



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

Sabrina Melo Del Sarto

“Essa vida eu não desejo nem pra um cachorro”: uma etnografia de hospitais psiquiátricos



Florianópolis

2024

Sabrina Melo Del Sarto

“Essa vida eu não desejo nem pra um cachorro”: uma etnografia de hospitais psiquiátricos

Tese submetida ao Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGAS/UFSC) como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Antropologia Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Esther Jean Langdon.

Florianópolis

2024

Ficha catalográfica gerada por meio de sistema automatizado gerenciado pela BU/UFSC.
Dados inseridos pelo próprio autor.

Del Sarto, Sabrina

"Essa vida eu não desejo nem pra um cachorro" : Uma
etnografia de hospitais psiquiátricos / Sabrina Del Sarto
; orientadora, Esther Jean Langdon, 2024.
252 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa
de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Antropologia Social. 2. Etnografia de Hospital. 3.
Antropologia da Saúde. 4. Desinstitucionalização. 5.
Reforma Psiquiátrica. I. Jean Langdon, Esther. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Antropologia Social. III. Título.

Sabrina Melo Del Sarto

“Essa vida eu não desejo nem pra um cachorro”: uma etnografia de hospitais psiquiátricos

O presente trabalho em nível de Doutorado foi avaliado e aprovado, em 07 de março de 2024,
pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Sônia Weidner Maluf
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Dr.^a Sandra Noemi Cucurullo de Caponi
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Rodrigo Ferreira Toniol
Universidade Federal do Rio de Janeiro

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

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof.^a Dr.^a Esther Jean Langdon
Orientadora

Florianópolis, 2024.

AGRADECIMENTOS

Certo dia, já no último mês de escrita da tese, me deparei com os livros de uma autora que desvendou para mim alguns dos mistérios que compõem muitas das minhas incompreensões. Em uma das suas passagens, Olga Tokarczuk (2021) escreveu: “Minhas raízes sempre foram superficiais; a mais leve brisa sempre poderia me derrubar. Não sei como germinar, simplesmente não possuo essa capacidade vegetal. [...] Minha energia é derivada do movimento”. As palavras da autora, ao falarem do *movimento*, me colocaram para percorrer os fluxos de uma trajetória que vem sendo construída por muitas mãos. Gosto de pensar no contraste da solidão do trabalho de escrita com a força coletiva do viver e, por sorte, tenho compartilhado a vida com seres que me fazem manter uma energia criativa de esperança. Começo meus agradecimentos àqueles que sempre, em todos os momentos da minha vida, estiverem ao meu lado, me apoiando e não duvidando, nem sequer por um segundo, de que eu seria capaz de realizar cada um dos meus sonhos. A meu pais, que nunca mediram esforços para serem minha força propulsora, especificamente minha mãe, por me apresentar o mundo da paixão pelo conhecimento e também pelo movimento, obrigada, Mãe, por me permitir voar e me mostrar as múltiplas possibilidades do viver, e ao meu Pai, que me ensinou que o ato de narrar transforma vidas e que a história da gente é a gente que escreve, obrigada, Pai, pelo coração genuinamente bondoso que me fez acreditar em mim. Também quero agradecer minha irmã Sophia, ela é, sem dúvidas, minha moção e minha fagulha, me expõe para todas as minhas barreiras e constrói, ao meu lado, um mundo muito mais colorido, obrigada, So, por desconstruir minhas certezas e estruturas. Agradeço também à Mari, minha esposa, que sempre me apoiou e com uma paciência genuína sempre esteve comigo, diariamente, em todo o processo doloroso e feliz do doutorado, obrigada, Amor, por ser minha calma e minha tranquilidade e por ter um olhar sensível que torna meus dias mais leves.

Agradeço à minha orientadora, que me acolheu desde meu primeiro ano no mestrado, acreditando nas minhas ideias e tornando meus projetos possíveis, obrigada, Jean, por organizar minhas confusões e simplificar os atritos. Também agradeço meu amigo e ex-orientador, Andreas Hofbauer, por ser escuta e empatia e sempre se fazer presente, mesmo com a distância. Ao professor Antônio Braga, meu primeiro professor de Antropologia, obrigada por ter sido a primeira pessoa a perceber meu *eu* antropóloga. À professora Sônia Maluf, por sempre compartilhar seus conhecimentos preciosos e trazer contribuições fundamentais não só para esta Tese, mas para o mundo acadêmico como um todo e para os

diferentes espaços que dele transbordam. À Professora Sandra Caponi, uma das primeiras autoras que li sobre a temática da minha pesquisa, ainda na graduação, e que, com uma gentileza admirável, aceitou estar presente na defesa desta Tese. Ao professor Rodrigo Toniol, que também aceitou compor a banca de defesa e que tem me mostrado a raridade da possibilidade de um mundo acadêmico empático e horizontal. À professora Janis Jenkins, que me recebeu no Centro Global de Saúde Mental da Califórnia, espaço em que grande parte desta Tese foi tecida.

Às minhas Tias Neci e Rita, que sempre alimentaram a minha fé na vida e estiveram presentes em todos os momentos deste trabalho. Às minhas Tias Claudia, Simone e Angélica por sempre me enviarem carinho, me ensinarem como o amor é transformador e por sempre acreditarem nos meus sonhos. Às minhas irmãs Vitória, Beatriz Reis e Mariana Bueno, por serem meu apoio, minha inspiração e força, mesmo que às vezes de tão longe. Aos meus afilhados Pedro e Artur e à Nicole, por me darem um amor sincero e muita alegria. À minha bisavó Geralda, que viveu várias institucionalizações e que, possivelmente, foi a força propulsora desta Tese, mesmo antes de eu ter ciência da sua condição. Às minhas avós que habitam outro plano, Sebastiana e Aparecida, por trazerem para nossa família a força e a possibilidade de transgredir a coletividade do ser mulher. Às minhas amigas Ani, Bea, Lila e Malu e aos meus amigos Renato e Paulo, pelos cafés, conversas profundas e trocas infinitas. Aos meus colegas do NESSI, GPPS e GEA, pelas trocas e aprendizados. À Mari (Ester Borges), pelo olhar de cuidado, pela acolhida da Antropologia na Área da Saúde Mental e pela amizade que construímos a partir desta pesquisa. À Bárbara, Jean e Pietro, por serem minha família em San Diego e transformarem a experiência de viver fora do Brasil em uma experiência de lar. À minha amiga Jill, por sempre estar comigo no Laboratório de Saúde Mental Global e nunca permitir que eu duvidasse do meu *eu* pesquisadora nem por um segundo.

Agradeço imensamente aos moradores dos hospitais, por abrirem as portas de suas casas e me receberem em seus cotidianos, me fazendo olhar para a vida e para as possibilidades dela a partir de uma ótica sábia e, infelizmente, invisibilizada. Também às equipes dos hospitais, por me receberem em seus locais de trabalho e tornarem esta pesquisa possível.

Aos usuários do Sistema Único de Saúde e aos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial e do Conselho de Saúde Mental de Santa Catarina por incluírem as pautas emergidas nesta Tese no centro de suas discussões. Aos financiadores da pesquisa, CAPES,

IBP e Fulbright, agradeço por me presentarem com a possibilidade de construir um campo complexo, profundo e transformador.

Por fim, ao olhar para trás, percebo que a vida acadêmica tem muitos momentos de solidão e senti falta, muitas vezes, de construir o conhecimento em grupo, de ler e ser lida em outros espaços, em outras estruturas de poder, e com pesos também diferentes. O individualismo moderno tem minado nossa capacidade de nos construirmos enquanto comunidade e, quando me vejo ao lado dos meus amigos, familiares e professores, não consigo sentir outra coisa senão uma profunda alegria por saber o quanto subversivos somos, compondo com regras e criando espaços de resistência dentro de estruturas compostas por afeto, por estar junto e pela coletividade! Eu sou muito sortuda por ter vocês na minha vida! Obrigada! Aos que estão perto e aos que estão longe... não tem nada melhor na vida do que sentir que não estamos sós!

Amarás o vento, ainda que inquiete o sono

Mar Becker, 2024

RESUMO

O tema fundamental desta pesquisa é a institucionalização psiquiátrica pública e permanente, bem como os desafios que o Brasil tem enfrentado nos processos de desinstitucionalização dos sujeitos que vivem, ou viveram, nessas instituições. Tenciona-se uma justaposição das questões relacionadas às vidas cotidianas compostas por múltiplas micropolíticas de sujeitos que viveram, de forma permanente, como residentes de dois hospitais psiquiátricos, aos documentos oficiais e às literaturas acadêmicas sobre a temática. O primeiro objetivo do projeto foi mapear as instituições psiquiátricas públicas no Estado de Santa Catarina que abrigam moradores permanentemente e focar naquelas que possuem, entre suas alas médicas, espaços asilares ou ambientes destinados, após o início do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, às internações de longa permanência. Pretendeu-se compreender, no devir institucional, a partir de etnografias em hospitais e de um levantamento bibliográfico e documental, os mecanismos que corroboram com a permanência desses indivíduos no interior dos hospitais psiquiátricos. Buscou-se observar o posicionamento desses ambientes nos processos de institucionalização e a existência ou não de direcionamentos para a efetivação de possíveis mecanismos de desinstitucionalização. De modo geral, utilizou-se uma abordagem etnográfica para compreender como a construção social do cotidiano institucional reforça a perspectiva manicomial da doença mental. Pretendeu-se, principalmente, compreender também a partir das perspectivas dos próprios moradores dessas instituições, como a institucionalização permanente é construída e reificada, buscando observar as atuais questões que compõem o mundo institucional.

Palavras-chave: Etnografia de Hospital; Antropologia da Saúde; Desinstitucionalização; Institucionalização; Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

The fundamental theme of this research is the public and permanent psychiatric institutionalization, as well as the challenges Brazil has faced in the processes of deinstitutionalization of individuals who live or have lived in these institutions. The intention is to juxtapose issues related to everyday lives composed of multiple micro-politics of individuals who have permanently lived as residents in two psychiatric hospitals, with official documents and academic literature on the subject. The first goal of the project was to map public psychiatric institutions in the State of Santa Catarina that permanently house residents and focus on those that have, among their medical wings, asylum spaces or areas designated, after the beginning of the Brazilian Psychiatric Reform process, for long-term stays. The aim was to understand, through institutional developments, based on ethnographies in hospitals and a bibliographic and documentary survey, the mechanisms that contribute to the permanence of these individuals within psychiatric hospitals. The goal was to observe the positioning of these environments in the processes of institutionalization and whether there are directions for the implementation of possible deinstitutionalization mechanisms. In general, an ethnographic approach was used to understand how the social construction of institutional daily life reinforces the asylum perspective of mental illness. The main objective was also to understand, particularly from the perspectives of the residents of these institutions, how permanent institutionalization is constructed and reified, seeking to observe the current issues that make up the institutional world.

Key-words: Hospital Ethnography; Psychiatric Institutionalization; Psychiatric Reform; Deinstitutionalization.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
PARTE 1: REDEMOINHO MANICOMIAL.....	14
PARTE 2: ETNOGRAFIA DE HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.....	25
CAPÍTULO 1: INSTITUCIONALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: ESTIGMATIZAÇÃO SECULAR DA LOUCURA.....	37
1.1) HISTÓRICO SECULAR.....	37
1.2) 1970 - (MAIS-UMA) REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	50
1.3) SANTA CATARINA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	59
1.4) RELATÓRIOS E NOVAS LEIS DE SAÚDE MENTAL.....	69
CAPÍTULO 2: O “PISAR EM OVOS” ETNOGRÁFICO: PERCURSOS ENTRE AS ILUSÕES E AS ESCOLHAS.....	76
2.1) PERCURSOS METODOLÓGICOS: AS MÚLTIPLAS-POSSIBILIDADES COTIDIANAS E AS RESISTÊNCIAS VELADAS.....	80
2.2) INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS: ALGUMAS PINCELADAS BREVES..	85
2.3) ETNOGRAFIA DE HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.....	89
2.3.2) COMUNICAÇÃO X NEGOCIAÇÃO: UMA ATUALIZAÇÃO DA PISCADELA ANTROPOLÓGICA.....	96
2.3.3) COMO ETNOGRAFAR SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA?.....	105
CAPÍTULO 3: MORADORES: QUEM SÃO AFINAL?.....	115
3.1) UM POUCO DO ENVOLTÓRIO, UM POUCO DO CONTEÚDO.....	115
3.2) PERFIL IDENTIFICATÓRIO: A VIDA ANTES DA DESPERSONIFICAÇÃO.....	117
3.3) PERFIL SOCIOECONÔMICO: ISOLAMENTO DA/NA INSTITUCIONALIZAÇÃO.....	123
3.4) PERFIL CLÍNICO: “DEPOIS DE TANTOS ANOS AQUI, CRONIFICOU!”. 130	
CAPÍTULO 4: O MERGULHO NO LIMBO - PARA CONHECER ALGUMAS DAS BARREIRAS DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.....	143

4.1) CARTOGRAFIAS ETNOGRÁFICAS.....	145
4.2) A CHEGADA (AO HOSPITAL) - OU A SAÍDA (DA VIDA).....	149
4.3) CONCEPÇÕES DE LOUCURA.....	156
4.4) DESENHANDO A PERICULOSIDADE DOS MORADORES.....	164
4.5) OS SONHOS E O DESEJO DE SAIR.....	171
CAPÍTULO 5: DESMONTANDO A INSTITUIÇÃO.....	182
5.1) DESCONSTRUIR X REFORMAR.....	182
5.2) O DESMONTE DA INSTITUIÇÃO.....	183
5.3) CAMINHO RUMO AO MANICÔMIO, DE NOVO.....	194
5.4) A INVERSÃO (NECESSÁRIA) DA LÓGICA DA DEPENDÊNCIA.....	201
5.5) O DOCUMENTO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO (PENAL) DE SANTA CATARINA (2023).....	208
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	216
ANEXOS.....	232
REFERÊNCIAS.....	242

Introdução

Parte 1: Redemoinho Manicomial

Em Santa Catarina, do térreo do pavilhão leste, sob a indecifrável e gélida atmosfera de um local posto para *fazer existir*, longe do mar, longe do colorido da diversidade da cidade e da capital Florianópolis, aquietam-se pessoas vivendo ainda em uma situação parecida ao que já foi, outrora, conhecida como *Holocausto Brasileiro*. A ínfima massa de sobreviventes do (quase) fim dos tempos dos manicômios brasileiros, imóvel, faz-se subsistir ao que parece ser o último estágio da vida. Para eles, é prevista somente uma espécie de *alta, a alta celestial*. Violência, caos, medo e assombro. A ambição de uns poucos, unida à ignorância de outros, sobrepõe-se à degradação de muitos, onde a vida é assistida dentro de muros, permanentes, em uma espécie de *prisão perpétua à moda brasileira*.

Os contrastes entre os internos são apagados, infrações institucionais são relevadas e a relação naturalizante tendendo-os a *não-humanos* prevalece na troca entre eles, os pacientes, e os outros, os profissionais da instituição. Um espaço aniquilante que intriga e desconcerta e, ainda hoje, depois de tantas denúncias e de tanta busca por reformas e respostas, permanece indecifrável.

É a partir desses indecifráveis e dessas não respostas que esta pesquisa foi construída, dentro de uma névoa, em um campo onde questões se sobressaem às respostas e "por ques" flutuam sem encontrar explicações. Inspirada pelo historiador francês Michel De Certeau (1978), tem-se como objeto nesta Tese não o "desconcerto" e a "confusão do discurso político", que parecem dançar juntos naquele espaço, soterrando qualquer possibilidade de fuga, nem as "lamentações de uns" ou as "censuras dos outros", mas sim "[...] o sentido oculto daquilo que, mais profundo, e ainda misterioso, se manifesta essencial em uma grande confusão de palavras" (p. 12).

Enfim, antes de qualquer coisa, você, leitor(a), precisa saber sobre qual espaço falo, caso este amontoado de palavras não seja suficiente para que você imagine sobre o que escrevo. Esta pesquisa tem como *locus* os Hospitais Psiquiátricos públicos brasileiros, mais especificamente aqueles presentes no Estado de Santa Catarina e que, ainda hoje, abrigam residentes permanentes em suas enfermarias. Uma breve pesquisa sobre o tema fará com que um sujeito próximo daquela região estranhe que esteja no plural o nome destes locais, pois

bem, teremos tempo para falar sobre isso, por hora basta saber que não temos, no Estado, somente um único hospital que abriga moradores em alas psiquiátricas de forma permanente.

Curioso é que, ainda em 2022, a loucura esteja tão próxima ao que definiu o teórico francês Michel Foucault em 1979, a saber: uma ausência de obra¹. Corroborando também com o que escreveu a historiadora brasileira Maria Clementina da Cunha (1986, p. 110), a loucura pode ser reconhecida, nesta Tese, como um “[...] conceito escorregadio, de limites imprecisos e de natureza indefinível”. Além do mais, vale notar que o próprio caminho histórico e degradante do conceito já é muito bem conhecido, trabalhado e até mesmo denunciado (cf. BASTIDE, 1968; FOUCAULT, 2009; GOFFMAN, 1961; PESSOTTI, 1994, entre outros) e que são indispensáveis as ponderações socioculturais para qualquer tentativa de abordagem sobre o tema (cf. BENEDICT, 1988[1934]; DUARTE, 1994; LANGDON, 2013; 2015; LAPLANTINE, 1988; VELHO, 1981; entre outros).

Na própria Teoria Antropológica foram tecidos, desde a década de 1930, trabalhos que se especializaram nas variações dos comportamentos heterogêneos entre as diferentes sociedades, colocando em questão as concepções de “normalidade” e relativizando-as (BENEDICT, 1988 [1934]; MEAD, 1963; SAPIR, 1949). Na Antropologia da Saúde, por exemplo, podemos encontrar trabalhos que enfocaram na restituição da natureza social dos fenômenos biológicos, permitindo uma desnaturalização da padronização de comportamentos e das definições das doenças (MINAYO, 1994).

Voltando ao tema da loucura, bem como aos múltiplos tratamentos que se criaram para esse tema, sabemos que - de modo geral - os indivíduos acometidos pelos sofrimentos psíquicos sempre foram delegados à exclusão em instituições fechadas, espaços conhecidos como manicômios ou colônias e, atualmente, como hospitais psiquiátricos ou institutos de psiquiatria. Além disso, a proclamação por uma sociedade livre desses locais, a partir do jargão advindo do movimento antimanicomial que brada: *manicômios nunca mais!* tem sobressaído nas discussões acadêmicas e populares transcorridas, dando uma ilusão de inexistência dessa situação, em que pessoas ainda vivem dentro de instituições manicomiais de forma permanente.

A epidemia da doença mental, tão abordada recentemente em diferentes literaturas, desde as investigações biomédicas até as sociais, tem alertado para os riscos de uma sociedade *adoecida*. Na medicalização da vida, diagnósticos passam a fazer parte do

¹ Foucault (2009, 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”.

cotidiano de escolas, empresas, universidades, entre outras instituições. Essas vidas passam a ser geridas por dispositivos biomédicos e, nesta quase-epidemia - (talvez)global - pessoas de todo o mundo continuam a se deparar, cada vez mais, com as possibilidades da loucura, a partir de uma linha tênue que nos faz dançar no jogo das múltiplas formas de viver a lucidez e/ou a insanidade.

São as formas de biopoder e biopolítica sendo materializadas no cotidiano de nossas práticas, através da medicalização dos sofrimentos, da reprodução de práticas clínicas disciplinares advindas do modelo biomédico hospitalocêntrico, da verticalidade das relações profissionais e, também, da concepção biologicista do adoecimento mental (BARBOSA et al., 2016, p. 185). Nessa toada, os estigmas contra *outros-diferentes* são alimentados e o caráter perigoso da loucura continua a fazer morada no imaginário social, passando a ser uma das mais atuantes justificativas para a permanência dos internamentos de longa duração, a partir da criação da ideia do "louco perigoso", que embala uma exclusão desmedida daquela *obra inacabada*.

Dito de outro modo, um prognóstico de comportamento futuro, inexistente, faz crer no risco e alimenta uma lógica manicomial desmoralizante. Nessa lógica, que aprisiona e exclui, a preocupação não emerge para com o indivíduo apreendido, mas sim com a possibilidade de um futuro dano advindo da projeção - imaginária - de um ato perigoso desse interno. Isso justifica, para muitos, a necessidade de mantê-lo preso por toda a vida, desviando e negligenciando questões sociais e culturais que fazem parte deste prognóstico e transformando pessoas em eternos pacientes. É nesse cenário que fracassos clínicos superpovoam instituições psiquiátricas, e reinternações incontáveis fazem parte do histórico de cada indivíduo que adentra um hospital dessa natureza. São essas pessoas que experienciam, diariamente, violências acumuladas em processos subentendidos como terapêuticos. Afinal, *quando foi que decidiram que a privação de liberdade seria o melhor caminho para o tratamento da loucura?*

No caso dos hospitais psiquiátricos, há uma rede de atores que estão, diariamente, sujeitos às múltiplas violências, uma vez que elas podem ser encontradas tanto na relação entre os profissionais e os pacientes, quanto na relação entre os próprios internados ou entre os próprios profissionais. Em outras palavras, todos os atores que compartilham o espaço manicomial estão expostos a essas situações de violência e são eles que experimentam, cotidianamente, os desdobramentos de suas diversas formas, seja no âmbito da desvalorização, desumanização, insulto, moralização ou omissão.

Parafrasear as constatações do trabalho da antropóloga argentina Rita Segato (2005), que aborda as diferenças no tratamento de crimes a depender do ator que os comete, pode nos ajudar a compreender esses casos de permanência de situações de violência ou, nas palavras da autora, de “insulto moral”, pois, para que uma violência seja perpetuada por tantos anos, tal como a realidade encontrada no interior desses hospitais psiquiátricos, é preciso que seu ator principal, ou seja, a própria instituição, ocupe uma posição de *poder*, afinal, “[...] nenhum crime realizado por marginais comuns prolonga-se por tanto tempo em total impunidade.” (p. 269). Esse é o ponto, *como não questionar o que permite essa desmobilização que desestabiliza os direitos humanos de pessoas que vivem, ainda hoje, de forma permanente em instituições psiquiátricas públicas no país? Como o poder desses hospitais se mantém mesmo depois de tantas denúncias e tentativas de fechamento desses espaços?*

É nesse debate que as reflexões antropológicas emergem valiosamente, pois, a partir da etnografia de hospital, podemos extrapolar essa visão hierárquica dominante das instituições para enfim adentrar a esses universos manicomiais, que há tanto tempo são nutridos e permanecem se reinventando em nossa sociedade. Nas palavras da antropóloga norte-americana Lynn Bolles (2001, p. 27), a Antropologia pode ser vista como “[...] um instrumento para localizar as fontes da desigualdade [...] dando sentido às estruturas de opressão que enquadram e sublinham a criatividade e a história de um povo oprimido”². E, através desse instrumento, tal como abordado pelo antropólogo teuto-americano Franz Boas (2014[1928]), o próprio conhecimento antropológico nos permite olhar com maior liberdade para os problemas enfrentados por nossa civilização³, uma vez que reconhecemos a importância de investigar também o enraizamento social da vulnerabilidade da doença como fator determinante da saúde (SINGER, ERICKSON, 2013, p. 18).

Esse é então nosso ponto de partida, vamos traçar reflexões antropológicas no campo da saúde mental e da institucionalização psiquiátrica permanente, reconhecendo os determinantes estruturais e buscando focar, também, na experiência daqueles sujeitos que vivenciam o Hospital Psiquiátrico diariamente. Vale notar que, mesmo depois de mais de 20 anos da promulgação da Lei de Saúde Mental do país (nº 10.216, de 6 de abril de 2001),

²“Anthropology was viewed as a tool to locate the sources of inequality and as a place where one could participate in finding the “cure”. [...] giving meaning to the structures of oppression that frame and underscore the creativity and history of an oppressed people”.

³“Anthropology recognizes the importance of investigating the social embeddedness of disease vulnerability as a determinant of the health” (p. 18).

ainda hoje, no Estado de Santa Catarina, temos a inauguração de alas em hospitais psiquiátricos públicos, além de novas internações perpétuas. Nessa toada, há uma nítida sobreposição de questões socioculturais escamoteadas de “doença” e isso ocorre, principalmente, porque todos os internados compartilham uma semelhança pontual, pois são indivíduos que dividem um mesmo diagnóstico, todos eles sofrem de uma mesma doença, a saber: a *doença da institucionalização*. Curioso notar que essa *doença* não consta em nenhum dos documentos médicos dos mais de 80 moradores com quem convivi nos últimos anos, entretanto, no discurso hospitalar ela aparece cotidianamente. Obviamente que cada um dos residentes tem suas particularidades próprias, entretanto, teremos um espaço, mais à frente, para detalhar quem eles são, por ora preciso que saiba principalmente dessa característica comum que eles compartilham.

Se assim quisermos, se precisarmos de algo para ancorar as ideias, seria esse o diagnóstico que podemos ter em mente ao ler esta pesquisa, pois todos os moradores de hospitais sofrem dessa mesma doença, citada anteriormente, uma espécie de *institucionalização crônica e permanente*. Podemos aqui nos valer da definição de *instituição* do psiquiatra italiano Franco Basaglia, como espaços que repousam sobre uma “nítida divisão de funções”, por meio da “divisão do trabalho”, sendo caracterizada pela nítida divisão entre aqueles que detêm o poder e aqueles que não o detêm: “De onde se pode ainda deduzir que a subdivisão das funções traduz uma relação de opressão e de violência entre poder e não poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro.” (1985, p. 100).

É nesses espaços que tenho traçado meu percurso antropológico. De certa forma, a trajetória que tenho construído na área da etnografia de hospital tem também me construído como pesquisadora, já que comecei a etnografar hospitais nos meus primeiros anos vivenciando a/na Antropologia, ainda em 2016, quando estava na graduação em Ciências Sociais. A primeira experiência (2016-2018) resultou em uma pesquisa etnográfica que revelou as múltiplas formas de agência de sujeitos que viviam uma vida medicalizada e institucionalizada permanentemente. Naquele contexto, comecei a perceber que, para além das determinações estruturantes das instituições, subsistiam formas particulares de viver e experimentar a institucionalização psiquiátrica. Em outras palavras, coexistiam formas particulares e grupais, desenvolvidas pelos próprios moradores, de viver a instituição através e além da normatividade imposta. Também percebi que a única maneira de acessar aquela realidade seria através da etnografia em uma construção conjunta, horizontal e gradual de processos de comunicação possível com pessoas que estão há décadas vivendo nesses espaços limitantes.

Entre os anos de 2019 e 2020, no mestrado em Antropologia Social, continuei a pesquisa aprofundando a investigação desses agenciamentos com aquela mesma população. Naquela ocasião, pude também experimentar a vida institucional para além dos muros, quando comecei a fazer passeios com os moradores, que viam na Antropologia, talvez, uma possibilidade de *tomar café na padaria*. Entre muitas xícaras de café com leite, salgados, tortas e misto quente, construímos juntos uma pesquisa a partir de uma relação horizontal e muito próxima. Eu passava meus dias transitando entre as casas dos moradores e compartilhando a rotina com eles, íamos juntos para a fila de medicação, comíamos juntos, com colher e prato plástico, no refeitório do hospital e passávamos horas esperando a próxima medicação ou a próxima refeição. O retorno ao mesmo campo me possibilitou conhecer a institucionalização psiquiátrica de modo mais íntimo e pude me aproximar cada vez mais da perspectiva daqueles que a vivenciavam. Foi naquele período que aprendi alguns dos caminhos para tornar a etnografia de hospital nesses espaços - tão limitantes - possível, além de ter também descoberto o quanto desafiadora ela é.

Depois desse percurso, no início do Doutorado em Antropologia Social, decidi começar uma etnografia em um novo espaço, em outro Estado. Um mapeamento inicial revelou que no Estado de Santa Catarina ainda havia duas instituições que mantinham moradores vivendo em suas alas de forma permanente. O número de moradores e suas condições de existência me fizeram optar por iniciar um novo período nessa trajetória de pesquisa e, para o desenvolvimento desta Tese, acabei sendo escolhida por um novo campo de investigação, muito mais caótico e degradante. Essa nova experiência, trabalhada ao longo da Tese, me fez reorganizar expectativas e reconstruir estratégias. Vou trabalhar essas questões ao longo de todo este trabalho, mas vale dizer que o que encontrei em Santa Catarina está no limite final de qualquer possibilidade de vida e existência. Em outras palavras, precisei realinhar minhas expectativas etnográficas quando percebi que o agenciamento dos residentes, neste outro Estado, estava muito mais limitado.

De modo geral, comecei a descobrir na nova pesquisa uma interdependência entre a instituição e os moradores, como se a manutenção de um dependesse da existência do outro. Isso porque fui notando que não há morador sem a instituição e, de certa maneira, também não parece ser possível manter um hospital psiquiátrico em funcionamento, se não tiver - em pelo menos uma de suas alas - a internação de pacientes permanentes. Dito de outro modo, o hospital também depende dos moradores para existir. Essa hipótese, que emergiu depois do primeiro ano no novo campo, começou a inverter o que, para mim, sustentava a lógica manicomial brasileira. Isso porque, era muito comum, quando questionava o *porquê* de ainda

termos pessoas vivendo de forma permanente em hospitais psiquiátricos, receber como resposta automática: *Porque eles não têm pra onde ir.*

Não ter para onde ir parecia justificar a permanência institucional dos moradores, era uma sentença completa, que não permitia complementos, como se fosse suficiente em si e justificasse, com apenas cinco palavras, a manutenção de toda a estrutura manicomial que ela reificava. Entretanto, o que o campo revelou foi que, de modo simplificado, a própria instituição não mais existiria se não fosse pela ala residencial, que, mesmo com o esvaziamento do hospital, não permitiu que suas portas fossem fechadas. Em um dos hospitais do Estado, foi me dito, por diferentes profissionais, que a transferência dos pacientes psiquiátricos para suas alas *salvou* a instituição, que já estava prestes a finalizar suas atividades. Aquilo foi ressoando em mim e, de certa forma, quebrando alguns dos tijolos que construíam a solidez da institucionalização, afinal, o hospital também dependia dos moradores, ele também não teria como subsistir se não fosse a existência dos internos.

Caminhando para algumas questões teóricas, vislumbramos que as Ciências Humanas e Sociais têm desempenhado um papel importante nessas pesquisas sobre saúde, principalmente por permitirem recuperar as influências das formações culturais e sociais nesses debates. Franz Fanon e seu orientando Jacques Azoulay (2020), utilizaram um exemplo de repetidas frustrações no interior de um hospital psiquiátrico para revelar o quanto esses fatores não podem ser negligenciados. Os psiquiatras tentaram replicar um mesmo tipo de tratamento para alas de pacientes de diferentes nacionalidades: uma ala de homens muçulmanos e uma ala de mulheres europeias. Com os seguidos insucessos vividos no Hospital em Paris, conseguiram demonstrar o quanto os tratamentos não poderiam ser generalizados e que os aspectos culturais precisavam ser conhecidos e considerados antes de se determinar a melhor forma terapêutica.

Isso foi notado porque os internos não respondiam aos tratamentos da mesma forma e, ao mesmo tempo em que as mulheres europeias se integraram na socioterapia proposta, com muito engajamento e exponenciais melhoras, os homens muçulmanos permaneceram apáticos e sem envolvimento. Os psiquiatras notaram que estavam negligenciando os valores morais, estéticos, cognitivos e religiosos da sociedade muçulmana e que a imposição de uma forma de tratamento, revolucionária dentro de sua cultura europeia, utilizando a produção de jornais, festas e ergoterapia como ferramentas terapêuticas, não tinha o mesmo efeito para os homens muçulmanos.

Outro exemplo trazido pelas antropólogas médicas Erickson e Singer (2013) também reforça a importância da dimensão cultural daquilo que é, em uma sociedade, reconhecido

como doença. Para as autoras, que utilizam como exemplo a relação de uma população com a *dengue*, seria impensável refletir sobre esta sem uma apreciação de como ela interage com a experiência humana, negligenciando a compreensão local que se tem dela, além dos comportamentos culturalmente moldados para lidar com a situação e, por fim, sem considerar como todos esses fatores influenciam na resposta social dada àquela doença. Isso é também fundamental porque existem diferentes níveis de compreensão das doenças em uma mesma cultura, tanto mais abrangentes, quanto locais.

Estes exemplos nos fazem pensar nas implicações culturais não tão somente das doenças, mas também dos seus tratamentos. Depois de me aprofundar na temporalidade da saúde mental e de notar como ela foi trabalhada, estigmatizada e também aniquilada ao longo dos anos, informações estas trabalhadas principalmente no primeiro Capítulo desta Tese, uma frase da psiquiatra brasileira Mônica de Oliveira Nunes (2012) passou a me acompanhar. A autora questionou se as doenças teriam ou não um *futuro*, uma vez que “[...] todas as doenças mentais têm uma historicidade, na perspectiva em que elas refletem a atmosfera cultural de um tempo” (p. 905). Passei então a tensionar: como sobreviveriam as doenças às composições da temporalidade? Ou ainda, como - no *dever doença* - o contexto cria modos para pensá-lo e, também, para tratá-lo?

Além de pensar em qual o futuro possível para determinadas doenças, pude também tensionar o pensamento para qual o futuro possível para determinados tratamentos e formas de definir doenças, pois sabemos que elas são mais que definições biomédicas, são também a definição que as culturas criam para elas, isso extrapola a dimensão biológica, sem desconsiderá-la. Nesse sentido, passei a questionar: por que os tratamentos psiquiátricos ultrapassados perpetuam? Como, mesmo sendo denunciados como retrógrados e ineficientes, ainda encontram espaços para subsistirem e se multiplicarem?

No caso dos hospitais psiquiátricos, a insistência nesses sistemas obsoletos tem fomentado uma lógica manicomial que omite problemas socioculturais latentes. A pobreza enlouquece. A fome enlouquece. A desigualdade social enlouquece. Nessa lógica, o “louco” - desenhado como “perigoso” - é mantido longe da sociedade que o adoce, como num ciclo vicioso, que primeiro enlouquece, depois exclui e apreende e, posteriormente, o devolve ao convívio social, para refazê-lo enlouquecer. Não existe reabilitação social ou reinserção social sem teto, sem comida ou sem condições básicas de sobrevivência, muito menos quando o sujeito está isolado do mundo.

Uma analogia é interessante para pensar nessa lógica. Como a formação de um redemoinho que tem movimento e forma, a lógica manicomial é alimentada através de seu

movimento energético, aglutinando em si os resquícios que encontra no caminho e crescendo a partir de um movimento giratório, sendo o eixo pelo qual tudo gira. Atua, principalmente, na sustentação de um sistema criado por ela mesma. No ciclo, o próprio movimento cria a noção de um eixo que, sem ele, aquelas estruturas não existiriam. Dito de outro modo, a lógica manicomial, sendo também o próprio eixo desse redemoinho, sustenta sistemas que perduram há séculos, e o seu movimento cíclico cria uma noção particular dessa estrutura, uma sensação de necessidade que oculta as características intrinsecamente desumanas que fomentam os espaços que a partir dela surgem. Essa mesma lógica, em movimento, dilacera o que ela encontra como impedimento e se alimenta dos resquícios do que foi destruído, para se tornar cada vez maior.

Esse redemoinho vai de encontro com os movimentos da Reforma Psiquiátrica brasileira, que, desde as últimas décadas, têm como direcionamento principal o fechamento dos manicômios no país. A diretriz principal seria vislumbrar a internação psiquiátrica como uma exceção e não uma regra, além de respeitar a territorialidade e a integralidade dos sujeitos internados. Muitas foram as lutas travadas para construir uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que tivesse como base o respeito aos Direitos Humanos, a autonomia e a liberdade das pessoas e a promoção da equidade, não negligenciando os determinantes sociais em saúde e combatendo estigmas e preconceitos.

Essas lutas são históricas no país e, desde o século XIX, temos registros de denúncias e batalhas travadas contra esses espaços. Tivemos muitos movimentos de conquistas, graças aos quais muitos hospitais psiquiátricos foram fechados e ex-internos voltaram para suas casas ou para Residenciais Terapêuticos (RT). Entretanto, não foi possível dizimar todos os resquícios dos manicômios, pois alguns hospitais mantiveram seu funcionamento e apenas foram renomeados e/ou reformados. É importante salientar que o movimento de mudança de nome e as reformas físicas não foram acompanhados pela mudança da própria estrutura dessas instituições, que persistiram fundamentadas pela lógica manicomial. Além do mais, embora tenham ocorrido mudanças, a garantia de direitos básicos dessas pessoas ainda hoje não é totalmente atendida.

Alguns profissionais costumam abordar o tema dizendo que entre os anos 2000 e 2010 - época em que a própria Lei de Saúde Mental foi aprovada no país e que os serviços substitutivos passaram a ter prioridade - os moradores de hospitais psiquiátricos tiveram ganhos significativos, pois os tratamentos foram humanizados e o ambiente de internação também foi aprimorado. Entretanto, esses mesmos profissionais denunciam que, nos últimos

anos, isso não foi mantido, pois, com a falta de recursos e investimentos, ficou cada vez mais difícil manter os serviços extramedicamentosos para essa população de residentes⁴.

Além disso, desde 2016, “[...] está em curso um processo acelerado de desmonte dos avanços alcançados pela reforma psiquiátrica.” (DELGADO, 2019). Esse processo foi iniciado a partir da Emenda Constitucional (EC) 95, que tem atuado no sentido de uma “[...] desconstrução do Sistema Único de Saúde (SUS) e das políticas intersetoriais (assistência social e educação, principalmente), com impactos imediatos no campo da saúde mental” (idem). Segundo o psiquiatra Pedro Gabriel Delgado, de 2016 a 2019, o governo federal alimentou esse desmonte a partir das seguintes medidas:

[...] 1) modificou a [...] Política Nacional de Atenção Básica, alterando os parâmetros populacionais e dispensando a obrigatoriedade da presença do agente comunitário de saúde nas equipes de saúde da família, com consequências imediatas de descaracterização e fragilização da atenção básica; 2) ampliou o financiamento dos hospitais psiquiátricos, concedendo reajuste acima de 60% no valor das diárias; 3) reduziu o cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) [...] 4) ampliou o financiamento para mais 12 mil vagas em Comunidades Terapêuticas; 5) restaurou a centralidade do hospital psiquiátrico, em norma já publicada, e recomendou a não utilização da palavra ‘substitutivo’ para designar qualquer serviço de saúde mental [...]; 6) criou o hospital-dia, um arcaísmo assistencial, vinculado aos hospitais psiquiátricos, sem definir sua finalidade, em evidente reforço ao modelo desterritorializado; e 7) criou o ambulatório de especialidade, igualmente sem referência territorial” (2019, p. 2).

Em 2020, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) publicou um documento que fomentava a lógica de uma contrarreforma psiquiátrica. Segundo a antropóloga Maluf (2023, p. 91), em tal documento pode-se constatar a desconstrução do caráter comunitário em liberdade, uma vez que a retirada dos Hospitais psiquiátricos dos dispositivos de cuidado representa uma “fragilidade científica”. Este fato demonstra, portanto, “[...] sua afinidade com um equipamento que historicamente serviu-se do sequestro, tortura e encarceramento como justificativa de um modelo de tratamento que se mostra ineficaz e violento, atualizando uma lógica colonizatória sob o corpo do usuário” (CHIABOTTO, NUNES, AGUIAR, 2022). Esses direcionamentos infringem as orientações da última Reforma Psiquiátrica brasileira, que conseguiu desativar mais de 60.000 leitos psiquiátricos e abrir 2.500 Centros de Atenção Psicossocial⁵ (CAPS) em suas diversas modalidades.

⁴ Diário de Campo, novembro de 2021.

⁵ “Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são unidades especializadas em saúde mental para tratamento e reinserção social de pessoas com transtorno mental grave e persistente. Os centros oferecem um atendimento interdisciplinar, composto por uma equipe multiprofissional que reúne médicos, assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, entre outros especialistas”. Disponível em:

Resta-nos questionar: qual o papel desses hospitais psiquiátricos hoje? Eles ainda devem servir como espaço de residência? Para responder a essas questões, poderíamos percorrer múltiplos caminhos, poderíamos mais uma vez retomar a extensa história da loucura na sociedade ocidental, ou o que se supõe ser o Ocidente, já que é nele em que vivemos, mesmo sendo tão diverso, múltiplo e desigual. Entre todas as possibilidades, decidi colocar as lentes primeiramente nos percursos manicomiais brasileiros e, depois, afunilar a análise para o Estado de Santa Catarina, por ser essa uma região que ainda hoje mantém instituições psiquiátricas asilares. Vale relembrar que a lógica manicomial sempre esteve presente, mas cresceu demasiadamente nos últimos anos. Tivemos, desde as últimas décadas do século passado, em nível nacional, uma disseminação de psicofármacos, através dos quais se instalaram novas “certezas” no campo das ciências da vida, “[...] novas intervenções sobre as populações que se apoiam nas promessas de um saber médico e psiquiátrico obcecado por antecipar riscos, evitar a dor e garantir a meta impossível de uma vida sem sofrimentos.” (CAPONI, 2015, p. 126).

Interessante notar que os direcionamentos e indicadores de garantia de “saúde mental” parece não ser aplicados dentro de hospitais psiquiátricos, uma vez que a medicação é utilizada para “evitar” sofrimentos na mesma dimensão em que é utilizada para “domesticar” os sentimentos em níveis de apatia, silêncio, fraqueza e descompasso. Não é à toa que, ainda hoje, mesmo depois de 15, 20 ou 30 anos de internamento, os moradores continuam se recusando a tomar tantos medicamentos. Nesse movimento, a biopolítica regula os corpos, por ser “[...] uma tecnologia científico-política que se exerce sobre as populações entendidas como multiplicidades biológicas, que se referem especificamente aos processos vitais, e que tem como preocupação imediata antecipar os riscos.” (CAPONI, 2015, p. 129). E, vale lembrar, que esses riscos têm diferentes dimensões que, na maioria dos casos, são desconsiderados, prevalecendo apenas um: o risco de perturbação da ordem moral e social. Ademais, esses riscos são vistos apenas na esfera extra hospitalar, como o risco de perturbação de quem não está dentro do hospital. O risco dos próprios moradores, normalmente, não é reconhecido ou manejado.

Vamos abordar esses temas posteriormente sobre a estrutura atual do internamento psiquiátrico, sobre as tendências de modificação da Lei de Saúde Mental e também sobre as experiências atuais vividas no interior dessas alas, mas, antes disso, preciso fazer algumas

Disponível

em: <https://www.fiotec.fiocruz.br/index.php/noticias/projetos/5324-voce-sabe-o-que-sao-os-caps-e-como-elas-funcionam>. Acesso em 7 de dezembro de 2022.

considerações importantes para garantir que estamos partindo do mesmo lugar nesta discussão e para, ao menos, tentar que alcancemos também uma linha de chegada parecida. Para isso, preciso que nossas bagagens estejam alinhadas.

Parte 2: Etnografia de Hospital Psiquiátrico

Um caso de devir, inacabado, em vias de fazer-se e que extravasa toda e qualquer matéria vivível ou vivida, é assim que o filósofo Gilles Deleuze (1997) define o ato de escrever como um processo que está constantemente em vias de (re)construção. Para tensionar, pensemos então sobre o ato de escrever sobre algo específico, a partir de uma metodologia também singular, sobre uma experiência limite, uma espécie de *conhecimento venenoso* ou uma memória *contida e preservada de forma dolorosa nas entranhas de corpos que lembram* (DAS, 1995; FASSIN, 2007). Esse é um dos movimentos que guiam esta Tese, um processo de escrita etnográfica e histórica sobre o que revela os limites aniquiladores de uma situação plural, a saber: a institucionalização psiquiátrica, permanente e pública brasileira. Mas, antes de ir para o extenso referencial teórico construído por décadas a despeito disso, escolhi um caminho diferente. Longe de reificar lugares, esse processo de escrita tem sido um espaço de contestações, dúvidas e experimentos e, por esse motivo, esta Tese se fundamenta na justaposição entre a perspectiva daqueles que vivem a institucionalização de forma permanente atualmente, os *moradores* - a partir de uma *etnografia de hospital* - e o arcabouço teórico, histórico e documental que foi construído a respeito deste tema.

