Michel de. A invenção do cotidiano. Petrópolis, Vozes. 1990

COMAROFF, J & COMAROFF, J. Etnografia e imaginação histórica. Tradução de Isabel Dulley e Olivia Janequine. IN: **Proa** – Revista de Antropologia e Arte [on-line]. Ano 02, vol.01, n. 02, nov. 2010. Disponível em: <http://www.ifch.unicamp.br/proa/TraducoesII/comaroff.html> , acesso em: 23/05/2019.

CUNHA, M. C. P. Loucura, gênero feminino: as mulheres do Juquery na São Paulo do início do século XX. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v.9, n.18, p.121-144. 1989

_____. **O Espelho do Mundo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DAS, Veena. **Affliction**: Health, Disease, Poverty. New York: Fordham University Press, 2015.

_____. **Critical Events**: An Anthropological Perspective on Contemporary India. New Delhi: Oxford University Press, 1995.

_____. Entre palavras e vidas: Um pensamento de encontro com margens, violências e sofrimentos: Entrevista com Veena Das. **Dilemas**, Revista de Estudos de Conflito e Controle Social - Vol. 5 - nº2 - ABR/MAI/JUN 2012.

_____. **Life and Words: Violence and the descent into the ordinary**. Berkeley: University of California Press, 2007.

_____. O ato de testemunhar: violência, gênero e subjetividade. Trad. Plínio Dentzien. Cadernos **Pagu**, Campinas, n. 37, 2011.

DELEUZE, G. **Crítica e clínica**, Rio de Janeiro, Editora 34, pp. 156-157. 1997.

DELEUZE, G. e GUATTARI, F. **Mil Platôs**. Capitalismo e Esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34. 1997.

DOUGLAS, Mary. **Pureza e perigo**. São Paulo: Perspectiva, 1976.

ESCÓCIA, L. da; PAULON, S. M. Saúde Mental. Ministério da Saúde. **Cadernos humaniza SUS**. Vol 5. 2015.

EVANS-PRITCHARD, E. E. **Fieldwork and the Empirical Tradition**. Social Anthropology and Other Essays. New York: The Free Press [1964]. Traduzido para o português: Antropologia Social. Lisboa: Edições 70, 1985.

FACCHINETTI, C.; RIBEIRO, A. & MUNOZ, P. F. de. **As insanas do Hospício Nacional de Alienados (1900-1939)**. Hist. cienc. saude-Manguinhos [online]. vol.15, suppl. [cited 2018-11-08], pp.231-242. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000500012&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0104-5970. [http:// dx.doi.org/10.1590/S0104-59702008000500012](http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702008000500012), 2008.

FLEISCHER, S., **Ética e regulamentação na pesquisa antropológica**. Brasília: Letras Livres/UNB, 2010.

FERRANDIZ, F. **Etnografias Contemporâneas: anclajes, métodos y claves para el futuro**. Barcelona: Anthopos editorial; México: UAM-Iztapalapa. Divisiones de Ciências Sociales e Humanidades, 2011.

FONSECA, C. **Família, fofoca e honra: etnografia das relações de gênero e violência em grupos populares**. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 2000.

FOUCAULT, M. **A História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1997.

_____. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998 [1961].

- GEEST, V.D; FINKLER, K. Hospital Ethnography: introduction. **Soc Sci Med.**, 2004.
- GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1980. (Original inglês de 1963).
- _____. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1961.
- GONÇALVES, M. A. Um mundo feito de papel: sofrimento e estetização da vida (os diários de Carolina Maria de Jesus). **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 20, n. 42, p. 21-47, jul./dez. 2014.
- HITA M. G. Identidade feminina e nervoso: crises e trajetórias. In: ALVES, P.C.; MINAYO, M.C. (Org.). **Saúde e doença – um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- KARDEC, Allan. **O livro dos espíritos**. Tradução de Evandro Noleto Bezerra. 2 ed. Rio de Janeiro: FEB, 1994.
- KLEINMAN, A. e KLEINMAN, J. Suffering and its Professional Transformation: Toward and Ethnography of Interpersonal Experience. In: A. Kleinmann (org.), **Writing at the Margin**. Berkeley: University of California Press, 1995.
- KURZ, H. **Diversification of Mental Health Care**: Brazilian Kardecist Psychiatry and the Aesthetics of Healing. *Zeitschrift für Medizinethnologie Journal of Medical Anthropology*, vol 40, 2017.
- LANGDON, E. J. **A fixação da narrativa**: do mito para a poética da literatura oral. *Horizontes Antropológicos*, Ano 5, n. 12, 1999.
- LE BRETON, D. **Antropologia dos Sentidos**. Tradução Francisco. Morás. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.
- Lock, M. 2012. Antropologia Médica: indicações para o futuro. In **Antropologia Médica**: ancoragens locais, desafios globais. (Saillant e Genest, orgs). Rio de Janeiro, Fiocruz, 2012.
- LORENZO, C., & GARRAFA, V. Helsinque 2008: redução de proteção e maximização de interesses privados. In S. Caponi (Org.). **Medicalização da vida**: ética, saúde pública e indústria farmacêutica (pp. 21-35). Palhoça: Unisul, 2010.
- LUGONES, M. 2008. “Colonialidad y Género”. **Tabula Rasa**. Bogotá - Colombia, No.9: 73-101.
- LUIS, A. **O ser humano em suas dimensões biopsicosocial e espiritual**, 2014. Disponível em:< <https://prezi.com/4l2cb8cqk8s/o-ser-humano-em-suas-dimensoes-biopsicosocial-e-espiritual/>>. Acesso em 1 de nov. 2017.