A pesquisa etnográfica no interior de instituições psiquiátricas faz ressoar questões que são fundamentais às investigações antropológicas, afinal, como sabemos, o hospital, longe de ser uma ilha isolada, é também invadido e moldado pelos valores, regras e ideais do mundo exterior (LONG; HUNTER; GEEST, 2008). Nas interações construídas no interior desse espaço há, de certa forma, uma exposição do sujeito etnógrafo a um desafio relacional, dentro de uma estrutura hierárquica que constrói relações predominantemente desiguais, a partir das quais conceitos como *alteridade* e *horizontalidade* são colocados em questão. Na estrutura da institucionalização psiquiátrica permanente, os internos dificilmente encontram espaços para compartilharem suas opiniões, desejos e considerações sobre a vida ou sobre o tratamento que recebem. Nessa toada, o próprio hospital acaba por reificar a inexistência de formas de subsistir, aniquilando as possibilidades de *agência* dentro dessas alas.

Saramago, escritor português, escreveu, em um de seus contos, sobre um homem que almejava navegar até uma ilha desconhecida e, quando questionado sobre *como* era aquela ilha, ou *onde* ela ficava, ele respondia que não poderia falar *sobre* a mesma, uma vez que não a conhecia, apenas tinha a certeza de que ela existia. Em outras palavras, ele argumentava sobre a necessidade de ir em busca daquela ilha pela certeza de sua existência, mas sabia que não podia se delongar acerca dos seus detalhes, pois ela era ainda desconhecida. Foi assim que o projeto desta Tese nasceu, pois, enquanto pesquisadora, eu não tinha nenhuma informação sobre as instituições psiquiátricas públicas do Estado de Santa Catarina que ainda abrigavam internos como moradores permanentes de suas alas, mas eu sabia que poderia encontrá-las, pois não havia dúvida de que elas ainda existiam.

Além de conhecer o espaço dessas instituições, me interessava uma aproximação da perspectiva daqueles internos que ainda viviam naqueles ambientes, pois queria conhecer *como* os sujeitos experienciavam aqueles lugares. Minhas pretensões caminharam para dois direcionamentos. No primeiro deles, buscava compreender *por que*, ainda hoje, temos em nosso país hospitais mantendo moradores em suas alas, numa espécie de prisão perpétua à moda brasileira. No segundo momento, queria investigar *como* aquele espaço era vivido e experimentado na atualidade, queria ouvir o que contavam os residentes daquelas alas; Também queria poder conviver naquele ambiente e experienciar aquela realidade, numa espécie de observação interativa negociada (WIND, 2008), uma vez que minhas experiências anteriores de etnografia de hospital me revelaram que o único caminho para me aproximar da institucionalização seria a partir de um convívio cotidiano daquele local.

Em resumo, fui guiada por uma tentativa de conhecer os sujeitos etnográficos não apenas pelas suas condições de saúde, mas também através de suas formas incorporadas de viver e experimentar a condição que viviam (*idem*), já que sabia o quanto os aspectos informais do processo de tratamento eram igualmente importantes para as interpretações sobre a própria institucionalização (CHENHALL, 2008). O que moveu esta pesquisa foi, portanto, um esboço sobre práticas cotidianas experimentadas no interior de dois hospitais asilares catarinenses, para, assim como definiu De Certeau (1978, p. 15), “[...] extrair do seu ruído as maneiras de fazer” e também de compor não tão somente a vida institucionalizada, mas também a própria institucionalização psiquiátrica permanente.

A antropóloga Venâncio (2000) trouxe em seus trabalhos a possibilidade de se trabalhar com o que fala, nas palavras da autora, *o louco*. Segundo ela, embora a palavra *o louco* esteja aprisionada a uma série de *a priori*s, criados tanto pelo senso comum quanto pelos discursos também legitimados cientificamente pela ordem médica, foi deslumbrado,

somente no início do século XXI, que o louco falasse nesses espaços. Entretanto, ainda existe uma constante relação hierárquica entre aqueles que se comunicam com a loucura, como se essa estivesse exposta, de forma petrificada, às contestações e desconsiderações. Isso variava na relação da equipe com os moradores e também entre os próprios moradores, que criavam “limites” e “medidores” de loucura, como por exemplo, quando um morador me alertou: “Querida Sabrina, você não pode dar bola pra todo mundo... tem muito doido aqui... aqui é hospital de doido... eu tô contente que tô aqui... antes tava na rua, catando papelão...” (Diário de Campo, 29 de março de 2022).

É um incômodo pessoal pensar que, durante anos, a palavra do “louco” não foi considerada ou ouvida. É ainda mais aterrorizador perceber que, ainda em 2023, muito do que *ele* fala não é também validado. As desconsiderações se ramificam colocando algumas barreiras na construção de relações com aqueles que experimentam uma vida institucionalizada e justificada pelos argumentos advindos, historicamente, da bagagem da loucura, o que revela que ela está também construída na ordem do discurso, ou na impossibilidade dele.

A etnografia emerge, nesse contexto, como uma força valiosa, uma vez que a comunicação com a loucura exige tudo o que ela preconiza. Explico melhor, nas minhas primeiras pesquisas, ainda na graduação (2016), quando comecei a etnografar hospitais psiquiátricos no Estado de São Paulo, encontrei uma instituição também secular que abrigava nas suas alas residentes permanentes. A parte residencial era dividida em duas alas distintas. Uma delas, denominada de Lar Abrigado, buscava configurar uma aproximação de um espaço-lar, com casas divididas com quartos, sala, cozinha, banheiro e lavanderia, além de um quintal comunitário e um espaço para atividades diversas. A outra, fechada por muros, era chamada de Patião, e abrigava os moradores que já não podiam conviver socialmente e, fazendo jus ao seu nome, era composta por um pátio retangular muito grande, onde os pacientes viviam espalhados pelo chão de cimento, com quartos comunitários dispostos nas laterais e apenas um cômodo com as roupas coletivas.

Naquela ocasião, não pude trabalhar no Patião, pois me autorizaram a frequentar apenas o Lar Abrigado. Nele, os moradores conviviam com mais liberdade e autonomia, embora vivessem como moradores permanentes de um hospital psiquiátrico. Eles recebiam pagamentos semanais, podiam fazer compras, ir ao salão de beleza, além de frequentar cultos e missas. A convivência naquele ambiente era muito ambígua, pois, embora os moradores fossem muito receptivos e tivessem uma certa autonomia para viverem suas vidas, eu comecei a experimentar o peso da institucionalização, na qual o tempo é costumeiramente

lento e o espaço físico faz perpetuar, mesmo que indiretamente, situações degradantes e desumanas fundamentadas pela lógica manicomial.

Como citei no tópico anterior, no mestrado voltei àquele mesmo campo para aprofundar minhas investigações sobre a vida social de moradores de hospitais psiquiátricos. No segundo momento da pesquisa, pude então constatar que aqueles moradores, mesmo vivendo em um ambiente extremamente coercitivo, conseguiam fazer subsistir suas particularidades, tornando a vida dentro do hospital, ao menos, possível. Dito de outro modo, os movimentos minoritários ou micropolíticos dos residentes revelaram-se enquanto espaços de (sobre)vivência de sujeitos que vivem e habitam a realidade social da institucionalização permanente. Só cheguei nesse espaço de proximidade com a institucionalização a partir da etnografia de hospital, com visitas diárias e uma convivência horizontal iniciada em 2016 e finalizada em 2020. Naquela experiência, a própria circunstância definiu o método e não o contrário (WIND, 2008). Percorrer esses movimentos dos moradores, enquanto prática investigativa, me permitiu encontrar as trajetórias de agentes institucionalizados que atuam no sentido de fazer (sobre)viver suas individualidades, desejos e formas particulares de habitar o mundo. Nesse sentido, notei que, embora o hospital seja ainda um agente coercitivo, ele não finaliza a vida dos moradores, pois, ao lidar com os mesmos, está lidando com sujeitos que mobilizam desejos, direcionam ações e interpretam situações.

Cheguei em Santa Catarina com essa experiência em mente, acreditando que encontraria aqui algo muito parecido com o que foi vivido em São Paulo. Essa ideia vinha através de uma confiança imatura na execução da Lei de Saúde Mental. Promulgada em 2001, já previa a ressocialização e a desmedicalização progressiva dos pacientes de longa internação, além de impedir que novos sujeitos fossem institucionalizados de forma permanente nesses espaços. Também acreditava que tinha experiência suficiente para adentrar um hospital psiquiátrico e trabalhar com o que ele me revelaria, entretanto, ainda não sabia que o contexto de Santa Catarina me faria reorganizar todas as minhas certezas, além de me fazer duvidar dos meus conhecimentos, me obrigando a reconfigurar minhas expectativas.

Comecei o novo percurso mapeando as instituições públicas que poderiam ter moradores, liguei para cada uma delas e percorri um longo caminho até a confirmação de haver pessoas vivendo de forma permanente em dois hospitais do Estado. Depois de apresentar a ideia da pesquisa, marquei um encontro com os dois profissionais responsáveis por cada uma das instituições. Era ainda na época da pandemia de COVID-19 e minhas memórias atuais me fazem lembrar da sensação sufocante que a máscara e a condição de avaliação me faziam experimentar. O acesso foi me dado muito rapidamente e, contrariando

as barreiras que imaginava enfrentar para entrar em instituições tão fechadas, fui muito bem recebida nas duas instituições. Desde a primeira visita, foi-me dito que os hospitais estariam à disposição e que com a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - avaliado pela comissão da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - e com a aprovação do Comitê de Ética local de um dos hospitais, eu poderia começar as visitas.

Meu primeiro dia no hospital foi também um momento de muitas expectativas, depois de meses esperando a aprovação do CEP-UFSC. Isso porque o percurso burocrático de aprovação no Comitê de Ética vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina foi muito lento, os prazos de respostas não foram cumpridos e precisei, com uma certa frequência, solicitar que meu processo caminhasse tal como era previsto. Nos dois hospitais, pude conhecer as alas não tão somente de moradores, mas também de pacientes agudos que estavam internados por curtos períodos de tempo. Devido ao longo caminho para a aprovação no Comitê, fui colocada - em um dos hospitais - para pesquisar em uma ala semelhante ao que era chamado, no outro Estado, de Patião, uma vez que a ala residencial que eu faria a pesquisa acabou sendo fechada enquanto eu aguardava a autorização.

Aquele era um espaço muito fechado, no qual os moradores não tinham seus próprios pertences e viviam em dois grandes pavilhões, com as camas colocadas lado a lado e sendo divididas por corredores, dispostos de um modo que eu mal conseguia passar entre elas. No outro hospital catarinense, os moradores também viviam em pavilhões, mas esses estavam subdivididos em quartos e eles tinham seus próprios pertences e dividiam os quartos no máximo com mais um morador. Escolhi, ao longo da Tese, apresentar os dados dos dois hospitais juntos, pois todos os moradores do hospital “mais aberto”, antes viveram nesta instituição “mais fechada” e, de certa forma, os históricos não têm diferenças significativas, até mesmo a média etária nas duas instituições se repetiu. É importante referir que, nos casos de diferenças significativas, os dados foram trabalhados separadamente.

Ambas as instituições não tinham tratamentos alternativos para os moradores. A ressocialização não era trabalhada, nem a desmedicalização progressiva. Também não encontrei nenhum movimento para possibilitar a desinstitucionalização. No hospital mais fechado, a única alternativa que os moradores tinham era passar o dia no Centro de Convivência: um galpão dentro da ala com uma única televisão e mesas e cadeiras plásticas espalhadas. Lá eles recebiam lanches e frutas picadas e passavam o dia vendo televisão ou ouvindo músicas. No outro hospital, mais aberto, os moradores não tinham nenhuma atividade extra e passavam o dia em seus quartos também vendo televisão ou circulando no quintal. No hospital mais fechado, as atividades de Terapia Ocupacional não eram abertas

para todos os moradores, sendo oferecidas apenas para alguns dos que eram selecionados pela equipe de profissionais. No hospital mais aberto, a participação era livre, mas poucos moradores frequentavam aquela ocupação. As salas de atividade física também não recebiam os moradores abertamente, mas, no hospital mais fechado, alguns residentes faziam tratamento com fisioterapeutas na própria ala asilar. No hospital mais aberto, o quadro de profissionais era diferente do esperado, uma vez que o educador físico passou para a função de motorista de ambulância e a aposentadoria do Terapeuta Ocupacional não abriu espaço para novos profissionais da área, sendo a tarefa ocupada atualmente por duas profissionais que trabalhavam há algumas décadas na cozinha da instituição.

Nos dois hospitais em que fiz o trabalho de campo, um paciente considerado “bom” era aquele que seguia as regras do hospital, que tomava os medicamentos sem questionar ou negar e que aceitava os horários de acordar, de dormir e de comer. Um bom paciente, naqueles ambientes, não conversava, não fazia pedidos e não atrapalhava o fluxo de trabalho dos profissionais que precisavam atender dezenas de pacientes e que, por sua vez, também estavam sobrecarregados. No lado oposto, havia o paciente “solicitante”, que falava abertamente sobre suas dores, preferências e desejos.

Minha intenção, desde o início da pesquisa, era conhecer as brechas, os movimentos micropolíticos dos moradores, mas assim que eles emergiam, principalmente na instituição mais fechada, os residentes eram instantaneamente punidos e medicados. Presenciei incontáveis situações em que os profissionais recorreriam à contenção medicamentosa quando os moradores reclamavam sobre algum tratamento, ou quando faziam pedidos que fugiam do que era esperado para o momento. Vivenciando aquelas situações, comecei a questionar a pesquisa, pois como poderia percorrer os movimentos micropolíticos dos moradores se, no seu menor sinal, eles eram silenciados?

Exemplo disso foi vivenciado em diversas e recorrentes cenas, como em um dia em campo, quando dois profissionais conversavam, ao meu lado, sobre um morador que, devido ao “seu olhar”, iria precisar ser medicado. Eles disseram: “N. [morador] tá precisando de medicação... Ele vai mesmo precisar de injeção! Olha o olhar dele! Vem cá bebê... vem...” (Diário de Campo, 12 de abril de 2022). Em outra situação, uma moradora estava tremendo muito no refeitório e, enquanto caminhava para sua mesa com um prato cheio de comida, o derrubou no chão, escrevi no diário:

Hoje a S. [moradora] estava tremendo demais, quando recebeu o prato de comida derrubou tudo no chão, na hora a C. [profissional] disse: “Vai ter que ser medicada... jogou o prato no chão! Segura ela pra mim?” [falando pra

outra profissional]. Saiu rápido e voltou com uma injeção... deram a injeção... levaram ela pra cama e amarraram as pernas e os braços dela... ela ficou super agitada... tentando se proteger... Será que vou conseguir fazer essa pesquisa? Me enjoa presenciar essas situações e agora, tendo que escrever sobre elas aqui no Diário, sinto tudo de novo... onde vou chegar? será que consigo chegar a algum lugar? (Diário de Campo, 28 de março de 2022).

Por observar que a própria estrutura de funcionamento das instituições aniquilava as formas de agenciamento dos moradores, comecei a duvidar da possibilidade de construir um trabalho que fugisse dessa regra manicomial e, remando contra a maré, incorporasse às suas tecituras a perspectiva daqueles internados. Distanciando do conceito agência como sinônimo de resistência, inspirada pela antropóloga Mahmood (2008), penso nesta Tese a noção de agência a partir do paradoxo da subjetivação, em um processo no qual ao mesmo tempo assegura a subordinação do sujeito às relações de poder e produz meios para que possa também se produzir enquanto um agente autoconsciente.

Essa reflexão nos aproxima dos estudos de Butler (1993), ao afirmar que a estrutura reiterativa das normas consolidam regimes particulares de discurso e poder da mesma forma que fornecem meios para desestabilizá-los. Não há, portanto, a possibilidade de “desfazer” normas sociais dissociada do “fazer” dessas mesmas normas. Nesse raciocínio, não existem maneiras de desfazer normas sem, ao mesmo tempo, refazê-las e, como também não é possível haver agência fora de uma estrutura de poder (ORTNER, 2006), são essas determinações que permitem que as particularidades dos sujeitos sobressaiam. Em outras palavras, os moradores de hospitais psiquiátricos podem encontrar, dentro das regras institucionais, formas de agenciamento que os possibilitem viver entre seus desejos e o que impõe a instituição (DEL SARTO, 2020). Entretanto, no novo contexto de pesquisa, a maioria desses escapes eram aniquilados pela força coercitiva e medicamentosa daqueles espaços.

Além disso, o próprio acesso de uma antropóloga nesse espaço pode ser visto como inviável, uma vez que os moradores estão há décadas sem encontrarem pessoas de fora da equipe do hospital, vivendo uma experiência extremamente fechada. Os profissionais também estão acostumados a trabalhar de forma isolada com os moradores, uma vez que a maioria dos internados não tem responsáveis fora da instituição para acompanharem seus processos de internação. A situação é a mesma para os moradores com familiares, pois as alas não são abertas para visitas e os encontros acontecem apenas em locais específicos e externos destinados a isso. A união dessas questões faz desenvolver uma sensação de pisar em ovos no

trabalho etnográfico, uma vez que, mesmo quando autorizado, o acesso não pode ser considerado como garantido, exigindo constantes negociações (LONG, HUNTER, GEEST, 2008).

Além disso, segundo Taussig (1980), devemos notar que os sinais e sintomas da doença vão além do funcionamento do corpo, uma vez que significam também componentes criticamente sensíveis e contraditórios de nossa cultura e de nossas relações sociais. Menéndez (2005) corrobora com essa constatação pois, de acordo com o autor, as formas de cuidado não são estáticas e isoladas, mas reproduzem os contextos em que estão inseridas, o que nos faz crer que elas reproduzem e recriam relações de desigualdade e subjugação social. Mesmo com essas considerações, nas práticas médicas, a linguagem social limitante dos corpos é, em alguma medida, ocultada no âmbito dos sinais biológicos e, nas práticas sociais, isso é igualmente reificado, visto que nossa sociedade dificilmente desenvolve habilidades para se comunicar com a loucura, ficando a responsabilidade centralizada nas mãos de familiares ou profissionais que trabalham diretamente com aqueles que são vistos, antes de tudo, como casos clínicos.

Nesta pesquisa, como podemos imaginar, os percursos dentro das instituições foram construídos sobre muitos dilemas. Tentei algumas vezes conversar com a equipe sobre o que experienciei, mas comumente me diziam que utilizavam apenas medidas de precaução e proteção, dado que os pacientes eram muito solicitantes e que eles sabiam que se não os contivessem, a situação poderia piorar. Quando perguntava sobre algo que presenciava, normalmente era me dito que os moradores tinham “delírios” e que eu não podia acreditar no que me falavam. Achava curioso esse posicionamento, pois os moradores não somente me contavam, eu também experienciava aquelas situações, as via cotidianamente e o que para mim era incompreensível, era para os profissionais algo naturalizado.

Além do mais, o que movia a pesquisa era justamente conhecer as particularidades das perspectivas dos moradores, pois eu já conhecia a institucionalização a partir do que contavam os profissionais, familiares e ex-residentes. Já tinha também me aproximado de muitas pesquisas sobre o tema e sabia que o que faltava para um entendimento mais complexo sobre a mesma, era a perspectiva daqueles que ainda hoje lá vivem.

Os saberes deles são extremamente negligenciados na literatura, tanto científica quanto popular, e essa contestação foi uma das primeiras hipóteses para responder à pergunta sobre por que, ainda hoje, temos pessoas vivendo de forma permanente em hospitais psiquiátricos. A partir de recorrentes silenciamentos, despersonalizações e falsos ideais de proteção e segurança, a necessidade da instituição é reificada na nossa sociedade. Nesses

espaços, os moradores são, normalmente, representados por números e por seguidas justificativas de necessidade de contenção e, nos relatórios, leis, prontuários médicos ou até mesmo em pesquisas, é muito raro encontrar a palavra da loucura, que antes de fazer um sujeito estar na condição de paciente, está presente em um sujeito de direito.

Hoje, logo quando cheguei, G. [moradora] estava na janela com o rosto encostado no vidro e, do outro lado, estava o G. [outro morador], também encostado no vidro da mesma janela... eles estavam se olhando... cada um falava alguma coisa do seu lado da parede, mas não dava para ouvir o que falavam... ela olhou para mim e disse: “Por que será que eu não morro? Por que eu não posso morrer?” Respondi: “Por que você quer morrer?” E ela: “Porque eu já sumi...”. (Diário de Campo, 5 de abril de 2022).

No ambiente institucional psiquiátrico, os moradores vivem em um campo de desconsiderações e a institucionalização, embora justificada em termos de proteção, longe de assegurar direitos civis, cria uma noção de dependência, num movimento que escamoteia, de diferentes formas, o outro lado do espelho. Nessa toada, como uma segunda hipótese, já pincelada anteriormente, percebi que antes dos moradores precisarem da instituição, a própria instituição necessita dos moradores para se manter em funcionamento. Essa constatação apareceu em campo, quando os profissionais me falavam o quanto a chegada e a permanência dos moradores “salvou” o hospital, pois sem eles, o espaço já teria interrompido suas atividades. A inversão da lógica da institucionalização, que faz crer que a permanência no hospital é a única saída para a condição dos moradores, é mais uma justificativa utilizada pelos defensores da manutenção da manicomialidade brasileira, afinal, questionam: “Para onde eles iriam?”. Essa ideia de necessidade do espaço tomou conta do imaginário social brasileiro referente à loucura e reforçou, de modo generalizado, a ideia da necessidade da prisão perpétua à moda brasileira, impossibilitando, de diferentes formas, a execução efetiva da desinstitucionalização.

Em campo, também sentia que os moradores se fechavam dentro de seus corpos institucionalizados, na busca de manterem vivos quem *eram* para além da realidade manicomial em que viviam. De certa forma, essa era uma das únicas saídas para combater uma lógica que, de diferentes formas, os desumanizam. Eles criavam uma espécie de espaço de proteção dentro do próprio corpo, formado principalmente pela ausência de interação. Trazê-los novamente para o centro, durante uma pesquisa que queria conhecer suas perspectivas e que os via como agentes que podiam relatar sobre o que viviam, causava um certo estranhamento e uma desconfiança.

Compôs minhas investigações, portanto, um exercício contínuo de construção de relações horizontais, em diversas tentativas de escapar das ciladas da verticalidade manicomial. Muitas vezes me questioneei se seria possível fazer uma etnografia em um local em que o acesso era limitado, a convivência era assistida e a horizontalidade das relações era também combatida. Era comum, por exemplo, que profissionais se incomodassem com a horizontalidade que eu criava em campo, vindo me dar conselhos no modo de agir que alimentava a costumeira lógica hierárquica da instituição. Obviamente que, em alguns momentos, reproduzi aquilo que tentava evitar, mas chamo atenção aqui para o exercício contínuo que mobilizei para evitar que isto acontecesse.

Meu próprio *papel* como pesquisadora foi também influenciado pelas urgências e escassezes do campo, em um ambiente no qual as necessidades dos moradores excedem aquilo que era previsto para uma etnógrafa em campo e, em certa medida, extrapola também o que a própria equipe podia fornecer (TINNEY, 2008 apud FINKLER; HUNTER; IEDEMA, 2008, p. 249), afinal, eles viviam em um hospital, não em um local construído para ser moradia. O cotidiano me exigia papéis-outros, como de cuidadora, amiga e ouvinte e, por este motivo, o campo criou para mim algumas rotinas simples, como de pentear cabelos, fazer tranças e maquiagem, ajudar a beber água, a comer, a vestir roupas, a colocar meias, entre outras atividades.

Em resumo, esta Tese seguiu dois direcionamentos, primeiro, o de uma investigação sobre a permanência da institucionalização psiquiátrica pública permanente no Estado de Santa Catarina e, em seguida, o da busca de compreensões sobre como os moradores desses espaços experimentam e vivenciam essa condição. O objetivo foi remodelado em campo, quando deixou de ser apenas epistemológico e situou-se também na pragmática do processo, centralizado no conhecimento que emergiu da interação prática (TAVARES, 2017). A estrutura também acompanhou os fluxos propostos, indiretamente, pelo campo. No primeiro Capítulo, enquanto esperava a autorização do CEP-UFSC, comecei a investigar, a partir de uma pesquisa bibliográfica e documental, o histórico das internações psiquiátricas brasileiras e a relação do nosso país com as outras regiões que também institucionalizam pacientes psiquiátricos de forma permanente. Descobri, já nas primeiras investigações, que o início dos movimentos de reforma nesses espaços não era datado a partir de 1970, como tenho visto de forma repetida na literatura científica, mas existe há mais de um século, o que começou a desenhar o que chamei, posteriormente, de redemoinho manicomial.

Nesta lógica, a partir de um movimento cíclico e institucionalizante, a criação de locais destinados ao cuidado e ao tratamento de pessoas em sofrimento psíquico acaba,

inevitavelmente, chegando a espaços de violação de direitos. No ciclo, são traçadas reformas e novos modelos passam a funcionar até que ocorra o próximo acúmulo de violações, em um movimento repetitivo que sustenta a institucionalização psiquiátrica pública no país. O Capítulo nos faz questionar se é possível haver uma instituição psiquiátrica que não esteja fundamentada pela lógica manicomial, que viola direitos e aniquila as possibilidades de existência nesses espaços.

No Segundo Capítulo, percorro outro caminho, aquele referente à pesquisa etnográfica em dois espaços que chamei de limitantes: o interior dos dois hospitais públicos catarinenses. Apresento os percursos metodológicos que segui na busca do que chamei de múltiplas-possibilidades cotidianas. Aprofundi o conceito de etnografia de hospital, incluindo o “psiquiátrico” no final do termo, para problematizar algumas questões que emergiram, novamente, em campo. No início do que denominei de *etnografia de hospital psiquiátrico*, questioneei a própria possibilidade de pesquisa nesses espaços em que as situações de violência, poder e desumanização de sujeitos são constantemente presenciadas. Os rearranjos de expectativas e modos de atuação em campo também aparecem, principalmente no ato de revisitar o Diário de Campo, quando trabalho algumas dúvidas sobre a possibilidade de traçar pesquisas que fugissem da tratativa das experiências limitantes de violações.

Já no Terceiro Capítulo, trabalhei com os perfis dos moradores, numa tentativa de fugir de generalizações e desenhar, com mais detalhes e dados, quem eles são afinal. Em uma investigação quali-quantitativa, a partir da convivência diária com os moradores e também do que diziam os prontuários médicos deles, tracei três perfis, inspirada por Bezerra (2010). No primeiro, no perfil identificatório, enfoquei na vida anterior à institucionalização dos residentes, ou do que chamei de despersonificação desses internos, investigando características nos documentos e relatos, dados que antecederiam a vida hospitalizada. No segundo, no perfil socioeconômico, trabalhei questões sobre isolamento e reificação da condição de institucionalização e, no terceiro, o perfil clínico, em que abordei a questão da cronicidade clínica atrelada à condição permanente do internamento. Nesse Capítulo, a própria institucionalização aparece como uma doença comum entre os moradores e os prontuários arquivados no hospital revelam o quanto os quadros clínicos e as realidades socioeconômicas dos moradores se entrelaçaram no perpetuar de suas condições.

No Capítulo 4, inspirada por Cunha (1986), deço às abordagens de casos que o hospital encerrou, no sentido de aprofundar o que revelou o contato direto e cotidiano com os moradores. A partir dos dados revelados na *etnografia de hospital psiquiátrico*, começo a

observar de maneira mais próxima as barreiras que têm impedido a desinstitucionalização dos residentes e trago para a luz questões que reificam a estigmatização da loucura na sociedade brasileira. Observo, nessa parte da pesquisa, que a maneira pela qual os moradores chegaram ao hospital, ou a maneira como saíram da vida social, assim como as concepções que foram criadas para definir a loucura e legitimar a internação, a partir de ideais fundamentados pela noção de periculosidade, aniquilam movimentos de resistência e desejos, traçando existências que dificilmente deslumbram possibilidades-outras, fazendo-os também reforçar a necessidade de serem institucionalizados.

Por fim, no Capítulo 5, parto para um desmonte da institucionalização, reconstruindo o caminho de uma lógica que a perpetuou por séculos e que, agora em 2023, tem sido invertida. Trabalho nesse Capítulo a relação entre a institucionalização psiquiátrica permanente e a maneira como os agentes a experimentam, em uma tentativa de tensionar a prerrogativa máxima a despeito do tema: a ideia da necessidade da instituição. Combino então as três narrativas que têm sido trabalhadas, dos moradores, dos profissionais e das normativas que têm sido construídas nas políticas de saúde mental, a partir da experiência etnográfica não tão somente nos hospitais, mas também nas Conferências de Saúde Mental e na investigação documental das novas portarias e emendas que têm sido publicadas no país, no sentido de um desmonte que tem sido conhecido como uma espécie de Contra Reforma Psiquiátrica Brasileira. Busco novamente compreender, a partir das trajetórias de vida dos residentes, os mecanismos que contribuíram para a reificação da lógica manicomial institucionalizante brasileira, que tem se estendido para diferentes serviços de tratamento e cuidado em saúde mental no país. Por fim, objetivo principalmente nesta Tese documentar a existência dessa população e observar como a tecitura de possibilidades de vida legitimou a permanência institucional desses moradores.

Capítulo 1: Institucionalização Psiquiátrica no Brasil: Estigmatização Secular da Loucura

“Quem elegeu a busca, não pode recusar a travessia...”

João Guimarães Rosa

1.1) Histórico secular

O histórico da estigmatização da loucura no Brasil é antigo e sempre esteve acompanhado pela lógica manicomial que prevê a sua institucionalização. Ao contrário do que se costuma encontrar em trabalhos sobre as reformas psiquiátricas no país, que partem da década de 1970, as denúncias e tentativas de mudanças desses espaços são mais antigas do que se pode imaginar, assim como os movimentos de denúncia de suas violências veladas. Um dos primeiros registros sobre o tema da loucura no país, em 1.816, mostra Dona Maria I (1777-1816), rainha de Portugal, sendo desenhada pela história como a "Pia" ou a "Louca". Naquela época, os ditos "alienados" perambulavam pelas ruas ou viviam segregados em solitárias dentro das casas ou nos quintais das suas próprias famílias, o que despertava críticas e reclamações da população como um todo (BASTOS, 2007, p. 1). A assistência a todos os doentes no país era feita, desde 1.543, pelas *Santas Casas de Misericórdia*. Naquele período, os direcionamentos eram de “educar os enjeitados, libertar os cativos, acudir os presos, cobrir os nus, dar de comer aos famintos, dar de beber a quem tem sede, dar pousada aos peregrinos, curar os enfermos, acompanhar e enterrar os mortos” (PICCININI, 2013, s/p).

Segundo Juliano Moreira (1905), um psiquiatra que lutou contra a violência manicomial já nos séculos XIX e XX, sendo considerado um dos fundadores da psiquiatria como disciplina no Brasil, não seria de se estranhar que os cuidados aos "alienados" acompanhassem os direcionamentos de disseminação de fracassos tão presentes nos anos iniciais do nosso país, quando éramos ainda uma Colônia. O autor traça um paralelo para se pensar nos primeiros casos de "loucura" brasileiros, ao fazer caminhar lado a lado a própria formação do Brasil Colônia com a formação do alienamento. Dito de outro modo, ele evidencia que a população brasileira foi se formando paralelamente à alienação, pois desde seus primeiros anos de Colônia, o país estava estratificado em três agrupamentos étnicos que fomentavam a lógica do enlouquecimento. Eram eles: 1) Os imigrantes: "É real que a grande massa de gente das cadeias para cá enviada, muito havia de concorrer para a larga sucessão de epiléticos, histéricos e outros degenerados com que progressivamente se foi adensando o

vasto caldo de cultura da criminalidade nacional." (p. 726). Depois, 2) Os negros escravizados:

Esses, pessimamente tratados e nutridos [...] vinham empilhados naqueles detestáveis navios do tempo [...] O álcool representou nesse bárbaro processo de colonização o maior papel imaginável. Com ele procuraram aumentar a pacatez das vítimas, mas simultaneamente foram-se-lhes infiltrando nos neurônios os elementos degenerativos que, reforçados através do tempo, dão a razão de ser de muita tara atual atribuída à raça e à mestiçagem por todos aqueles que não querem se dar ao trabalho de aprofundar as origens dos fatos (p. 729).

Por fim, 3) Os indígenas:

[...] também foi aproveitado à custa de álcool e miçangas, mas sem receber em troca de sua abdicação da liberdade selvagem que usufruía senão os sacramentos da igreja [...] Em permuta com as suas poucas moléstias evitáveis trouxeram-lhes sífilis, lepra, tuberculose, alcoolismo etc. (p. 729).

Obviamente que esses três grupos não eram homogêneos, mas o que o autor evidencia é que na própria formação do Brasil Colônia tínhamos elementos sociais, culturais e morais que fomentavam a alienação e o enlouquecimento da população. Ele justifica sua metodologia ao optar por utilizar as três estratificações dizendo que foi importante para “[...] primeiro, mostrar que à má natureza dos elementos formadores de nossa nacionalidade deve-se a nossa vasta degenerescência física, moral e social que injustamente se tem ligado ao único fato da mestiçagem.” (p. 730). Essa denúncia combatia, já naquela época, o pensamento higienista que viria a tomar grande espaço nos anos posteriores, em que resumiam a degenerescência da população à mestiçagem, negligenciando as precariedades às quais a população estava sujeita. Entretanto, o próprio médico que combatia o pensamento higienista e os ideais de “pureza” e “aprimoramento humano” foi também, posteriormente, defensor de algumas das medidas desse movimento, como a esterilização da população alienada.

Essa retomada do período Colonial nos ajuda a aproximar da construção da estigmatização da loucura e das primeiras cenas que evidenciaram a necessidade de exclusão e aprisionamento dos alienados. Moreira argumentou também que as posses dos “doente” eram um fator determinante para definir os tipos tratamentos que receberiam:

Através de todo o período colonial os alienados [...] foram tratados de acordo com as suas posses. Os abastados, se [...] tranquilos, eram tratados em domicílio e, às vezes, enviados para a Europa quando as condições psíquicas dos doentes o permitiam e aos parentes, por si mesmo ou por conselho médico, se afigurava eficaz a viagem. Se agitados, punham-nos em algum cômodo separado, soltos ou amarrados, conforme a intensidade da

agitação. Os mentecaptos pobres tranquilos vagueavam pelas cidades, aldeias ou pelo campo entregues às chufas da garotada, mal nutridos pela caridade pública. Os agitados eram recolhidos às cadeias onde barbaramente amarrados e piormente alimentados, muitos faleceram mais ou menos rapidamente. A terapêutica de então era de sangrias e sedenhos, quando não de exorcismos católicos ou fetichistas (1905, p. 730).

Em 1830, tivemos o primeiro protesto público contra a desumana forma como os “insanos” estavam sendo tratados. Essa questão reverberou na Comissão de Salubridade da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro. Foram então solicitadas “[...] urgentes modificações no modo de distribuí-los, nos cuidados de asseio, protestou contra os maus-tratos que lhes infligiam, clamou pela necessidade da criação de um asilo especial para alienados.” (p. 730).

Já em 1835, o médico francês José Francisco Xavier Sigaud também denunciou a precariedade dos estabelecimentos e o médico Antônio Luis da Silva Peixoto, em 1837, teceu denúncias às práticas de cuidado que utilizavam acorrentamento no tronco de árvores como tratamento e repressão e apontou as problemáticas sobre os doentes serem retirados do convívio social (VELLOSO, MONTEIRO, FONSECA, 2002). Após suas considerações, Peixoto propôs a construção de uma *Casa de Alienados*.

Um tal estabelecimento deve ser construído fora das grandes povoações e cidades, num local plano e elevado, e disposto de modo que o ar possa renovar-se facilmente. Deve oferecer separações distintas e suficientes para que os doentes turbulentos e furiosos estejam separados dos tranqüilos, os que se acham em tratamento dos insanáveis, os convalescentes de todos os outros; e finalmente os epilêpticos, ou os que padecem de alguma moléstia acidental que possa ser danosa aos outros, devem ser separados [...] (PEIXOTO, 1837, apud VELLOSO, MONTEIRO, FONSECA, 2002, s/p).

Em 1839, outro médico, desta vez italiano, Luiz Vicente de Simoni, também fomentou a discussão sobre a construção de um manicômio para tratar alienados no país. Ele registrou: "Observa-se que os doentes ficam acumulados em doze pequenas células, sem janelas e com dois leitos de madeira cada uma, e que o único passeio para os doentes era feito num corredor comprido de aproximadamente cinco metros de comprimento por dois de largura." (SIMONI, 1939, apud VELLOSO, MONTEIRO, FONSECA, 2002, s/p). Entretanto, foi somente quando José Clemente Pereira⁶ assumiu a Provedoria da *Santa Casa*

⁶ "Na cidade do Rio de Janeiro, presidiu o Senado da Câmara como desembargador. Foi quem levou a D. Pedro o documento pedindo que ficasse no Brasil, proposta vitoriosa em 9 de janeiro de 1822. [...] Integrou também o Conselho de Procuradores-Gerais das Províncias, foi deputado-geral e, em 1828, apresentou metas para um projeto de Código Criminal que só foi transformado em lei após as emendas de Bernardo de Vasconcelos, em 1830. [...] Apoiou integralmente a antecipação da maioria de D. Pedro II. Foi, ainda, ministro da Guerra (1841) e senador pelo Pará (desde 1842). Foi provedor da Santa Casa da Misericórdia, tendo sido o maior responsável pela construção do

de *Misericórdia* no Rio de Janeiro, que as *Santas Casas* foram reestruturadas para criar asilos próprios para os *loucos*. Foi neste mesmo período que surgiu o Decreto Imperial (1841), regulamentando o primeiro Hospício do Brasil e da América do Sul, o *Hospício Pedro II*, que foi inaugurado em 1852 (PICCININI, 2013).

O Hospício começou a funcionar com 144 alienados, sendo 74 homens e 70 mulheres (MOREIRA, 1905, p. 736). No estatuto do *Hospício Pedro II*, já estavam previstas as atividades alternativas de trabalhos manuais, como em oficinas, jardins e chácaras⁷. Metade da produção dos internados era destinada às despesas da entidade, já a outra metade era destinada à formação de um "pecúlio"⁸ para o uso do alienado quando ele fosse liberado. Entretanto, naquele mesmo espaço também persistiam os tratamentos coercitivos antigos, que utilizavam violência física e encarceramento para alguns dos internos (VELLOSO, MONTEIRO, FONSECA, 2002).

Desde sua criação até 1862, período de mais de 20 anos, o Hospício recebeu alienados trazidos pelas autoridades públicas de todos os Estados do país. Naquela época era ainda difícil encontrar espaços destinados somente aos alienados. No mesmo ano, a questão da superlotação do espaço começou a aparecer pela primeira vez (MOREIRA, 1905) e ficou explícita a degradante condição à qual estavam sujeitos os internados.

Anos mais tarde, o diretor João Carlos Teixeira Brandão passou a defender a adoção de modernos processos clínicos e, mais uma vez, foram solicitadas reformas no atendimento prestado aos alienados, com a ideia da criação das *Colônias Rurais*. Em 1889, o pedido foi acatado e colônias foram fundadas no Rio de Janeiro: "Esses locais foram criados com o duplo objetivo de aliviar a superlotação de internos no Hospício de Pedro II, e testar novas modalidades de tratamento psiquiátrico que prescreviam o trabalho agrícola como forma de acelerar a recuperação dos doentes." (VELLOSO, MONTEIRO, FONSECA, 2002, s/p).

Após a Proclamação da República, no mesmo ano (1889), a instituição *Hospício Pedro II* foi renomeada para *Hospício Nacional de Alienados*, pois foi desanexada do Hospital da Santa Casa da Misericórdia e passou a ter uma administração laica, assumida por médicos. Em janeiro de 1890, após a ruptura institucional sob a tutela do governo provisório,

hospital na praia de Santa Luzia, além do hospício de alienados da Praia Vermelha. Essa obra fê-lo credor da admiração de D. Pedro II, que ordenou que fosse erigida no salão nobre do hospital sua estátua em mármore, feita pelo escultor Pettrich." (SILVA, 2019, p. 1).

⁷ Segundo Juliano Moreira (1905, p. 737): Aos 27 de janeiro de 1854, o Dr. Manoel Barboza conseguiu que fossem criadas oficinas de sapateiro, alfaiate, marceneiro, florista e de desfiar estopa. Quando foram criadas as de alfaiate e sapateiro, havia no Hospício sete sapateiros e cinco alfaiates, e havendo também quatro músicos ordenou José Clemente lhes fossem fornecidas uma rabeça, uma flauta, uma clarineta e uma requinta *como meio de distração e talvez de cura*.

⁸Espécie de poupança.

expediram a primeira norma jurídica a respeito do campo mental, o decreto 142. A partir dele foi possível iniciar a história do setor mental como instância autônoma (PICCININI, 2013).

Em seguida, o decreto 206 de 1890 instruiu o funcionamento do Hospício: "É criado o serviço de assistência médica e legal de alienados, que se regerá pelas instruções que também com este baixam.". É interessante pontuar algumas especificidades desse decreto, primeiro que nos Art. 2º e Art. 13 ficava explícito a quem se direcionariam os cuidados: "[...] tem por fim socorrer os enfermos alienados, nacionaes e estrangeiros, que carecem do auxílio público...", além de "Todas as pessoas que, por alienação mental adquirida ou congênita, perturbarem a tranquillidade pública, offenderem a moral e os bons costumes, e por actos attentarem contra a vida de outrem ou contra a própria..." (BRASIL, 1890).

Outro ponto interessante diz respeito às internações permanentes. Já nesse decreto aparece a possibilidade do interno residir no hospital sem a alternativa de saída da instituição, tal como consta no Art. 14, "As admissões serão ex-officio ou voluntárias ou definitivas." e - no Art. 15 - podemos encontrar:

A admissão definitiva terá logar mediante attestado do medico do asylo, passado 15 dias depois da entrada do doente, si com este attestado concordar o director. § 1º No caso de duvida a observação será prolongada por mais 15 dias, fñdos os quaes, si não for reconhecida a alienação, o director fará apresentar ao chefe de policia o supposto alienado, si elle for indigente, ou fará retiral-o do asylo pela pessoa que requereu a reclusão, si for pensionista.

Eram também legalizados alguns meios coercitivos, como pode-se notar no Art. 28: "Applicar [...] quando for absolutamente necessario e durante o tempo indispensavel, os meios correctivos, taes como: a reclusa solitaria, collete de força e a privação de visitas, passeios e quaesquer outros recreios.". Quase uma década depois, em 1899, no governo de Campos Salles, o Ministério do Interior resolveu reformular o regulamento da Assistência de Alienados, no qual foram feitos expressivos cortes orçamentários (MOREIRA, 1905). Mesmo assim, até 1903, 15 hospícios passaram a funcionar no país e o número continuou crescendo. As Colônias também foram sendo fundadas em diferentes regiões, pois os outros Estados perceberam que seria inviável enviar seus doentes para o Rio de Janeiro. Vale recordar também que, até o século XIX, não eram consideradas as implicações sociais, culturais e políticas na saúde e os profissionais apenas visavam evitar a morte após o aparecimento de sintomas.

A constância das irregularidades tanto administrativas quanto orçamentárias, desde os anos iniciais dessas instituições manicomiais, fez com que fosse necessária a instauração de

uma comissão de inquérito, em 1902. O relatório final da comissão (1903) destacou a ineficiência da administração, a anarquia dos serviços e as inúmeras irregularidades. (VELLOSO, MONTEIRO, FONSECA, 2002, s/p). Com o decreto nº 1.132 (1903) houve, mais uma vez, uma reorganização da Assistência aos Alienados. Consta:

Art. 1º. O indivíduo que, por moléstia mental congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados. §1º. A reclusão, porém, só se tornará efetiva em estabelecimento dessa espécie [...] depois de provada a alienação. § 2º. Se a ordem pública exigir a internação de um alienado, será provisória sua admissão em asilo público ou particular, devendo o diretor do estabelecimento, dentro de 24 horas, comunicar ao juiz competente a admissão do enfermo e relatar-lhe todo o ocorrido a respeito, instruindo o relatório com a observação médica que houver sido feita.

Além da regularização das internações, no Art. 3º também aparece a possibilidade de cuidados residenciais:

O enfermo de alienação mental poderá ser tratado em domicílio, sempre que lhes forem subministrados os cuidados necessários. [...] Se, porém, a moléstia mental exceder o período de dois meses, a pessoa que tenha à sua guarda o enfermo comunicará o fato à autoridade competente, com todas as ocorrências relativas à moléstia e ao tratamento empregado.

Merece atenção o Art. 5º, no qual fica regulamentado o direito do internado de solicitar novo exame de sanidade ou de denunciar a ausência dessa formalidade, pois visavam garantir os direitos legais dos doentes, além de evitar o problema do excesso de internações, muitas vezes não “justificadas”. Já no Art. 6º e 7º, também fica regulamentada a possibilidade de saída do estabelecimento de internação e, quando recusada, as autoridades competentes deveriam ser informadas.

Aparece, novamente, as questões da violência no Art. 9º e da vigilância no Art. 12º, dessa vez com o anúncio de ação penal nesses casos. Por fim, outro ponto diz respeito à afirmação da ineficácia do hospício quando age sozinho, dependendo também de outros serviços para ter o pleno desenvolvimento e para melhor atender aos enfermos:

[...] o Hospício de modo algum bastará às necessidades da Assistência a Alienados no Distrito Federal. Excusado também é desperdiçar palavras para demonstrar que as colônias agrícolas são um excelente meio de assistência a insanos. Portanto, a citada reforma, está a impor-se. A economia que advirá para o estado, as vantagens terapêuticas para os doentes, a possibilidade de restringir a população do Hospício, tudo está a pugnar por esse *desideratum*.

No mesmo ano, Juliano Moreira assumiu a direção do Hospital Nacional e foi então transposto para os trópicos o modelo de assistência que estava sendo utilizado na Europa

(PICCININI, 2013). Naquela época, a psiquiatria entrava para a categoria médica e anexava a loucura à (des)razão. Moreira implementou uma perspectiva humanista no Hospital, medida essa também adotada pela Lei Federal de Assistência aos Alienados, "[...] essa Lei era baseada na proteção jurídica aos alienados, nos moldes da legislação francesa estabelecida de 30 de junho de 1838, que proibia, entre outras deliberações, a colocação dos doentes mentais em prisões." (VELOSO, MONTEIRO, FONSECA, 2002, s/p).

Além disso, o médico registrou, em 1905, a evolução da assistência aos alienados no país, quando enviou cartas para todos os Estados solicitando informações sobre os internamentos. Ele publicou as informações recebidas nos *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affins* com o título de "Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil (1905)". Entre as informações, estão arquivos históricos sobre a institucionalização psiquiátrica em São Paulo, Pernambuco, Bahia, Rio Grande do Sul, Pará, Amazonas, Maranhão, Ceará, Paraíba, Alagoas, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Paraná, Goiás, Piauí e Mato Grosso. Os outros Estados não enviaram informações. Moreira sintetiza o documento reiterando a importância de quatro datas principais:

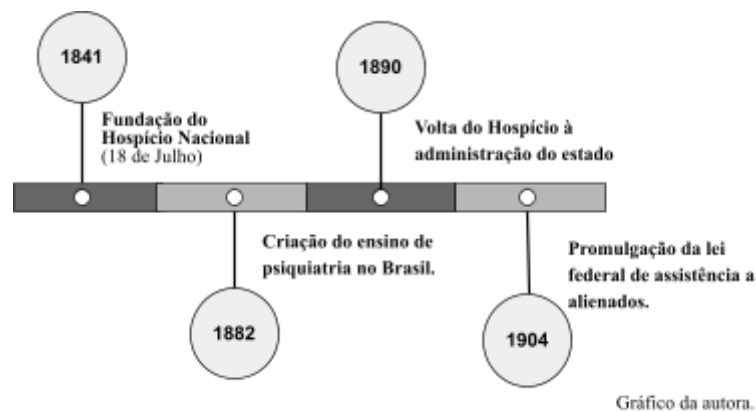


Gráfico da autora.

As datas representam momentos importantes para a história da institucionalização psiquiátrica e fica evidente o quanto ela foi composta por uma circularidade de revoluções e retrocessos. Na sua lógica de construção, parecia haver uma dialética de funcionamento na qual, primeiramente, as "situações problemas" eram identificadas, como a existência da "loucura" nos "pacientes". Em seguida, instituições eram fundadas para cuidarem desses "problemas", como os manicômios ou as colônias. E, por fim, quando emergiam as situações de violência e a superlotação desses espaços, que não atingiam seus objetivos iniciais de tratamento e tão somente faziam valer o objetivo de manter o problema fora da cena urbana,

eram criadas medidas que buscavam mitigar essas degenerescências, como decretos, novas leis, reformas e movimentos de revolta.

As situações de precariedade, violência e alta taxa de internação apareceram em praticamente todo o século, nos diferentes Estados do país, além das denúncias de serem os locais destinados à loucura degradantes. As situações de violência e caoticidade não cessaram nem com a criação de novos serviços, muito menos com as reformas nos tratamentos e foram ficando cada vez mais recorrentes. Em 1907, o que se via era, mais uma vez, uma degradação no tratamento dos alienados.

Os manicômios e as colônias foram se proliferando, uma vez mais no país, e ficou inegável a superlotação dessas instituições, além do descontrole das internações que não seguiam as regulamentações já determinadas. Ocorreu, ao longo da história, uma permanente repetição. Segundo os psicólogos brasileiros Maria Stella Brandão Goulart e Flávio Durães (2010. p. 113), "[...] nas décadas de 1920 e 1930, a psiquiatria pública brasileira apostava na estruturação da assistência hospitalar e nos dispositivos terapêuticos disponibilizados pela medicina científica, que via, na internação, a resposta para todos os males...". Dito de outro modo, o tratamento era, novamente, apenas hospitalocêntrico e via-se pouca possibilidade de cuidado fora da instituição. Além disso, "Paralelamente, os psiquiatras dialogavam com o paradigma preventivista eugenista". Nessa lógica, buscavam um desenvolvimento que equiparasse o Brasil aos outros países que já tinham o capitalismo consolidado e, para tanto, eram necessárias as "modernizações" que, obviamente, não deixavam espaço para a "loucura" (SILVA, 2017).

Eram indicadas medidas que impedissem a propagação da "loucura" e de tudo o que era considerado uma degenerescência da espécie, que supunha-se ser de ordem hereditária. Dentre as medidas, emergiu ideia da esterelização, da alta tardia e da proibição de casamentos entre "psychopathas", como pode-se constatar na declaração da ginecologista Juana Lopes, em 1933, "[...] a sociedade deve defender-se, afastando todo elemento nocivo à perfeição da raça, e se por sentimentalidade, consideraríamos um horror a tal destruição, não o será impedir que eles se reproduzam" (p. 105, apud SILVA, 2017). Além disso, vale abrir um parêntese para lembrar que além de não aconselharem o casamento dos "psychopathas", também acreditavam ser importante, nesta lógica higienista, evitar a mistura entre as raças, "[...] uma vez que, para eles, os indivíduos não-brancos, negros ou mestiços carregavam em seus genes atributos patológicos, tão nocivos quanto os dos doentes mentais." (idem, p. 1583).

Naquela mesma época, também não era raro o aparecimento de figuras para combater a manicomialidade desses locais. O diretor Lopes Rodrigues, em Minas Gerais, passou a fomentar reformas de inspiração humanista, graças aos direcionamentos da Liga Brasileira de Higiene Mental (1926) e foi considerado, à época, um "louco":

[...] confrontou-se com a cultura e métodos violentos utilizados na instituição, para posteriormente tentar a implantação de um modelo assistencial mais humanizado. Foi quando Lopes Rodrigues aboliu o “tratamento fechado”, as grades e o “instrumental mecânico de repressão” (coleiras, argolas, manchões entre outros), para a surpresa de seus pares. Quando interpelado pelas autoridades públicas “sobre seu ato revolucionário, soltando as feras do Instituto e recebendo, por isso, o batismo de louco” (Moreira, 1929, citado por Pires, 1959), respondeu: “Minha coragem ... está sendo a de enfrentar os sãos” (Pires, 1959, p. 48). (GOULART, DURÃES, 2010, p. 114).

Ainda nos anos 1930, houve mais um marco nos tratamentos, quando foram introduzidas novas formas terapêuticas, como os choques insulínicos e elétricos e a lobotomia. Segundo a professora e psicóloga Daniela Ribeiro Schneider et al. (2011), esse fato trouxe solidez à disciplina da psiquiatria no Brasil, que afirmou-se como "científica". Naquele período, o hospital psiquiátrico continuou sendo o principal ator nos cuidados em saúde mental e essa característica foi se fortificando cada vez mais.

Em 1934, o Decreto nº 24.559, que dispunha sobre “[...] profilaxia mental, a assistência e proteção á pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências”, promulgou a segunda Lei Federal de Assistências aos Doentes Mentais “determinando o hospital psiquiátrico como única alternativa de tratamento.”. Nesse decreto, podemos ver as primeiras medidas tomadas para oferecer atendimento não tão somente para os "doentes", mas também para os egressos dos hospitais psiquiátricos:

Art 1º A assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental terá por fim: a) Proporcionar aos psicopatas tratamento e proteção legal; b) dár amparo médico e social, não só aos predispostos a doenças mentais como também aos egressos dos estabelecimentos psiquiátricos; c) concorrer para a realização da higiene psiquica em geral e da profilaxia das psicopatias em especial.

Além disso, como mais uma tentativa de precaução contra a violência manicomial, foi instituído um Conselho de Proteção aos Psicopatas. Já em relação à questão da internação de menores de idade, que em muitas instituições acontecia junto aos outros internos adultos, foi determinado que “§ 2º Os menores anormais somente poderão ser recebidos em estabelecimentos psiquiátricos a eles destinados ou em secções especiais dos demais

estabelecimentos [...]". Foi também determinada a separação por sexo, de acordo com as "reações psicopáticas e a possibilidade de vida e ocupação ao ar livre" (Art. 4º).

Ademais, as instituições teriam duas possibilidades de regimes: os estabelecimentos abertos e os estabelecimentos fechados. As internações também foram regulamentadas: "Art. 12. Serão documentos exigidos para toda internação, salvo nos casos previstos neste decreto: atestado médico, que será dispensado somente quando se tratar de ordem judicial, o certificado de idoneidade de internando" e, completa a informação: "§ 4º Esses documentos deverão declarar quais as perturbações psíquicas ou manifestações suspeitas do paciente, que justifiquem a necessidade ou conveniência de sua internação.". Talvez, devido à superlotação dos hospitais, mais um artigo do documento tentava regulamentar esse ponto das internações:

Art. 16. Uma vez hospitalizado, deverá o paciente ser imediatamente examinado pelo médico de plantão, que redigirá uma nota clínica, tão minuciosa quanto possível, visando o estado somático e mental do internado, e fazendo, especialmente, ressaltar a natureza das suas reações perigosas evidentes ou presumíveis.

Além disso, nesse decreto também vemos, pela primeira vez, um direcionamento para que fossem evitadas as internações de longa duração. No Art. 20, decidiram:

Não poderá permanecer em estabelecimento especial aberto, fechado ou mixto, qualquer paciente, depois de concedida alta pelo médico assistente, com exceção dos internados judiciais, dos que forem enviados com a nota de detido pelas autoridades policiais ou militares e dos que forem internados pelas corporações militares. A alta será imediatamente comunicada, para os devidos fins, às respectivas autoridades, que deverão providenciar, sem demora, sobre a retirada do paciente.

Aparecem também, pela primeira vez, algumas medidas de desinstitucionalização e ressocialização progressiva:

§ 1º O médico assistente poderá conceder licença de experiência clínica, até seis meses, justificada a concessão por qualquer dos motivos seguintes: I – Promover a experiência de reintegração no meio social ou familiar; II – Promover a influência curativa, quer em relação às perturbações mentais, quer em relação a doenças intercorrentes por mudança de clima, regime ou hábitos; III – Averiguar o estado de cura definitiva colocando o licenciado em condições de amplo exercício de suas faculdades intelectuais e morais; IV – Precavê-lo contra a eventualidade de contágio mental iminente, dada a sua predisposição individual e a necessidade de subtrai-lo à residência em comum que possa agravar o seu estado psíquico.

Outro ponto que pode ser identificado nesse documento é a tentativa de regulamentação dessas instituições, com solicitação de relatórios, atualização de informações e fiscalização das mesmas, como pode-se notar no Art. 24:

O diretor de qualquer estabelecimento psiquiátrico aberto, fechado ou mixto, enviará mensalmente à Comissão Inspetora um boletim do movimento de entradas e saídas no mês anterior, devendo também comunicar-lhe, com brevidade, todas as ocorrências importantes verificadas no mesmo estabelecimento.

Foram ainda colocados limites de dias de internação, que também fomentavam a ideia de evitar a institucionalização permanente, que eram uma recorrência problemática desses serviços. No Art. 30 aparece um ponto relacionado ao direito do internado, pois o mesmo teve, pela primeira vez, regulamentada a possibilidade de questionar suas condições de internação, podendo solicitar novos exames de sanidade mental quando acreditasse ser necessário.

Por fim, no Art. 32, ficou acordado que haveria também uma Comissão Inspetora, composta por um juiz de direito (que seria o presidente), um curador e um psiquiatra do quadro da Diretoria Geral de Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental. Esse decreto foi revogado apenas em 1990, pelo Decreto nº 99.78, que disporemos de mais informações mais à frente.

Mesmo com essas novas possibilidades, as instituições continuaram mantendo a decadente lógica manicomial. Obviamente que em alguns casos, graças à revolução humanista de alguns profissionais, os espaços de internação da loucura tiveram alterações nas formas de tratamento e passaram a respeitar os direitos dos internados, entretanto, a lógica manicomial persistiu e bastava a troca do quadro de profissionais ou qualquer outro impedimento, para que a situação manicomial voltasse ao espaço de internamento, revelando a lógica de um redemoinho manicomial, que sustenta uma permanência dessas condições.

Em Santa Catarina, acompanhando o desenvolvimento da psiquiatria, foi fundado em 1941 o primeiro hospital psiquiátrico, na cidade de São José. Segundo Schneider et al. (2011), a criação da instituição respondia aos direcionamentos da Liga Brasileira de Higiene Mental, fundada em 1923, com o objetivo de limpar os centros urbanos, ocasionando o surgimento do período conhecido nacionalmente como a Grande Internação. O atraso do país é evidenciado pelo fato de que nesse mesmo período, na Europa, aconteceu no século XVIII, ou seja, dois séculos antes.

Ainda segundo os autores, os hospitais psiquiátricos no país conservavam características de albergues, onde os rejeitados pela sociedade viviam. Esse modelo era patrocinado pela ideologia católica, através das Irmãs de Caridade, que buscavam trazer essas almas a Cristo, acolhendo-as. Naqueles espaços, os cuidados religiosos, muitas vezes, sobressaíam aos cuidados técnicos.

[...] o isolamento social da loucura passou a ser uma regra disciplinadora de seu tratamento. O desdobramento lógico dessa medida foi o descompromisso das famílias, das comunidades, dos governantes para com as pessoas que apresentavam problemas psíquicos ou desajustes sociais. Isso gerou o movimento de abandono dessas pessoas nos hospícios, que se transformaram em verdadeiros abrigos, cada vez mais superlotados, de todos os tipos de excluídos sociais, mantidos em condições insalubres, com muitos leitos-chão, constituindo-se em um território dos horrores (SCHNEIDER et al., 2011, p. 558).

O caráter terapêutico inicial, de cuidado e de tratamento dos doentes, foi se perdendo de diferentes formas ao longo da história dessas instituições. Até mesmo aquelas que foram fundadas justamente para combater a lógica manicomial, com o passar dos anos, acabaram por repetir a violência e a superlotação dos espaços. Além disso, os motivos para a internação, nas diferentes épocas, não estavam tão somente resumidos à esfera terapêutica, tal como dito anteriormente, e muitos indivíduos foram internados a partir de justificativas morais e sociais. O caso da visita do psiquiatra italiano Franco Basaglia ao Hospital Colônia de Barbacena (1979), em Minas Gerais, ilustra essa situação. Considerado um precursor dos movimentos de Reforma Psiquiátrica, o psiquiatra comparou o hospital brasileiro a um campo de concentração nazista, devido às estruturas e terapêuticas do local. Escreveu a jornalista Daniela Arbex (2013, p. 14):

Pelo menos 60 mil pessoas morreram entre os muros do Colônia. Tinham sido, a maioria [...] internadas à força. Quando elas chegaram ao Colônia, suas cabeças foram raspadas, e as roupas, arrancadas. Perderam o nome, foram rebatizadas pelos funcionários, começaram e terminaram ali. Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças.

Essas expressões de caoticidade continuaram emergindo, como o caso de outra instituição manicomial, também em Minas Gerais, que foi chamada de “depósito de feras enjauladas” (PIRES, 1959, p. 39, apud GOULART, DURÃES, 2010). De modo geral, podemos ver que o internamento psiquiátrico sempre funcionou como um mecanismo social utilizado principalmente para "eliminar" os elementos heterogêneos e "nocivos" e "organizar" as sociedades (FOUCAULT, 2009). Dito de outra maneira, o próprio "aprisionamento" da loucura foi reforçado com o viés da "segurança" e da "tranquilidade" das sociedades.

Maria Clementina da Cunha (1986) reitera essa interpretação ao trazer para o debate o fato de que a medicina higiênica ou mental, com caráter científico, fomentou um discurso dominante sobre todas as instâncias da vida, invadindo as relações pessoais e moldando-as segundo uma ideia de ordem e disciplina. Foi nessa toada que a própria pobreza passou também a ser explicada como uma manifestação de formas biológicas inferiores, que fomentava uma submissão entre os considerados "loucos" e os "normais", nas palavras de Silva (2017, p. 1584): "Suas condições precárias de vida sequer eram levadas em consideração, o que dirá as determinações sociais que os perpassavam".

Segundo a psicóloga Fernanda Martinhago e o psiquiatra Walter Oliveira (2014), foi no século XX que pôde-se testemunhar, a nível internacional, a eclosão de um conflito entre a psiquiatria que se identificava com os avanços científicos e progressistas da época e as próprias instituições psiquiátricas. Outra vez, profissionais denunciaram situações de violência e foi colocado em questão o caráter asilar exercido pelos espaços psiquiátricos, que estava muito mais a serviço da segurança pública e da assistência social, deixando em segundo plano a atuação terapêutica que subentendia-se ter dentro desses lugares.

No mesmo período, o tratamento da loucura passou a buscar fundamentos orgânicos, encontrados nas drogas ou nos psicofármacos. O primeiro antipsicótico, a clorpromazina, passou a compor a cena psiquiátrica em 1952 e deu início ao que ficou conhecido como a "revolução psicofarmacológica" (CAPONI, 2019, p. 21). A partir daquela década, a loucura passou a ser gerida em novos campos. Esse momento foi acompanhado pela ideia da necessidade de diagnósticos precoces para evitar as doenças mentais, bem como pela consolidação dos estudos epidemiológicos (SCHNEIDER et al., 2011). Somente naquele período que passaram a considerar a possibilidade de "recuperação" dos internados.

A crítica ao modelo asilar psiquiátrico, bem como aos tratamentos utilizados nesses espaços, passou novamente a delinear seu formato em diferentes países. De acordo com o psiquiatra Paulo Amarante (1996), havia duas tendências: primeiro, os movimentos que criticavam a estrutura asilar e, segundo, os grupos que buscavam negar o modelo hospitalocêntrico, vendo a psiquiatria como responsabilidade também do espaço público. Mesmo nesses movimentos duplos, a "lógica psiquiatrizante" se mantinha e não havia uma busca efetiva por rupturas. Segundo a enfermeira e pesquisadora Eliani Costa e a professora de enfermagem Mirim S. Borenstein (1999), depois da Segunda Guerra Mundial, iniciaram questionamentos aos modelos asilares psiquiátricos, principalmente na Europa e nos Estados Unidos, com propostas de comunidades terapêuticas e psicoterapia institucional, como

exemplo temos a psiquiatria de setor na Inglaterra, a psiquiatria comunitária nos Estados Unidos e, mais tardiamente, a psiquiatria democrática na Itália.

O escritor brasileiro Lima Barreto foi um dos primeiros a registrar as condições dos internamentos psiquiátricos no país a partir da perspectiva dos próprios internados, uma vez que ele foi também hospitalizado. O autor teceu um importante trabalho revelando, de modo visceral, o cotidiano institucional visto pela ótica de quem estava internado. Talvez - e muito provavelmente - outros internos também escreveram sobre suas experiências e teceram registros que nos mostram como era aquele mundo vivido, entretanto, numa busca em registros, materiais documentais, livros e revistas, não encontrei, ainda naquele período, outros trabalhos que relatassem a experiência dos internados a partir de seus próprios relatos. Isso ficou menos raro, na segunda parte do século, com a chamada então Reforma Psiquiátrica brasileira, quando a atuação popular cresceu e tomou proporções que reverberam até a atualidade. Antes de finalizar, fiquemos com uma passagem do autor sobre uma ala que foi internado:

Aí é que percebi que ficava e onde, na seção de indigentes, aquela em que a imagem do que a Desgraça pode sobre a vida dos homens é mais formidável. O mobiliário, o vestuário das camas, as camas, tudo é de uma pobreza sem par. Sem fazer monopólio, os loucos são da proveniência mais diversa, originando-se em geral das camadas mais pobres da nossa gente pobre (BARRETO, 2017, p. 8).

Vale apontar que muitas dessas características degradantes, que também foram descritas ao longo desse primeiro tópico, mesmo que com um viés histórico, podem ser observadas atualmente, em 2023. Embora esse tópico tenha dado uma sensação de *situação histórica*, gostaria de lembrar que muito se repete ainda hoje e que, mesmo com significativas mudanças, muito disso não foi superado. A história mostrou, até aqui, esses ciclos manicomiais, de instituições criadas para “solucionar problemas”, mas que passam a ficar superlotadas e povoadas por inúmeros casos de violência e negligência institucional, tal como no citado redemoinho manicomial, por meio do qual uma lógica manicomializante se sustenta e permanece, quase, intacta. Através desse histórico vemos, finalmente, que a reforma psiquiátrica brasileira começou muito antes do que sustentam alguns livros e trabalhos científicos.

1.2) 1970 - (Mais-Uma) Reforma Psiquiátrica⁹

Como visto anteriormente, o país manteve-se no ciclo vicioso institucionalizante durante todo o século XX. Podemos dizer que em alguns Estados isso se mantém até a atualidade, no século XXI. Nesse percurso conturbado, quando instituições eram denunciadas pelo insuperável modelo violento, novas estratégias eram criadas para mitigá-lo. A psicoterapia institucional, que ganhou força na Europa, chegou a traçar a ideia de que as próprias instituições adoecem e, como tal, devem ser tratadas (MARTINHAGO, OLIVEIRA, 2014). Nesse ciclo, quando era identificado o adoecimento de uma instituição, traçavam um roteiro diferente para esse local, mas muitas vezes de modo descontextualizado e isolado, o que impedia de ocorrer um verdadeiro rompimento da estrutura adoecedora.

Uma experiência pioneira, em 1970, foi realizada no Estado de Santa Catarina - como se sabe, *locus* desta pesquisa. Redigiram uma primeira ideia de política de saúde mental com base nas experiências da psiquiatria preventiva, alinhada com a Divisão Nacional de Previdência Social, trazendo como inspiração e modelo, principalmente, as práticas dos Estados Unidos durante o governo Kennedy. Previam que “[...] a assistência psiquiátrica passasse a ocorrer de forma descentralizada e regionalizada, oferecida sempre que possível na comunidade, com uso de recursos extra-hospitalares... (PAULIN, TURATO, 2004, apud SCHNEIDER et al., 2011, p. 554).

Na mesma década, pudemos observar outras iniciativas de mudança na assistência psiquiátrica sustentadas pelo princípio preventivo-comunitário que antecedeu o que foi conhecido, posteriormente, como Reforma Psiquiátrica brasileira (RPB). Exemplo disso pode ser observado no Rio Grande do Sul, na Unidade Sanitária do Murialdo e na Clínica Pinel, onde foram criados uma Comunidade Terapêutica e um Serviço Comunitário; no Rio de Janeiro, onde a psiquiatra Nise da Silveira desenvolveu um trabalho que ficou conhecido internacionalmente e, utilizando atividades de Terapia Ocupacional e Arteterapia, tornou-se um marco na luta antimanicomial. Além disso, o Estado fundou sua primeira Comunidade Terapêutica; em São Paulo, com a associação entre a Secretaria do Estado de Saúde e as escolas de medicina, promoveram-se pesquisas epidemiológicas, capacitação de profissionais e implantação de centros comunitários; e, em Minas Gerais, experiências inovadoras causaram uma certa desestruturação do modelo hospitalocêntrico (SCHNEIDER et al., 2011).

⁹ Disponível em: <https://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo>. Acesso em 7 de dezembro de 2022.

O modelo preventivo, em 1973, consolidou-se através do Manual de Serviço para a Assistência Psiquiátrica. Foi então privilegiada a assistência na comunidade, utilizando recursos extra-hospitalares. As redes de serviços já apareciam também com incentivo de equipes multiprofissionais e princípios técnico-administrativos que viriam compor a base do Sistema Único de Saúde (SUS), a saber: integração, regionalização, descentralização, constante aperfeiçoamento pessoal, entre outros. Visavam, principalmente, baixar o custo das internações, o que demandou a ampliação dos horizontes da ação psiquiátrica, expandindo seu poder normatizador que pôde então alcançar o tecido social (idem). Segundo Amarante (1996), um ponto que merece destaque na lógica preventivo-comunitária seria a inexistência de tentativas de ruptura com o modelo psiquiatrizante. Por fim, é importante lembrar que o manual nunca foi efetivamente utilizado, pois

[...] uma das principais razões para a não adoção do modelo preventivo no Brasil [...] estava nos interesses privados da atenção à loucura, pois paralelamente à edição do *Manual*, o próprio INPS começou a estabelecer convênios com as clínicas privadas, para dar conta da excessiva demanda de internação, tendo essa prerrogativa despertado de fato os interesses da maioria da categoria médico-psiquiátrica. (SCHNEIDER et al., 2011, p. 560).

Vale pontuar, portanto, que uma das principais razões para a não adoção do modelo preventivo no país estava relacionada aos interesses privados de atenção à loucura. Importante ressaltar isso pois, como veremos adiante, essa questão tem sido determinante para a manutenção da institucionalização psiquiátrica permanente, senão no país todo, pelo menos no Estado de Santa Catarina. Voltando, naquele período, anterior à década de 1980, a assistência psiquiátrica era prestada pelo Ministério da Saúde, juntamente com as secretarias estaduais de Saúde e, também, pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS):

Aos primeiros cabia atenção à população sem previdência social, o que levou à manutenção dos macro-hospitais psiquiátricos, com imensa população de excluídos. Ao MPAS “competia a assistência aos previdenciários e seus dependentes. Sem qualquer rede própria, o MPAS exercitava, principalmente a partir da criação do INPS, em 1967, a política da compra de serviços da rede privada” (AMARANTE, 1997, p. 166), tendo isso acarretado a elevação do “percentual de internações desta especialidade [...] em 344% de 1973 para 1976” (AMARANTE, 1997, p.167). Como consequência, no final dos anos 1970, inverte-se a balança, e 70% dos leitos psiquiátricos no país passaram a ser de hospitais privados (PAULIN, TURATO, 2004, apud SCHNEIDER, 2011, p. 561).

Os autores concluem que esse processo ocasionou o fortalecimento da lógica que mercantiliza a loucura: “[...] o Estado, ao comprar os serviços psiquiátricos privados, cria

condições para a transformação da loucura em mercadoria” (idem, p. 561). Essa transformação, por sua vez, reverberou na história manicomial do país até os dias atuais, mas aprofundaremos na atualização dessas instituições nos próximos tópicos. Retornando, foi exatamente nesse período que em Santa Catarina, um Hospital Psiquiátrico - que na época era conhecido como Colônia - teve seu primeiro profissional da área da saúde contratado, sendo ele um profissional da enfermagem. Desde sua fundação, em 1941, os profissionais que trabalhavam naquela instituição eram admitidos por indicação, por parentes ou funcionários conhecidos.

Caminhando nesses emblemáticos percursos da institucionalização psiquiátrica no país, chegamos finalmente ao período histórico que muito tem aparecido em trabalhos acadêmicos e jornalísticos sobre o tema. Entramos, agora, em um momento que, por vezes, é conhecido como o início de um movimento de Reforma Psiquiátrica no país, visão essa que - quando não aprofundada - pode negligenciar todo o histórico secular de movimentos revolucionários nessas instituições manicomiais.

Segundo Amarante (2020), ao falarmos em Reforma Psiquiátrica no Brasil (RPB), encontramos a difícil tarefa de construir uma periodização, uma vez que existem diversos relatos e indícios de práticas de transformação que poderiam ser considerados reformadores. Entretanto, o psiquiatra opta por demarcar um início desse processo em 1976, período que foi fundado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); nas suas próprias palavras, uma “[...] entidade pioneira e inovadora, que se tornou uma referência histórica no sentido de demarcar o início, não apenas do processo da Reforma Psiquiátrica, mas também da Reforma Sanitária brasileira...” (p. 129). Além disso, o autor também sublinha que a RPB deve ser vista como um *processo social complexo*, pois está sempre em movimento, sendo plural, dinâmica e articulada entre si por diferentes dimensões simultâneas que se intercomunicam.

Amarante define esse processo, também, como uma busca de intervenção no campo de relações entre a sociedade e a loucura, no sentido de transformá-las através de práticas não excludentes e de estratégias de inclusão social dos sujeitos. No país, esse processo surge principalmente em defesa da saúde coletiva, da equidade na oferta dos serviços e do protagonismo dos trabalhadores e usuários na gestão e produção de tecnologias de cuidado. De modo geral, “A RPB propõe a reformulação do sistema assistencial, formula críticas ao paradigma psiquiátrico, propõe novas práticas e elabora propostas de transformação do modelo clássico de atenção em saúde mental.” (MARTINHAGO, OLIVEIRA, 2014, p. 1278).

Importante ressaltar que não somente a assistência à saúde mental, mas também todo o sistema de saúde estava em crise naquele período e reivindicações de mudanças passaram a fazer parte do cotidiano do país. A nível internacional, movimentos mundiais de transformação atuavam, resultando, por exemplo em 1978, no estabelecimento da Lei Italiana nº 180, que foi a primeira Lei que determinava o fechamento dos hospícios e proibia a construção de novos. Além disso, no mesmo ano, foi redigida a declaração de Alma Ata, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que reconheceu, finalmente, a saúde como um direito humano associado aos determinantes sociais e enfatizou a importância da participação popular e comunitária como fundamentais. Além do mais, uma sequência de acontecimentos ocorreram, direcionando o país na busca da efetivação do conhecido lema: "Por uma sociedade livre de manicômios". Em linhas gerais, sublinhei adiante, de forma cronológica, alguns momentos importantes nos caminhos seguidos até os dias atuais.

Vale destacar, primeiramente em 1977, a criação da Lei nº 6.439, em resposta à situação crítica de assistência médica da previdência, que regulamentou o Sistema Nacional de Previdência e a Assistência Social (SINPAS). Foi também lançado pelo sanitarista Josicelli Freitas o Plano Integrado de Saúde Mental (PISM), na VI Conferência Nacional de Saúde, em Brasília. O PISM, que abrangia de 1977 a 1980, destaca cinco tópicos que merecem atenção (BRASIL, 1977):

- 1) 23% do total de leitos, no país, são para doenças mentais. A proporção está de acordo com os padrões recomendados; entretanto há distorções em sua distribuição entre as Regiões.
- 2) Tem-se como meta criar um novo modelo de assistência com atendimento predominantemente ambulatorial.
- 3) Será dada ênfase à integração das ações em vários níveis de complexidade crescente (ambulatório, hospital - dia, e hospital - integral).
- 4) A rede de serviços se estenderá desde os lugares com 50.000 habitantes, que deverão dispor de pessoal de saúde de nível simples, até as metrópoles que deverão dispor de médicos e enfermeiros especializados, outros técnicos e auxiliares técnicos.
- 5) Todo o PISM deverá contar com supervisão e avaliação contínua das ações de saúde, nas cinco Grandes Regiões, Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste.

Podemos notar que as reivindicações dos tópicos, já naquele período, repetiam o longo histórico manicomial e institucionalizante que o país tem construído ao longo dos anos e muitas das recomendações são solicitadas ainda hoje, em 2023, como o fortalecimento da rede de atenção, a descentralização do hospital psiquiátrico, a avaliação dos serviços, entre outros. Vale tomar nota que, em outros países, os movimentos de desinstitucionalização e

reforma das estruturas de hospitais psiquiátricos também vinham acontecendo. Nos Estados Unidos, por exemplo, processos de desinstitucionalização já haviam começado anos atrás, em 1963, instaurado pelo Ato dos Centros Comunitários de Saúde Mental. Naquela época, havia uma movimentação de transferência da responsabilidade pelos pacientes internados em hospitais psiquiátricos para a comunidade e, em 1976, foi constatado que o papel da custódia asilar dos Hospitais Psiquiátricos não estava sendo devidamente considerado ao promoverem a desinstitucionalização, o que aumentou a ocorrência do fenômeno conhecido como "porta giratória", com muitas reincidências institucionais (MARTINHAGO, OLIVEIRA, 2014).

Cabe pontuar que constataram que o processo de desinstitucionalização demandaria "compromissos com a promoção de transformações nas relações sociais, de políticas públicas incisivas e financiamento adequado" (idem, p. 1276). Na França, voltando um pouco mais, em 1960, a Psiquiatria de Setor foi assumida com a necessidade do fim da exclusão dos "doentes mentais", preconizando um tratamento no meio social em que viviam e colocando a internação hospitalar apenas para casos isolados, sendo vista sempre como transitória (idem, p. 1277). Já na Itália, nesse mesmo período, os profissionais começaram os processos de desinstitucionalização e as instituições tiveram, gradativamente, suas portas abertas em Gorizia e Trieste. Quando questionado sobre o ponto de partida para essa abertura, respondeu o psiquiatra Basaglia: "Partiu-se do encontro com a realidade do manicômio, que, sendo opressiva, é trágica. Não era possível que centenas de homens vivessem em condições desumanas somente por serem doentes. Não era possível que nós [...] fôssemos os artífices e os cúmplices de uma tal situação" (1985, p. 29).

Interessante observar que a própria psiquiatria anunciou necessidades de reforma, ao redescobrir que o convívio social e todas as formas de liberdade aliviavam os transtornos psíquicos (MARTINHAGO, OLIVEIRA, 2014). Em 1978, mais um movimento de crise viria a trazer conquistas para a RPB. Foi quando os médicos residentes do Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro, denunciaram condições de maus tratos e violência - mais uma vez - em uma instituição manicomial. Apontaram também para as péssimas condições de trabalho a que estavam submetidos, notando que a instituição expressava sua violência não tão somente nos internados, que recebiam uma carga inegavelmente maior de abusos, mas também para todos os que compartilhavam aquele espaço.

Naquela ocasião, 260 trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) foram demitidos e iniciaram uma greve, sendo o período conhecido como a "Crise da DINSAM". Como fruto desta ocorrência, nasceu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTST), também no Rio de Janeiro. Foi também implantado o SINPAS (Sistema

Nacional de Previdência Social) e o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social)¹⁰. Já no nosso comparativo com a Itália, foi, neste mesmo ano, que foi aprovada a já citada Lei nº 180, a Lei da Reforma Psiquiátrica italiana, que determinou a extinção progressiva dos manicômios.

Redirecionando o olhar de volta para o Brasil, ainda em 1979, foi assinada a Portaria Interministerial nº 1369, tendo como objetivo a implantação do Sistema Nacional de Saúde. Nela, foram estabelecidas as diretrizes para a atuação na área da saúde mental. Além dessa, foi revogada a Portaria BSB 32/74 consignando a Política de Saúde Mental. Além disso, foi realizado o I Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, em São Paulo, marcando a atuação popular nos espaços de discussão sobre a assistência à saúde mental.

Na década de 1980, segundo Martinhago e Oliveira (2014), o Ministério da Saúde passou a privilegiar a construção de estruturas substitutivas aos Hospitais Psiquiátricos. Em 1986, foi realizada a Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da saúde, em Ottawa, no Canadá, tendo como objetivo proporcionar saúde para todos, fazendo parte de uma expectativa de uma nova saúde coletiva a nível internacional. No ano seguinte, em 1987, foi inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)¹¹ do Brasil, em São Paulo, o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira. As redes de atenção à saúde mental passaram a ser compostas pelos CAPS, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, Centro de Convivência e Cultura e Serviços Residenciais Terapêuticos. Além disso, foram realizados dois importantes eventos - no Rio de Janeiro, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e, em Bauru-SP, ocorreu o II Encontro Nacional dos

¹⁰ O INAMPS se constituía como a política pública de saúde que vigorava antes da criação do SUS e foi extinto pela Lei federal nº 8.689, em 1993. O antigo Instituto era responsável pela assistência médica aos trabalhadores que contribuíam com a previdência social. Os setores da população que não faziam essa contribuição não podiam acessar estes serviços. Com a criação do SUS, o atendimento passou a ser universal, ou seja, qualquer pessoa pode acessar o serviço público de saúde em qualquer parte do país. (Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps> acesso em 28/11/2022).

¹¹ Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário voltados aos atendimentos de pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras substâncias, que se encontram em situações de crise ou em processos de reabilitação psicossocial. Nos estabelecimentos atuam equipes multiprofissionais, que empregam diferentes intervenções e estratégias de acolhimento, como psicoterapia, seguimento clínico em psiquiatria, terapia ocupacional, reabilitação neuropsicológica, oficinas terapêuticas, medicação assistida, atendimentos familiares e domiciliares, entre outros. (Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/caps> acesso em 28/11/2022)

Trabalhadores de Saúde Mental, onde foi criado o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

O Sistema Único de Saúde brasileiro foi aprovado somente em 1988, nove anos depois de sua primeira proposta (1979), na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que contou com ampla participação popular. No ano seguinte (1989), mais um episódio de violência - não isolado como podemos notar - foi denunciado em um espaço manicomial, na Clínica Anchieta, em Santos. No mesmo ano, foi apresentado o Projeto de Lei nº 3657/89, de autoria do deputado federal Paulo Delgado que, inspirado pela Dra. Nise da Silveira e baseado na experiência italiana de Franco Basaglia, previa a extinção dos manicômios no Brasil e a criação de uma rede de serviços de saúde mental.

O projeto era simples, com três artigos estruturantes: o primeiro impedia a construção ou a contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de “recursos não-manicomial de atendimento”; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária. Depois de aprovado na Câmara dos Deputados, o projeto completou onze anos de substitutivos e postergações no Senado para de lá sair em 1999, numa articulação do parlamentar proponente, do Ministério da Saúde e do movimento antimanicomial. Voltou à Câmara já como projeto substitutivo para nova rodada de negociações, aprovação final e homologação pelo Presidente da República somente em abril de 2001 (PITTA, 2011, p. 4585).

A Declaração de Caracas, no ano seguinte, marcou as reformas na atenção à Saúde Mental nas Américas. A participação popular no campo da saúde mental também continuou a aumentar, graças à criação de associações de familiares e usuários dos serviços de saúde mental. Fomentando ainda mais a participação popular, já em 1991, foi realizado em Santos-SP o I Encontro de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, sendo possível vislumbrar, talvez numa das primeiras vezes, movimentos de desinstitucionalização naquele período e não mais, como visto anteriormente, apenas propostas de alteração na estrutura institucional. Iniciou-se também a publicação de portarias para construir uma Rede de Saúde Mental no país. Pode-se dizer que, naquela época, acompanhamos o que dizia Basaglia alguns anos antes, sobre o reconhecimento popular e a necessidade de negação da própria instituição:

A negação de um sistema é a resultante de uma desestruturação, de um questionamento do campo de ação em que agimos. É o caso da crise do sistema psiquiátrico enquanto sistema científico e enquanto sistema institucional: desde que nos conscientizamos do significado desse campo específico, particular, em que atuamos, ele vem sendo desestruturado e questionado. Isso significa que em contato com a realidade institucional, e

em nítida contradição com as teorias técnico-científicas, evidenciam-se elementos que remetem a mecanismos estranhos à doença e sua cura (BASAGLIA, 1985, p. 103)

Já em 1992, foi promulgada a primeira Lei de Reforma Psiquiátrica no país (Lei nº 9.216), no Rio Grande do Sul, que regulava todas as ações, recomendando os serviços substitutivos, proibindo a construção de novos manicômios e a ampliação leitos e ressaltava, por fim, o papel do Estado na fiscalização da assistência psiquiátrica (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004, p. 18). Com o *slogan* "Eu cuido, não prendo", ocorreu o I Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, em Piatã, na Bahia, em 1993, além da elaboração da "Carta de Direitos e Deveres dos Usuários da Luta Antimanicomial" no III Encontro Nacional das Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial. Na virada do século, em 2001, foi então, finalmente, promulgada a Lei nº 10.216 - Lei da Reforma Psiquiátrica, também conhecida como a Lei de Saúde Mental brasileira. Acompanhou a Lei um processo contínuo de mobilização comunitária, composto por oficinas de arte, projetos, esportes e economia solidária (AMARANTE, 2021).

No mesmo ano, podia-se observar uma efervescência de eventos no campo da saúde mental, como o V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial e a III Conferência Nacional de Saúde Mental. Depois disso, seguindo o histórico daquela reforma, vemos alguns anos sem eventos ou grandes acontecimentos. A linha do tempo, criada pela equipe da FIOCRUZ¹², chega a pular três anos entre 2002 e 2005 e registra apenas em 2007 algum acontecimento no campo, a saber: a Realização da Oficina Nacional de Indicação de Políticas Culturais para Pessoas em Sofrimento Mental e em Situação de Risco Social - Loucos pela Diversidade, além do Encontro Internacional de Saúde Mental em Salvador, Bahia e a criação da ABRASME - Associação Brasileira de Saúde Mental. Vale, entretanto, destaque em 2003, para a promulgação da Lei nº 10.708 de 2003 (BRASIL, 2003), também proposta por Paulo Delgado¹³, que instituiu o Programa de Volta para Casa, trazendo incentivo financeiro para pessoas que foram vítimas da internação de longa permanência.

¹² Disponível em: <https://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo>. Acesso em 1º de dezembro de 2022.