- MACHADO, V. MANÇO, A. R. X. SANTOS, M. A. dos. A recusa à desospitalização psiquiátrica: um estudo qualitativo. **Cad. Saude Publica**, v.21, n.5, 2005.
- MACRAE, E., VIDAL, S. S. **A Resolução 196/96 e a imposição do modelo biomédico na pesquisa social: dilemas éticos e metodológicos do antropólogo pesquisando o uso de substâncias psicoativas**. Revista de Antropologia, vol.49, n.2, 2006.
- MALUF, S. Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. In: MALUF, S. & TORNQUIST, C. (orgs). **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas**, Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.
- MOL, A. **The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice**, London: Routledge Mol, Annemarie, 2008.
- MONBEIG, P. **Pioneiros e fazendeiros de São Paulo**. São Paulo, HUCITEC/POLIS, 1984.
- Organização Mundial de Saúde (2001). Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção nova esperança. Genebra: OMS.
- NADER, L. Ethnography as theory, **HAU: Journal of Ethnographic Theory** 1, no. 1: 211-219, 2011.
- OLIVEIRA, W. F. Eticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental - Vol.1 N.2 - Out/Dez de 2009 ISSN 1984-2147, 2010.
- ORTNER, S. B. **Anthropology and Social Theory: Culture, Power, and the Acting Subject**. Duke University press, 2006.
- _____. Teoria na antropologia desde os anos 60. **Mana**, vol.17, n.2, 2011
- OYĚWŪ Í, O. “Conceptualizing Gender: The Eurocentric Foundations of Feminist Concepts and the challenge of African Epistemologies”. In **African Gender Scholarship: Concepts, Methodologies and Paradigms**. CODESRIA Gender Series. Volume 1, Dakar, p. 1-8, 2004.
- PARADA, C. T. **Subjetividad y autonomía: significados y narrativas sobre la discontinuación de fármacos psiquiátricos**, 2008.
- PAULA, J. T. D. **Dicionário de Parapsicologia Metapsíquica e Espiritismo**, Banco Cultural Brasileiro, 1970.
- PEIRANO, M. A Favor da Etnografia. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995.
- _____. Antropólogos e suas linhagens. Brasília: UnB, 1990. (Série Antropologia). Disponível em <<http://vsites.unb.br/ics/dan/Serie102empdf.pdf>>. Acesso em 07 mai. 2018.

RICOEUR, P. Entre tempo e narrativa: concordância/discordância. **Kriterion: Revista de Filosofia**, 53(125), 299-310, 2012.

SAADA, J. F. Ser afetado. *Cadernos de Campo*, São Paulo, ano 14, n. 13, 155-161, 2005.

SCALCO, L. M. **Máquinas, Conexões e Saberes: As práticas de “Inclusão Digital” em Famílias de Grupos Populares**. [Doutorado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, 2012.

ROTELLI, Franco et al. **Desinstitucionalização: uma outra via**. São Paulo:HUCITEC, 1990.

SARETTA, M. A verdade que está aqui com a gente, quem é capaz de entender? Uma etnografia com participantes de uma Oficina de Criatividade em um Hospital Psiquiátrico in FLEISCHER, S. & FERREIRA, J. (orgs.). **Etnografias em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Garamond. 2014.

SEGAWA, H. Casa de orates. In: ANTUNES, E. H.; BARBOSA, L. H. S.; PEREIRA, L. M. de F. (orgs). **Psiquiatria, loucura e arte: fragmentos da história brasileira**. São Paulo: EdUSP, 2002.

SILVA, V. G. – **O antropólogo e sua magia**. Trabalho de campo e texto etnográfico nas pesquisas antropológicas sobre as religiões afro-brasileiras. São Paulo, FFLCH/USP. Tese de doutoramento, 1998.

STOLLER, P. **The Taste of Ethnographic Things: The Senses in Anthropology**. Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1989.

STOLKE, V. Enigma das interseções classe, ”raça”, sexo, e sexualidade. A formação dos impérios transatlânticos do século XVI ao XIX. **Revista de Estudos Feministas**, vol.14. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2006000100003>, 2006.

VAISSMAN, M. **Assistência psiquiátrica e Previdência Social: análise da política de saúde mental nos anos 70**. Dissertação de mestrado, Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Rio de Janeiro, 1983.

VIEIRA, F. B. Desencontros e descaminhos de uma pesquisa sociológica em um hospital público. In: FLEISCHER, S. SCHUCH, P. (orgs.). **Ética e regulamentação na pesquisa antropológica**. Brasília: Ed. UnB/Letras Livres, 2010.

VOLPE, F. M.; Machado, CJ;LADEIRA, R. M.. **Evolução do perfil das internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde em hospitais especializados de Minas Gerais**,

2001 A 2013. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência) - Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.

WADI, Y. M. **Experiências de vida, experiências de loucura:** algumas histórias sobre mulheres internas no Hospício São Paulo (Porto Alegre, RS, 1884-1923). História Unisinos, v. 10, n. 1, p. 65-79, 2006.