¹³ Leis de Paulo Delgado: **Lei nº 10.216** a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Lei nº 9.867 (1999)** a qual dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando a integração social dos cidadãos conforme específica. **Lei nº 9.270 (1996)** a qual acrescenta inciso ao art. 659 da Consolidação das Leis do Trabalho. A saber: "conceder medida liminar, até decisão final do processo, em reclamações trabalhistas que visem reintegrar no emprego dirigente sindical afastado, suspenso ou dispensado pelo empregador." **Lei nº 10.708 (2003)** a qual institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

Nessa mesma linha do tempo, o Estado de Santa Catarina aparece apenas em 2008 com o Congresso Brasileiro de Saúde Mental (UFSC), na capital Florianópolis, organizado pela ABRASME e, dois anos depois, reaparece com a IV Conferência de Saúde Mental, sendo esta a última Conferência temática de saúde mental que ocorreu até a escrita desta pesquisa, embora alguns eventos preparativos têm acontecido e compõem o acervo de material etnográfico que será aqui abordado. Aquela foi a primeira vez que tivemos, no Estado, um evento desta dimensão. Antes de continuar, portanto, vale fazermos uma pausa para direcionarmos nosso olhar para o papel e a atuação do Estado catarinense nesses percursos de Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial brasileiros, uma vez que está neste o *locus* da presente pesquisa.

1.3) Santa Catarina e a Reforma Psiquiátrica Brasileira

A Reforma Psiquiátrica brasileira contou com diferentes atores ao longo do seu percurso, além de ter mobilizado de distintas maneiras seus interlocutores. Em Santa Catarina, tivemos alguns pontos que nos fazem evitar uma visão generalizada e totalizante da mesma. Em 1940, foi criada uma Colônia, em São Pedro de Alcântara-SC, para o internamento compulsório de pacientes portadores da doença de Hansen. Naquele período, esses espaços eram conhecidos como leprosários e eram construídos como pequenas cidades para abrigar famílias inteiras. No ano seguinte, a primeira Colônia Psiquiátrica do Estado foi então inaugurada, com recursos públicos, em 1941, e tinha como objetivo: “[...] retirar do convívio social aqueles tidos como loucos, para amenizar seu sofrimento e proteger o meio social...” O hospital “[...] era visto como um alento ao sofrimento dos loucos.” (BORGES, 2013, p. 1532). Outras duas instituições foram inauguradas no mesmo período, um Hospital para as doenças infectocontagiosas (1943) e um Abrigo de Menores para crianças desabrigadas (1940), em um momento em que o Estado investia na reestruturação e na modernização da política de saúde pública no país (MALUF et al., 2020).

Seguindo o recorte metodológico desta pesquisa, falaremos neste tópico apenas das duas primeiras instituições, a Colônia para pacientes de Hansen e a Colônia Psiquiátrica, pois, após o mapeamento etnográfico, foi revelado que esses dois hospitais públicos, embora reformados, são os únicos do Estado que ainda abrigam moradores nas alas psiquiátricas, o que escolhemos chamar aqui de institucionalização psiquiátrica permanente.

Ambas as instituições, desde a inauguração, criaram espaços de moradia para internações permanentes, embora seus internados se diferissem nos diagnósticos ou, no caso da instituição psiquiátrica, também pela ausência deles. Na data da criação do manicômio, já era possível vislumbrar sua superlotação, pois tinha capacidade para 300 pessoas e foi inaugurado com 311 pacientes, vindos principalmente do Asilo de Azambuja (Brusque-SC) e do Abrigo Municipal de Alienados Oscar Schneider (Joinville-SC) (MALUF et al., 2020; BORGES, 2013). A superlotação aumentou com o passar dos anos:

Em 1947 já eram 428 internos, e os números só aumentaram. O hospital termina a década de 1950 com cerca de oitocentos internos, saltando, em 1967, para 1.773, e, no ano seguinte, é colocado na lista dos hospitais psiquiátricos que utilizam os chamados leitos-chão, camas improvisadas feitas no chão para internação de pacientes (BORGES, 2013).

A política que impulsionou a criação desses ambientes estava alinhada à Liga Brasileira de Higiene Mental, fundada em 1923, que tinha como objetivo principal a limpeza dos centros urbanos. De acordo com Schneider et al. (2011), esse modelo provocou novamente algo semelhante ao que foi, em 1979, caracterizado por Foucault como a grande internação, que ocorreu na Europa muitos anos atrás, no século XVIII. Naquele período, os asilos ou albergues manicomiais recebiam, principalmente, sujeitos que não se enquadravam na ordem socialmente aceita.

Ainda em Santa Catarina, em 1968, foram criados três hospitais psiquiátricos privados, em Criciúma, São José e Joinville respectivamente. O único Hospital Psiquiátrico público, desde sua fundação, contava com carpintaria, padaria, horta, criação de gados e porcos, engenho de farinha, olaria e lavanderia e, não à toa, fez construir à sua volta um bairro que leva seu nome até a atualidade. Os moradores que vieram ali a residir, passaram a trabalhar no hospital e a povoar a região. No auge das internações, o manicômio chegou a ter aproximadamente 2.156 pacientes, que viviam aglomerados em pavilhões, em camas ou leitos de chão, uma vez que a estrutura não comportava todos.

O que nós encontramos [...] quando chegamos em 5 de agosto de 1971[...]? Nós fizemos uma contagem geral no hospital, colocamos todos os pacientes do lado de fora das enfermarias e pessoas na porta contando. [...] Nós contamos 2.156 pessoas internadas na Colônia, que tinham entre camas e beliches 1.400 leitos. Havia, então, 756 leitos-chão. [...] O professor Luis Cerqueira falava muito que leito-chão era uma instituição brasileira. Além disso, o hospital tinha somente quatro médicos e noventa funcionários na enfermagem para cuidar desses 2.156 doentes (KRAMER, 2010, apud SCHNEIDER et al., 2011)

A partir dessa fala, podemos observar como foram as primeiras décadas do espaço, que já na sua inauguração estava superlotado e, com a crescente das internações, passou a comportar números inimagináveis, trazendo para si a característica de um grande albergue que acomodava o que a sociedade excluía. Esse modelo era apoiado pelas irmãs de caridade católicas, que desempenhavam a assistência aos internados privilegiando os aspectos religiosos em detrimento dos cuidados técnicos (idem). Algumas tentativas de paralisar o momento da grande internação começaram a emergir também em 1971, quando os internamentos ocorriam majoritariamente por indicação de políticos, padres, familiares, conhecidos de alguém que trabalhava no hospital, entre outros. Nos tratamentos, utilizavam eletrochoques, insulinoterapia e brometos¹⁴. Além do mais, as situações de violência e abuso sobressaíam a qualquer suposto tratamento e os índices de óbito eram altíssimos (idem, p. 564).

Segundo Costa e Borenstein (1999), o Hospital psiquiátrico aglutinou em si toda a assistência mental do Estado, o que o fez concentrar encargos e atribuições que extrapolavam sua função hospitalar: "[...] passou a assumir uma assistência custodial que se tornou predominante em relação aos outros tipos de recursos terapêuticos." (p. 80), o que alimentou a superlotação do espaço:

Deparamo-nos então, com uma super população de doentes crônicos, sem vínculos familiares, sem referência previdenciária e institucionalizados. A maioria destes pacientes permaneceram num estágio de cronicidade estável não evoluindo a um estágio final de deterioração. Seus sintomas psicóticos não eram tão severos e poderiam residir fora do hospital. No entanto, o ócio em que a instituição submeteu-os, levou a um gradual afastamento de suas atividades e costumes, com um empobrecimento de suas funções (idem, p. 80).

Em 1975, Santa Catarina tinha a maior taxa de internações por consulta no Brasil (SCHNEIDER et al., 2011). Com a grande internação, o papel de responsabilidade pelo sujeito em sofrimento psíquico foi transferido das famílias, comunidades e governantes, para essas instituições, que passaram a aglutinar em si não tão somente pessoas "doentes" que buscavam tratamento, mas também aquelas que eram levadas às internações compulsórias para que ficassem afastadas da convivência social, como mulheres solteiras grávidas, homossexuais, profissionais do sexo, entre outros. Os tratamentos eram realizados através da ordem moral e o isolamento social contribuía para construir o imaginário cultural de

¹⁴ Tendo o significado de algumas "Gotas amargas. Uma coisa que não se entende a finalidade até hoje." (Entrevista com Kramer, 15 out. 2010, apud SCHNEIDER, 2011, p. 564)

necessidade dos asilos. Naquela lógica, ao isolar um doente e não necessariamente tratá-lo, o "problema" poderia ser, enfim, esquecido dentro dos muros.

Os manicômios passaram a ser lugares-depósitos e os tratamentos ficaram em segundo plano, pois o que era buscado, principalmente, era a organização e a manutenção da instituição em si e dos espaços além dos muros, relegando aos pacientes o terceiro plano, do esquecimento. Utilizaram, para isso, uma espécie de ideia de instituição-necessária, criando imaginários que estigmatizavam a loucura para comprovar a necessidade de exclusão dela. Como vimos anteriormente no ciclo da institucionalização, a ordem dos fatores, dialeticamente, primeiro cria a necessidade social e ilusória da instituição, que é pautada na ideia de "caridade", para ajudar quem sofre daquele "mal". Depois, o espaço para institucionalizar é fundado e, a partir do momento que começa a atuar, caminha em direção ao seu esgotamento, pois não demora para que os problemas da superlotação, degeneração espacial e surgimento de situações de violência apareçam. O manicômio não sobrevive sem essas características, pois são elas que o fundam, o sustentam e o fazem permanecer.

Em Santa Catarina ocorreu exatamente isso, assim como podemos observar também em outros hospitais, como naquele em que fiz minha pesquisa de iniciação científica e de mestrado entre os anos de 2015 e 2019 no Estado de São Paulo (DEL SARTO, 2018; 2020). Nessa lógica, que se repete pelos diferentes Estados do país, quando a instituição psiquiátrica chega ao seu limite, os atores precisam se unir para criarem soluções e, normalmente, essas resoluções são de duas ordens: 1) reforma do ambiente; ou 2) busca de alternativas fora da instituição e fechamento do espaço manicomial. A primeira solução sempre retorna ao ciclo denunciado previamente, pois, apenas com a reforma do espaço, tem-se a ideia da criação de uma nova instituição, entretanto, a estrutura que a sustenta se mantém e a faz desembocar, de forma repetida, em um espaço manicomial. A segunda também, pois os espaços alternativos, quando não priorizados e fiscalizados, podem ser aglutinados pelo mesmo ciclo que os fará, uma vez mais, exemplos de espaços que seguem a lógica manicomial. É exatamente por isso que usamos a analogia do redemoinho para falar desta lógica, porque ele aglutina em si todos os serviços, todos os atores e, depois de ter forma e corpo, destrói tudo o que está a sua volta. Cria, portanto, a necessidade de mudança e, quando ela é feita, retoma o movimento circular que o levará, uma vez mais, à sua destruição.

Não fugindo dessa lógica, o Plano de Desenvolvimento Catarinense, na década de 1970, foi criado para uma aceleração do processo de desenvolvimento do Estado. Dentro dele estavam previstos 13 programas, entre eles apenas um pertencia à área da saúde (SCHNEIDER, 2011, p. 562). O Estado, naquele período, depois de notar a caoticidade a

qual sua instituição psiquiátrica havia chegado, decidiu, pioneiramente, que seriam seguidos os princípios preventivos-comunitários, enquanto a indústria da loucura crescia. Segundo Schneider et al. (2011), Santa Catarina, na sua dimensão econômica, estava passando pelo período de integração e consolidação do capital industrial, acompanhado pela ditadura militar no Brasil. Além do mais, a linha de intervenção do Estado era a política desenvolvimentista, que utilizava, principalmente, a metodologia de planejamento estatal. Foi então criada uma seção de saúde mental (decreto SES/10-1971) tornando a Colônia uma instituição vinculada à Fundação Hospitalar (BORGES, 2013).

Outras mudanças estruturais foram notáveis, como a divisão do Hospital em 12 unidades, subdivididas em alas femininas e masculinas para cada Centro Administrativo Regional de Saúde (CARS). O objetivo principal dessa divisão foi unir os internos de acordo com suas afinidades culturais, sociais e geográficas. Além disso, em 1972, ocorreu a primeira contratação de profissionais da psicologia, quando iniciaram as movimentações para a desospitalização dos pacientes. Visando diminuir o número de internos, criaram leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Os trabalhos foram preconizados pelos técnicos da Opas (Organização Pan-americana de Saúde), que estavam desempenhando um projeto de capacitação dos médicos generalistas, contabilizando a implantação de 16 ambulatórios de saúde mental (SCHNEIDER, 2011, p. 564). No mesmo período, em Chapecó, estavam construindo um Hospital Psiquiátrico para pacientes da região Oeste e Meio-Oeste, entretanto, as obras foram interrompidas para que evitassem o estabelecimento de mais um manicômio no Estado.

Infelizmente, repetindo a tendência nacional, as experiências de avanço na saúde mental foram interrompidas devido à ênfase hospitalocêntrica que, mais uma vez, se sobressaiu a todas as boas práticas desenvolvidas. Naquele mesmo momento, começou a se consolidar a dívida externa brasileira e o aumento da inflação, o que afetava - diretamente - as condições de vida da população brasileira. Entre 1973 e 1976, pudemos perceber um aumento nas internações psiquiátricas de 344% (MALUF et. al, 2020).

Paralelas a esse aumento, cresceram também as denúncias públicas relacionados aos manicômios que, como pudemos ver no tópico anterior, ocasionou o evento que ficou conhecido como a crise do DINSAM (1978), na qual foram reveladas situações de agressões, estupro, trabalho escravo e mortes (idem). Os interesses privados da assistência aos doentes mentais também crescia naquela época, quando convênios foram estabelecidos por clínicas privadas, uma vez que o número de internados só aumentava no país. Segundo Velho (1981), nas suas discussões sobre os comportamentos desviantes, tivemos no país a criação de uma

individualidade pura e as diferenças individuais fizeram com que pessoas fossem internadas em instituições para serem mantidas afastadas de uma suposta ordem social.

Voltando à Santa Catarina, as Normas Gerais para a Prestação de Assistência Médica aos doentes mentais, desde 1962, determinavam uma descentralização e regionalização da assistência psiquiátrica, sendo oferecida também na comunidade, com recursos extra-hospitalares, tais como os ambulatórios e os hospitais gerais. Essas ações estiveram na base das transformações preconizadas pelos movimentos sociais na saúde mental brasileira, entre os anos de 1980 e 1990 (SCHNEIDER et al, 2011, p. 554), entretanto, vale lembrar que toda essa sequência de práticas, infelizmente, não foram continuadas pelos governos posteriores o que tornou inviável a sua permanência.

O perfil dos pacientes foi traçado em 1984, quando identificaram que 55,7% deles eram crônicos (com mais de cinco anos de doença e com permanência na instituição maior do que na sua própria casa); 19,3% eram asilares (sem vínculo e/ou contata familiar há mais de três anos); e 25% eram agudos (dependentes químicos e deficientes mentais). Em 1986, um ano depois do fim do uso dos eletrochoques como terapia naquele ambiente, o primeiro CAPS do Estado foi criado, em mais uma tentativa de romper com a lógica degeneradora do ciclo manicomial.

Anos mais tarde, após a criação Sistema único de Saúde (1988), o Hospital Psiquiátrico abrigava 863 pacientes crônicos e, com uma média de 300 deles com prognóstico e diagnóstico, iniciaram trabalhos alternativos para as tentativas de retorno ao convívio familiar (COSTA; BORENSTEIN, 1999):

[...] foram realizadas inúmeras viagens de ônibus para o Oeste do Estado, de onde a maioria era procedente. As viagens tinham como objetivo além do retorno dos pacientes aos seus lares, orientar as famílias de como tratar seus doentes e buscar junto ao município, apoio para a permanência destes em suas casas. Desenvolveu-se também um programa de triagem melhorada, na tentativa de envolver os familiares na internação do paciente, devolvendo-o ao convívio familiar e à sociedade, o mais precoce possível (p. 83).

Após essas tentativas, muitos moradores crônicos do hospital ainda não puderam ter sua desinstitucionalização concluída, por problemas diversos, como não adaptação familiar, inexistência de responsáveis legais fora da instituição, entre outros. Foi então que os profissionais, inspirados por um modelo de projeto de reabilitação do doente mental a partir de trabalhos agrícolas, desempenhado no Rio Grande do Sul, decidiram criar um Centro de Reabilitação Agrícola dentro de outro hospital, na antiga Colônia criada para os pacientes de Hansen. Isso só foi possível porque aquele hospital estava em vias de extinção, pois já havia

anos em que os portadores da doença já não eram mais institucionalizados permanentemente e compulsoriamente, o que foi deixando, gradativamente, as alas vazias: "A ocupação de leprosário por doentes mentais não é um fato recente. [...] Foucault (2008), relata que as instituições asilares para "loucos", foram herança da desativação dos inúmeros leprosários existentes na Europa, até o século XVII." (COSTA, BORENSTEIN, 1999, p. 82).

O projeto só foi finalizado e aprovado em 1986, buscando principalmente a reabilitação e a reinserção dos pacientes crônicos à sociedade, com enfoque na recuperação das habilidades perdidas nos anos de internação¹⁵ (COSTA, BORENSTEIN, 1999). Foram então selecionados pacientes do Hospital Psiquiátrico para serem transferidos para a Colônia, visando aos objetivos acima citados. Para tanto, como requisitos foram considerados: 1) Pacientes com patologia esquizofrênica prioritariamente; 2) Pacientes do sexo masculino; 3) Oriundo do meio rural; 4) Sem vínculo previdenciário; 5) Com início da doença há mais de cinco anos e permanência na Instituição mais de 50% de sua vida; 5) Idade entre 25 a 50 anos; 6) Com vínculo familiar reduzido ou inexistente; 7) Com reduzida ou nenhuma medicação psiquiátrica; e 8) Com condições clínicas compatíveis com a tarefa agrícola (idem).

Para a reforma do espaço do projeto, que estava abandonado, foi formada uma equipe de pacientes que eram levados, diariamente, ao local, para prepararem o ambiente. Eles capinaram, reformaram e foram os responsáveis pela organização do espaço, sendo orientados por uma enfermeira e contando com a ajuda de um assistente. Em 2 de fevereiro de 1987, o primeiro grupo de 14 pacientes foi então transferido e - já naquela ocasião - os profissionais de saúde que os acompanharam observaram que os critérios de seleção não poderiam ser seguidos à risca, pois se compunham e se complicavam.

O perfil dos pacientes do primeiro grupo se caracterizou por: em relação ao diagnóstico médico, três (3) eram deficientes mentais, dois (2) eram epiléticos e os demais (9), eram esquizofrênicos. Em relação a procedência, três (3) eram procedentes do meio urbano, nove (9) do meio rural e um (1) de região desconhecida. Em relação ao tempo de permanência, todos estavam há mais de 10 anos internados. Em relação ao vínculo familiar e

¹⁵ Objetivos do Projeto: "Em relação aos pacientes: através de um processo contínuo, coordenado e levado a efeito por uma equipe multidisciplinar, pretendia-se recuperar o doente mental crônico, dentro dos aspectos biológico, psicológico, social e profissional, através da realização de atividades rurais. Em relação à equipe terapêutica: possibilitar treinamento e aperfeiçoamento constante da equipe multidisciplinar de enfermagem que as capacitasse para este tipo de trabalho, e de outros profissionais que buscassem o hospital. Em relação à Instituição: reduzir o número de pacientes crônicos [...] implementando uma nova proposta de modelo de assistência psiquiátrica aos pacientes crônicos asilares, e oferecendo um maior número de recursos terapêuticos aos pacientes agudos (psicóticos, dependentes qulmicos e deficientes mentais) (COSTA, BORENSTEIN, 1999, p. 82).

previdenciário, quatro (4) dos pacientes possuem família, entretanto há mais de 3 anos não recebiam visita, dois (1) possuíam família, sem visitas e nove (9), não possuíam família. Dois (2) pacientes eram aposentados sendo que um deles, a família era quem ficava com seu benefício, fato que foi modificado posteriormente, e os demais não possuíam seguro saúde, aposentadoria ou qualquer outro tipo de recurso financeiro. Em relação ao uso de medicamentos, todos faziam uso de duas (2) ou mais medicações psiquiátricas e em relação às condições físicas, todos possuíam condições compatíveis para o trabalho agrícola, e eram do sexo masculino. Um dos pacientes, encontrava-se sob juízo (COSTA, BORENSTEIN, 1999).

Também vale destaque a estrutura física do novo espaço. Com a transferência, os pacientes foram divididos em duplas em sete quartos de um pavilhão, com armários e pertences próprios; situação muito diferente da vivida no Hospital, onde muitos pacientes viviam (e ainda vivem) em um mesmo pavilhão sem a divisão de quartos. Depois do primeiro movimento de mudança, gradativamente, outros 36 pacientes foram transferidos. Como ainda viviam na Colônia moradores remanescentes da época da doença de Hansen, o encontro de ambos os grupos foi iniciado com atritos e medos diversos: "Os pacientes da psiquiatria rejeitavam e temiam a lepra e os pacientes da hanseníase temiam os pacientes psiquiátricos" (COSTA, BORENSTEIN, 1999, p. 85).

Por parte dos funcionários, também emergiram alguns atritos, pois vieram como uma "invasão" o novo projeto (idem). Entretanto, esses atritos foram sendo superados, uma vez que, com a chegada dos novos pacientes, vieram também novos recursos e funcionários para o hospital que estava abandonado pela Secretaria de Estado da Saúde, ou seja, a chegada dos pacientes psiquiátricos teve seu papel fundamental na manutenção e no permanecimento da própria instituição. O clima também melhorou entre os moradores, que passaram a trocar favores entre si: "Os pacientes passaram a trocar favores e trabalhos entre si, como por exemplo, uma das pacientes egressas do Hospital Psiquiátrico que lavava e passava as roupas de alguns pacientes [...]. Os pacientes [...] capinavam para os pacientes da Unidade de hanseníase" (idem).

Nos primeiros meses de funcionamento, eram desenvolvidas no projeto atividades diversas, sempre centralizadas na agricultura, capinagem e jardinagem. Os pacientes recebiam um salário mensal simbólico enviado pela Secretaria de Saúde e tudo parecia ocorrer de forma favorável para a manutenção de uma proposta antimanicomial, entretanto, tal como a lógica do redemoinho nos diz, mais uma vez o movimento giratório do hospital tomou conta das boas práticas e os pagamentos foram cancelados na primeira mudança de governo.

Nesse ponto fica evidente, ao olhar para todo este histórico, o quanto a *continuidade* é importante para o fortalecimento da Reforma. Já identificamos inúmeras práticas que previam uma desestruturação da ordem manicomial, entretanto, todas elas terminaram em rupturas, enfraquecimentos e descontinuidades. Além dos impedimentos administrativos, outras dificuldades foram colocadas à prova, como o envelhecimento dos pacientes, que tornou necessária a substituição das atividades alternativas oferecidas. Passaram então a criar aves e sumos, além de permitirem que os pacientes desempenhassem atividades próprias, como o exemplo de um paciente que engraxava calçados na comunidade, outro que preferiu trabalhar com reciclagem, um outro que criava galos, alguns que foram contratados para serviços externos ao hospital e outros que trabalhavam num bazar criado com as doações que a instituição recebia. As vagas eram liberadas somente pelos óbitos ou as raras altas e a equipe era responsável por buscar outros pacientes, no outro Hospital Psiquiátrico, para ocupá-las (idem).

Para alimentar essa lógica antimanicomial no Estado, em 1992 começaram a implantação da rede extra-hospitalar de Saúde Mental, com serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. Um dos principais motivadores da rede integrada era a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e a participação popular, desde então, cresceu exponencialmente. Dos recursos de Saúde Mental, 93% foram utilizados na demanda de busca pelo fim do manicômio. Em 1994, 75% dos pacientes daqueles hospitais eram considerados casos sociais, o que contribuía para aumentar a média de permanência e gerava gastos altíssimos institucionais (idem).

Com o passar do tempo, a ênfase hospitalocêntrica retomou sua força naquele projeto e as situações de violência e a caoticidade desses espaços voltaram a ser denunciadas. Isso demonstrou, mais uma vez, o movimento do redemoinho manicomial, uma vez que a instituição passou por mais um processo de ruptura, depois de repetidas denúncias de eventos de desconsideração da humanidade dos ali internados. Reformas foram então sugeridas e executadas, entretanto a estrutura, o eixo que a sustentava, permaneceu intacto e apenas ficou desacordado até que pudesse voltar a aglutinar as novas tentativas de boas práticas que emergiriam, para depois destruí-las, voltando ao estado manicomial de sempre.

Em 1995, mais uma fase de explosão chegou ao Hospital Psiquiátrico, que continuava a abrigar moradores permanentes em seus pavilhões. Enquanto um grupo clamava pelo seu fechamento, seguindo os preceitos que vinham sendo defendidos pela luta antimanicomial, outros propunham, mais uma vez, a manutenção do espaço. Foi então decidido que o local

passaria por mais uma reformulação, dessa vez física, sendo também renomeado. A ala de moradores também recebeu um novo nome, mas a estrutura não teve grandes alterações.

Paralela à reforma da instituição, como efeito da Reforma Psiquiátrica brasileira, foram criadas as Residências Terapêuticas para abrigar os pacientes que viviam como internos por mais de 20 anos nas Colônias e nos hospitais psiquiátricos. Entretanto, mesmo com todos esses direcionamentos, sendo as vagas limitadas, o hospital continuou recebendo internos e não pôde desinstitucionalizar todos seus residentes.

Entre os anos de 2000 e 2013, foram criadas 27 portarias na tentativa de mitigar o modelo violento e manicomial do país e pôde-se observar que os hospitais psiquiátricos tiveram, gradativamente, seus números de leitos reduzidos. Houve uma diminuição de 80 mil leitos em 1970 para 25.988 leitos em 2014 (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2072), e para - aproximadamente - 20 mil leitos em 2017. Simultaneamente, ocorreu uma expansão dos tratamentos farmacológicos, desenvolvida pela indústria farmacêutica, que influenciou toda a comunidade psiquiátrica (CAMARGO, 2017).

Segundo o Parecer Técnico nº 08/2014, que faz parte de uma avaliação técnica a respeito do Plano de Ação (PAR) da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o Estado de Santa Catarina possuía, em 2014, 630 leitos em hospitais psiquiátricos e um total de 272 moradores de instituições. Esse número não foi atualizado e, atualmente, não se sabe o número exato dos internados nem as instituições que continuam abrigando os moradores. O mapeamento realizado desta Tese, que enfocou apenas em leitos públicos, identificou inicialmente 63 moradores no Hospital Psiquiátrico e 39 moradores na antiga Colônia de Hansen, entretanto, esses não são dados oficiais, pois o número de internos alterou ao longo da pesquisa, com a internação de novos pacientes e também com o óbito de alguns deles.

De acordo com a pesquisadora Moura (2015), entre os anos de 2007 e 2010, foi criado um Grupo de Trabalho (GT) de Desinstitucionalização de Santa Catarina, que realizou uma ampla pesquisa, visando a desinstitucionalização dos moradores. Os membros do grupo produziram um documento contendo diretrizes para a desinstitucionalização e o entregaram para o Conselho Estadual de Saúde (CES), entretanto, nunca receberam um retorno e a desinstitucionalização não avançou. Em 2015, o GT foi retomado para tentar direcionar esforços para a desinstitucionalização no Estado, entretanto, as práticas foram vistas também com pessimismo, trazendo para o debate as dificuldades de se manter uma reforma na prática. Ainda segundo a autora, um dos integrantes do GT disse em reunião que “[...] a principal alta existente [...] era alta celestial” (p. 102), situação esta recorrente até os dias atuais (2023), quando um paciente é desinstitucionalizado apenas com a ocorrência de seu óbito.

A tarefa adiante será olhar para os últimos relatórios sobre esses espaços realizados na virada do século e, posteriormente, no segundo Capítulo, iniciaremos uma investigação buscando compreender: 1) Por que esses hospitais, ainda hoje, mantêm moradores em suas alas médicas? Quais são as barreiras que impedem a desinstitucionalização dessas pessoas? E mais, quem são essas pessoas que ainda hoje, em 2022, vivem dentro de hospitais psiquiátricos?

1.4) Relatórios e Novas Leis de Saúde Mental

O percurso manicomial no Estado de Santa Catarina, como pôde ser visto, é muito complexo e se desdobra em avanços e retrocessos em diferentes níveis, o que causa uma certa sensação de *lei do eterno retorno*. Talvez por isso a analogia do redemoinho manicomial esteja sendo construída nessas linhas e, mesmo que às vezes pareça caótica, basta lembrar o fluxo de um redemoinho na mente, em movimento, andando, crescendo, destruindo, perdendo força, desaparecendo e sendo recomposto novamente pela mais breve e forte corrente de ar, para que se possa vislumbrar os passos dessa lógica. No caso manicomial, um suspiro é suficiente para que ele volte a tomar forma e a ter força.

Isso torna evidente os retrocessos que sempre existiram. O primeiro hospital psiquiátrico do Estado foi fundado em uma época em que já eram questionados os modelos manicomiais de "tratamento". Depois, com tentativas de humanização, transferiram parte dos pacientes para uma outra instituição, tornando-a também um hospital psiquiátrico, embora ela não carregue no nome essa definição. Após os processos de Reforma, obviamente que muitos espaços do Estado fecharam, como é o caso do Hospital Psiquiátrico Rio Maina, em Criciúma. Entretanto, na dimensão contrária, fecharam também Residências Terapêuticas (RT) e retomaram a internação psiquiátrica permanente de pacientes que já estavam vivendo em casas, graças à falta de profissionais e recursos econômicos, com a justificativa principal do envelhecimento dos pacientes. Vamos adentrar a esses tópicos mais à frente, redesenhando a atualidade desses espaços hospitalares que mantêm moradores permanentes dentro de suas alas psiquiátricas, por enquanto, vamos focar nas duas primeiras décadas do século XXI, quando relatórios de inspeção foram feitos no país.

Primeiramente, em um relatório feito pelo Ministério da Saúde, em 2004, denominado "Residências Terapêuticas o que são, para que servem", foi realizado um levantamento dessas residências e nele consta que não havia nenhuma RT em Santa Catarina, embora o serviço alternativo já estivesse estruturado em diferentes regiões. Isso evidencia o atraso do Estado

para a manutenção e combate da manicomialização de seus serviços e, atualmente, SC conta apenas com três RT, a saber: em Monte Castelo, um SRT I e em Joiville, dois SRT II (BRASIL, 2018)¹⁶.

No mesmo ano, foi feita uma inspeção em hospitais psiquiátricos em todo o Brasil, publicada com o nome: "Direitos Humanos: uma amostra das instituições psiquiátricas brasileiras"¹⁷. No texto, documentaram apenas a realidade de um Hospital Psiquiátrico de Santa Catarina, embora tivesse outra instituição com moradores de ala psiquiátrica vivendo de forma permanente dentro de suas estruturas. Pude observar, na análise documental, que quando falam de SC, os redatores não costumam incluir o Hospital que antes era destinado à doença de Hansen como uma instituição psiquiátrica, embora ainda hoje ele abriga 39 moradores em alas psiquiátricas. Voltando ao relatório, escolheram como título para falar sobre o Hospital Psiquiátrico, a seguinte sequência de palavras: "Hospital Psiquiátrico de Santa Catarina – mais ociosidade, mais impregnação". As informações transcorridas são ainda mais complexas, tão degradantes quanto os substantivos escolhidos no ato da titulação dos autores.

Identificaram que a instituição possuía 359 pacientes crônicos e 160 pacientes agudos. Sobre as unidades residenciais, utilizam o adjetivo “precário” para revelar que os pacientes viviam em um local, que anteriormente era utilizado como galinheiro. Além disso, os pacientes foram definidos como em “boas condições de higiene”, entretanto, enfatizaram que muitos estavam usando sandálias de borracha mesmo com as baixas temperaturas do sul do país. Esse dado foi marcante porque no trabalho de campo que realizei em 2022, ou seja, 17 anos depois, uma das coisas que os pacientes mais me pediram foram meias e lembro de ter anotado, mais de uma vez no Diário de Campo, a ocorrência de moradores chorando pedindo novas meias e reclamando do frio.

A palavra "impregnado" foi utilizada para descrever a situação dos pacientes devido ao excesso de medicamentos e a "ociosidade" aparece como maior problema relatado pelos pacientes. Sobre a estrutura da ala, registraram "cobertores velhos", "travesseiros sem fronhas" feitos por colchões cortados e "camas sem lençóis". Um paciente com HIV (Vírus da imunodeficiência humana) foi identificado e ressaltaram que não havia cuidados

¹⁶ Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/enderecos/10678-ser-vico-residencial-terapeutico-srt/file>. Acesso em 2 de dezembro de 2022.

¹⁷ Disponível em: https://www.mpf.mp.br/portal/pfdc/midiateca/outras-publicacoes-de-direitos-humanos/pdfs/Relatorio_Inspecao_Unidades_Psiquiatricas.pdf. Acesso em 3 de dezembro de 2022.

específicos para o que era exigido pelo caso. Registraram uma paciente de nacionalidade francesa que não dominava português e estava "isolada". Também observaram pacientes adolescentes internados por ordem judicial, o que "[...] termina construindo situações de flagrante desrespeito ao Estatuto da Criança e do Adolescente–ECA.". Na sala de Terapia Ocupacional, não foram identificados trabalhos. Relataram que a direção estava ainda trabalhando na documentação dos moradores, tendo sido emitidas 130 certidões de nascimentos naquele período.

Sobre passeios, relataram que os pacientes fizeram uma viagem para Aparecida do Norte, em São Paulo, o que foi muito interessante para mim, quando li, pois, no trabalho de campo, os moradores sempre comentavam dessa viagem e me mostravam fotos do passeio. Sobre a equipe, citaram um processo de educação continuada, mas os funcionários reclamaram sobre a ausência de plano de cargos e salários para a carreira, tal como também registrei atualmente depois de entrevistar alguns profissionais. Finalizaram dizendo que a única política que tinham em relação à saúde do trabalhador eram as reuniões de equipe. Alguns projetos foram citados, como o Centro de Convivência (para pacientes moradores) e o Manual de Enfermagem (para a humanização dos serviços). Destacaram, ainda, que não constatarem projetos terapêuticos individuais voltados para os pacientes.

Documentaram um óbito por afogamento durante uma tentativa de fuga e o desconhecimento, por parte dos pacientes, de seus direitos: "Desconhecem, por exemplo, informações sobre as medicações utilizadas e seus efeitos" (p. 81). Mais uma vez isso se repetiu nas constatações do Diário de Campo e trabalharemos com a atualização desses dados mais adiante. Finalizam o documento com diversas indicações, entre elas, a seguinte:

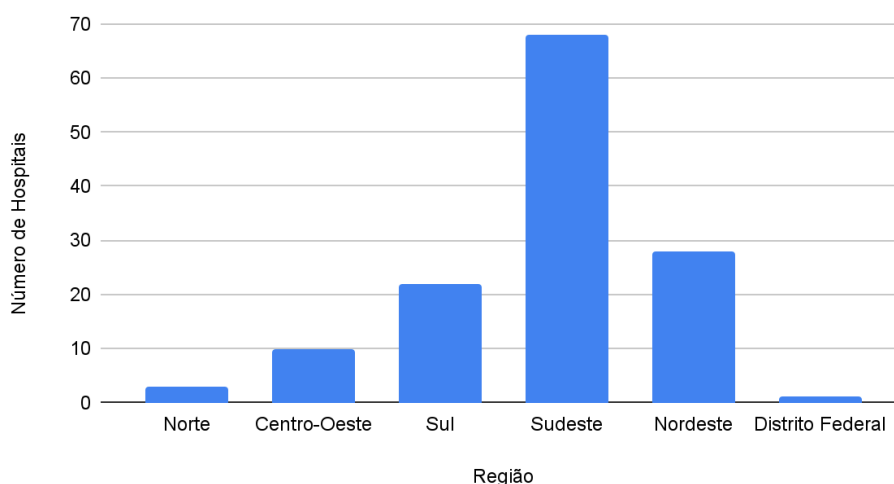
1. Considerando o quadro descrito neste relatório, é urgente que o Ministério da Saúde acelere e intensifique o processo de desinstitucionalização e o fechamento de leitos nestas instituições, elementos fundamentais da Reforma Psiquiátrica brasileira, ao mesmo tempo em que estimule os serviços de atenção à saúde mental de natureza ambulatorial e comunitária, à medida que o caráter incontrolável das instituições hospitalares psiquiátricas na produção da violência significa, quotidianamente, mortificação desnecessária à vida de mais de 50 mil cidadãos brasileiros. Cada dia em que se mantêm funcionando os hospitais psiquiátricos significa a multiplicação das chances de que os direitos desses cidadãos sejam violados.

A partir dessa recomendação podemos ver que a precarização e a mortificação dos pacientes eram ainda denunciadas, mesmo naquele ano, já existindo a Lei de Saúde Mental, mesmo o hospital tendo passado por tantas reformas, mesmo tendo sido renomeado e, ainda, mesmo com os projetos de tentativas de desinstitucionalização.

O fluxo manicomial é revelado aqui através de uma interessante maneira, quando nas recomendações dizem que a tendência comum é que os direitos desses cidadãos sejam violados nesses espaços. É exatamente esse ponto que nos faz parar para observar, pois ele nos mostra que a manutenção da instituição, longe de provocar a superação das tendências manicomiais, só fortalece uma estrutura de poder que desembocará, mais cedo ou mais tarde, em mais uma violação de direitos. Palavras como "fiscalização", "vigilância", "avaliação", "redefinição" e "intervenção" já aparecem há anos e são repetidas em 2004, sendo reconhecidas como fundamentais para a superação da lógica mortificante manicomial. Além da identificação recorrente de "internações psiquiátricas abusivas", "atos de violência sobre os internos" e "manutenção de espaços de violência" que são também recorrentes.

Em 2019, outro relatório foi realizado, denominado "Hospitais Psiquiátricos no Brasil: Relatório de Inspeção Nacional 2019", nele, dois Anexos mereceram destaque, no Anexo 1 podemos ver a Relação nominal dos Hospitais Psiquiátricos inspecionados, pois foram escolhidos - por motivos metodológicos - apenas 40 hospitais de um total de 131 instituições psiquiátricas habilitadas no país. Em Santa Catarina, apenas um Hospital Psiquiátrico, novamente, passou pela inspeção. No Anexo 3 podemos ver a relação nominal dos Hospitais Psiquiátricos com habilitação ativa em setembro de 2018. No gráfico que estruturei abaixo (Gráfico 1), podemos ver como essas instituições estão divididas no país. Vale destacar que, em Santa Catarina só foram identificados 3 hospitais e que, embora com pavilhões psiquiátricos lotados, o Hospital Colônia não foi, mais uma vez, contabilizado.

Gráfico 1: Distribuição dos hospitais psiquiátricos no Brasil



Como podemos notar, a região Sul ocupa a terceira colocação em relação ao número de hospitais psiquiátricos, além disso, algumas informações do relatório merecem destaque. Primeiro que o Hospital Psiquiátrico que trabalhamos nesta pesquisa era, na época, um dos 18 hospitais visitados que ainda recebia adolescentes. Além disso, o relatório demonstra que, nele e em outros 8 hospitais, essas internações eram, na maioria dos casos, compulsórias. Essa informação é importante porque, anos depois, ele parou de receber adolescentes, entretanto, no ano da pesquisa de campo (2022), foi inaugurada uma nova ala para receber apenas indivíduos menores de idade.

Outro ponto de destaque é a falta de dados sobre raça/cor, identidade de gênero e sexual, pessoas com deficiência, gestante, interdições e benefícios, o que gera, entre muitas outras coisas, um apagamento desses sujeitos. Repetindo o relatório de 2004, encontraram novamente um menor internado com os adultos, com a justificativa de ser uma internação por ordem judicial. O espaço é também uma das seis instituições que abriga pessoas internadas por decisão judicial e é ainda um de dois hospitais que têm também habilitação "PNASS maior que 80%" (código 0615), o que significa que o hospital obteve na edição do PNASH/Psiquiatria 2003-2004 pontuação igual ou superior a 81%, recebendo um incremento financeiro no valor das diárias em psiquiatria pelo Programa Nacional de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (Portaria SAS/MS nº 493).

Sobre a alimentação, não identificaram problemas. Em relação ao lazer, identificaram pátios, ambientes com TV e quadra de esportes (sendo um entre apenas sete instituições com essa estrutura). Encontraram alas sem acessibilidade, como a Unidade de Dependência Química (UDQ). Já sobre a segurança do local, contam que esse obteve um alvará sanitário em agosto de 2018, entretanto não foi apresentado o relatório da ANVISA e não havia alvará de funcionamento do corpo de bombeiros por ausência do Projeto de Prevenção contra Incêndio. Além disso, a rotina e as regras institucionais são denunciadas como agentes que obstaculizam e restringem o acesso das pessoas internadas aos ambientes de convivência e lazer. Além do mais, o Hospital estava entre os 33 hospitais que possuíam ausência de atividades terapêuticas individuais e/ou coletivas e de lazer, o que promovia um "cotidiano repetitivo" (p. 202). Foi também incluído entre aqueles 20 hospitais que não garantiam a individualização e singularidade das pessoas internadas. Além de anunciarem a ausência de um Projeto Técnico que, a saber, seria:

[...] o conjunto de objetivos e ações, estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados para a recuperação do paciente, desde a admissão até a alta. Inclui o desenvolvimento de programas específicos e

interdisciplinares, adequados à característica da clientela, e compatibiliza a proposta de tratamento com a necessidade de cada usuário e de sua família. Envolve, ainda, a existência de um sistema de referência e contra-referência que permite o encaminhamento do paciente após a alta, para a continuidade do tratamento. Representa, enfim, a existência de uma filosofia que norteia e permeia todo o trabalho institucional, imprimindo qualidade à assistência prestada (p. 182).

Este projeto seria fundamental para a organização institucional e sua ausência, segundo o relatório, seria uma predisposição para uma organização institucional violadora de direitos. A inexistência também foi encontrada em outros 13 hospitais. Na mesma toada, o projeto Terapêutico Singular não foi encontrado na organização do cuidado das pessoas internadas, tanto no Estado, quanto em outros 19 hospitais. Por fim, sobre os profissionais, as informações também repetem o que foi visto em 2004, pois relatam a falta de trabalhadores e a alta demanda de serviços, além de atividades de Educação Permanente concentradas apenas nos profissionais de enfermagem e sem visar continuidade dos treinamentos, sendo resumidos em ações pontuais e não periódicas.

Além de todo este histórico, desde 2017, o Brasil tem passado por um movimento que afeta ainda mais as conquistas da última Reforma Psiquiátrica. Foi criada a ideia da “Nova Política Nacional de Saúde Mental” e, a partir dela, profissionais buscam direcionar esforços para promover o retorno ao modelo manicomial centralizado na hospitalização e na medicalização dos pacientes, alimentando uma política de mercado utilitarista para a saúde mental. As justificativas para a institucionalização variam entre diferentes discursos e há uma polarização no país. Por um lado, um grupo a favor da RPB luta pelo fim dos hospitais psiquiátricos com moradores, denunciando questões de violência, alto poder de exclusão e segregação e intensa violação dos direitos humanos. Por outro lado, um grupo que possui uma lógica mercantilista, tem atuado no sentido de retorno ao modelo hospitalocêntrico, argumentando que as práticas substitutivas - como os CAPS, as Residências Terapêuticas, os Centros de Convivência, os projetos de geração de renda, os projetos culturais e as oficinas de trabalho - não são suficientes nem eficazes para os tratamentos psiquiátricos no país e geram gastos inaceitáveis para o Estado.

A Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde, dispõe sobre alterações na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), direcionando a "Política de Saúde Mental no sentido de um enfraquecimento dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e da rede de base territorial, fomentando a implantação de dispositivos de lógica manicomial e restritivos de autonomia e liberdade" (p. 5). Além disso, nessa "Nova Política" podem ser encontrados mecanismos de desestruturação da RAPS, retorno ao modelo hospitalocêntrico,

aumento no valor da diária de internação para alimentar a lógica mercantilista da loucura, não regulamentação do encerramento de leitos com a desinstitucionalização, como disposto nas Portarias nº 106 de 11 de fevereiro de 2000, nº 3090 de 23 de dezembro de 2011, e nº 1840 de 5 de novembro de 2014, enfraquecimento dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais com a exigência de taxa de ocupação de 80% para mantê-los, retorno de unidades ambulatoriais especializadas, enfraquecendo as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Equipe de Saúde da Família (ESF) e o CAPS; entre outros. (CRUZ, GONÇALVES, DELGADO, 2020).

Com esse cenário efervescente, iniciei a pesquisa de campo, passando a investigar suas proporções em níveis macropolíticos, através dos documentos e da participação nas Conferências de Saúde Mental regionais, macrorregionais e Estadual, e em níveis micropolíticos, dentro de hospitais psiquiátricos identificados no mapeamento etnográfico como instituições hospitalares que mantêm moradores em suas alas médicas. Além de encontrar pavilhões abrigando muitos pacientes, presenciei duas situações limites: 1) o fechamento de uma estrutura alternativa ao modelo hospitalocêntrico denominado Unidade de Gestão Participativa, que funcionava nos moldes de um Residencial Terapêutico e, 2) a manutenção e ocorrência de internação compulsória e permanente de um novo morador que foi transferido para o Hospital. Vamos adiante adentrar, finalmente, às características atuais desses espaços que, sendo modelos de dispositivos de saber-poder (FOUCAULT, 1987), vêm transformando o redemoinho manicomial em um verdadeiro ciclone envelhecido e abandonado.

Capítulo 2: O “pisar em ovos” etnográfico: percursos entre as ilusões e as escolhas

“Fechei os olhos e pedi um favor ao vento: Leve tudo que for desnecessário. Ando cansada de bagagens pesadas... Daqui para frente levo apenas o que couber no bolso e no coração.”
Cora Coralina

Entre bagagens pesadas sendo postas de lado, mas compondo - inevitavelmente - mais da metade do que aqui escrevo, preciso iniciar esses emaranhados dizendo que este será, imperativamente, um Capítulo sobre escolhas. Sartre (1946[1987]) já dizia que “[...] não escolher já é uma escolha” e Schopenhauer também se dedicou a esses espinhos dizendo que “a [própria] tomada de decisão significa encerrar um universo inteiro de possibilidades.”, uma vez que “Todo “sim” está sempre encaixado à firme negação de seu oposto” (SAFRANSKI, 2018, p. 72). Esses excertos traduzem, em partes, um pouco do fazer etnográfico, isso porque as escolhas que o compõem são as mesmas que o limitam e, na mesma proporção, o potencializam.

Não é nenhuma novidade, na Antropologia, que o trabalho etnográfico seja composto por *escolhas*. Pesquisadores têm trabalhado esse tema há anos e, mesmo assim, os universos inteiros de possibilidades que são encerrados nesses processos permanecem ocultos, como se o simples fato de revelarmos sua existência nos poupasse de aprofundarmos em seus significados. Uma pesquisa precisa de recortes, mesmo que isso signifique deixar para trás uma porção de ‘importâncias’. Dentro de cada uma dessas escolhas, há ainda um pequeno revelar do pesquisador que nelas circulam. Haraway (1991, p. 195) já defendia uma abordagem do conhecimento que reconhecesse seu caráter "situado", que demonstraria também a posição e o contexto a partir do qual o pesquisador fala. Não é - portanto - alguma coisa nova pensar sobre e expor, em um trabalho científico, quem é o(a) pesquisador(a) que está a fazer escolhas entre os fluxos de pensamentos apresentados. Embora essa afirmação tenha suas controvérsias e divida opiniões entre as diferentes ciências, o estudo aqui apresentado foi composto duvidando de neutralidades axiológicas e questionando escolhas ao longo do processo, impreterivelmente, científico.

As ciladas das diferenças (PIERUCCI, 1990) me ajudaram a reificar, em pleno 2023, esse papel científico da Antropologia. Não faço arte, embora quisesse. Não faço literatura, embora eu seja uma adepta assídua. O caminho metodológico que sigo está muito distante de outras formas de produção de conhecimento, o que me faz vê-las todas emaranhadas e

horizontalmente potencializadas nas epistemologias ora criadas, ora reproduzidas. Opto por traçar lugares que me ajudarão, posteriormente, a justificar escolhas. Esse é então nosso ponto de partida. Parafraseando uma frase comumente repetida¹⁸, mas com leves e importantes alterações: “*Na ausência da etnografia imitando a vida, haverá a vida replicando a etnografia*”. Quem replica o que não pode ser determinado deve estar aberto aos fluxos que virão nesses movimentos de criação, por este motivo que, antes de mais nada, é preciso ressaltar que este texto é também um experimento - em movimento. Essa é a “força” da pesquisa antropológica em hospitais, pois, quando tenta se aproximar da experiência de dor, doença e sofrimento, não tem a pretensão de captar exatamente o que essas experiências significam, mas sua força está, ao contrário, na modéstia e na consciência da incompletude da tentativa (LONG, HUNTER, GEEST, 2008, p. 75).

Retomando os ensinamentos da Antropologia feminista, que nos ensinou que devemos atentar-nos também aos antecedentes pessoais do pesquisador em campo (MOORE, 1988; WIND, 2008), vale dizer que por trás dessas linhas há então uma pesquisadora, mulher, com 27 anos e trabalhando com etnografia de hospital desde os 19, ou seja, desde que comecei na pesquisa estive debruçada sobre essa temática e meu eu ‘antropóloga’ foi inteiro construído nessas experiências dentro de hospitais psiquiátricos, primeiro em São Paulo (2016-2020) e agora em Santa Catarina (2021-2024). É interessante trazer essas informações antes mesmo de apresentar a metodologia utilizada porque, enquanto etnógrafa mulher e relativamente jovem, inevitavelmente, tornei-me também objeto de interpretação (WIND, 2008). Isso, por sua vez, moldou, de diferentes formas, a maneira como fui recebida em campo, corroborando com o que escreveu Peshkin (1985, apud GOODWIN et al., 2003), ao dizer que a identidade do próprio pesquisador possui elementos tanto habilitadores quanto incapacitadores que moldam os caminhos que são seguidos e/ou abandonados durante o trabalho de campo.

Trago isso para este momento da discussão, para que possamos retornar às questões referentes às escolhas, que nem sempre são conscientes, mas são - sem dúvidas - sempre contextualmente cocriadas no processo etnográfico, uma vez que a produção do conhecimento antropológico está situada e repousa tanto no trabalho de campo, quanto nas relações sociais que nele habitam (WIND, 2008). Em momentos que não nos resta espaço para escolhas, torna-se inviável percorrer outros fluxos que não aqueles que o campo nos indica. Podemos, então, notar não uma, mas múltiplas escolhas, de diferentes agentes, compondo o que pesquisamos/vivemos.

¹⁸ Frase original: “*Na ausência da arte imitando a vida, haverá a vida replicando a arte*”.

Penso as escolhas em duas esferas, na primeira, da vivência, a escolha pode ser também uma ilusão dentro de um campo de negociação, uma vez que os agentes escolhem o que vão revelar em primeira instância e, secundariamente, acabam por também revelar outras questões a partir das suas ações cotidianas, tornando ilusórias, na mesma medida, suas próprias escolhas. Já na segunda esfera, a da escrita, a escolha é também uma outra ilusão, entretanto, do pesquisador, que acredita “escolher” os dados com os quais irá trabalhar em seu texto, ilusoriamente por si dominado. Essa escolha ‘do que escrever’, por sua vez, é também moldada pelo que foi aberto pelo campo, pelo que tentou fechar-se, mas transbordou e pelo que se tornou inconveniente relatar. Assim, pode ver-se o quanto o processo de “moldagem” dos dados etnográficos é simbiótico, no qual quem pesquisa e a comunidade estudada interagem de forma a moldar os dados que serão trabalhados. Esta modelagem, por sua vez, é também um processo político semiconsciente de negociação (GOODWIN et al., 2003, p. 576).

Dito de outro modo, “A comunidade pesquisada não é um componente passivo; ela também tem uma influência sobre aquilo que o pesquisador está incluído e excluído” (idem, p. 576, tradução minha) e, contrapondo à gramática portuguesa, o próprio substantivo feminino ‘escolha’, quando verbo, é coletivo, ou seja, construído contextualmente e relacionalmente entre múltiplos sujeitos. Vamos abordar essas questões nas linhas que se seguirão e encontraremos, já pressuponho, muito mais dúvidas que certezas. Por ora, vale retomar o que escreveu Fluehr-Lobban (1998, apud GOODWIN et al., 2003), pois, ao contrário do que se pode pensar, a gerência do fluxo de dados não está inteiramente sob comando de quem pesquisa, mas deve ser negociada nos dilemas cotidianos.

Isso me faz lembrar da sensação de pisar em ovos que também esteve presente nas composições que aqui estão sendo apresentadas, em uma etnografia que me fez encontrar meus próprios limites e não permitiu, nem por breves momentos, que eu dela escapasse. Ela me agarrou como quem precisa ser vista e, agora, o que faço é simplesmente revelar fragmentos do que ela me mostrou. Gosto de criar esse espaço de diálogo etnográfico, também entre pesquisador e pesquisa, além de escritor e leitor, mesmo que sem respostas e, mesmo que dentro de um vazio silencioso, porque vejo a agência nos textos, que também nos conduzem a lugares-outras nos processos de interpretações. Além disso, reitero a importância de se ter em mente a influência da pesquisa no agente pesquisador, pois percebo que, enquanto formos nós nossos próprios instrumentos de trabalho, não poderemos evitar que ao construirmos nossa ciência estaremos criando nós mesmos, como disse Fanon (1986, p. 29), *“No mundo pelo qual viajo, estou me criando incessantemente.”*

Pois bem, têm sido dias silenciosos, ponderando entre possibilidades e revisitando um passado que acabou de passar. É estranho olhar para trás e ver uma pesquisadora indo e vindo entre telefonemas e visitas em instituições psiquiátricas, espaços que transbordam falsas verdades e coroam especialistas inexperientes. Sempre que falo sobre esta pesquisa, a primeira pergunta que escuto, sem exceções, é: “Mas como você fez para entrar lá?”. Acho curiosa essa questão, porque não é um questionamento que emerge em todas as situações de trabalho de campo, mas pesquisar uma instituição fechada, ou total, tal qual a famosa definição de Goffman (1961)¹⁹, é uma tarefa que requer um trabalho diferente, assim como as pretensões de fazer etnografia nestes espaços.

É por isso que opto por denominar meu trabalho de *etnografia em lugares limites* e, infelizmente, ainda careço de definições. Talvez isso ocorra devido à inconstância que esses espaços representam, mesmo dentro de regras solidificadas há, sem exageros, séculos. O Lugar Limite, nesta pesquisa, é pensado como um espaço que confronta na sua própria existência, que escancara e faz ser visto mesmo quando encoberto. É um lugar que grita em silêncio. Lugar que se mostra no escuro. O Limite é dado já no início, seja pelo muro (literalmente físico) que o circunda, pelas várias portas trancadas até chegar ao espaço escolhido, pela condição ou (não-condição) de vida daquele ambiente, pela impossibilidade do florescer, pela falta, pela escassez ou pela vida. Ali moram vidas que foram, inegavelmente, interrompidas. Longe de romantizar o manicômio, o que apresento aqui são cenas políticas do que lá vivi. O limite citado não foi, em momento algum, criado apenas por um *eu* pesquisadora, mas também pelo próprio ambiente, limítrofe, que se escancara o tempo todo.

Mas como fazer etnografia em um ambiente de escassez, onde muitas vezes revolta, angustia e mais ata do que desfaz nós? Como fazer etnografia em um ambiente que demanda e carece mais que qualquer outro espaço já pisado? Como não reificar lugares, fugir dos romantismos e desenhar uma etnografia que suporte o emaranhado de dados tão caóticos e por vezes violentos, como nesses espaços? Para onde podem nos levar esses fios de reflexões que estão sendo construídos? O que, finalmente, escolher revelar dentro de infinitas e necessárias possibilidades? Para numerosas questões e poucas respostas, opto primeiramente por apresentar, a seguir, os caminhos *escolhidos* para adentrar a esses ambientes manicomial e institucionais e, em seguida, descenderemos a essas questões de densidades metodológicas.

¹⁹ “[...] 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” (p. 11).

2.1) Percursos Metodológicos: As Múltiplas-Possibilidades Cotidianas e as Resistências Veladas

Em julho de 2021, comecei um trabalho de caça ao tesouro e, embora essa analogia possa trazer a ideia de que - no final e se bem sucedida - essa busca me faria encontrar um baú cheio de jóias e ouros, não sabia ainda o que esperar caso encontrasse aquele estranho e desconhecido objeto. Ele certamente não teria o que compõe baús comuns, essa era minha única certeza. Não tinha mapas que eu pudesse recorrer e o que eu buscava estava sendo enterrado constantemente, há anos, o que dificultava ainda mais o trabalho. Foi desafiadora a tarefa de encontrar essa espécie de baú em movimento, com camadas incansáveis de terra sobrepostas, que não deixavam que os seus rastros fossem vistos facilmente e faziam parecer que encerravam-se em si.

Antes de iniciar a pesquisa de campo, deveria então encontrar as instituições psiquiátricas públicas que continuavam abrigando moradores de forma permanente em suas alas médicas. Comecei por buscas online, usando frases-chave como “hospitais psiquiátricos em Santa Catarina”, “moradores de hospitais psiquiátricos”, “instituições asilares psiquiátricas em Santa Catarina”, “hospitais psiquiátricos com moradores”, “pacientes crônicos de hospitais psiquiátricos”, “leitos psiquiátricos em Santa Catarina”, etc. Identifiquei 526²⁰ leitos psiquiátricos ou de saúde mental no Estado²¹, entretanto, não consegui encontrar informações sobre a existência de moradores permanentes nas alas psiquiátricas dessas instituições, o que me fez partir para a segunda fase do mapeamento.

Depois de listar todos os hospitais públicos que tinham leitos psiquiátricos, liguei para cada um deles para saber se abrigavam pacientes de longa permanência. Por motivos éticos não revelarei os nomes dos hospitais e falaremos mais adiante sobre as instituições de modo geral. Nessas ligações, era muito difícil receber as informações buscadas, pediam para que eu ligasse novamente mais tarde ou diziam que não sabiam ou que não poderiam responder se havia ou não moradores vivendo ali. Sempre me apresentei, nesses telefonemas, como doutoranda em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina e foram poucas as vezes que questionaram algo a mais que isso. Naquela segunda fase, encontrei

²⁰

Disponível

em:

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/enderecos/15816-hospitais-sm-atualizado/file>. Acesso em 30/6/2021.

²¹ Posteriormente, descobri quase 80 moradores que ocupavam “leitos psiquiátricos” e que não foram contabilizados nos documentos do Estado.

apenas três instituições públicas que possivelmente abrigavam moradores em alas psiquiátricas. Entrei em contato e marquei uma visita com duas delas, a terceira, que era um hospital de custódia, nunca me retornou.

Na primeira visita, pude conversar com coordenadores responsáveis pelas instituições e expliquei a pesquisa e as ideias iniciais que tinha para ela. Naquela época, meu objetivo era compreender como funcionavam as internações de longa permanência, quais eram as estruturas das alas asilares psiquiátricas e por que elas continuavam existindo mesmo com todos os processos de Reforma Psiquiátrica brasileira, que pressupunham a desinstitucionalização desses pacientes. Basicamente, queria encontrar as barreiras que impediam esse processo de desinstitucionalização.

Além de levar cópias do meu projeto, aproveitei a visita para conversar com os dirigentes e para também me apresentar. Eu já estava trabalhando com etnografia de hospital há anos e precisava que eles soubessem que eu tinha certa experiência no campo. Não tive nenhuma barreira para adentrar os espaços além da burocracia esperada. Na primeira instituição, fui recebida com um certo entusiasmo, sendo chamada de “nossa antropóloga”; e, na segunda, o diretor que me recebeu enfatizou que sabia como era complicado fazer uma Tese no nosso país e que iria me ajudar a tornar a pesquisa realizável, pois ele tinha feito doutorado também.

O acesso inicial não foi, em momento algum, um problema, mas o tempo para que a autorização de tê-lo chegasse, foi longo e, para mantê-lo, também não foi tão simples quanto para recebê-lo. Combinamos então, que depois da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, eu iniciaria visitas às alas de moradores permanentes ou, nas palavras deles, “pacientes crônicos”. O primeiro hospital tinha um Comitê de Ética próprio, e meu projeto foi discutido e aprovado no local. Entre a primeira conversa pessoalmente e a autorização por escrito da primeira instituição, na qual eu iniciaria o trabalho de campo, se passou apenas um mês, já a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) foi mais complexa.

O percurso no CEP rendeu um longo caminho. Pareceres diferentes vinham a cada submissão, como se o diálogo entre os avaliadores não existisse. Foi uma experiência muito diferente da pesquisa de mestrado, quando recebi a autorização já na primeira tentativa, muito mais rapidamente. Devido à demora do processo, com intervalos de até dois meses para que notícias sobre os pareceres fossem adicionadas ao sistema, além de várias ligações e tentativas frustradas de respostas da aprovação ou pendência do projeto, mesmo com prazo máximo para retorno vencido, só recebi a aprovação seis meses depois, na quinta versão. Quando retornei à segunda instituição, a ala em que eu fazia minha pesquisa havia sido

fechada, e os moradores foram levados a outro espaço do hospital. Precisei então reformular brevemente o projeto, que levava o nome da ala no título.

De certa forma, aquele episódio teve um efeito positivo, pois tive então a autorização para pesquisar uma ala “mais fechada” do segundo hospital, já que a ala “mais aberta” teve suas atividades interrompidas. Ficou acordado que eu faria pesquisa de campo nos dois hospitais, não simultaneamente, devido aos riscos da pandemia de Covid-19. No primeiro hospital, eu fazia visitas de segunda a sexta, das 8 horas até às 15 horas. No segundo hospital, fiz visitas também de segunda a sexta, das 8 horas até o meio-dia. Nesse período de campo, fiquei alguns dias sem visitar os hospitais, na primeira vez devido ao teste positivo de alguns moradores para o coronavírus e, depois, devido a alguns intervalos que precisei fazer entre uma visita e outra para que eu pudesse revisitar e retrazar os planos metodológicos.

Naquela fase da pesquisa, para iniciar a etnografia de hospital proposta, fiz o que pode ser definido como observação participante ou, com algumas atualizações, como observação interativa negociada (WIND, 2008, tradução minha), pois, ao observar, também vivemos o/no ambiente, nos envolvemos com as vivências e com as tramas e percorremos fluxos de acontecimentos que são direcionados pelas relações construídas. Hirsch (1995) também contribui nessa discussão, ao propor aos pesquisadores uma mudança de perspectiva em relação à observação, que incluiria - também - o exame da relação entre os diferentes níveis que as constituem e a consciência da posicionalidade e perspectiva do pesquisador (MÜLLER, ORTEGA, MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2022, p. 9). É por esse motivo que, gramaticalmente, a primeira pessoa do singular - eu - foi escolhida para os relatos desta pesquisa, combinada com a primeira pessoa do plural - nós - nos espaços de convite para o leitor entrar também no texto e nos relatos das relações entre pesquisadora e o campo.

De modo geral, as visitas nas duas instituições começaram em agosto de 2021 e foram finalizadas em maio de 2022, totalizando mais de 70 relatos registrados no Diário de Campo. Para este último, podemos ter em mente a definição de Goodwin et al. (2003, p. 573) que o vê como um espaço de trabalho privado onde quem pesquisa pode deliberar sobre o que fazer com estas informações sensíveis. Entretanto, adiciono aqui que este “trabalho privado” deve ser contextualizado e as relações que o compõem devem ser reconhecidas, embora a ilusão do espaço privado possa contribuir para o desenvolvimento das reflexões trabalhadas. No coletivo da observação participante, encontrei o que viria ser trabalhado na escrita do diário, em um espaço que permitia um fluxo de interpretação fluido e mais passível de erros, uma vez que os materiais, que só seriam vistos por mim, seriam ainda retrabalhados e revisitados.

Alguns dias não puderam ser transcritos, pois, pela primeira vez, depois de tantos anos vivenciando pesquisas etnográficas, experienciei visitas que simplesmente não permitiam que eu escrevesse sobre elas. Precisei optar, diversas vezes, por apenas viver as experiências, o que já me confrontava com situações bastante limítrofes, pois alguns espinhos não podiam fazer parte do material escrito. Meu percurso metodológico, naquela fase da pesquisa, foi construído assim: visitava a instituição e, no final do dia, transcrevia minhas experiências nos meus diários de campo. Mantive também uma caderneta para tomar notas durante o dia, pois viajava cerca de 50 quilômetros para chegar aos hospitais e temia esquecer algo importante no caminho de volta. Como o Diário de Campo, comecei com um caderno que se transformou em arquivos online, já que o fluxo rápido do pensamento e dos acontecimentos não poderiam ser acompanhados usando caneta e papel. Também facilitou a escrita das anotações, as minhas idas de ônibus, num percurso que levava duas horas e meia. No segundo hospital, acabei indo de carro, em uma viagem que levava apenas 40 minutos, já que estava inviável passar mais de cinco horas no trajeto de ida e volta para as instituições.

A dinâmica das visitas foi muito variada, desde passar o dia sentada com os moradores, até jogar jogos ou fazer desenhos. Os moradores foram também compondo uma rotina que eu deveria seguir, construímo-nas juntos e, quando eu chegava ao hospital, já tinha algumas obrigações fixas, como passar no quarto de morador x, ir com morador y na enfermaria, pentear o cabelo de morador z, etc. As demandas apareciam no cotidiano e, juntos, a seguíamos. Além do diário, mantive outro caderno com datas, horários, tentativas de contato e informações gerais dos processos burocráticos da pesquisa. Nele tenho escrito o dia de cada contato prévio com as instituições, além das sensações que experienciava, os percalços pelos quais passava e as inspirações que transbordavam. Participação em eventos e indicações de leituras também eram transcritas naquele espaço, que foi composto por longas listas de documentos que precisava reunir, leituras que deveria incluir nas discussões, além das tarefas burocráticas do doutorado.

Um terceiro caderno foi utilizado para “desenhar a pesquisa”, para que, nos momentos em que meu “eu” pesquisadora se distanciasse dela (principalmente na fase do estágio sanduíche na Califórnia), eu pudesse me aproximar novamente de tudo aquilo que me movia. Neste último caderno, eu literalmente “desenhava” a pesquisa para mim, mas depois acabei por utilizar aquele material também no estágio sanduíche, pois, quando novos pesquisadores chegavam no *Psychological and Medical Anthropology lab.*, espaço que trabalhei por nove meses, era-me solicitado que mostrasse a pesquisa que estava desenvolvendo a partir do caderno, pois, com as imagens e desenhos, eles poderiam se aproximar um pouco mais do que

significa uma instituição psiquiátrica pública brasileira. Instituições como essas e com a mesma finalidade não existiam nos Estados Unidos. Acabei visitando um hospital psiquiátrico em San Bernardino, também na Califórnia, e descobri que as instituições daquele formato só podiam ser ocupadas por sujeitos que cometeram algum delito, como são os hospitais de custódia no Brasil. Muitos colegas brasileiros também não conheciam a condição das alas psiquiátricas do nosso país e até mesmo em eventos de saúde mental era comum que pessoas viessem conversar comigo, no final das minhas falas, relatando não saberem que essa realidade persistia. Meu objetivo secundário passou então a ser documentar aquela realidade, pois percebi que ela estava sendo, cada vez mais, escamoteada em reformas, mudanças de nomes das instituições ou simplesmente silenciamento e omissão das suas condições.

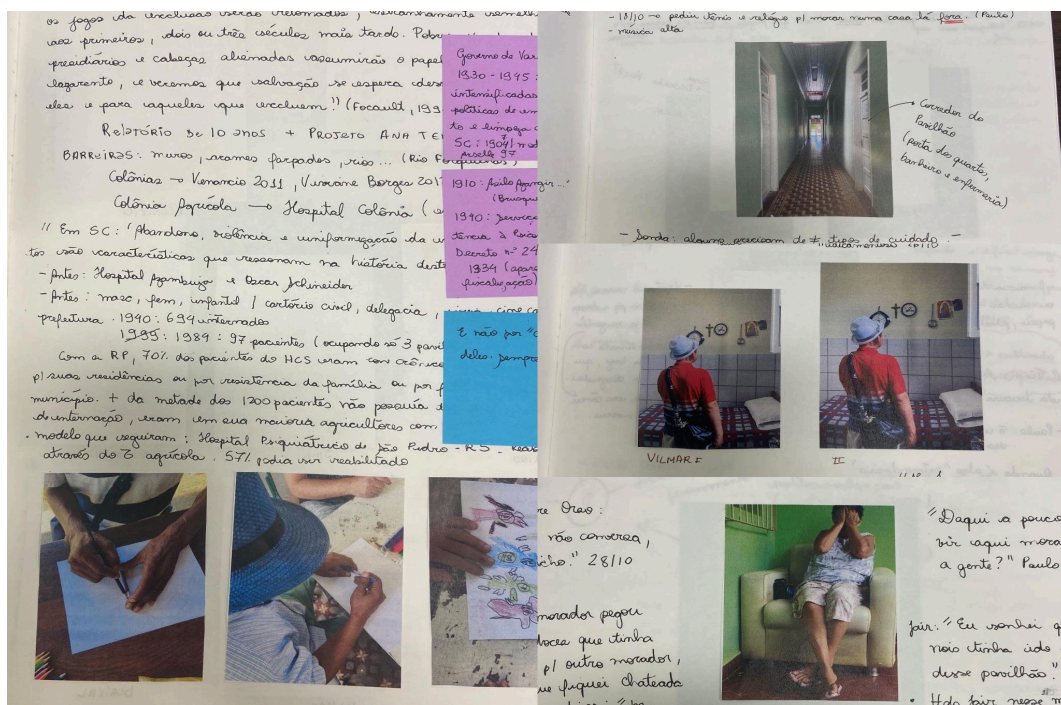


Imagem 1 - Diário de Campo

Como vivia muito mais com os moradores do que com os profissionais da instituição, optei por fazer entrevistas com estes últimos, pois a pouca convivência não seria suficiente para traçar qualquer tipo de observação. As conversas semiestruturadas totalizaram 14 entrevistas, gravadas, transcritas e anexadas ao mar de dados que acumulei. Além disso, compôs meus materiais etnográficos, os prontuários médicos de cada um dos residentes, que foram transcritos à mão em visitas específicas aos dois hospitais, pois era proibido que os materiais fossem escaneados.

Além da etnografia de hospital, compus meu trabalho com participação nas Conferências de Saúde Mental de Santa Catarina, nas quais não somente observei, mas

também fui convidada a apresentar, na fala disparadora, alguns dados das etnografias de hospital que já tinha feito anteriormente. Também frequentei audiências públicas em Florianópolis-SC que discutiam a criação de serviços substitutivos de saúde mental, participei dos eventos da Luta Antimanicomial (na rua e em algumas instituições de ensino superior), fiz 11 visitas a um Residencial Terapêutico que abriga moradores permanentes (também fiz um Diário de Campo para essas visitas) e participei da relatoria das propostas de Políticas Públicas de saúde mental no Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina, no centro de Florianópolis.

A bricolagem tornou-se infinita e agora apresento, por motivos óbvios, apenas alguns excertos de tudo o que foi experienciado e construído. Pensar na construção e no tecer etnográfico é importante para reificar a agência de quem pesquisa nas investigações pois, como dito anteriormente, não estamos à deriva em campo, embora possamos sentir, às vezes, que assim vivemos. O campo é construído na relação entre o pesquisador e as pessoas que vivem o/no ambiente escolhido e, se anteriormente citei a sensação de “pisar em ovos”, posso agora garantir que ela não foi simplesmente “despejada” em mim, mas eu também a construí enquanto ali vivia, com uma preocupação excessiva que se direcionava para diferentes campos da minha própria existência. Sobre essa situação nas etnografias de hospitais, escreveram os pesquisadores em Antropologia Médica de Sydney e Amsterdam, Long, Hunter e Geest (2008), que “[...] o acesso não pode ser tomado como garantido. É uma relação delicada que requer muita sensibilidade...” (p. 71, tradução minha). Era essa a sensação que mais me dominava, que o acesso ao hospital não era garantido e que podia ser “perdido” a qualquer momento, além de que eu deveria desenvolver uma sensibilidade apurada para saber como ali agir assertivamente, de uma maneira que viabilizasse minha presença naquele espaço.

2.2) Instituições Psiquiátricas: algumas pinceladas breves.

Nos primeiros dias de campo, chegava ao hospital e passava, primeiramente, pelo ritual inicial de lavar as mãos, usar álcool em gel e colocar uma máscara nova para entrar na ala de moradores, ou, como chamavam na instituição, na ala dos “crônicos” ou “deambulantes”. Vale pontuar que na instituição tinha um pavilhão que também abrigava moradores da psiquiatria, mas que eram “não deambulantes”, ou seja, não podiam circular pelo hospital, mas infelizmente minha autorização não englobava aquele espaço. Além disso,

já tinha levado meus comprovantes de vacina anteriormente e combinado que eu permaneceria de máscara todo o tempo da pesquisa, pois os moradores não as usam, estão “em casa”. Uma gentil enfermeira me levou para conhecer todas as estruturas físicas do Hospital que antes era uma Colônia de Hansen, a primeira instituição. Passamos no quarto de cada um dos moradores e pude me apresentar para eles, dizendo que era estudante e estava pesquisando como era viver dentro de hospitais. Durante as visitas seguintes, sempre dizia que, quando não quisessem conversar era só me dizer ou, quando não me quisessem por perto, também. Naquela instituição, os moradores não usam uniformes e encontrei alguns que me deixaram em dúvida para saber se eram pacientes ou não, isso porque apenas os trabalhadores da área da saúde usavam jalecos, os profissionais de serviços gerais usavam roupas comuns, e os profissionais da limpeza usavam um uniforme.

Alguns moradores foram solícitos, cumprimentaram, abraçaram e estiveram presentes do meu primeiro ao último dia no hospital. Alguns outros preferiram não manter contato. Outros ainda foram construindo uma relação de maneira longa e demorada, escolheram me conhecer primeiro, antes de me receberem ali. Já os profissionais resumiam nosso contato perguntando o que eu faria ali e sobre o que era minha pesquisa; depois da primeira conversa, raramente conversavam novamente comigo, em muitos casos pareciam agir como se eu não estivesse ali, estavam normalmente sobrecarregados andando de um lado para o outro entre as diferentes alas do hospital.

A estrutura do primeiro hospital, que também chamei de “mais aberto”, basicamente, pode ser pensada como um grande retângulo aberto e vertical, com muito espaço verde, cercado por grama e árvores. À esquerda estão os pavilhões da psiquiatria, totalizando quatro, eles abrigam os moradores deambulantes, que são autorizados a circular pelo hospital. À direita estão os pavilhões para os cuidados das outras áreas médicas, além de dois pavilhões psiquiátricos para moradores acamados ou com total dependência - os quais não podem sair do pavilhão. À frente estão os prédios administrativos, o museu, o velório e o parlatório (lugar construído, em sua origem, para que os pacientes recebessem visitas de familiares) e ao fundo está o campo de futebol, a escola e o cemitério.

Os pavilhões, por sua vez, são também compridos retângulos dispostos de maneira vertical, com uma porta à frente e outra atrás, quartos dos dois lados, uma enfermaria no começo e um banheiro no final. Nenhuma porta é trancada, embora tenha porteiros na saída do hospital, os pacientes circulam por todo o espaço livremente. Os quartos abrigam um ou dois moradores, que têm seus próprios pertences, como roupas, sapatos, armários, televisão,

poltrona, etc. A limpeza é feita por profissionais terceirizados, assim como as roupas que são lavadas na lavanderia. As refeições são feitas no refeitório e, uma vez por semana, eles recebem um lanche especial, com cuca (bolo típico da região), orelha de gato (bolachinhas de farinha empanadas no açúcar e na canela) ou outra guloseima simples e de baixo custo. A rotina hospitalar é composta, basicamente, pelos horários de medicação e alimentação e os moradores não têm nenhuma outra atividade durante o dia. Apenas três deles frequentam uma sala de Terapia Ocupacional, que estava naquele momento sem um terapeuta, mas que é coordenada por outras duas antigas funcionárias de serviços gerais da instituição. Lá, eles fazem tapetes de barbante para vender dentro do hospital.

Já a segunda instituição, tem uma estrutura bastante diferente, chamei-a também de “hospital mais fechado”. Primeiramente, vale pontuar que é uma instituição somente psiquiátrica, ou seja, todas as suas alas estão direcionadas aos cuidados dessa área da medicina. A ala de moradores fica trancada e separada das outras alas que, por sua vez, também ficam trancadas. É muito comum ver os moradores acumulados na entrada da ala, olhando para o lado de fora pela pequena fresta com grades de metal que tem no alto da porta. Dentro da ala, existem dois pavilhões que não estão divididos em quartos, diferenciando-se potencialmente do primeiro hospital. Eles são grandes retângulos fechados com divisão de cômodo apenas para a enfermaria, o quarto de descanso dos funcionários, o cômodo com roupas coletivas, o banheiro e o refeitório. As camas estão dispostas uma ao lado da outra, formando duas fileiras de cada lado. No primeiro pavilhão havia 32 moradores homens e, no segundo, havia 31 moradores mistos, ou seja, homens e mulheres.

Alguns poucos residentes tinham pertences próprios que ficavam guardados em um armário com chave. Esses, só mantiveram esse pequeno espaço privado porque passaram alguns anos vivendo em casas no estilo de Residências Terapêuticas, mas foram trazidos de volta para a internação fechada devido à falta de recursos financeiros naqueles espaços. A rotina era composta pelos horários de medicação e alimentação, e os moradores tinham a possibilidade de passar o dia em um Centro de Convivência, uma sala dentro da ala. Naquele local, eles assistiam à televisão, escutavam músicas e recebiam alguns lanches, como frutas picadas e vitaminas. Eles também circulavam no quintal da ala, que levava até uma igreja que, por sua vez, também permanecia trancada e tinha algumas missas esporádicas. Era comum que outros pacientes da ala de agudos também passassem pela ala de moradores crônicos, que ficava no caminho de algumas das atividades do hospital.

Quando visitei essa segunda instituição pela primeira vez, fui levada pelo diretor para conhecer todas as suas alas, inclusive aquelas de pacientes agudos. Mesmo em 2022, presenciei leitos de chão²² e muitos pacientes pedindo para serem retirados dali. Um profissional me contou que a ala feminina de agudos é a mais difícil de lidar, pois elas são muito “solicitantes” e pedem coisas o tempo todo. Todas as alas são trancadas e os pacientes convivem uns com os outros em espaços pequenos, com as camas uma ao lado da outra.

A rotina comum na ala de moradores daquele hospital era composta pelos horários de banho, alimentação, medicação e tempo no Centro de Convivência. O banho era coletivo e, por volta das 8 horas da manhã, eles tiravam as roupas e ficavam todos no banheiro, ou na porta dele, esperando para serem banhados, numa espécie de linha de produção. Depois passavam na sala de roupas coletivas e uma técnica de enfermagem os secava e os entregava um conjunto de roupas. Em seguida, iam em uma fila para pentear o cabelo e passar desodorante, levantavam os braços e uma cuidadora espirrava o produto neles, e depois, finalmente, eram liberados para ir para o Centro de Convivência.

Essa rotina fez com que o “estar em campo” fosse muito diferente do primeiro hospital, pois naquela instituição os moradores faziam suas atividades de higiene sozinhos e minhas visitas eram resumidas em convivências, conversas, etc. Já nesta segunda, eles me solicitavam ajuda quando se arrumavam, quando saíam do banho, quando iam comer, entre outras tarefas cotidianas. Além de pesquisadora em campo, passei a desempenhar alguns papéis também de “cuidadora” e era muito comum que os moradores me pedissem ajuda para colocar sapatos, fazer penteados no cabelo, ajudar a comer (alguns tinham limitações físicas), etc. Quase todos iam para a sala de convivência, apenas alguns passavam o dia todo dentro do pavilhão.

Quando comecei a fazer trabalho de campo naquela instituição, segui novamente os passos que tracei no hospital anterior. Iniciei a pesquisa me apresentando aos poucos para os moradores, pois a enfermeira que me recebeu apenas disse para que eu ficasse à vontade, então fui de cama em cama para conversar com os residentes que estavam ali deitados, mas acordados. Depois daqueles primeiros contatos, fomos traçando meu trabalho em conjunto e compusemos nossa rotina também coletivamente. Neste segundo hospital, os pacientes estavam muito mais limitados pelo ambiente que viviam, além de estarem literalmente

²² “Leitos de chão” é um termo comumente utilizado para definir a situação de hospitais com mais pacientes do que sua capacidade, o que causa a necessidade dos mesmos dormirem em colchões dispostos no chão, pela inexistência de cama para todos.

trancados, o que criava um espaço muito mais caótico e, em certo sentido, violento e perigoso e foi muito comum presenciar situações de agressões físicas e morais.

2.3) Etnografia de Hospital Psiquiátrico

*“O dia está na minha frente esperando para ser o que eu quiser.
E aqui estou eu, o escultor que pode dar forma a este dia.”
Albert Einstein*

Quando me deparei com essa frase, provavelmente de Albert Einstein, no meu caderno de inspirações, de certa forma me vi voltando no tempo, quando estava indo para os hospitais psiquiátricos diariamente fazer trabalho de campo. Nos primeiros dias ali, eu sentia que esses dias se expunham para mim e que eu poderia escolher como vivenciá-los, entretanto, bastava adentrar os muros dos hospitais para perceber que essa era uma ilusão terrível, pois minhas escolhas estavam limitadas por um campo de possibilidades que não era demarcado por mim, mas pelas relações interpessoais que desenvolvíamos naquela convivência e também por toda a estrutura que mantinha aquele espaço vivo, mesmo depois de décadas de denúncias e reformas.

Lendo e relendo o material etnográfico que fui compondo ao longo dos últimos anos, não pude deixar de me deparar com um mar de possibilidades para escrever sobre aqueles hospitais nos quais estava fazendo pesquisa, ambientes silenciosos e, ao mesmo tempo, ruidosos, que têm uma dinâmica própria, além de um cheiro único e uma textura peculiar. Pensei ser interessante observar a etnografia que queria compor como um ato de esculpir, pois, embora a “matéria prima” dos etnógrafos esteja em movimento e seja uma matéria “viva”, ao escrevermos sobre ela, estamos também moldando-a e compondo-a em uma tarefa reflexiva que também nos molda e nos compõem simultaneamente. Vale nesse movimento, portanto, estarmos sempre atentos às dinâmicas da vida cotidiana e à singularidade desses movimentos que são criados. A noção de “paisagem médica” (*medical landscapes*) pode nos ajudar a destacar essas características nas pesquisas, principalmente quando se pretende tecer uma etnografia de hospital, pois aponta para a necessidade de priorizar este caráter fluido, relacional e contextual das práticas que são gerenciadas por atores sociais no campo que vivemos (HSU, 2008, apud MÜLLER, ORTEGA, MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2022).

Além dessas características, algumas considerações são imprescindíveis. Primeiro, é importante que saibamos que os hospitais são instituições singulares, com regras variáveis.

As próprias formas de cuidar são também diversas, não somente dentro, mas também fora da instituição, e os indivíduos que vivem naquele ambiente, tanto como pacientes quanto como profissionais, circulam entre essas possibilidades. Em segundo lugar, devemos ter em mente a necessidade de construir análises contextualmente sensíveis, destacando as relações de poder envolvidas nas práticas de cuidado (MENÉNDEZ 2005; HÖRBST, GERRETS, SCHIRIPA, 2017). Para ilustrar isso, nada mais simbólico do que pensar na relação entre os profissionais de saúde e os pacientes, que ocupam diferentes espaços de poder. Nessas relações, a negociação terapêutica reflete seus traços culturais imbricados, além dos determinantes sociais e políticos que moldam esses espaços (MÜLLER, ORTEGA, MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2022).

Na saúde mental, isso se complica ainda mais, pois muitas vezes há uma espécie de “silenciamento” do “doente mental”, que ocupa uma posição ainda mais inferior nas relações construídas dentro dessas instituições, uma vez que o próprio ambiente hospitalar reforça a percepção dos pacientes sobre sua vulnerabilidade e dependência (MULEMI, 2008). Nesse ponto, a Antropologia emerge, principalmente, ponderando nos seus escritos que as experiências dos pacientes e das famílias sejam ouvidas nesses ambientes onde são, por vezes, silenciados, abrindo, de certa forma, novos terrenos para a investigação sociocultural.

Para alguns autores, a “postura paciente-advocativa” deve ser cuidadosamente evitada, uma vez que limita a complexidade desses espaços e pode impossibilitar a disseminação de pesquisas. Dessa forma, em vez de defender um grupo de interesse em detrimento de outro, podemos e devemos compor materiais que impulsionam a reflexão tanto de pacientes, quanto de familiares e profissionais (LONG, HUNTER, GEEST, 2008), validando uma indicação importante exposta por Spradley (1980), de que a etnografia pode oferecer também aos profissionais de saúde a oportunidade de ver a saúde e a doença através dos olhos dos pacientes. Entretanto, a força da Tese impossibilitou esse posicionamento neutro, uma vez que o que encontrei, em campo, me levou para outra forma de construção de conhecimento desse e para esse espaço. Isso não impede um impulsionamento de reflexões entre os diferentes agentes que vivem e criam aquela realidade, pelo contrário, a pretensão é direcionar o impulso não para repelir, mas para unir um grupo no sentido de encontrar saídas para um problema imanente.

Quando trazemos essa discussão da neutralidade ou da ideia de se evitar o posicionamento paciente-advocativo no caso da institucionalização permanente em hospitais psiquiátricos, podemos nos sentir limitados, uma vez que é comum, nesses espaços, presenciarmos situações que não nos deixam escapar do reconhecimento do *status* de

vulnerabilidade que os sujeitos-pacientes estão expostos. Vale lembrar que ser vulnerável não é sinônimo de ser vítima (DAS et. al, 2001) e que, talvez, reconhecer a vulnerabilidade dos outros setores, como por exemplo a sobrecarga e desvalorização dos profissionais, e não compará-las entre si, pode ser uma saída possível, mas não tenho certeza se suficiente. Isso corrobora com os escritos de Geest (2015) pois, segundo o autor, as pesquisas que se debruçam sobre as práticas de saúde podem iluminar novos *insights* inesperados, além das intenções humanas ocultas nesses espaços criados como locais de tratamento. Nessa reflexão, a doença não é vista apenas como uma condição arbitrária causada por uma adversidade, mas também como o resultado, por exemplo, de trabalho precário, pobreza, exploração, entre outros.

Antes de continuar, vale abrir um parêntese para olharmos um pouco para trás. Como estamos falando de etnografia de hospital, é interessante que tenhamos em mente uma definição do próprio hospital que, por si, representa uma espécie de condensação e intensificação da vida em geral (LONG, HUNTER, GEEST, 2008). Historicamente, retomando nossas discussões do primeiro capítulo, as atividades da ordem do cuidado médico começaram em instituições de caridade e religiosas e, somente no final do século XIX, é que o hospital tornou-se um símbolo da modernidade, com a incorporação da biomedicina como prática científica. Naquela época, os hospitais eram também centros de educação médica, e a ordem dos acontecimentos foi transformando-o de lugar de moradia para as camadas baixas da sociedade para instituições impessoais, com especialistas, perdendo em partes a característica de benevolência e indo em direção ao profissionalismo (FINKLER, HUNTER, IEDEMA, 2008).

Entretanto, esse histórico pode ser colocado entre aspas, uma vez que algumas instituições não passaram - totalmente - por essa transformação e, ainda hoje, sustentam, ao menos no plano ideológico, um ideal de benevolência e asilo para as camadas baixas da população, como é o caso de alguns hospitais psiquiátricos públicos brasileiros. Estes espaços, por sua vez, mantêm um modelo de custódia, que é definido como um atendimento a pacientes com condições médicas que podem ou não ser permanentes: “O tipo de cuidado de custódia implica em dar mais atenção às práticas padronizadas, que obedecem a regras institucionais rigorosas” (MULEMI, 2008, p. 117, tradução minha).

Na literatura antropológica, é comum que pesquisadores escrevam sobre a etnografia de hospitais pensando-os como uma ilha “[...] onde os pacientes passam por outro regime, vestem-se de forma diferente e habitam outros papéis.” (LONG, HUNTER, GEEST, 2008, p. 73, tradução minha). Por outro lado, alguns pesquisadores combatem essa ideia, pois, para

eles, as alas hospitalares são também invadidas e moldadas pelos valores, regras e ideais do mundo exterior (idem, p. 76, tradução minha). É interessante observar essa variação pois, embora seja importante reconhecer as particularidades de cada instituição, vendo-as como “universos” diferentes, é também necessário que reconheçamos que elas estão inseridas em um sistema cultural que molda não tão somente suas estruturas, mas também suas formas de agir, cuidar e se relacionar com os pacientes. Geest e Finkler resumem esta ideia:

Primeiro, ao contrário de uma noção comumente aceita de que os hospitais são clones quase idênticos de um modelo biomédico global, os antropólogos estão começando a descrever e a interpretar a variedade de culturas hospitalares em diferentes países. Segundo, e relacionado ao primeiro, a biomedicina - e o hospital como sua principal instituição - é um domínio no qual os valores e crenças fundamentais de uma cultura vêm à tona (2004, p. 72, tradução minha).

Esse é o ponto, perceber que os hospitais têm suas particularidades e, de certa forma, criam em si uma ‘situação de ilha’, mas que - na mesma proporção - estão inseridos em um sistema de redes de relações que os moldam e são moldados por eles, uma vez que estão em um *continuum* de cocriação. Segundo Spradley (1980), é esperado que o antropólogo seja simultaneamente um interno e um externo do ambiente estudado e, de certa forma, essa característica fica evidente também quando se escolhe fazer uma etnografia de hospital, já que esses espaços têm suas barreiras físicas muito bem delimitadas e cabe ao pesquisador circular entre os diferentes espaços - físicos ou subjetivos - para tecer suas interpretações. Esses lugares, por sua vez, se complicam e não têm suas fronteiras bem delimitadas, o que torna impossível sua total diferenciação.

Além disso, enquanto pesquisador de uma instituição psiquiátrica asilar, o etnógrafo será incorporado ao cotidiano do hospital de diferentes formas. No meu caso, por exemplo, fui incorporada como pesquisadora e como uma espécie de cuidadora-ajudante, isso porque, nessas instituições médicas que pretendem ser “lar” e “lugares de cuidado e proteção”, as expectativas construídas na relação entre o etnógrafo e o campo podem requerer outros papéis e, costumeiramente, as necessidades excedem a esfera da convivência ou da troca de experiências (FINKLER, HUNTER, IEDEMA, 2008). Vive-se numa fronteira imaginária e não ser “de dentro” nem “de fora” não significa dizer que se está distante ou perto demais do campo, nem que afeta-se (FAVRET-SAADA, 2005) ou não, mas que tem-se a possibilidade de combinar a desejada dupla lente antropológica, com as perspectivas *emic* (insider - de dentro) e *etic* (outsider - de fora) (LONG, HUNTER, GEEST, 2008).

Voltando às duas instituições que formaram o campo desta Tese, vamos então aprofundar essa ideia de que o trabalho de campo é composto, principalmente, no cotidiano. Já nas primeiras visitas, tentava absorver o máximo de informações possíveis e temia muito esquecê-las, queria acumulá-las desmedidamente, pois estava sedenta descobrindo um universo novo. Aos poucos fui entendendo que nem tudo seria possível de ser relatado, ou até mesmo de ser lembrado, foi quando finalmente entendi que etnografar não era tão somente acumular o máximo de dados possíveis para depois trabalhá-los com uma extensa literatura, mas era também - senão principalmente - viver esses espaços que vão sendo abertos *por e para* nós. Viver a rotina do hospital e estar diariamente num campo verdadeiramente lento fez com que eu precisasse rever algumas inclinações que o fluxo dos acontecimentos me faziam tomar.

A questão do acesso foi citada anteriormente, mas é importante pontuar que qualquer relação exige que o interesse seja recíproco, e os hospitais, como espaços institucionais altamente estruturados, protegidos e fechados não são facilmente acessíveis ao inquérito etnográfico (LONG, HUNTER, GEEST, 2008). Embora eu tenha conseguido a autorização para fazer a pesquisa de maneira relativamente rápida, para mantê-la precisei trabalhar diariamente na assertividade de estar ali.

Além disso, Geest e Finkler (2004) alertam que, nas etnografias de hospital, deve-se também escolher como se apresentar em campo e, para isso, tem-se algumas opções, como se apresentar como alguém da equipe, como paciente ou como pesquisador e, como tem sido explicitado aqui, escolhi, desde o início da pesquisa, me apresentar como antropóloga. O que não impediu que eu fosse interpretada de diferentes formas ao longo das convivências criadas.

Como disse anteriormente, embora eu me apresentasse como pesquisadora e antropóloga e fosse chamada assim por vários sujeitos do campo, muitos moradores foram criando outros papéis para eu desempenhar ali. Havia, por exemplo, uma moradora que me esperava todos os dias pela manhã para fazer tranças no seu cabelo e, uma outra moradora, que me esperava para ir para a sala de convivência, pois gostava de ter companhia para andar. Não foram poucas as situações nas quais os residentes me confrontavam dizendo que eu era, por exemplo, “paciente”, como um dia em que estava conversando com dois moradores e um deles deitou a cabeça no meu ombro, o outro logo nos alertou:

[...] Levanta daí! Mexer com paciente aqui não pode não, ela é paciente, é paciente, se não fosse paciente tava em casa, não tava aqui não. Tá internada, tá doente, se tivesse saúde tava em casa. É mulher doente. Quem

tá internado não pode sair, você não vê que ela tá todo dia aqui? (Diário de Campo, 17 de novembro de 2022).

Quando isso acontecia eu reforçava que era pesquisadora e estava ali estudando a vida social de pessoas que moravam em hospitais, mas isso não era suficiente, pois minha convivência lá, dia após dia, dizia muito mais que minhas palavras. Percebia nessas situações o quanto estava inserida no campo e o quanto fui, pouco a pouco, deixando de ser uma “estranha novidade”. Isso foi fazendo com que fosse muito comum que os residentes me fizessem recomendações de como agir para evitar problemas e foram muito frequentes os alertas quando eu agia de algum modo que fugia das regras do hospital ou quando me colocava em situação de risco, mesmo que sem perceber.

No primeiro mês na segunda instituição, por exemplo, um morador percebeu que eu gostava de conversar e começou a selecionar para mim os moradores que “são bons de conversa”, já que, segundo ele, não era com todo mundo que eu poderia conversar, pois alguns não entenderiam. Ele também sempre me alertava quando algum morador que estava, nas suas palavras, “desorganizado”, se aproximava de mim, dizia para eu ser cuidadosa pois alguns podiam me agredir, já que estavam “doentes”. Ele me ensinava como lidar com as situações do hospital e, na maioria das vezes, não tinha comportamentos punitivos com os outros moradores. Isso se repetiu entre outros residentes, como em um dia que um morador veio tentar se comunicar comigo e outros três moradores me alertaram para sair dali e me chamaram para me juntar a eles, começaram então a me contar que tinham sido agredidos por ele naquele mesmo dia. Perguntei por que, e eles me disseram que “por nada”, porque ele “não estava bem da cabeça”, mas que “logo ele melhoraria”.

Obviamente que cada morador respondia às situações de conflito de forma diferente, mas achei interessante que esses direcionamentos partissem deles que, mesmo depois de tanto tempo institucionalizados e vivendo naquele ambiente, ainda desenvolviam maneiras para tornar a convivência possível, sendo que era muito comum que evitassem conflitos entre si. Uma outra moradora, de 56 anos e institucionalizada há 32 anos, também foi categórica quando conversou comigo sobre os cuidados que deveríamos ter:

Fui um pouquinho no quintal da sala de convivência, nunca tinha ido lá... aquela senhora de cabelo enroladinho, estava lá e chamei ela pra gente caminhar um pouco no quintal até a igreja, mas ela me disse que era perigoso: “Esses rapaz aí fora tão doido pra pegar a gente”, perguntei quem, e ela: “Esses aí, as crianças daqui... eles dormem na cama à tarde e cedo elas saem pra pegar as mulherada daqui” (Diário de Campo, 23 de março de 2022).

Esses alertas partiam também da equipe e uma dessas recomendações me levou a outras esferas de reflexões, quando certo dia um fisioterapeuta veio conversar comigo para me dizer para tomar cuidado e usar luvas, porque viu que eu tenho muito contato com os moradores e eles têm “outros” hábitos de higiene. Nas suas palavras, se eu não me cuidasse, iria “pegar muita merda na mão”. Aquele alerta me transportou para algo que não tinha notado ainda, mas percebi depois, quando observei que os profissionais sempre usavam luvas plásticas na convivência com os moradores. A ausência de luvas, nas minhas mãos, era também um motivo que me distanciava da equipe e que, talvez, pode ter contribuído para a forma subjetiva como os pacientes se relacionavam comigo. Criei uma rotina de higienizar as mãos repetidas vezes e optei por continuar sem as luvas.

Percebi que não teria uma pesquisa sem tato, pois a etnografia requer o conviver de todos os sentidos, e não seria possível desenvolver uma observação participante somente a partir do que meus olhos viam. Na relação que construímos, intencionalmente horizontal, eu pedia que eles me ensinassem como era viver ali e aos poucos os cotidianos iam se revelando, longe, mesmo que dentro, da estrutura coercitiva a que estávamos expostos. Também tinha dificuldade de escrever sobre os sons do asilo, era muito comum ouvir gritos e choros, mas como registrar isso no diário? Os textos são silenciosos e é difícil trazer para a experiência da escrita os barulhos. Estava imersa nessas e em outras infinitas questões quando comecei a descobrir que, se eu conseguisse viver o campo de modo mais “livre”, mas ainda assim respeitando o rigor da minha metodologia, poderia chegar a espaços que de outra forma não encontraria. O campo, dito de outro modo, foi realmente moldando as ações possíveis e/ou necessárias e também *quem* eu seria no hospital e não bastou, como dito anteriormente, que eu me apresentasse como antropóloga ou pesquisadora e dissesse a sequência de significâncias que tinha criado para explicar o que era isso. Eu era, para eles, outras coisas e tinha, também, outras funções.

É por esse motivo que pensei em escrever brevemente sobre etnografia de hospital, porque estar em uma instituição total e, adicionando a essa noção a característica de ser também asilar e psiquiátrica, fez com que eu precisasse desenvolver formas de agir que foram muito particulares daquele espaço. Outro exemplo disso pode ser visto nas ocasiões nas quais pegava a caderneta que levava para fazer anotação de palavras-chave que depois viriam a compor meu Diário de Campo. Quando estava nos bancos de cimento anotando e refletindo sobre o campo, era muito comum que um morador viesse até mim, sentasse ao meu lado e começasse a falar uma lista de coisas que era para eu anotar para trazer para ele na próxima visita. O papel que eu pegava para anotar as informações que observava era, para eles,

sinônimo de uma espécie de lista de compras, de coisas muito simples, mas urgentes em seus cotidianos.

Era comum que, em tom de segredo, eles se aproximassem de mim com o papel na mão e diziam: “Anota aí, três latinhas de coca-cola e um pacotinho com duas orelhinhas de gato”. Ou então: “Anota aí, dois pasteizinhos de carne moída”. Achava interessante porque no dia a dia, perto dos outros moradores e profissionais, eles sempre me pediam objetos, como óculos, relógios, etc.. Mas no papel, eles costumavam pedir mais comidas, principalmente de padaria. Isso aconteceu muito na primeira instituição que, como dito, é um espaço mais aberto, em que os moradores não estão trancados e vivem em seus próprios quartos, recebem pagamento e têm seus próprios pertences. Já no segundo hospital, que por coincidência também repetiu essa ação de pedidos, as solicitações eram de outras ordens, pois os moradores não me pediam para anotar uma lista de comidas de padaria quando me viam com papel, no máximo me perguntavam o que era aquilo e o que eu estava escrevendo. Entretanto, os pedidos não deixavam de acontecer no cotidiano, e eles pediam itens básicos, como por exemplo meias, calcinhas e sutiãs.

Achei curiosa essa repetição, nas duas instituições, de fazer pedidos nos momentos que fazia minhas anotações. Isso não acontecia somente comigo, mas com qualquer pessoa de fora que passasse pela ala, o que me mostrava que eles também me viam como alguém que circulava dentro e fora do hospital, revelando que nesses casos não me viam como interna, já que sabiam que eu podia sair do hospital, nem como profissional, pois me pediam itens que eram proibidos na instituição. No começo, eu não sabia se podia ou não atender aos pedidos, que eram muito simples e possíveis de serem realizados, então decidi sempre pedir autorização e quando era autorizada levava o que me era solicitado. Além disso, também apareceram muitas exigências da esfera do cuidado, mas sobre elas trabalharemos melhor adiante.

2.3.2) Comunicação x Negociação: uma atualização da piscadela antropológica

Em um dos primeiros dias em campo, observando um morador que andava em volta do pavilhão sozinho, o dia todo, comecei a me perguntar como poderia abrir um espaço de comunicação para começar a conversar. Ele estava institucionalizado há 36 anos e tinha, na época, 63 anos completos. Quando ele passava por mim, nós nos cumprimentávamos e ele parecia muito solícito, sempre abria um sorriso e dizia “Boa tarde, senhora!”, e eu respondia,

“Boa tarde, senhor!”. Um dia, curiosa por aquele movimento, depois do café da tarde, resolvi perguntar a ele se eu poderia acompanhá-lo na sua caminhada, ele olhou surpreso pra mim e respondeu, de forma muito gentil, “Olha, senhora, não é por nada não, mas sabe que era disso mesmo que eu tava precisando? Tava precisando de alguém pra andar comigo!”. Aquela resposta, simples, foi - de alguma maneira - um movimento de abertura para as nossas trocas, pois foi ali, andando em volta do pavilhão, repetidas vezes e em um movimento contínuo, que as ‘portas’ daquele lugar começaram a ser destrancadas. Ver uma pesquisadora com um morador despertou a curiosidade de outros residentes que ainda não tinham tido interesse de conversar comigo e que começaram a se aproximar mais e a também a contar suas histórias, além de perguntarem, muito, sobre as minhas próprias experiências.

Isso me levou longe, para o mito de Procusto, que era um homem que vivia em uma floresta e tinha uma imensa cama. Todos que passavam por perto eram capturados e colocados por ele no seu leito. Como cada pessoa tinha um tamanho, para que elas coubessem na cama, Procusto cortava os pés das mais altas e esticava o corpo das mais baixas, garantindo assim que o padrão da cama fosse obedecido. Nas instituições totais, muitas vezes, a cama de Procusto aparece em diferentes formatos, nos hospitais psiquiátricos, por exemplo, elas podem ser representadas pelos medicamentos, pelos uniformes e pelas inúmeras e infinitas impossibilidades: de ser, de estar e de viver. É por esse motivo que entrar em um espaço assim, como pesquisadora, faz com que os desafios sejam propostos diariamente, numa estrutura que tem perpetuado violências múltiplas e, obviamente, feito com que quem a viva a reproduza também compulsivamente. Evitar a ação de Procusto, nesses movimentos etnográficos, é uma tarefa inegociável, dizendo de outra forma, os moradores são seres singulares e seria impossível qualquer tentativa de escrever sobre os mesmos com generalizações. Nesse sentido, os “casos” apresentados nos ajudam a revelar as particularidades das experiências que ali são construídas.

Outro ponto é que, quando se entra em um hospital psiquiátrico pela primeira vez, é comum que se receba uma lista de recomendações, os pacientes “perigosos” são identificados um por um e é recomendado que não se aproxime deles. Nesse campo, a descrença em possibilidades outras são reverberadas cotidianamente, o que não nos impede de nos surpreendemos com determinadas situações. Uma fala de um psiquiatra, no único encontro que tive com o mesmo antes de iniciar o campo, pode ser um exemplo disso. No primeiro hospital, depois que a enfermeira chefe me apresentou para os funcionários e me levou para conhecer todas as alas da instituição, passamos em frente ao consultório do médico que era

também o coordenador geral do local. Ele estava na janela e nos cumprimentou, em seguida me apresentei e falei superficialmente sobre a pesquisa e ele, sem aparentar nenhum vislumbre da possibilidade de uma “pesquisa bem sucedida”, apenas me respondeu: “Seja bem-vinda, se você achar alguma coisa aqui vai ser muito, boa sorte!”. Vale pontuar que nos meses seguintes em que estive no hospital, não presenciei o psiquiatra na ala nenhuma vez.

Na busca para “encontrar alguma coisa”, comecei a perseguir as ações que movimentavam a vida ali. Será sobre elas que trabalharemos a partir de agora, buscando o que chamei, diversas vezes, de “alma no olho”. Explico melhor, nos primeiros dias de visita, era muito comum encontrar moradores extremamente medicados, deitados ou sentados no chão esperando o dia passar. No horário exato das refeições, eles caminhavam para o refeitório, recebiam as comidas em pratos e copos plásticos e depois voltavam para o quintal. Alguns comunicavam mais, contavam histórias, sentavam em poltronas e gostavam de compartilhar suas experiências. A maioria dos relatos que apresento são desses moradores que escolhiam se comunicar mais rotineiramente, o que possibilitou que aprofundássemos nossas partilhas. Entretanto, muitos moradores também escolhiam não comunicar e outros, devido à idade e ao corpo fraco, também passaram a não mais usarem a linguagem falada, tal como uma moradora de 82 anos, institucionalizada há 41, que está cadeirante há quatro anos e já não mais se comunica verbalmente, mas tem uma vida que pulsa no olhar:

A moradora estava assistindo televisão e começou a fazer alguns sons, como uns gritos abafados e nasalados, enquanto estava deitada na cama. Fui até ela, ela me olhou e levantou vagarosamente as mãos, me entregando-as. Dei as mãos para ela e ficamos olhando uma nos olhos da outra... eu queria de alguma forma entender o que ela queria me comunicar... O olhar dela é tão vivo que se distancia da sua condição física atual, não me canso de pensar sobre isso... tem uma pulsão de vida muito forte... quando estou por perto ela me aperta a mão e olha no fundo do meu olho... Quais histórias você me contaria se pudesse, Mariinha? (Diário de Campo, 11 de abril de 2022).

As histórias que ela guardava estavam também acomodadas de diferentes formas em cada uma dos indivíduos que viviam naquele ambiente. Um caso específico e pontual, de outro morador, pode nos ajudar a pensar sobre essas formas únicas de armazenar memórias, linguagens e histórias. Pois bem, falo de um paciente que tem 55 anos de idade e está institucionalizado desde seus 21 anos. Sua condição é ilustrada exatamente pelo que constatou Basaglia a respeito de outros pacientes:

Coagido a um espaço onde mortificações, humilhações e arbitrariedades são a regra, o homem, seja qual for seu estado mental, se objetiva gradualmente nas leis do internamento, identificando-se com elas. Assim, sua couraça de apatia, desinteresse e insensibilidade não seria mais do que o seu último ato de defesa contra um mundo que primeiro o exclui e depois o aniquila: é o

último recurso pessoal que o doente, assim como o internado, opõe, para proteger-se da experiência insuportável de viver conscientemente como excluído. (1985, p. 120).

No diagnóstico, do mesmo, constava: “[...] 295.0 CID-1975, com rigidez afetiva, tendência ao isolamento [...]”, e nos registros de sua última internação, consta que ele foi levado para o hospital por uma ambulância da sua cidade, no interior do Estado de Santa Catarina, pois “[...] apresentava distúrbio de conduta, tirava as roupas e perambulava nu pela cidade”. Sobre seus familiares, consta: “Morava com três irmãos, situação econômica precária [...]”. Antes da institucionalização permanente, ele trabalhava como auxiliar de pedreiro e minhocultura e tem no seu prontuário ambas certificações com seus respectivos documentos comprobatórios. Quando iniciei o campo, fui alertada, sem exceções, por profissionais de saúde, por outros internados e também por profissionais da limpeza, que deveria “ficar esperta” com ele, pois ele era “agressivo” e “perigoso”.

Ele tinha um corpo rígido, parecia que tinha os membros pesados, pois se movimentava bem lentamente. Me diziam que ele não falava e ele era, visivelmente, muito medicado. Sempre que o via, ele estava com a boca aberta e babando muito, bem mais que os outros moradores. Tinha um olhar profundo, olhava demorado, mas não falava nada. Ele sempre estava em movimento, usava uma touca preta por baixo de um boné vermelho, calça jeans com cinto e um moletom cor de vinho. Via ele de um lado ao outro do hospital recolhendo entulhos, pois gosta de reciclagem e recolhe os lixos para separá-los. Além disso, ele juntava pedacinhos de madeira espalhados pelo hospital, além de folhas e outros entulhos e queimava-os em uma fogueira que fazia diariamente. Já no início, achei curioso vê-lo ali, sempre em movimento, nunca falando nada, mas se comunicando ativamente pelo olhar com os outros pacientes.

Como fiz o trabalho de campo durante a pandemia e passava o dia todo de máscara, passei a ressignificar minhas próprias maneiras de construir contato e o olhar foi, sem dúvida, uma ferramenta muito utilizada. Muitas vezes presenciava situações de corpos em condições inexplicáveis, roupas sujas, cheiros fortes e secreções à vista. Sempre me recordava dos escritos de Basaglia, que eu subentendia (erroneamente), serem relatos antigos, mas fui descobrindo que muito do que era visto na década de 1980 pelo psiquiatra, podia ainda hoje ser encontrado nos hospitais catarinenses.

Quando entramos num hospício, porém, o cheiro insuportável dos pavilhões fechados (o cheiro típico do manicômio), a balbúrdia das vozes, a baba e a saliva na boca dos internados, as camisas cinzentas, as cabeças raspadas - esses são os elementos da paisagem da doença mental no mesmo país onde

se encontram a Galeria dos Uffizzi, Portofino, Capri, Veneza e Roma (BASAGLIA, 1985, p. 15).

Naquele hospital catarinense, presenciava moradores em crises de sofrimento gritando, retirando as roupas, chorando e pedindo ajuda. Via-os também resistindo cotidianamente, evitando certos medicamentos, recusando comidas que não gostavam, reclamando dos cortes de cabelo obrigatórios, entre outras tantas situações. Buscava, a partir da troca de olhar, construir caminhos para me comunicar com eles naqueles espaços limitantes. Como a máscara cobria meu rosto, as expressões dos olhos e sobrancelhas foram fundamentais, pois era aquela a janela, do olhar, que foi abrindo - aos poucos - a possibilidade de construirmos trocas, em um processo que - vale dizer - não foi nem um pouco linear.

Comecei a frequentar um alpendre do segundo pavilhão onde três outros moradores passavam o dia, ora conversando, ora fumando um cigarro ou apenas esperando a próxima medicação ou a próxima alimentação. Profissionais da limpeza também passavam seus intervalos ali e era comum vê-los sentados com esses mesmos moradores. Os três foram, sem dúvida, meus informantes mais ativos na primeira instituição, eles me ensinaram sobre o hospital e foram eles que me apresentaram aquele paciente “perigoso”, a partir de suas próprias perspectivas, já que eu o conhecia apenas a partir da perspectiva dos profissionais, como um homem “imprevisível”.

Ainda não citei, mas dentro do hospital tem uma moeda de troca particular que é o cigarro. As trocas funcionam da seguinte forma: se você pegar um cigarro emprestado deverá devolver dois cigarros e, se você pegar um maço de cigarro completo emprestado, ou como eles chamam uma “carteira”, você deverá pagar de volta para quem emprestou uma carteira e meia. A regra parece funcionar bem, sempre vejo os intercâmbios de cigarros entre os que fumam mais rápido e querem mais cigarros e os que guardam para barganhar depois. O morador “imprevisível” é um desses residentes que preferem guardar cigarros para emprestar e, nessa toada, ele acumula muitas carteiras de cigarro que ficam guardadas na sua cabeceira da cama, trancada por uma chave que ele carrega pendurada no pescoço. Ele distribui os cigarros conforme são solicitados, mas não perdoa dívidas. Certa vez, um morador pagou apenas metade da sua dívida, o que causou uma perseguição do morador que queria receber os cigarros de volta. O morador devedor não conseguia ir para o refeitório sozinho, faltou ao barbeiro e não queria sair do quarto, pois jurava que já tinha pago toda a sua dívida. O residente “perigoso” passava por nós e parava o olhar no morador devedor, como forma de cobrar a dívida. Ele não dizia uma palavra, só ficava em pé, na frente do morador, olhando

para ele. Os profissionais diziam não saber o que fazer, pois a tensão do ambiente estava aumentando e ele, possivelmente, logo partiria para agressão. Os outros moradores já estavam se envolvendo e, como ele não falava, ninguém conseguia descobrir quantos cigarros ele queria para perdoar a dívida.

Como o clima não era nada propício, não tentei me comunicar com ele, pois estava seguindo as recomendações que me foram dadas. Um dia, na porta do refeitório, um morador estava com a touca cobrindo um dos olhos e ofereci para ajudá-lo a arrumar, ele aceitou. Ao meu lado, sem que eu percebesse, estava o morador “perigoso”, com a touca também cobrindo os olhos e o boné mal posicionado na cabeça. Por impulso, ofereci para arrumar os acessórios dele e tive como resposta um rígido balançar de cabeça, para cima e para baixo, indicando um “sim”. Naquele momento me senti aflita, poluída pelos pensamentos que foram-me dados desde que cheguei ao hospital, sobre seu alto grau de periculosidade. Foi ali que me dei conta de que deveria desenvolver uma nova habilidade, pois precisava encontrar meios seguros de descobrir o que meu campo me revelaria e não queria demonstrar qualquer sentimento negativo, como o medo, ao fazê-lo.

Respirei fundo, retirei lentamente o primeiro boné do morador, confirmei se ele queria mesmo minha ajuda e ele confirmou novamente balançando rigidamente a cabeça, tirei então a touca e reposicionei-a, com as pontas dos dedos e o coração inevitavelmente pulsando forte. Ele ficou parado, só observando e, como não falava, aguardou em silêncio. Depois de arrumar a touca, posicionei o boné no topo de sua cabeça e ele permaneceu imóvel, apenas me olhando no fundo do olho. Terminei e entramos no refeitório. Essa situação começou a se repetir e, com a frequência das minhas visitas, comecei a encontrar mais com ele, que nunca me cumprimentava, mas sempre aparecia com a touca cobrindo os olhos e o boné prestes a cair.

Descobri depois que ele tomava chimarrão todos os dias e, uma vez, quando um outro morador estava me mostrando algumas fotos, ele encheu a cuia com água quente e me ofereceu, apontando para ela. Eu disse que não podia retirar a máscara, mas agradei a gentileza. Comecei a explorar o olhar, que era a única ferramenta disponível e, quando o via, piscava um dos olhos e, por baixo da máscara, sorria. Ele nunca me respondia, era como se não me visse. Continuei cumprimentando-o quando o via e piscava para ele com um sorriso no rosto, como numa espécie de brincadeira. O silêncio continuava, assim como meu campo. Eu sempre o via na porta de entrada do refeitório, mas não ia atrás dele para conversar, normalmente deixava que os moradores me chamassem antes de me aproximar.

Um dia, estava sentada na frente do refeitório conversando com um outro morador, já fazia três meses que estava indo ali e, de certa forma, eles já estavam acostumados com minha presença, vinham me cumprimentar, abraçar, mexiam no meu cabelo, faziam piadas, entre outras coisas que me faziam sentir muito acolhida naquele ambiente. O morador “perigoso”, como sempre, estava sentado no chão, sozinho, segurando os joelhos e olhando para frente. Aquele dia não pisquei pra ele, pois os outros moradores estavam requerendo muita atenção e estávamos conversando bastante. Em determinado momento, quando me distraí da conversa, por alguns segundos, e olhei para sua direção, notei que estava me encarando e, para minha surpresa, reparei que ele estava com um dos olhos fechado, travado, formando uma piscadela! Quando olhei para ele, fiquei sem acreditar, ele estava - definitivamente - tentando se comunicar comigo.

Pedi então para me sentar com ele, com a cabeça bem rígida e pesada, ele fez um sinal afirmativo e me sentei no chão, ao seu lado. Perguntei seu nome, ele olhou para mim e o disse, completo, com o sobrenome. Parei por alguns segundos sem entender, perguntei então sua idade, ele me disse que tinha 55 anos e que nasceu dia 25 de dezembro de 1967. Não acreditei no que se revelava à minha frente, só conseguia pensar: Por que me disseram que ele não falava? Por que só ouvi a voz dele depois de meses no hospital? Fui mais a fundo, perguntei de onde ele era, quanto tempo estava ali, sua comida preferida e o que ele gostava de fazer. Ele respondeu às perguntas sobre sua vida, mas não respondeu nenhuma questão sobre suas preferências, para essas, ele só dizia: “não sei”.

Disse para ele que tinha gostado de ouvir sua voz, que aquela era a primeira vez que o via conversando e ele soltou uma gargalhada. O morador tinha escolhido, dentro da sua vida institucional, não falar. Perguntei se ele gostava de jogar bocha e ele disse que sim, em seguida perguntei se ele gostaria de jogar algum dia e ele se levantou. Entendi ali que jogaríamos bocha naquele momento, antes do café da tarde. Fomos até o campo, ele escolheu a cor das suas bolas e as separou das minhas; sem dizer nada, pegou a primeira bola e lentamente a arremessou, em seguida foi arremessando as outras com muita precisão e, quando terminou, apontou para as minhas, demonstrando que eu deveria jogar. Em certos momentos, a sua baba descia antes que seu corpo e encontrava a bola antes de suas mãos, fiquei pensando na quantidade de medicação que ele recebia. No final, ele contou os pontos e disse que tinha ganhado. Recolheu as bolas novamente, separou-as e organizou-as para a próxima rodada. Assim ficamos até que a enfermeira começou a chamar para o café, voltamos para o refeitório e, desde então, ele nunca mais falou comigo.

O convite pela piscadela foi um despertar e foi um daqueles acontecimentos que começam a dar sentido para o trabalho etnográfico. Agora eu sabia que ele recordava suas informações básicas, sabia há quanto tempo estava ali e de onde tinha vindo, e, ainda, que falava, apenas escolhia não se comunicar naquele ambiente no qual vivia. Aquela troca foi rápida e nunca mais se repetiu, mesmo com meu campo continuando e mesmo vendo-o todos os dias. Anotei no meu diário: “[...] tenho me dado conta que a comunicação com os moradores leva tempo, normalmente quando vejo um morador muito debilitado e estereotipado é difícil imaginar como vamos nos comunicar logo nos primeiros encontros, tem que ter paciência, o tempo aqui dentro é lento” (Diário de Campo, 27 de outubro de 2021). E, além de lento, percebi também que a comunicação não seria ali construída de forma linear, eu deveria conquistar e cultivar espaços que a permitiam acontecer e, muitas vezes, esses espaços não se repetiriam.

Etnografar um hospital psiquiátrico requer também que entremos na sua própria temporalidade - única e singular - e também que saíamos do estado cafeinado da vida fora dos muros, para adentrar universos outros, ora inacessíveis e ora tão disponíveis. Mais que tudo, requer tempo e o desenvolvimento da habilidade de saber esperar, principalmente esperar pela próxima “atividade”, que normalmente é a medicação ou a alimentação. A espera é um estado diferente, ela leva mais tempo que as atividades convencionais, pois cinco horas esperando, por exemplo, pode trazer a sensação de um dia todo. Além disso, ela traz a sensação de um passado no presente, de viver em uma ausência de movimento e um silêncio que parece parar o ponteiro do relógio. Talvez por isso um outro morador, que tem 56 anos e está institucionalizado há 36, foi tão categórico quando me perguntou sobre o ano que estávamos. Disse para ele que estávamos em 2021 e ele logo me perguntou se já era 2021 em Porto Alegre também. Eu disse que sim e ele respondeu: “Penso que quem não trabalha aqui, quem não vem aqui no hospital, deve estar em 2028, 2029, por aí...” (Diário de Campo, 10 de novembro de 2021).

A fala de Pedro é muito reveladora, ela expressa uma noção de diferença de temporalidade entre a vida dentro e fora do hospital, ilustrando em palavras o que eu sentia desde o primeiro dia que tinha chegado naquela instituição. Embora estivéssemos todos em 2021, a institucionalização trazia a sensação de passado e de retrocesso e a vida institucional também fomentava a ideia de parar no tempo, afinal, eles viviam a mesma vida há décadas e, embora em condições melhores que quando chegaram, ainda assim viviam em um ambiente disciplinador que não trazia possibilidades outras para suas existências.

Não foi à toa que trouxe para este tópico esses casos singulares. Nas cenas anteriores, por exemplo, podemos ver a negociação e a comunicação desenvolvendo-se de formas ímpares. No primeiro caso, ela aconteceu rapidamente e sem exigências, uma vez que o morador aceitou prontamente que eu o acompanhasse nas suas caminhadas e dali em diante passou a compartilhar seus saberes comigo. Já no segundo caso, nossa troca foi apenas através do olhar e do forte aperto de mãos, em uma vida que pulsava em silêncio. Por fim, no terceiro exemplo, a relação com o morador, além de revelar uma negociação em movimento contínuo, também mostrou que essa negociação, por si, não é linear e, portanto, o espaço para que ela ocorra pode ser dado, conquistado e/ou renegociado.

Com alguns moradores precisei repetir o processo de negociação diversas vezes e, se ficava dois dias sem ir ao hospital, como em um fim de semana comum, já precisava recomençar todo o caminho de construção de comunicação novamente. Para outros residentes, a minha presença já era suficiente para que a nossa comunicação fosse viável e, quando me viam, já vinham até mim ou me convidavam para ficar com eles. Esses exemplos foram reforçando, na própria experiência etnográfica, a ideia da importância de sabermos desenvolver estratégias de comunicação em campo de forma singular, vendo-o como um espaço geral, nesse caso um hospital, mas composto por singularidades não passíveis de generalizações.

É por esse motivo que gosto de pensar na comunicação *do e no* campo, que além de ser composta por escolhas é também feita de negociações e, obviamente, isso não é uma particularidade da etnografia de hospital. Como diz Amit, "[...] é a circunstância que define o método e não o método que define a circunstância" (WIND, 2008, p. 87). Exatamente por isso é importante pontuar que seguir os fluxos que o campo revela é uma tarefa imprescindível que requer muita flexibilidade, pois nossas perguntas podem ser transformadas, a qualquer momento, assim como todo o direcionamento da pesquisa, uma vez que o campo vai se revelando também no cotidiano.

Além disso, tal como salienta Wolcott (2005, apud WIND, 2008), o trabalho de campo está muito vinculado à intenção e ao estado mental de quem pesquisa e não pode ser resumido à presença desse pesquisador em um local específico. Entretanto, na mesma proporção, ele está também emaranhado pelas intenções da própria comunidade estudada, que não é, como dito anteriormente, passível de generalizações, mas é composta por diferentes sujeitos. Devemos, em campo, estarmos abertos e sensíveis à vida das pessoas, suas experiências, sentimentos, sociabilidades, entre outros (HASTRUP, 2003, apud WIND, 2008, p. 86).

A negociação, portanto, também é contínua, renegociar é um imperativo e cada contato pode se desenrolar em inúmeros imprevisíveis. Talvez por isso eu goste tanto de insistir na ideia do “pisar em ovos”, essa sensação terrível e ao mesmo tempo potente, que me fazia sentir que a qualquer momento poderia agir de alguma forma que não mais viabilizasse minha presença ali. Levou - mais uma vez - tempo para que eu entendesse que o campo pode se fechar tanto quanto se abrir e que esses dois direcionamentos, normalmente, não são fixos e nem podem ser resumidos em binaridades, suas fronteiras se completam e se complicam muito mais que se excluem. Essa sensação foi potencializada pelos eventos que me vi presenciando situações não narráveis e sentia que saber o que eu havia descoberto poderia ser motivo para que alguém quisesse impedir a continuidade do meu trabalho, o que eu não sabia, ainda, era que aquelas situações eram tão rotineiras e comuns, que não eram vistas como eu as via, eram vistas pelo campo como casos normais que acontecem cotidianamente dentro de um hospital psiquiátrico.

2.3.3) Como etnografar situações de violência?

“[...] metade de mim é o que ouço, mas a outra metade é o que calo, metade de mim é lembrança do que fui, mas a outra metade não sei.”
(Oswaldo Montenegro)

Diferentemente dos anteriores, já começo a escrita deste tópico com uma resposta à pergunta que ele leva no título, pois não precisamos nos delongar para dizer que não se pode somente etnografar sobre situações de violência, nós também as *vivemos*. Tal como escreveu Wind (2008), nós não somente observamos, mas também testemunhamos o que acontece, a partir da interação, da receptividade às experiências e dos eventos em curso. Todavia, não imaginei que seria a partir da violência que eu passaria a entender a diferença metodológica singular da etnografia. Eu poderia ir ao hospital, fazer algumas entrevistas com moradores ou com profissionais e depois me debruçar sobre os dados encontrados. Ou, eu poderia acessar os prontuários médicos, fazer entrevistas com familiares, ex-moradores, profissionais e ex-profissionais e fazer outras pesquisas tão fundamentais quanto esta, entretanto, percebi que somente acessaria o que eu precisava acessar, naquele ambiente tão fechado e coercitivo a partir da etnografia. Dito de outro modo, antes de fazermos observação participante, ou participação observante, ou o próprio trabalho de campo, nós etnógrafos *vivemos* as situações da pesquisa, o que nos faz deparar com situações que, de outras formas, provavelmente não encontraríamos.

Isso ficou muito claro quando comecei a presenciar situações que me fizeram questionar a frequência daquelas visitas e a possibilidade ou não de mantê-las, pois estava presenciando muitas situações que expunham a vulnerabilidade tanto dos pacientes, quanto a minha. Também questionava muito meu papel ali, quando encontrei um trabalho que - de certo modo - me guiou nas incompreensões que encontrava, ao trazer que “Ao colocar o sofrimento e a insatisfação dos pacientes no contexto das realidades da enfermagem, a etnografia permite uma compreensão mais profunda do que, por exemplo, entrevistas com pacientes e suas famílias fora do hospital” (LONG, HUNTER, GEEST, 2008, p. 76). Percebi que antes de descobrir o que poderia ser feito, eu deveria documentar, no Diário de Campo, o cotidiano das alas, com o intuito de desenvolver uma compreensão mais profunda sobre a própria institucionalização. Mesmo com esse objetivo em mente, era comum que eu voltasse do trabalho de campo sentindo que tinha acabado de sair da guerra, meu corpo chegava incompleto em casa e me inundeava em uma situação de muita incompreensão, angústia e desesperança.

Vale abrir um parêntese para dizer que nesta pesquisa, o conceito de violência, visto como polissêmico, tal como constatado pelo antropólogo Roberto Cardoso de Oliveira (2008), é pensado “[...] especialmente em sua perspectiva enquanto insulto moral somado à produção de comportamentos de sujeitos atravessados por determinadas práticas institucionais” (BANDEIRA, DEL SARTO, 2021, p. 501). O autor traz dois conceitos valiosos para falar sobre o tema, o "reconhecimento" e o "insulto moral", pois a ausência do primeiro, numa interação social, perpetua uma negação de identidade à pessoa que está sujeita às multiplicidades da violência. Já a existência do segundo pode ser vista como algo que escancara duas características principais das violências: "(1) trata-se de uma agressão objetiva a direitos que não pode ser adequadamente traduzida em evidências materiais; e, (2) sempre implica uma desvalorização ou negação da identidade do outro." (OLIVEIRA, 2008, p. 136).

Além disso, na institucionalização, a violência, em si, pode ser definida como uma experiência relacional, vinculada também a processos políticos e enviesada por questões culturais e sociais. Então, para abordá-la, devemos reconhecer sua dimensão ativa, ou seja, vendo o que produz, quais relações transforma e como essas transformações ocorrem (DAS, 2020). Nesse sentido, essa escolha de compreender a violência no cotidiano não nos ausenta da responsabilidade de reconhecer os processos sociais nos quais ela está inserida, pois a partir da experiência humana, podemos também revelar as forças sociais que compõem nossas vivências. Dentro do hospital, por exemplo, as formas de violência emergem de diferentes formas, tanto físicas quanto morais, como através das narrativas sobre o grau de

periculosidade dos pacientes ou sobre seus diagnósticos, que parecem compor as prontas e consolidadas justificativas para as suas ocorrências. Tal como escreveu Basaglia, “[...] dentro de uma instituição psiquiátrica existe uma razão psicopatológica para cada acontecimento e uma explicação científica para cada ato” (1985, p. 122)

Pois bem, voltando ao trabalho de campo, os dias que se seguiram me fizeram questionar tudo à minha volta, dentro e fora do hospital, pois eu não sabia como mobilizar pensamentos para refletir sobre aquele ambiente que estava inserida. Chegou uma fase da pesquisa na qual eu não queria anotar no Diário quando chegava em casa, pois aquilo significaria reviver as situações que estava presenciando. Escrever tornou-se um momento doloroso e, aos poucos, minha busca desmedida por acumular dados foi sendo podada por uma sensação de incompreensão.

Vale lembrar que essa não foi a primeira vez que trabalhei com etnografia de hospital psiquiátrico e que, devido à experiência que já tenho no campo, acabei por naturalizar também muitas situações que seriam indigeríveis para uma primeira vista. Entretanto, ao adentrar a ala da segunda instituição que fiz pesquisa agora no doutorado, precisei começar quase do zero minha adaptação àquele espaço, pois ainda não tinha presenciado um ambiente tão limitante, fechado e caótico. Para exemplificar, vamos observar um caso que foi derradeiro para tudo o que veio depois, escrevi no Diário de Campo:

Finalmente chegou a tão esperada Páscoa! Estávamos ansiosos por esse dia e passamos a semana toda conversando sobre os possíveis cardápios, já que a comida iria vir de um restaurante de fora do hospital! Uma moradora me recebeu todas as manhãs dessa semana falando sobre o fim de semana, dizendo que teria almoço de Páscoa e que nós iríamos comemorar com “comida de restaurante” e “ovo de chocolate”. Quando cheguei ao hospital, fui direto para o refeitório, pois os moradores estavam desde cedo na porta, esperando pelo almoço especial. Quando a comida finalmente foi liberada, os moradores entraram no refeitório e se sentaram cada um nos seus respectivos lugares [...] e ficaram esperando seus pratos de comida. Tinha maionese, churrasco, arroz e farofa... macarrão também... parceria muito bom... Uma outra moradora comeu rápido e pediu “mais um pouquinho” e a enfermeira pegou seu prato e colocou um pouco mais de comida para ela. A moradora que estava ansiosa por aquele dia viu e pediu também, mas não deram para ela nem para mais ninguém... Perguntaram “Por que ela queria mais comida se já tinha comido um prato inteiro?”. Ela disse que “Vi que a outra moradora ganhou e queria mais um pouco também”, mas os profissionais foram firmes em dizer que “não”, pois ela “Já tinha comido comida suficiente”, afinal “Quem precisa de dois pratos de comida?”. Ela se levantou e foi sentar no único banco que tem em um pequeno quintal na porta do refeitório e começou a chorar muito alto... ninguém foi até ela... as lágrimas escorriam e o seu sofrimento era evidente, mas ela não foi acolhida. Então começou a gritar, dizendo que só queria “mais um pouquinho de comida”, mas ninguém parecia se importar. Fui até ela e tentei conversar,

mas o choro dela abafava qualquer tentativa minha de acalmá-la, perguntei o que tinha acontecido e ela me contou o que eu já tinha observado, que uma moradora ganhou dois pratos de comida e que ela ganhou apenas um. Disse também que a enfermeira estava “ficando ruim para ela”. A enfermeira foi até nós e, em tom de ameaça, pediu para ela parar, caso contrário ela seria levada para a quinta [uma outra ala ainda mais punitiva que os moradores temem muito]... Ela continuou chorando e as ameaças foram aumentando, o que a fazia chorar ainda mais. Outra enfermeira chegou, olhou para ela e disse: "Ela tá sem controle, vai ter que tomar uma injeção". A primeira enfermeira tentou mais uma vez acalmá-la com ameaças dizendo que tudo bem, poderia dar mais um pouco de comida para ela, mas neste caso ela ficaria sem o ovo de Páscoa. Ela chorou ainda mais, repetindo que “só queria um pouco mais de comida”. Como o choro estava alto demais, a enfermeira resolveu que a melhor opção seria a injeção e terminou a cena dizendo que ela ficaria sem chocolate de qualquer jeito para “aprender a não fazer mais isso”. Fiquei incrédula. Vi ela sendo medicada e aos pouquinhos o remédio foi fazendo efeito, ela ficou calma, em silêncio, do jeito que eles queriam. Fui embora na hora, com ânsia. Não almocei lá, nem consegui esperar as próximas atividades, pois, quando aplicaram a injeção nela, peguei minhas coisas e fui embora sem me despedir (Diário de Campo, 17 de abril de 2022).

Esse caso, de certa forma, escancara repetidas situações que presenciei em campo e que fizeram parte de todas as composições desta Tese. Foi por esse motivo que, no tópico anterior, comentei sobre a dificuldade de evitar desenvolver uma posição “paciente-advocativa” naquele espaço, ou seja, tomar, enquanto pesquisadora, um lado, pois viver aquelas experiências tornou isso cada vez mais complicado. Depois daquele domingo de Páscoa, quando voltei na segunda-feira, ainda me sentindo muito mal, a enfermeira me recebeu como se nada tivesse acontecido, dizendo que não me viu indo embora e me questionando por que não almocei lá, e completou dizendo: “Sobrou tanta comida!”. Percebi, naquele momento, que o uso da injeção estava muito naturalizado e não era visto como eu o via, para eles era mais um momento em que um paciente estava “alterado” e, para “controlá-lo”, buscavam ajuda com a medicação.

Essa ocasião me lembrou das discussões sobre o eletrochoque pois, ao longo dos anos, diferentes debates surgiram sobre os tratamentos psiquiátricos e foi comum encontrar profissionais defendendo seu uso e usando pesquisas científicas para comprovar sua eficácia. No entanto, independente de concordarmos ou não com seu uso, podemos fazer um exercício de pensar como seria - nesses ambientes que já usam cotidianamente a injeção para “educar” - se esses profissionais tivessem esses equipamentos disponíveis. Como eles seriam usados nesses espaços que não têm sujeitos que podem escolher se querem ou não este tipo de tratamento? Além disso, toda e qualquer tentativa de conversa sobre o uso da injeção para “educar” era prontamente justificada. Quando questionei sobre o ocorrido no dia do almoço,

querendo entender o que tinha acontecido na perspectiva dos profissionais, eles me disseram que ela poderia ficar “perigosa” se continuasse chorando daquele jeito e, para evitar, era melhor que recebesse uma medicação.

Outra situação também se repetiu muitas vezes, com uma moradora que tomava banho e lavava os cabelos todos os dias pela manhã e, como ela é um pouco mais independente, se lavava antes do banho coletivo e depois precisava esperar até todos os moradores tomarem banho para ter seu cabelo penteado pois, segundo a cuidadora, era perigoso deixar eles com um pente. Alguns dias, essa espera demorava, pois antes do banho coletivo a equipe tomava café da manhã e só depois voltava para esse serviço. Perdi as contas de quantas vezes a vi chorando, com o cabelo pingando e todo bagunçado, pois queria pentear o cabelo. Eles sempre respondiam que não iam pentear o cabelo dela rápido, porque ela “precisava aprender a esperar”. Quando o choro ficava mais intenso era preparada uma injeção, para “ajudar ela a se acalmar”. Essas situações com injeções apareceram muitas vezes no Diário de Campo:

[...] [o morador] me cumprimentou algumas vezes... estava circulando pela ala esperando pelo banho. Foi bem querido, falou “Olá, Sa-bri-na”, como ele costuma falar e me deu a mão para cumprimentá-lo... mas, quando as técnicas passaram pela porta, ele a bateu bem forte, fazendo um grande barulho... a técnica pegou ele pela mão, falando “vem bebê, vem com a mamãe... não não bebê... vamos ficar bonzinho né... vamos ficar mansinho?” Ele sabia que iria receber a injeção e tentou não ir, mas ela continuou conduzindo ele até a cama, o deitou, o cobriu e disse: “Agora você vai ficar mansinho...”. (Diário de Campo, 4 de abril de 2022).

Alguns dias antes, com outro morador, uma situação parecida aconteceu, escrevi também no Diário de Campo:

Uma técnica começou a chamar outros técnicos, ela parecia um pouco assustada... quando o enfermeiro chegou, ela disse que um morador quase agrediu e queria agredir também outra paciente... decidiram que teriam que contê-lo... a técnica foi correndo na enfermaria preparar a injeção... voltou com prazer, parecia, para aplicar... amarram seus braços e pernas na cama, enquanto ele pedia para não fazerem isso... deram a injeção... de novo... de novo essa cena... (Diário de Campo, 6 de abril de 2022).

Aquela cena me transportou para Basaglia, novamente, quando ele descreve algumas situações muito semelhantes, ainda na década de 1980:

Por mim, eu partilhava da opinião da maioria sobre os Hospitais Psiquiátricos Provinciais: devido a experiências superficiais vividas no passado, estes me pareciam algo entre prisão e o claustro - locais insólitos, despertando o prazer sutil da violação. (1985, p. 14).

Vivenciando aquelas situações, acabei por entrar em novas questões, pois estava investigando qual seria a melhor forma de trabalhar aqueles dados que estava presenciando.

Percebi, a partir dessas cenas, que seria impossível desvencilhar uma abordagem “advocativa” daquele campo, numa tentativa de neutralidade. Desde as primeiras cenas de violência presenciadas, agi então de diferentes formas tentando encontrar saídas. Tentei, no primeiro momento, acolher quando via um morador em sofrimento, mas foi me indicado para não fazer isso para eles não se "acostumarem”:

Aumentaram a dose de remédio dela [moradora], que estava chorando desde cedo e não queria andar sozinha pois dizia que estava tonta. Começaram a lavar o chão da ala, e ela me pediu ajuda para caminhar até o Centro de Convivência, já que o chão estava molhado e liso. Fomos juntas, de mãos dadas, até que uma técnica de enfermagem chegou e disse que era para tomar cuidado, pois ela era muito solicitante e se eu a ajudasse ela iria se acostumar com aquilo, pois ela fazia isso pra chamar atenção. Uma outra técnica nos viu e disse: “Tá fazendo isso porque ela tá te carregando, né?” (Diário de Campo, 30 de março de 2022).

A sequência de desconsiderações com a moradora foi ficando cada vez mais grave, ela passou a chorar quase todos os dias, tremia muito e foi ficando cada vez com mais medo de caminhar. Presenciei duas quedas dela no refeitório, que foram vistas, também, como uma maneira que ela tinha encontrado para “chamar atenção”. No dia que presenciei uma das quedas, escrevi no diário:

Hoje no almoço foi uma verdadeira cena de horror: primeiro uma moradora recebeu o prato sem arroz e feijão, quando questionou responderam que era porque ela tinha que fazer dieta, pois estava "acima do peso”. Os profissionais que decidiram isso, pelo visto ela não tinha participado da decisão. No meio do almoço, a moradora que eles chamam de “solicitante” caiu no chão, com tudo, e ficou deitada de bruços. Uma técnica fingiu que não viu e a outra só disse: “Pra que isso? Pára com isso! Levanta!”. Quanta violência... quanto terror... não ajudaram ela a levantar... ela chorou tanto... eles falaram que “ela quer ser o centro das atenções”, mas ela já não parecia muito bem desde cedo, tremia muito e chorava... muito triste... (Diário de Campo, 28 de março de 2022).

Na dia da qualificação desta Tese, a professora Sônia Maluf, que participava da banca, retomou o conceito de mulheres poliqueixosas (OLIVEIRA; JORGE, 2007, p. 96), destinado às pacientes mulheres que relatam diferentes queixas e experienciam diversos sintomas, mas não conseguem expressar seus sentimentos, elas “[...] não conseguem demonstrar os problemas que são determinantes de sinais e sintomas.”. Além do mais, o caráter terapêutico daquelas atitudes era muito óbvio para os profissionais que, quando me viam presenciando-as, reforçavam “que fazia parte do tratamento”, "que era assim mesmo”, que “tinha que ser assim”, que “eles são complicados e precisam ser tratados assim”, etc. Os profissionais pareciam reproduzir aquela estrutura punitiva de cuidado mecanicamente e,

quando algum deles questionava aquelas cenas, era prontamente silenciado pelos outros. Marquei uma conversa com um profissional que ocupava uma posição de poder no hospital, dias antes de terminar a pesquisa, para contar sobre as situações que estava presenciando, mas ele também justificou todas as cenas a partir do diagnóstico de cada paciente. Passei então, em alguns casos, a simplesmente ir embora do hospital quando algo ocorria, pois não queria ter que presenciar em silêncio aquelas atitudes e “escolhi”, também, não registrar tudo no Diário de Campo, já que havia dias em que não eram digeríveis.

Obviamente que, como estava inserida em um ambiente extremamente coercitivo, não estava isenta de viver aquela violência e experienciei também outras duas situações limites. Olhando para trás agora, quase um ano depois, vejo que foi muito pouco perto da quantidade de dias que passei nos hospitais, mas de certa forma elas também moldaram esta pesquisa. Escolhi expor apenas uma delas aqui, já que depois deste tópico avançaremos para investigar a sociabilidade dos moradores e as questões da institucionalização permanente, e não quero me delongar mais nesses impasses metodológicos.

A situação limite aconteceu em um dia que estava com outra moradora, na grade que separa a ala de moradores crônicos da ala de pacientes agudos, aqueles que estão internados por um curto período de tempo no hospital. Estávamos esperando alguém passar por ali, pois ela queria pedir cigarros para os pacientes que estavam internados temporariamente. Como ninguém passou, decidimos voltar para o Centro de Convivência, mas, no caminho, cruzamos com um morador que já não mais socializa e que mora na ala com eles. Ele tem 58 anos de idade e está institucionalizado há 37 anos, raramente verbaliza, nunca o vejo conversando ou interagindo com ninguém e é extremamente medicado. Tudo aconteceu muito rápido, bastou que cruzássemos o seu caminho para que, instantaneamente, ele olhasse dentro dos meus olhos e, em segundos, lançasse com força e precisão um murro no meu rosto. Ele acertou meu nariz, meus óculos caíram no chão e, quando voltei dos segundos de incompreensão, confusa com o que tinha acontecido, corri para pegar os óculos antes que alguém da equipe visse, entretanto, não fui ágil o suficiente. Vieram pegá-lo, deram injeção e o trancaram em uma minúscula salinha com grades que fica dentro da ala. Aquilo me avassalou, fiquei a manhã toda dizendo que estava bem, que só tinha sido um acidente, mas eles foram firmes na punição. Da salinha, ele chorava e pedia pra sair, perguntando repetidas vezes: “Já posso sair?”. Aquilo reverberou em mim a semana toda, escutava repetidas vezes, no meu pensamento, aquele sofrimento e verbalização do morador que, até então, não costumava falar.

Outros moradores vieram conversar comigo, me contaram que também apanham muito dele, que devemos ter cuidado, pois ele está “doente”. Perguntei então o que fizeram quando apanharam e um deles me respondeu: “Não fiz nada... não é ele que faz isso... é a doença [apontado pra cabeça], é a doença dele que faz ele fazer isso... não é ele... o que que é a doença, né? Vem dos nervos... doença mental... não falo nada porque ele tá doente.” (Diário de Campo, 11 de abril de 2022). Aquela sabedoria, vinda daqueles fragmentos do cotidiano, era a força propulsora que mantinha a pesquisa em curso. Desenvolvi um medo frequente e, quando o morador que me agrediu me via, vinha correndo ao meu encontro e eu tinha que andar de costas até o técnico de enfermagem mais próximo para evitar que ele tentasse me agredir. Ele ficava me observando o tempo todo e eu o observava também. Os moradores me alertavam quando ele estava se aproximando e tudo acontecia de forma muito rápida. Pensei em não continuar a pesquisa, mas continuei. Eu me sentia impotente e covarde, mas não encontrava espaço para agir diferente, o espaço era muito violento e obviamente as pessoas que viviam ali reproduziam essa violência. Não sabia o que ele tentava comunicar com aquelas ações repetidas e não tinha um espaço que propiciasse o entendimento disso.

Além de estar sujeita às violências do ambiente, eu também não tinha poder de fala, assim como os moradores, e nem meu olhar de desespero, nem minha presença eram suficientes para interromper as situações de violência que ali aconteciam e não havia o que eu pudesse fazer para impedir que aqueles momentos, rotineiros, deixassem de se repetir. Mais uma vez, encontrei em Basaglia uma sábia passagem sobre essa questão, relacionada a profissionais que passam a investigar essas instituições:

É muito simples para o *establishment* psiquiátrico definir nosso trabalho como desprovido de seriedade e de respeitabilidade científica. É um juízo que nos lisonjeia, pois finalmente nos identifica com a falta de seriedade e de respeitabilidade desde sempre atribuída ao doente mental e a todos os rejeitados (1985, p. 11).

Escolhi ir registrando como podia e como conseguia, o que não deixava de me inundar de questões sem respostas, como nesta passagem do diário:

Hoje eu tive vontade de desistir, de novo. Escrevo no diário com náusea, voltei do hospital horrorizada. Que horror aquelas pessoas vivem.. que saída elas têm? O que eu posso fazer? Eu consigo fazer algo? Como? Preciso encontrar um meio. O morador que me agrediu não tem vindo até mim mais, os outros moradores não me deixam sozinha para evitar que a gente se encontre, também fico pensando como agradecer eles pela gentileza de me receberem com tanto cuidado e carinho, me ensinam tanto... (Diário de Campo, 17 de abril de 2022).

Sobre minha relação com os profissionais, quanto mais eu visitava o hospital, mais acostumados ficavam com minha presença e mais agiam sem me notar. A pesquisadora Goodwin et al. (2003) passou também por uma situação parecida e relatou no seu trabalho os desdobramentos na busca de entendimento do porquê de alguns anestesiologistas terem escolhido conduzir uma conversa particular na sua frente, enquanto ela estava em campo. Ela conta que tinha certeza de que eles sabiam que ela estava ali, mas queria entender porque escolheram fazer algo que supunha-se ser privado na sua frente. Foi quando encontrou o trabalho de Burgess (1984) que escreveu sobre a influência da presença do *gênero* na pesquisa de campo, que aquilo começou a ficar mais evidente, ela então se questionou: “Minha aparente invisibilidade poderia ser uma consequência de ser uma pesquisadora mulher e inexperiente?” (p. 574). Pensei no meu campo nesses termos: ‘Será que o fato de eu ser uma pesquisadora mulher, relativamente jovem, aparentemente inexperiente, criou essa ideia de inexistência da minha presença ali?’ Será que se essa pesquisa fosse desenvolvida por outro pesquisador, mais experiente em termos de idade, ele teria presenciado as cenas que vivi? E indo mais a fundo, por ser a Antropologia um trabalho “não convencional”, será que minha presença ali era mais vista em outros campos que não no profissional?

Além disso, com o passar dos dias em campo, foi ficando cada vez mais evidente o quanto os moradores eram “despersonalizados”, ou o quanto suas condições de “sujeito” eram negadas, uma vez que as repetidas denúncias e reclamações que faziam eram todas vistas no plano do “delírio”. Esse é o ponto que diferencia muito a *etnografia de hospital* da *etnografia de hospital psiquiátrico*, pois, embora em todas as instituições pessoas ocupem posições de poder, dentro do hospital psiquiátrico os moradores são despidos de qualquer possibilidade de negociação em relação aos seus tratamentos e, quando não o aceitam, são duramente e instantaneamente punidos. Eles também não podem circular por outros tratamentos, pois não têm autorização para sair dali e não são fornecidos outros recursos além do medicamentoso, o que impede o desenvolvimento de um itinerário terapêutico, tal como definido por Menéndez (2005), como práticas de autoatenção que um grupo social ou um sujeito utilizam para conviver com problemas de enfermidades e mal-estares.

A baixa posição que ocupam, na hierarquia social e médica, além dos recursos inadequados dos hospitais, tornam a possibilidade de negociar seus cuidados quase impossível (MULEMI, 2008, p. 117). Atrelado a isso, está o sentimento de dependência, criado cotidianamente, principalmente pelos profissionais, que também é usado para fortalecer essa estrutura em um cenário que, antes de tudo, faz com que os pacientes restrinjam sua própria agência. Depois de internados, os pacientes podem perceber que a

hospitalização pode ser sinônimo de uma “rendição involuntária, e às vezes degradante, às pessoas que cuidam da saúde” (idem p. 124-125). Nesse movimento, ocorre algo parecido ao que notou também o antropólogo médico Mulemi, a saber:

Os médicos e enfermeiros desempenham um papel [...] na criação da dependência entre os pacientes. O pessoal da enfermaria, por exemplo, define os pacientes como não cooperativos se eles forem muito inquisitivos e tenderem a se opor a seus planos de saúde. O bom paciente, neste sentido, é aquele que evita perguntas e qualquer comportamento que possa antagonizar os provedores de saúde (2008, p. 124, tradução minha).

A “obediência” aparece como uma forma de proteção e, antes de tudo, uma forma de evitar as punições, como a injeção ou a medicação “educativa”. Só no meu Diário de Campo, a ocorrência de injeção como forma de punição apareceu em 22 situações e isso, talvez, impeça que os moradores desenvolvam o que eu mais buscava, a saber: as microdinâmicas das experiências singulares (PETITMENGIN et al., 2019). De alguma forma, a estrutura institucional mantinha aquele modelo de tratamento ou cuidado e os agentes o repetiam. Meu papel ali passou a ser documentar as violências que presenciava, num ambiente que internalizava cotidianamente uma sensação de opressão. Escrevi no diário: “[...] me sinto de mãos atadas, mas sei que não estou, é a ilusão da instituição, ela cria essa sensação na gente e quando menos esperamos, estamos a reproduzindo” (Diário de Campo, 27 de outubro de 2021).

Capítulo 3: Moradores: quem são afinal?

3.1) Um pouco do envoltório, um pouco do conteúdo

[...] a filha cheira à casa e a casa cheira à filha e por isso fica difícil saber qual é a camada exterior, o envoltório, e qual seria o conteúdo.
Juliana Leite

A literatura - quase sempre - parece saber o que diz, ou o que faz. Como tenho dito, repetidas vezes ao longo desse costurar de ideias, a composição do que aqui apresento está extremamente atravessada por diferentes referências e experiências. Sempre que começo uma parte nova dos textos, recorro, além dos fichamentos infinitos das leituras bibliográficas, a um caderno de anotações com notas de livros literários que tenho lido nos momentos de descanso. Parece um processo milagroso, porque sempre encontro trechos que parecem borbulhar no sentido de me impulsionar a escrever novas linhas, como numa inexplicável, desejada e recorrente inspiração. Nessas andanças entre algumas linhas possivelmente desconexas para terceiros - mas que para mim faziam muito sentido, principalmente no momento em que foram anotadas - encontrei algumas notas sobre um livro chamado “Humanos Exemplares”, de Juliana Leite, lido em dezembro de 2022, quando estava no estágio sanduíche e escrevendo o Capítulo 2 da Tese. Repetindo o início deste tópico, anotei um trecho que dizia: “[...] a filha cheira à casa e a casa cheira à filha e por isso fica difícil saber qual é a camada exterior, o envoltório, e qual seria o conteúdo”. Embora a autora tenha escrito sobre um contexto completamente diferente, sobre a relação de uma filha morando no exterior e sua mãe, idosa, vivendo sozinha no seu apartamento na época da pandemia de Covid-19, não consegui traçar uma linha que dividisse aquela descrição para o que estava presenciando no hospital.

Recompondo suas palavras, pensei que a ideia de que “os moradores cheiram ao hospício e o hospício cheira aos moradores” parece muito presente nos hospitais públicos nos quais esta pesquisa foi realizada, não tão somente no plano da experiência - vivida, sentida e observada -, mas também na própria maneira que aqueles que compartilham o espaço o descrevem. É impossível contar a história de um hospital psiquiátrico sem ao menos citar algum fato sobre alguém que viveu ali, ou ainda vive. É igualmente difícil fazer o exercício contrário, e contar a história de algum morador sem citar a instituição ou o histórico desse lugar. O ato de institucionalizar, em si, parece um ato de misturar, ele faz confundir fronteiras e age misturando essências numa incansável busca por padronizações. Falar sobre as

tendências da instituição não significa desconsiderar aquilo que a ela escapa, porque, embora ela tenha essa intenção tão bem conhecida de uniformização de sujeitos e comportamentos, é também o *locus* onde as tendências de extrapolá-la nascem. É, portanto, inegável que os moradores e a instituição estejam amalgamados construindo suas histórias simultaneamente.

O psiquiatra Franco Basaglia (1985) já dizia que o indivíduo “Torna-se um corpo vivido na instituição, pela instituição, a ponto de ser considerado parte de suas próprias estruturas físicas” (p. 121), e é muito comum que as interpretações sobre essas relações também sejam construídas de forma misturada, uma vez que, para um olhar rápido, iniciante ou desatento, possa ser difícil fazer uma separação. É neste exato ponto que o envoltório parece se misturar ao conteúdo. Conhecer os moradores além do hospital exige tempo e paciência, coisas raras na sociedade e na ciência em que vivemos, que têm igualmente pressa e sede por constatações na construção de múltiplos conhecimentos.

É comum pensar nisso, porque somente dois agentes continuam existindo a despeito de todas as mudanças, reformas e aposentadorias: o próprio hospital e o grupo de moradores. Depois de tantos anos vivendo no mesmo ambiente, vendo as estruturas do lugar serem reformadas, observando a equipe de profissionais se aposentar e experienciando a alta celestial de seus companheiros, os moradores continuam habitando aquele espaço. Embora seja dito constantemente entre os profissionais que todos ali são uma grande família, no final de cada geração só restam os moradores, que passam a vida experimentando uma lógica que para eles foi criada como sendo a mais indicada: a lógica manicomial.

Obviamente que falar dos moradores, num plural genérico, acaba por apagar muitas singularidades construídas e vividas naquele espaço. Entretanto, como no mapeamento foram encontradas mais pessoas do que era esperado vivendo dentro de hospitais como residentes permanentes, decidi fazer uma tentativa de desenhar brevemente o perfil dos moradores neste terceiro capítulo. Apresento, portanto, nos tópicos seguintes, o perfil dos moradores dos dois hospitais nos quais a pesquisa de campo foi realizada. Utilizei, para tanto, os dados dos prontuários médicos, combinados com as visitas etnográficas e as entrevistas semiestruturadas para redesenhar essa população de forma mais genérica.

Busquei compreender três perfis: no perfil identificatório, registrei nome (não reproduzidos aqui por motivos éticos), ano de nascimento, idade, raça, sexo e naturalidade. Já no perfil socioeconômico, foram coletados dados sobre escolaridade, benefício social ou renda que recebem, atividades laborativas anteriores à institucionalização e se recebem visitas ou não. Ainda, no perfil clínico foram registradas a data e a idade na primeira internação, a data e a idade na última internação, o tempo de institucionalização, o diagnóstico e o número

de internações nos hospitais psiquiátricos. Vale pontuar que os documentos, muitas vezes, estavam incompletos, as informações eram inconsistentes e muito material foi apagado ao longo dos anos. A transição entre instituições, muito provavelmente, contribuiu para essa perda de dados, além dos casos específicos de moradores que foram encontrados sem documentos e em situação de rua. Por esse motivo, ressalto que, nessa generalização inicial, outras questões importantes podem ter sido também negligenciadas.

Um último ponto importante diz respeito aos dados de cada um dos hospitais em que fiz a pesquisa de campo. Nos Quadros 1, 2, 3, 4, 5 e 6, presentes no Anexo da Tese, optei por tabelar os dados de forma separada, referenciando aos hospitais como “Hospital 1” e “Hospital 2”. Nas tabelas do Capítulo, optei por unir os dados de ambos os hospitais, uma vez que as variações entre eles eram mínimas, talvez pelo fato de todos os moradores do Hospital 2 terem sido transferidos do Hospital 1. Em resumo, os dados apresentados, além de resumidos, unem os dois hospitais. As diferenças entre as instituições são melhores trabalhadas em outras características, pois os perfis identificatório, socioeconômico e clínico das duas instituições são muito semelhantes. Por fim, vale pensar neste Capítulo como um texto de transição - ele é um caminho necessário para chegar às discussões do próximo Capítulo, pois, como será visto adiante, a partir dos dados das tabelas que serão apresentadas, foram sendo descobertas questões delicadas que demandam um aprofundar lento, quase como um mergulho.

3.2) Perfil Identificatório: a vida antes da despersonalização

TABELA 1: PERFIL IDENTIFICATÓRIO DOS MORADORES

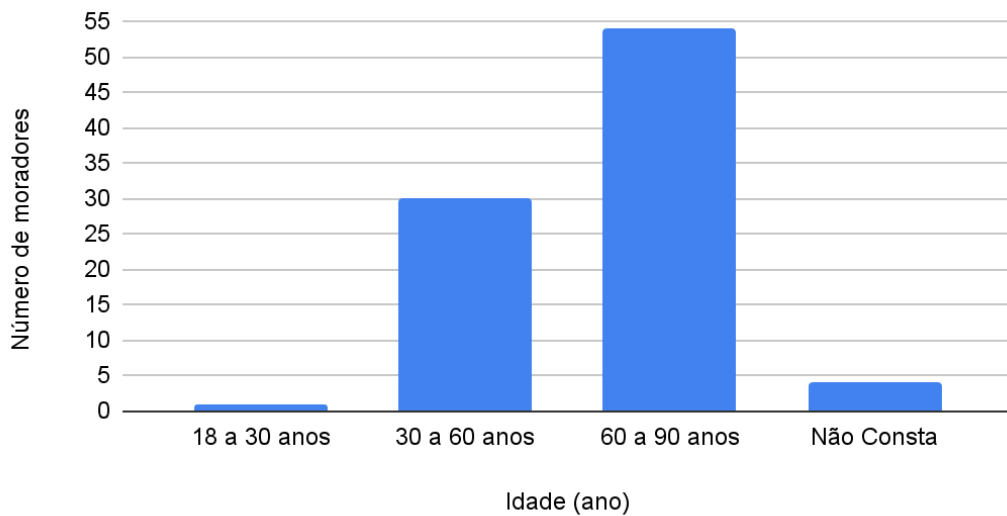
Participantes (n = 89)

	Número	Porcentagem (%)
Gênero		
Feminino	26	29,2
Masculino	63	70,8
Idade		
18 a 30 anos	1	1,1
30 a 60 anos	30	33,7
60 a 90 anos	54	60,7

	não consta	4	4,5
Raça			
	Branco	70	78,7
	Negro	11	12,4
	Pardo	2	2,3
	Amarelo	1	1,1
	Não Consta	5	5,6
Naturalidade			
	Santa Catarina	73	82,0
	Outros Estados	5	5,6
	Não consta	11	12,4

A Tabela 1, embora extremamente introdutória, já nos ajuda a traçar algumas importantes e reveladoras interpretações sobre os moradores e também revelam questões que precisamos aprofundar sobre a própria institucionalização psiquiátrica permanente, bem como sobre a reificação da institucionalização no Brasil. É por este motivo que o subtópico anterior foi iniciado com uma discussão sobre o amálgama que une os moradores e os hospitais, pois seria impossível traçar uma generalização que os separasse. Falar sobre “um”, deixa implícita a história do “outro”, assim como falar do “outro”, revela a história do “um”. Eles estão inegavelmente imbricados e, já no Perfil Identificatório, podemos perceber isso. Vale lembrar que a Tabela 1 é um resumo dos quadros 1 e 2, disponíveis nos Anexos desta Tese. Neles estão os dados completos dos residentes dos dois hospitais em que realizei a pesquisa de campo e algumas das informações deste capítulo foram retiradas diretamente dos mesmos, como o caso de algumas médias, máximas e mínimas. Abaixo, o Gráfico 2 ilustra os dados relacionados à idade dos moradores, em anos. Analisá-lo é um primeiro passo para que possamos seguir para algumas considerações importantes.

Gráfico 2: Idade dos moradores dos hospitais



Número dos moradores (eixo vertical) x Idade por agrupamento (eixo horizontal).

O eixo vertical do Gráfico 2 representa a quantidade de moradores; e o eixo horizontal, a idade dos internos. Podemos observar, inicialmente, que a idade dos moradores está expressivamente representada pela faixa etária 60-90 anos, com uma média etária total de 65 anos em ambas as instituições. Isso nos faz notar que a maioria da população - hoje institucionalizada como residente em alas psiquiátricas públicas no Estado de Santa Catarina - é idosa, pois, de acordo com o Estatuto do Idoso, um cidadão com idade igual ou superior a 60 anos é considerado pertencente a esse grupo²³. Os dados também indicam que, além dos cuidados da esfera da psiquiatria, essas pessoas provavelmente irão demandar cuidados-outras, advindos do envelhecimento, o que provocaria a necessidade de mudança na estrutura física desses locais.

Esse fato justifica a necessidade de uma adequação desses espaços, que passaram a contar com alas destinadas aos cuidados clínicos gerais para o atendimento de outras demandas além da psiquiatria. Por outro lado, essa manutenção do espaço alimenta a lógica manicomial, pois, através de reformas das estruturas físicas, possibilita que essas instituições continuem existindo. Além disso, essas alterações dão a sensação de estarem sendo realizadas para melhorar a condição de vida dos internados, entretanto, elas são também uma manutenção que garante a continuidade e a solidificação desses espaços.

²³

Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2022/eleicoes-2022-periodo-eleitoral/estatuto-do-idoso-assegura-direitos-de-pessoas-com-60-anos-ou-mais> (acesso em 23/3/2023).

Vale pontuar que, a partir dos movimentos das Reformas Psiquiátricas, muitas modificações foram iniciadas, mas, por outro lado, mesmo com a criação desses novos espaços, os moradores continuaram enfrentando um longo caminho quando suas necessidades escapavam da esfera da psiquiatria, o que nos faz questionar para quem exatamente se destina essas mudanças: aos moradores, para melhorar suas condições de vida, ou para a própria manutenção e permanência das instituições? Essa indagação surgiu quando comecei a perceber que, normalmente, os pacientes de longa permanência não são prioritários nos atendimentos das alas de clínica médica.

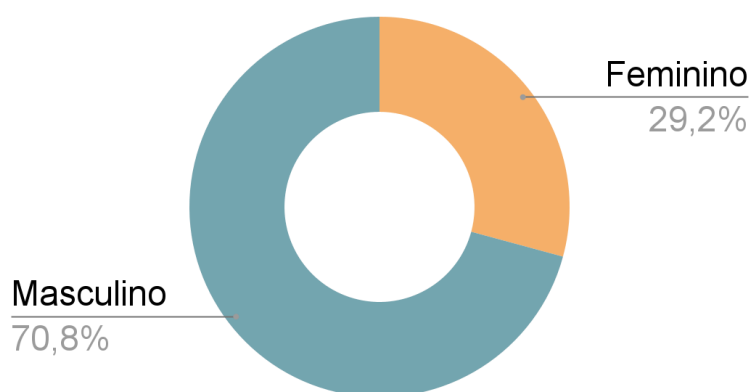
No trabalho de campo, essa questão esteve muito presente, pois acompanhei repetidas queixas de residentes que demoravam muito tempo para serem atendidas, ou até mesmo vistas, com a justificativa dos profissionais de que os pacientes crônicos são muito “solicitantes”. Um caso ajuda a ilustrar esse ponto: quando uma moradora que estava com uma unha inflamada e passou dias chorando pedindo para ir ao médico, mas levou um tempo até que ela fosse atendida. Quando eu chegava ao hospital, mesmo no inverno do sul do país, ela vinha me receber descalça, dizendo: “O médico ainda não veio, querida.” (Diário de Campo, 31 de março de 2022). Ela não conseguia usar sapatos fechados nem meias, pois estava com muita dor. Cinco dias depois, ela continuava solicitando ajuda: “Eu tenho dinheiro... quero tirar a unha, querida... não tirei a unha até hoje, querida...” (Diário de Campo, 5 de abril de 2022). A situação foi piorando, ela não estava mais conseguindo andar da mesma forma, sua unha estava projetada para cima, mas mesmo assim o atendimento só veio duas semanas depois da primeira queixa.

Outro dado revelado pelo Gráfico 2, sobre a faixa etária, merece a atenção. Podemos notar que há um residente que tem 30 anos de idade atualmente e essa constatação nos transporta para um fato considerável. Segundo a Lei de Saúde Mental (2001): “É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares...”. Pois bem, para que a lei seja cumprida, as pessoas deveriam, em tese, ser institucionalizadas nesses ambientes antes de 2001, quando esse ato não era ainda proibido. Além disso, os moradores não poderiam ser menores de idade (menores de 18 anos) para ali serem internados. Nesse caso, apenas moradores acima de 40 anos atualmente foram internados antes da Lei, pois esses teriam 18 anos em 2000, antes da Lei ser implantada. O morador em questão tem 30 anos, o que indica que ele foi internado em uma instituição asilar após 2001.

Foi a partir do encontro com esse morador que passei a investigar se pessoas continuam a ser institucionalizadas nesses espaços asilares mesmo depois da proibição advinda da citada Lei. Descobri, posteriormente, que essa institucionalização recente não é um caso isolado e, embora a maioria dos pacientes esteja internada há anos, foram recorrentes as descobertas de institucionalização recente, inclusive no ano da pesquisa de campo (2022).

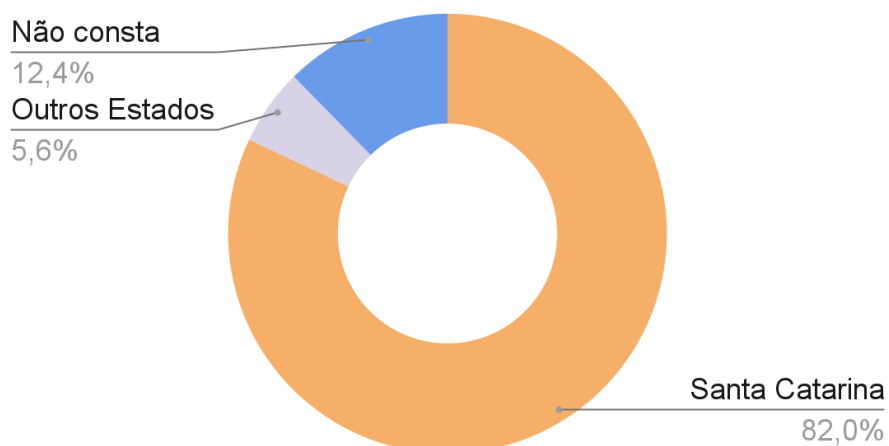
Avançando para os outros dados da Tabela 1, sobre a categoria gênero, podemos observar que as instituições são habitadas por moradores do gênero masculino e feminino. No Gráfico 3, podemos ver a porcentagem da combinação dos dados nas duas instituições:

Gráfico 3: Gênero dos moradores dos hospitais



Os indivíduos do gênero masculino são maioria, lembrando, mais uma vez, que esse dado coletado é referente apenas às alas de moradores dos hospitais e que essa composição pode possivelmente ser diferente nas outras alas, entre os pacientes crônicos e com internações temporárias. Já sobre a naturalidade (Gráfico 4 abaixo), vemos que praticamente todos os moradores são do Estado de Santa Catarina, o equivalente a 82%, não deixando de ser relevante o fato de que 12,4% dos moradores não têm sua naturalidade revelada:

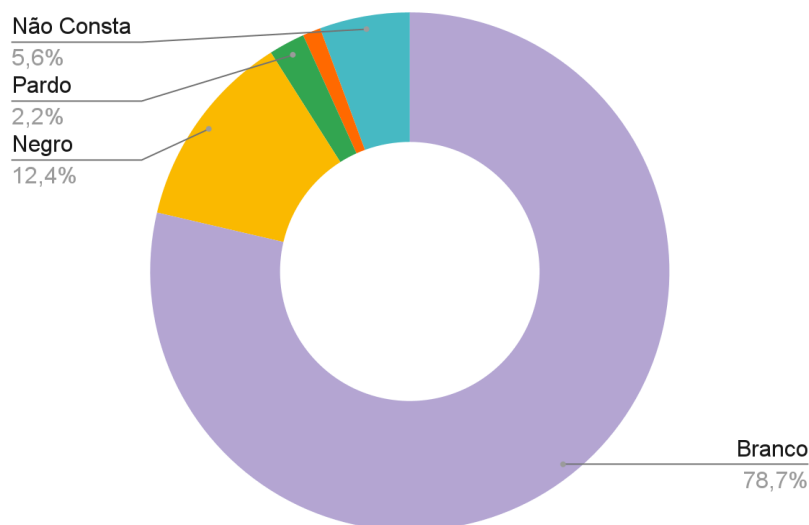
Gráfico 4: Naturalidade dos moradores dos hospitais



Isso nos leva a questionar o porquê da desinstitucionalização desses moradores ter sido tão complicada, visto que seus familiares viviam no mesmo Estado em que eles estavam internados. Além disso, vemos uma mudança na configuração dos hospitais, pois nos anos iniciais era muito comum que esses locais fossem compostos por pessoas de todas as regiões do país, o que nos mostra que se tem mantido a pretensão da territorialidade, preconizada pelas Reformas, pois é bem raro encontrar um morador de outro Estado vivendo dentro de um hospital catarinense.

Já sobre a raça (Gráfico 5), são utilizadas nos prontuários médicos as categorias do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), aparecendo entre elas: branco, negro, pardo e amarelo. Adicionamos aqui a categoria “não consta” para os prontuários que não têm essa informação. Notamos que a maioria dos pacientes são indivíduos brancos (78,7%), sucedido de negros (12,4%), pardos (2,2%) e amarelo (1,1%), replicando a distribuição da população do Estado, que é composta majoritariamente por indivíduos brancos (88,1%), sucedidos por pardos (9%), negros (2,7%) e indígenas (0,2%).

Gráfico 5: Raça dos moradores dos hospitais



Podemos observar nesses breves dados referentes ao Perfil Identificatório, que a maioria dos moradores dos hospitais vivendo em alas psiquiátricas no Estado de Santa Catarina, em caráter asilar, é composta por homens, idosos, brancos, com naturalidade majoritariamente no próprio Estado. Além disso, temos inclinações para pensar que as condições de envelhecimento dos moradores, juntamente com as propostas da Reforma Psiquiátrica, impulsionam as mudanças físicas das instituições, entretanto, temos motivos para crer que a manutenção do espaço é uma força que, antes de trazer melhorias para os residentes, acaba por reforçar a lógica da necessidade da institucionalização. Por fim, constatamos que indivíduos continuam sendo institucionalizados, mesmo depois da Lei de Saúde Mental, que previa o fim das internações psiquiátricas em condição asilar permanente.

3.3) Perfil socioeconômico: isolamento da/na institucionalização

Seguindo para a próxima divisão dos dados tabelados, temos abaixo as informações sobre o perfil socioeconômico dos moradores dos dois hospitais em que o trabalho de campo foi realizado. Na Tabela 2, foram estruturados os dados sobre escolaridade, renda, profissão anterior à institucionalização e se os moradores das instituições pesquisadas têm recebido visitas nos últimos cinco anos ou não.

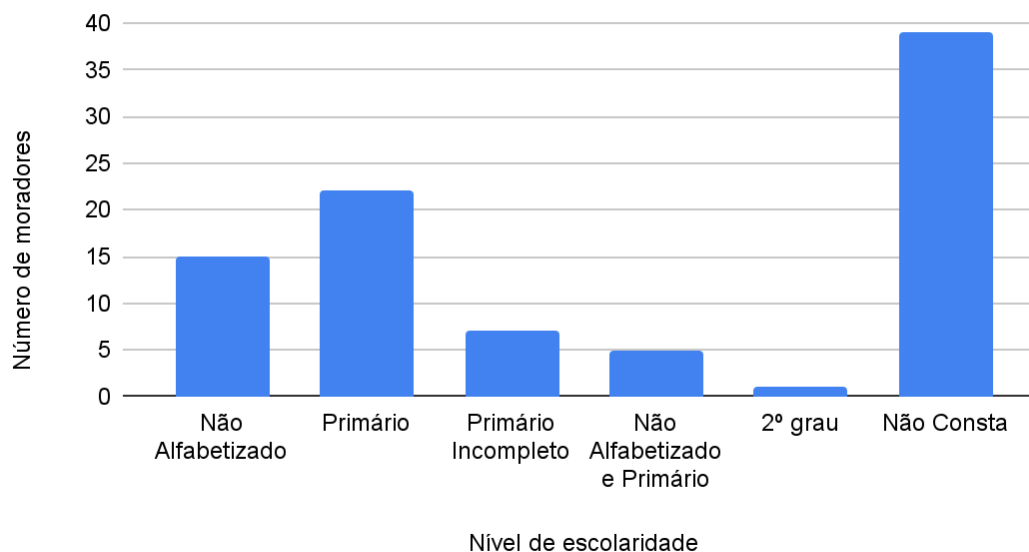
TABELA 2: PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS MORADORES*Participantes (n = 89)*

	Número	Porcentagem (%)
Escolaridade		
Não Alfabetizado	15	16,9
Primário	22	24,7
Primário Incompleto	7	7,9
Não Alfabetizado e Primário	5	5,6
2º grau	1	1,1
Não Consta	39	43,8
Renda		
BPC 1 s/m	45	50,6
Aposentado	11	12,4
Pensionista	3	3,4
Não consta	30	33,7
Profissão		
Sem ocupação	24	27,0
Do lar	15	16,9
Servente	5	5,6
Lavrador	8	9,0
Outros	9	10,1
Não Consta	28	31,5
Visitas		
Não Recebe	61	68,5
Recebe	26	32,6
Não Consta	2	2,2

Para começar a estruturação dessas informações, muito diversas em suas possibilidades de revelar, iniciaremos a análise observando a escolaridade. Vale lembrar, uma vez mais, que todos os dados foram primeiro estruturados nos Quadros 3 e 4, presentes no anexo desta Tese, entretanto, optei por deixar no texto apenas um resumo deles. As categorias

utilizadas são aquelas que aparecem nos prontuários médicos, a saber: “primário”, para os moradores que finalizaram o ensino fundamental, “primário incompleto”, para os moradores que não finalizaram o ensino fundamental, mas frequentaram escolas, “segundo grau”, para moradores que finalizaram o ensino médio, “não alfabetizado”, para moradores que não frequentaram escolas e “não consta”, para os moradores que não têm essa informação no prontuário. O gráfico abaixo ilustra a disposição dos dados das instituições.

Gráfico 6: Escolaridade dos moradores dos hospitais



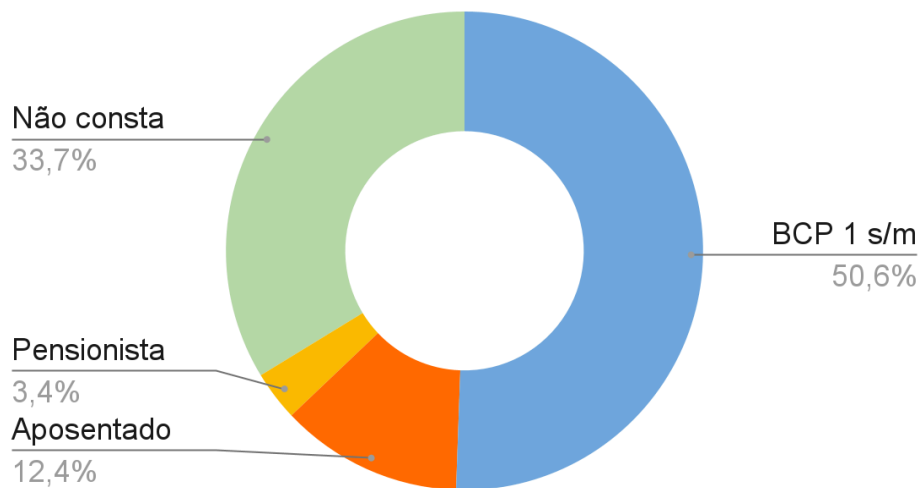
No Gráfico 6, o eixo vertical representa a quantidade de moradores e o eixo horizontal a escolaridade. É alarmante, à primeira vista, o quanto a questão da escolaridade tem sido negligenciada, pois, na grande maioria dos prontuários, essa informação não consta. Nos documentos, podemos observar que 39 de um total de 89 moradores não têm registrada sua escolaridade, ou seja, 43,8% deles. Sobrevém, respectivamente, o número de moradores que concluíram o grau primário, 22 (24,7%), depois os não alfabetizados, 15 (16,9%), e os moradores que não concluíram o grau primário, mas estudaram, 7 (7,9%). Além disso, há categorias que se misturam nos prontuários, tornando ainda mais difícil esquematizá-las. Foram encontradas, simultaneamente, as categorias “não alfabetizado” e “primário” em cinco prontuários (5,6%). Apenas um morador concluiu os estudos (1,1%), finalizados pelo então chamado 2º grau.

Outro ponto que é importante ressaltar, é que alguns moradores que têm nos seus prontuários escrito que são “Não Alfabetizados” escrevem e lêem, o que demonstra uma dupla negligência, primeiramente a da falta de informação (quando não consta nos registros)

e depois da existência de dados não confiáveis (quando não condizem com a realidade), tornando-os dados frágeis e inconclusos. Isso só pôde ser constatado no trabalho de campo, quando os moradores escreviam nas folhas que eu levava para que pudéssemos desenhar. Por outro lado, mesmo com essas variações, é importante ver como a instituição tem desenhado seus moradores, não tão somente no cotidiano, mas também nos documentos que registram seus históricos.

O próximo gráfico (7), referente à renda, nos leva para mais uma reflexão necessária. As categorias utilizadas, mais uma vez seguindo os termos dos próprios prontuários, são: “BPC 1 s/m”, sendo “BPC” a sigla do Benefício de Prestação Continuada, e “s/m” a sigla usada para salário mínimo, “Aposentado”, “Aposentado ½ s/m” e “Não consta”.

Gráfico 7: Renda dos moradores dos hospitais



Aqui podemos notar que uma expressiva parte dos moradores (50,6%) têm nos seus prontuários que recebem um salário mínimo (s/m), através, principalmente, do Benefício de Prestação Continuada (BPC-LOAS), que está previsto na Constituição Federal e é direcionado para pessoas com deficiência ou idosos acima de 65 anos. Além disso, para garantir o recebimento, os beneficiados devem ter uma renda familiar mensal máxima por pessoa de $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, valor referente à R\$353,00 em 2023, uma vez que o valor do salário mínimo mensal atualmente é de R\$1.412,00. É necessário pontuar que esse montante não é utilizado para os cuidados básicos dos moradores, pois, os mesmos, por estarem institucionalizados, são mantidos através dos valores das diárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Em entrevista, uma enfermeira, que trabalha em um dos hospitais há 14 anos, relatou

que a diária que recebem por paciente é de R\$57,00, totalizando, aproximadamente, R\$1.710,00 mensal.

Entrevistada: [...] Nem todos são iguais, inclusive aqui no hospital. [...] esse valor da psiquiatria é maior que é pra incentivar os hospitais a internarem paciente psiquiátrico, é um incentivo, então por isso que tem um valor a mais... R\$57,00 a diária né, então é por isso que... que eles... porque não é todo hospital que quer paciente psiquiátrico (Entrevista com uma enfermeira, 28 de março de 2023).

Quando esse valor foi citado, estranhei por ele diferir dos valores de diárias do SUS para residentes crônicos. Inclusive, na outra instituição, esse valor era diferente, mas não foi revelado exatamente. Essa informação do valor exato das diárias veio de uma profissional que trabalha na instituição que não carrega no nome a especialidade “psiquiatria”, embora tenha mais da metade de suas estruturas destinada a essa área médica, com moradores vivendo na grande maioria de seus pavilhões. Como dito anteriormente, a chegada dos moradores da psiquiatria foi vista como uma “salvação” da instituição, que seria fechada devido ao espaço inutilizado, da mesma, que antes era destinado aos pacientes de Hanseníase. Vamos aprofundar essa questão ao longo da tese, principalmente no Capítulo 5. Esta constatação nos retorna para uma questão inegável, que existe uma dupla dependência entre a manutenção da instituição, a continuidade e a permanência dos moradores naquelas alas que, de outro modo, teriam suas atividades interrompidas. Em outras palavras, as instituições só sobrevivem se mantiverem pacientes e, nesse caso, manter moradores é sinônimo de garantia para manter a própria instituição.

Voltando ao caso anterior, a enfermeira me explicou que um ano depois que terminei o campo (2022), a ala de moradores psiquiátricos passou a ser denominada de clínica geral, embora fosse composta apenas por pacientes psiquiátricos institucionalizados com uma média de tempo de internação de 24 anos. Percebi ali uma nova estratégia de manutenção da institucionalização psiquiátrica que desemboca em dois graves problemas: o primeiro é que não ser mais uma “ala psiquiátrica”, no nome, impossibilita que serviços destinados a essa “modalidade” chegue até os moradores, como por exemplo a terapia ocupacional, as atividades para viabilizar a desmedicalização progressiva e a ressocialização, atividades físicas, entre outras. O segundo problema seria o revelar de uma nova forma de invisibilização dessa população, aumentando os recursos institucionais, mas não alterando a realidade deles: renomeando as alas como clínicas gerais e não psiquiátricas.

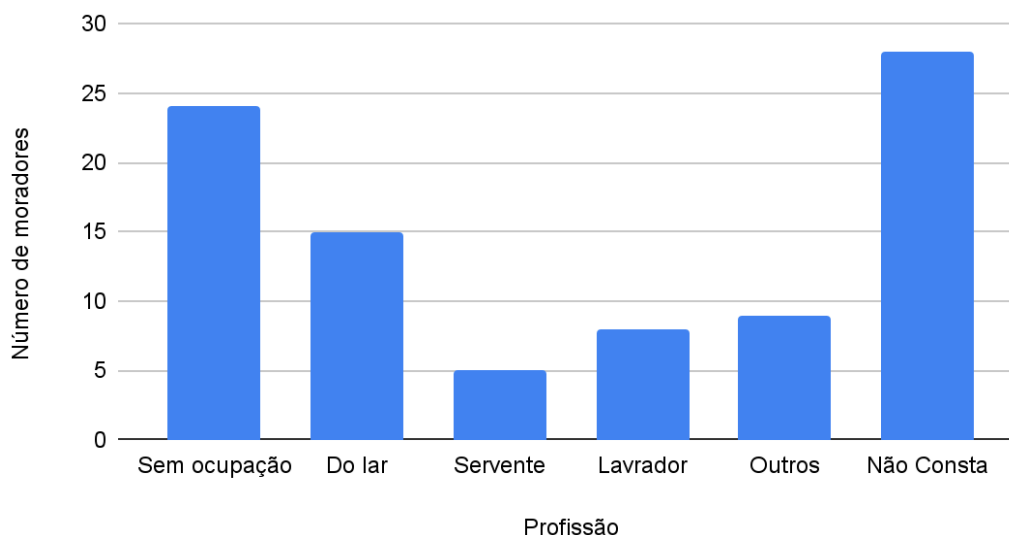
Entrevistada: [...] então, porque hoje em dia pode, tá... e uma outra informação, o nosso hospital aqui com aqueles pacientes que eram na psiquiatria, ali que tu trabalhou e eram da psiquiatria [...] Hoje em dia, foi a partir acho que do mês passado, não lembro direitinho, tá? Mas faz pouco tempo, eles mudaram tudo [...] então assim, não é psiquiatria mais, é clínica geral a unidade, a unidade virou clínica, e eles viraram clínicos [...] Na verdade, paciente psiquiátrico, tu vê, ó, por mês é R\$1700,00 por paciente por mês, eles ganham, o hospital ganha, o SUS paga né... e o outro paciente normal é R\$800,00, tem uns que é mais porque... porque tem os procedimentos, curativos... tem um que faz direto curativo, ai aumenta um pouquinho por mês (Entrevista com uma enfermeira, 8 de março de 2023).

Esses pacientes que recebem R\$800,00 reais mensais são aqueles que são remanescentes da internação da hanseníase e que também passaram longos anos internados, entretanto, hoje em dia eles vivem em suas próprias casas, dentro das estruturas do hospital. Possivelmente, no outro hospital, é esse o valor que eles recebem por diária de paciente, pois ainda há em seus cadastros a característica de internações de longa duração. Infelizmente não encontrei a informação exata e esses dados podem não ser condizentes com a realidade, visto que, em apenas uma entrevista, um profissional aceitou falar desse tema. Já o dinheiro da aposentadoria ou dos benefícios dos moradores da psiquiatria é recebido pelas curadoras, designadas pelo Estado, ou pelos familiares. Quando os residentes precisam de algum item específico, como roupas, remédios não disponibilizados, cigarros, entre outros, é solicitado para os responsáveis legais esses produtos ou, em alguns casos, solicitam o montante de dinheiro para fazer a compra.

Apenas uma pequena parte do benefício ou aposentadoria fica com eles. Semanalmente, os moradores do primeiro hospital recebem um “pagamento” que varia entre R\$10,00 e R\$30,00, utilizado normalmente para a compra de cigarros. No segundo hospital, os moradores não recebem esse pagamento. O restante do salário que recebem fica com seus familiares ou com as cuidadoras, apenas no segundo caso necessitando de prestação de contas no final do ano. Com esses dados podemos perceber que cada morador tem aproximadamente um montante que varia de R\$2.212,00 a R\$3.122,00 (R\$1.412,00 valor do salário mínimo (benefícios ou aposentadoria) + R\$800,00 ou R\$1.710,00 (valor que o hospital recebe pela diária de internação)), ficando a cargo da administração do hospital e dos responsáveis legais as decisões de uso desses montantes. Isso nos faz aumentar a incompreensão sobre o estado de pobreza em que eles têm vivido, com dificuldade para receber coisas simples como meias, roupas íntimas e casacos de inverno.

Sobre as atividades laborativas anteriores à institucionalização, podemos notar que a maioria dos prontuários não contém essa informação (28), contabilizando 31,5%. Este dado é sucedido por aqueles que carregam no prontuário a informação “sem ocupação” (24), que contabilizam 27% dos moradores, embora eles relatem cotidianamente histórias sobre atividades laborativas que realizavam antes de serem internados.

Gráfico 8: Profissão dos moradores

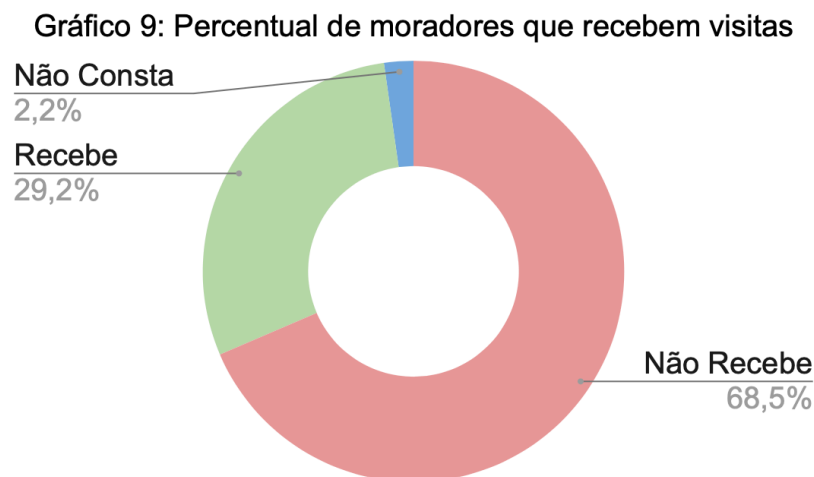


Podemos notar que essa informação foi sendo apagada ao longo dos anos, uma vez que é comum um morador ser internado pela primeira vez trazendo no seu prontuário dados diferentes daqueles constatados nos prontuários seguintes. Sabemos, a partir da retomada desses arquivos, que a maioria dos prontuários tiveram os dados das atividades laborativas anteriores à institucionalização perdidos entre os processos de internamento, já que encontrávamos essa informação nos papéis das primeiras internações, e nos das últimas aparecia recorrentemente a categoria “sem ocupação”. Isso poderia indicar que o internado perdeu seu trabalho depois das internações ou que os profissionais não se atentaram à necessidade de registrar esses dados depois de recorrentes internamentos. Essa segunda hipótese emergiu após perceber que muitas informações são perdidas ao longo dos prontuários de internação e reinternação.

Vemos, portanto, que a maioria dos moradores “não tinha ocupação” laborativa anterior à institucionalização (27%), segundo o que conta seus prontuários. Em seguida, aparece a categoria “Do lar” (15%), composta apenas por mulheres, depois lavrador (9%), composta apenas por homens e, por fim, a categoria “servente” (5,6%). As outras categorias

são menores, aparecendo “pintor”, “motorista”, “policial”, “balconista”, “estudante” e “cuidadora” em uma baixa frequência, contabilizadas na Tabela 2 como “outros” (10,1%).

Outro dado que também foi desaparecendo ao longo das internações, é aquele referente à presença ou não de visitas, pois normalmente os pacientes recebiam mais visitas no início da internação e atualmente elas são mais raras, como podemos ver abaixo:



Notamos aqui que 61 dos 89 moradores (68,5%) não recebem visita e, entre os 32,6% que recebem visitas (26 moradores), há casos que receberam apenas uma visita ao ano ou com frequência ainda menor. Além disso, com a pandemia, as visitas diminuíram ainda mais, mas essa queda não foi contabilizada nesses dados, pois consideramos “moradores que receberam visitas nos últimos cinco anos”. A perda de vínculo social pode ter contribuído para a diminuição da frequência das visitas, além da própria cronificação das doenças institucionalizantes, que acarretaram em danos irreversíveis aos pacientes. Por fim, podemos então resumir o perfil socioeconômico dos moradores como pessoas que têm, na maioria dos casos, o ensino fundamental completo (primário), recebem pelo menos um salário mínimo por mês, além da diária recebida pelo SUS para a manutenção de suas internações. Também, não têm, na maioria dos casos, ocupação anterior à institucionalização constatada nos prontuários e também não têm recebido visitas de familiares ou conhecidos recentemente.

3.4) Perfil Clínico: “Depois de tantos anos aqui, cronicou!”

Na Tabela 3, foram esquematizados os dados do perfil clínico dos moradores, constando, tal como encontrado nos prontuários médicos, o histórico de internações, descoberto principalmente a partir da relação das idades dos moradores na primeira e na última hospitalização, o tempo vivido nos hospitais, o número de internações que colecionaram durante a vida antes de serem institucionalizados e também o diagnóstico. Vale pontuar que os dados completos estão organizados nos Quadros 5 e 6, presentes no Anexo desta Tese, entretanto, por fins metodológicos, fiz um agrupamento em categorias para criar a próxima Tabela (3).

TABELA 3: PERFIL CLÍNICO DOS MORADORES

Participantes (n = 89)

	Número	Porcentagem (%)
Idade na primeira internação		
até 20 anos	32	36,0
de 21 a 31 anos	35	39,3
de 31 a 50 anos	8	9,0
mais de 50 anos	2	2,2
não consta	12	13,5
Década da primeira internação		
1960 ou anterior	9	10,1
1970	22	24,7
1980	37	41,6
1990	7	7,9
depois de 2000	6	6,7
não consta	8	9,0
Idade na última internação		
até 20 anos	5	5,6
de 21 a 31 anos	29	32,6
de 31 a 40 anos	21	23,6

de 41 a 50 anos	16	18,0
mais de 50 anos	9	10,1
não consta	9	10,1
Década da institucionalização ou da última internação		
1960 ou anterior	5	5,6
1970	4	4,5
1980	22	24,7
1990	34	38,2
depois de 2000	18	20,2
não consta	6	6,7
Número de Internações		
1	13	14,6
2 a 5	19	21,3
6 a 10	16	18,0
11 a 20	19	21,3
mais de 20	7	7,9
não consta	15	16,9
Tempo vivido no hospital		
menos de 10 anos	4	4,5
de 11 a 20 anos	8	9,0
de 21 a 30 anos	32	36,0
de 31 a 40	29	32,6
de 41 a 50	5	5,6
de 51 a 60	4	4,5
de 61 a 70	1	1,1
não consta	6	6,7

A ideia do colecionar de institucionalizações surgiu em 2019, quando em pesquisa anterior (DEL SARTO, 2020), notei que muitos dos residentes de hospitais psiquiátricos passaram por diversas internações ao longo da vida. Não é raro, por exemplo, encontrar um morador de hospital psiquiátrico atualmente que, antes, já também tenha vivido em orfanatos, instituições religiosas e, depois, passou a habitar alas psiquiátricas. Antes da coleção de institucionalização, eles passaram também por uma sequência de abandonos, de modo

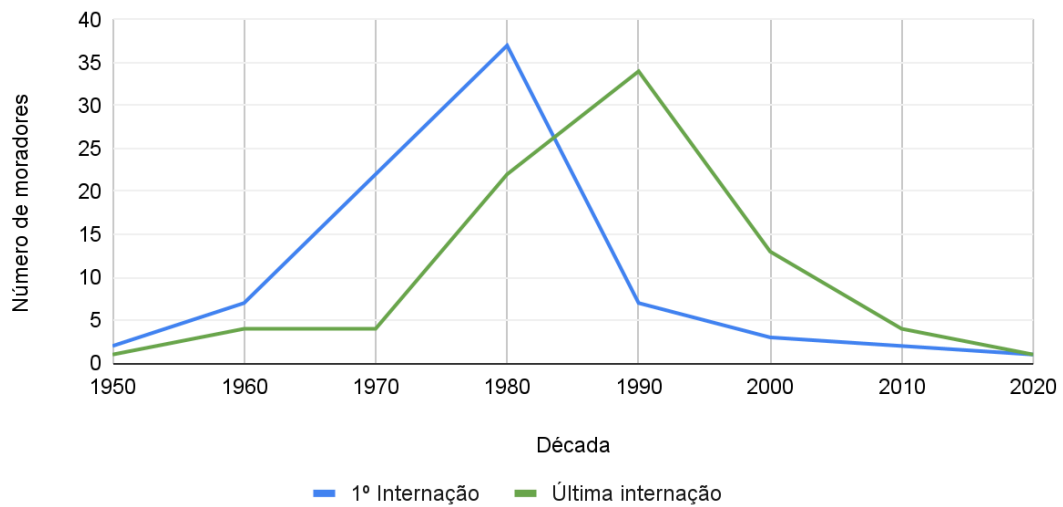
privado, na família e de modo público, pelo Estado, que nunca foi capaz de suprir suas necessidades para que fosse possível pensar em movimentos de desinstitucionalização. Na Tabela 3, essa questão fica melhor ilustrada, mas somente se nos permitirmos fugir dos meros e inconclusos números superficiais e mergulharmos no que eles revelam.

Assim como nos tópicos anteriores, a Tabela também nos impulsiona a seguir outras importantes e necessárias investigações. Já no início da análise, é possível extrair que a média da idade dos moradores na primeira internação é de 24 anos, ou seja, a maioria dos residentes tiveram a primeira experiência em uma instituição psiquiátrica antes dos 25 anos de idade. Além disso, segundo os documentos, todos os moradores tiveram sua primeira internação de forma compulsória, ou seja, não escolheram ser internados. Descobrimos também que um morador teve sua primeira internação quando ainda tinha 11 anos de idade, em 1978, no mesmo ano em que a luta pelas reformas na psiquiatria estavam efervescentes, principalmente por ter sido esse o ano da Crise da DINSAM, quando situações de maus tratos e violências foram denunciadas por psiquiatras, culminando na demissão de aproximadamente 180 trabalhadores e motivando a criação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental no Rio de Janeiro.

Além disso, chamou atenção o fato de um morador ter tido sua primeira internação aos 54 anos de idade, contrariando, em partes, a lógica do histórico de internações que pode ser traçado quando paramos para analisar esses dados. Isso porque, a maioria dos residentes foi internada muitas vezes ao longo da vida, e não somente uma vez, como o morador citado. Normalmente, os moradores colecionam um alto número de internação até serem institucionalizados permanentemente. Para ser mais exata, a média do número de internações ao longo da vida é de pelo menos nove vezes, com um mínimo de uma única e com uma máxima de 36 internações, ou seja, neste último caso, um só morador entrou e saiu do hospital psiquiátrico por 36 vezes ao longo de sua vida, até que se tornou um residente daquele espaço, quando passou a não ter mais sua alta hospitalar considerada.

Interessante olhar a data dessas internações, pois é expressiva as alterações nesse dado ao longo dos anos, como podemos ver no gráfico abaixo, que demonstra as internações dos residentes atuais dos hospitais nos quais o trabalho de campo foi desenvolvido. A primeira linha, azul, demonstra a década da primeira internação dos pacientes, já a linha verde representa quando eles foram institucionalizados, nas suas últimas internações, ou seja, quando não mais receberam alta e passaram a viver de forma permanente no hospital.

Gráfico 10: Registro da primeira e última internação dos moradores nos hospitais entre 1950 e 2020



No Gráfico 10, podemos ver um disparo dos internamentos no intervalo entre as décadas de 1970 e 1980. No primeiro intervalo (1970-1980), 22 moradores tiveram sua primeira internação e no segundo (1980-1990), 37 residentes foram internados pela primeira vez. Enumerados 59 moradores, de um total de 89, o que significa dizer que 66,2% deles foram internados naquele período. Já a institucionalização permanente, ou a data da última internação - quando não mais tiveram alta hospitalar - acabou por dar um salto na linha do tempo, pois podemos notar que nas décadas de 1980 e 1990 estão contidos os maiores números de internações permanentes, contabilizando 22 moradores no período de 1980-1990 e 34 moradores entre 1990-2000. Totaliza desses dados 56 internamentos que se transformaram em institucionalização, ou seja, 62,92% dos moradores atuais foram institucionalizados naquele período.

Lembrando que esse número apresentado só contabiliza os moradores que ainda hoje estão vivendo nos hospitais e que o histórico das internações no Brasil indica que o número total era muito maior, chegando a mais de 1.000 pacientes nos anos citados. Os números são menores, pois muitos deles receberam alta ou faleceram, entretanto, os dados revelam que os residentes que ainda hoje vivem no hospital são, majoritariamente, remanescentes dessa mesma época.

Os reflexos do histórico de luta de movimentos populares nos processos de redemocratização do país, que compreendeu os anos de 1975 a 1985, revelam seus direcionamentos nessa queda brusca no número de novas internações que se transformariam

em institucionalização permanente, entretanto, o internamento de quem já havia sido internado - por pelo menos uma vez durante a vida - continuou crescendo até a virada do século. A queda nos internamentos começou a ocorrer somente na década de 2000, época em que as discussões da Lei de Saúde Mental estavam fervorosas no país. Entretanto, ainda identificamos 18 moradores que foram institucionalizados depois de 2000, sendo três deles institucionalizados antes da efetivação da Lei (2001) e 15 depois (2004-2022).

Essas internações revelam o resultado dos tratamentos das décadas anteriores, muitas vezes focados somente no isolamento, medicalização e privação de liberdade, que levou à fortificação da ideia da necessidade de manter pessoas dentro de um hospital de forma permanente, uma vez que os tratamentos, na maioria dos casos fracassados, acabaram por criar uma população que não poderia simplesmente voltar para a vida social, e a ausência de serviços para acompanhar esse retorno fez com que o imaginário da necessidade da institucionalização fosse fortalecido.

Outro dado foi que, ainda em 2022, o Gráfico 9 não chegou à marca zero, o que indica - mais uma vez - que pessoas continuam se tornando moradoras de hospitais psiquiátricos, como é o caso de um morador que foi institucionalizado em 2021, no mesmo ano da pesquisa de campo. Quando ele chegou à instituição, foi direto para a ala de moradores, pois havia sido transferido de outro hospital psiquiátrico, local onde ele ficou anteriormente. Como ele teve um AVC (Acidente Vascular Cerebral), não estava conseguindo falar, mas tinha muita saúde física. Ele gesticulava pedindo para ir embora e a equipe hospitalar decidiu aumentar seus medicamentos e colocar profissionais no seu quarto nos primeiros meses, pois segundo eles, ele estava com “tendências suicidas” (Diário de Campo, 08 de novembro de 2021). No final do primeiro mês no hospital, seus documentos chegaram e os enfermeiros o levaram para um ambiente seguro para comunicar que tinham recebido seus papéis. Como pesquisadora achei curiosa a exaltação da enfermeira que veio me contar animada que tinham finalmente encontrado os documentos do paciente, pois eu imaginava que ele não poderia estar ali sem nenhum documento, visto que ele veio de transferência de outro hospital, mas ele estava. Quando ele ficou sabendo dos papéis, começou a “apresentar quadros de agitação” (Diário de Campo, 09 de novembro de 2021), pois queria recuperar seus documentos, mas foi impedido pela equipe, pois era regra que eles ficassem com o hospital.

Os profissionais me contaram apenas que o novo morador teve um AVC, que a esposa que cuidava dele faleceu e que as suas filhas não queriam cuidar do pai, pois ele teve problemas de dependência alcoólica ao longo da vida. Ele ficou por aproximadamente dois

meses internado em outro hospital psiquiátrico antes de ser transferido. Ouvi diversas vezes técnicas de enfermagem dizendo não entenderem o porquê dele estar ali, já que não encontravam justificativas, no plano médico, para que ele pudesse passar a morar em uma ala psiquiátrica. Também não consegui compreender o motivo dele estar ali, pois ele destoava de todo o ambiente. Foi-me dito que tentariam encontrar alguma saída, mas, enquanto isso não acontecesse, ele continuaria vivendo como morador permanente do hospital.

O prosseguimento dessas formas de institucionalizar também nos alerta para as tendências do que tem sido denominado de “Nova Lei de Saúde Mental” e, como resultado de suas indicações, já podemos notar - nos últimos anos - um retorno gradual do modelo hospitalocêntrico, como previsto por diversos especialistas da área, como o psiquiatra e pesquisador Paulo Amarante (2021). Segundo o autor, a tendência da nova política seria,

a) a ambulatorização do cuidado; b) o desfinanciamento e a diminuição do ritmo de ampliação da rede de atenção psicossocial; c) o retorno do financiamento de dispositivos de isolamento e exclusão social (hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas); e d) a limitação dos espaços de participação e controle social (p. 9).

Essas questões foram vistas cotidianamente ao longo do trabalho de campo, como nesse caso de institucionalização recente e também em outros exemplos já citados, como o fato de não ter sido encontrada nenhuma ação de movimentação para promover a desinstitucionalização dos moradores, além dos casos de criação de novas alas e fortalecimento de dispositivos de isolamento.

Outro ponto que nos alerta para o que implica a institucionalização psiquiátrica no nosso país é revelado quando olhamos para a média de tempo vivido no hospital, pois os residentes estão morando ali em uma média de 30 anos. O tempo mínimo de vivência dentro do hospital, entre os moradores, é de um ano, referente ao morador citado acima que foi institucionalizado no momento da pesquisa de campo. O que nos sobressalta os olhos é o tempo máximo, pois foi encontrada uma moradora que vive ali há 70 anos. Sua primeira internação foi aos 14 anos de idade e ela foi institucionalizada naquele mesmo ano. Atualmente, ela está acamada, tem 84 anos e precisa da equipe para praticamente todos os cuidados diários, entretanto não recebe nenhum remédio psicotrópico. Ela permanece na maca ou na cadeira de rodas o dia todo, quase não sai do quarto e sempre está muito bem arrumada, com tiaras na cabeça, batom vermelho e segura nos braços uma boneca com vestido vermelho e chupeta na boca.

Mais especificamente sobre a institucionalização permanente, extraímos dos Quadros 5 e 6 que a média de idade em que os moradores foram institucionalizados é 35 anos, sendo a idade mínima 11 anos e a idade máxima 83 anos. Sobre o morador que foi institucionalizado aos 83 anos, como consta acima, desconfiamos da informação, pois no trabalho de campo ele contou sobre um histórico de vivências em hospitais, o que indica que provavelmente seus documentos tenham se perdido na transferência de um hospital para outro. Infelizmente, esse morador veio a óbito em 2022, no ano em que eu estava trabalhando na redação da Tese. Outro fato que pode ter ocorrido para justificar o dado de institucionalização aos 83 anos de idade seria proveniente de uma alta temporária, pois quando os moradores precisam de algum tratamento em outro hospital, eles são transferidos e quando voltam são reinternados, o que pode ter feito com que constasse no seu prontuário que ele foi institucionalizado nessa idade.

Por fim, sobre a delicada categoria do diagnóstico, que foi muito evitada durante todo o trabalho de campo e também de escrita desta Tese, foram tabeladas as variações em subcategorias, tal como constava nos prontuários médicos, a saber: “Psicose Esquizofrênica”, “Psicose associada com Epilepsia”, “Outras oligofrenias”, “Autismo infantil”, “Alcoolismo Crônico” e “Transtorno Depressivo”. Além disso, foi encontrado em um dos prontuários a informação: “paciente não tem sintomas de psicose”. Os números abaixo revelam a frequência que essas categorias aparecem nos prontuários:

TABELA 4: DIAGNÓSTICOS

Participantes (n = 89)

	Número	Porcentagem (%)
Diagnóstico		
Psicose Esquizofrênica	12	13,5
Psicose associada com Epilepsia	5	5,6
Alcoolismo	2	2,2
Transtorno Depressivo	1	1,1
Autismo	1	1,1
Outras Oligofrenias	13	14,6
Não Consta	55	61,8

Vale reiterar que os termos acima utilizados foram transcritos dos prontuários médicos presentes nos hospitais, sendo categorias particulares do campo. Antes de interpretá-los, é

interessante fazer uma pausa para discutir o uso ou não desse dado específico na pesquisa aqui tecida. Pois bem, nas primeiras investigações que realizei sobre a vida social de moradores de hospitais psiquiátricos (DEL SARTO, 2018, 2020), optei por não saber os diagnósticos dos moradores, pois sabia que se eu fosse conhecê-los depois de ter essa informação, poderia ter uma convivência construída de forma enviesada, mesmo que não intencionalmente. Obviamente que ao fazer etnografias, construímos nossas interpretações de formas inclinadas às nossas pré-concepções, já que o fazer antropológico é também construído na relação do pesquisador com o campo, ou seja, entre pessoas, experiências e ambientes. Embora, enquanto cientistas, possamos clamar por uma neutralidade axiológica, sabemos que não passa de uma ilusória herança de um pensamento positivista que, de certa forma, não deixa de atravessar o ato de fazer ciência, principalmente em áreas que creem não darem espaço para abstrações.

Mas o fato de ser difícil e raro esse distanciamento, não diminui a necessidade de exercitá-lo, uma vez que podemos, ao mesmo tempo, reconhecer nossas limitações e trabalhar a possibilidade de *um estar aqui e estar lá* (GEERTZ, 1989), de um olhar *não tão de perto, nem tão de longe* daquela realidade. Para complicar ainda mais a situação, entramos nesse caso da escolha do uso ou não-uso de categorias que já têm um histórico estigmatizante e opressor. Estaríamos, no caso da escolha por usar estas informações, entrando em uma interação para além da relação antropólogo e campo, pois por ser um ato anterior e antigo, no caso dos moradores dos hospitais psiquiátricos, o antropólogo já encontra o diagnóstico no seu formato mais sólido e enrijecido. Como o ato de diagnosticar diz como vidas são determinadas e/ou indeterminadas, fazendo com que singularidades sejam criadas em espaços entre faltas e excessos (DUNKER, 2011), a motivação que encontramos é de não simplesmente reduzir as experiências em “substratos” bioquímicos, mas de compreendê-los em termos da totalidade existencial da experiência vivida (JENKINS, 2015).

Segundo o psicanalista Dunker, o diagnóstico não é, em nenhum caso, universal, mas também não o é particular. Ele está inserido na relação entre ambos e não deve ser visto como classificação ou inclusão do caso em uma cláusula genérica, “[...] mas como reconstrução de uma forma de vida.” (DUNKER, 2011, p. 116). Esse é o ponto, pois, após diagnosticar, há uma reconstrução das vivências, podendo os sujeitos viverem essas experiências das mais variadas formas. É igualmente interessante pensar nos diagnósticos como situações construídas em diferentes relações, porque dessa forma podemos colocar em evidência questões outras que o cercam. A antropóloga Nunes (2012), ao trabalhar sobre o tema,

ressaltou que em determinados casos, os diagnósticos podem ter efeitos sociais positivos, trabalhando para:

[...] contenção da insegurança e a isenção da culpa de pacientes e familiares, por um mecanismo de genetização e de biologização dos sintomas; a esperança da gestão da incerteza e da falta de esperança de doenças [...] além da [...] possibilidade de, uma vez exteriorizadas as responsabilidades sociopsicológicas na produção do adoecimento, abrir espaço para a relação terapêutica e para o trabalho sobre as relações (p. 904).

Por outro lado, ela também revela as armadilhas da categoria, elencando cinco pontos de perigo: 1) o reducionismo ao tratamento exclusivamente medicamentoso; 2) a mitificação das moléculas; 3) a linearidade da relação causa-efeito entre substância e comportamento; 4) a leitura dos sintomas a partir de uma perspectiva impessoal e invariável; e 5) a marginalização das interpretações subjetivas e da ancoragem sociocultural dos processos de adoecimento (idem). Pensar nesses pontos, tanto positivos quanto negativos, em contextos múltiplos de saúde, nos faz reconhecer suas variadas funções e desdobramentos dos diagnósticos.

Percorrer essas múltiplas possibilidades, contextualizando a discussão para o caso aqui apresentado, nos transporta para questionamentos que estão enraizados de forma muito profunda na nossa sociedade, de pensar que o diagnóstico justifica a necessidade de internação, acreditando que, sem ele, a doença não tem forma social, o que implica, assim, que ela também não pode ter para si designado um tratamento. Se ela não pode ser tratada, ela também não poderia ser hospitalizada, o que causaria a não institucionalização do paciente. Entretanto, os dados dos prontuários revelam que a equipe de profissionais não precisou, necessariamente, de diagnósticos para a institucionalização dos moradores, visto que 61,8% deles não têm em seus documentos um diagnóstico.

O fluxo comum de desconforto, diagnóstico e tratamento é desconstruído, uma vez que essa ideia simplificada não condiz com a realidade da institucionalização psiquiátrica permanente. Além do mais, os sujeitos circulam entre as doenças, diagnósticos e infinitas possibilidades de tratamento mas, no contexto da psiquiatria, outras questões fazem internar. Naquele espaço, o sujeito internado, na maioria dos casos, não é consultado sobre os tratamentos que irá receber, pelo contrário, o que acontece é um movimento evangelizador ou educativo e não necessariamente terapêutico que, de certa maneira, obriga o paciente a seguir o que foi para ele determinado.

Além disso, outro fato que nos preocupa está relacionado ao tempo do diagnóstico. No caso dos prontuários analisados, eles foram dados já na primeira internação dos moradores,

em momentos de crise e violência, pois a primeira internação de todos eles foi compulsória, ou seja, sem o consentimento do sujeito internado. É por isso que a questão do *uso* ou *não uso* do diagnóstico torna-se tão específica no caso dos hospitais psiquiátricos brasileiros, porque além de carregarem históricos perigosos de desconsiderações de sujeitos, acabam muitas vezes por ocasionar a institucionalização de vidas permanentemente. O psiquiatra Basaglia, já em 1985, questionava os diagnósticos psiquiátricos definidos no momento do internamento:

Que valor técnico ou científico pode ter o diagnóstico clínico com o qual foi definido no momento do internamento? É possível falar de um diagnóstico clínico objetivo, decorrente de dados científicos concretos? Ou, antes, trata-se de uma simples etiqueta que, por trás da aparência de um julgamento técnico-especializado, esconde, mais ou menos veladamente, um significado mais profundo: o da discriminação? (p. 109).

Sobre essas armadilhas do diagnóstico psiquiátrico, corrompidos por ações descriminalizantes, o autor retoma o peso das implicações sociais no ato de diagnosticar, além das diferenças de tratamentos que os sujeitos enfrentam dependendo de suas posições econômicas na sociedade:

Um esquizofrênico rico internado numa clínica particular terá um diagnóstico inteiramente distinto do de um esquizofrênico pobre, internado à força num hospital psiquiátrico público. O que caracteriza a hospitalização do primeiro não é somente o fato de não ser automaticamente classificado como doente mental [...] é o tipo de internamento que se beneficia, que impedirá que seja des-historificado, separado da sua própria realidade. O internamento “particular” nem sempre interrompe a continuidade da vida do doente; tampouco diminui ou abole de maneira irreversível sua função social. Por isso, superado o período crítico, será fácil reinseri-lo na sociedade. (idem).

Essa diferença entre as internações é gritante e parece ser revisitada todas as vezes que entro em um hospital psiquiátrico. Os movimentos de des-historização atravessam todos os moradores, assim como o ato de provocar uma irreversível perda de suas funções sociais. É graças às confusas fronteiras entre os quadros clínicos e as realidades econômicas e sociais dos internados que a experiência de institucionalização psiquiátrica sobrevive há séculos de fracassos e reprovação. Além disso, os tratamentos variam exorbitantemente entre uma instituição e outra, o que faz com que as experiências, mesmo entre sujeitos com o mesmo diagnóstico, sejam totalmente diferentes, indo ao encontro do que escreveu Nunes (2012), a saber: as “[...] experiências de um mesmo diagnóstico psiquiátrico podem ser vividas de modo diferente em função dos contextos nos quais esse trabalho da cultura se realiza e dos usos da cultura na articulação dessas experiências.” (p. 910).

De certa forma, negar conhecer o diagnóstico dos residentes antes de conhecê-los faz parte de um processo de recusa dos movimentos de subordinação, desrespeito e aniquilamento que temos experienciado no nosso país no interior desses hospitais públicos com alas psiquiátricas. Entretanto, por outro lado, conhecer esses diagnósticos nos aproxima das justificativas para a internação, pois são eles, na maioria dos casos, que reiteram a permanência de pessoas que vivem institucionalizadas dentro desses hospitais. É por esse motivo, buscando encontrar as barreiras que impedem a desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil, que decidi - neste momento da pesquisa - debruçar também no que diz os documentos a respeito dessa categoria, mas sabendo que a vivência dos moradores vai muito além disso. Optei por ver os prontuários somente no último mês da pesquisa, o que garantiu que construíssemos nossa relação sem o conhecimento desses papéis, colocando as doenças entre “parênteses”, inicialmente, uma vez que reconheço que, tal como escreveu Basaglia (1985):

A definição da síndrome já assumiu o peso de um juízo de valor, de um rótulo, que vai além do significado real da própria enfermidade. O diagnóstico tem um valor de um juízo discriminatório, o que não significa que procuremos negar o fato de que o doente seja, de alguma forma, um doente. É este o sentido de colocarmos o mal entre parênteses, ou seja, colocar entre parênteses a definição e o rótulo. O importante é tomar consciência daquilo que tal indivíduo representa para mim, de qual é a realidade social em que vive e qual o seu relacionamento com essa realidade. (p. 28).

Em campo, depois de conhecê-los tal como escolheram se apresentar para mim, como acontece em qualquer outro contexto, pude posteriormente ver também como estavam descritos nos documentos que reiteravam a impossibilidade de suas desinstitucionalização. Essa escolha foi feita de modo muito consciente, reconhecendo, a todo momento, que eles não seriam descritos a partir das categorias diagnósticas aplicadas a eles, pois eles habitavam essas categorias, recusando-as, redefinindo-as, ignorando-as e/ou redistribuindo-as (LOCKE, 2003).

Outra questão que notei foi de não ter sido raro encontrar nos documentos justificativas para internamentos que fugissem da ordem psiquiátrica, mesmo quando permaneciam nas esferas médicas, como os casos de crises epiléticas, ou quando saíam dessas limitações nosológicas, como nos casos de desestrutura familiar, pobreza e vulnerabilidades sociais. Sobre o uso dos diagnósticos aqui, foi também interessante retomar o trabalho do filósofo e médico francês Canguilhem (1989) sobre o erro ontológico nas pretensões de captação das patologias em termos categóricos e/ou contínuos, pois o ato de

compreender as “perturbações” como “entidades” diagnosticáveis, não só objetifica e cria um hiato entre elas e a experiência individual, como também cria uma espécie de barreira à compreensão das experiências através de um movimento, do que subentende-se ser “normal” ao que se reconhece como “patológico” (JENKINS, 2015).

É por esse motivo que escolhi ter um posicionamento crítico com esses dados, reconhecendo profundamente suas fragilidades, mas também notando o que eles revelam, a saber: 1) Os diagnósticos foram estabelecidos, na maioria dos prontuários dos moradores, já na primeira internação, em rápidas triagens de um hospital superlotado; 2) Os prontuários não são atualizados há anos, tornando os diagnósticos também possivelmente ultrapassados; 3) Muitos prontuários não têm mais essa informação, que foi provavelmente perdida ao longo das décadas das internações, o que não é suficiente para a desinstitucionalização dos moradores; 4) O fato de um morador não mais ter diagnóstico psiquiátrico e/ou não receber mais medicamentos psicotrópicos não é suficiente para desestruturar sua institucionalização psiquiátrica; 5) Existe paciente internados sem apresentar qualquer quadro de doença.

Voltando então para o que nos diz a Tabela 4, podemos notar - resumidamente - que a maior parte dos prontuários não têm mais diagnóstico seguidos de pacientes com “psicose esquizofrênica” em segundo lugar e “psicose esquizofrênica associada à epilepsia” em terceiro lugar. A ausência das informações nas tabelas também revelam a presença de pessoas vivendo no hospital por outros motivos, por ordem econômica e(ou) social. Quando questionava como esses casos indeterminados se tornaram moradores, a resposta vinha de forma espontânea: “Depois de tantos anos aqui, cronificou!” (Diário de Campo, 25 de janeiro de 2022).

Capítulo 4: O mergulho no limbo - para conhecer algumas das barreiras da desinstitucionalização

Pensei o quanto desconfortável é ser trancado do lado de fora; e pensei o quanto é pior, talvez, ser trancado no lado de dentro.
Virginia Woolf

No tópico anterior, iniciei a discussão falando que a literatura, quase sempre, sabe o que diz (e o que faz). Pois bem, seria - de certa forma - uma espécie de ironia não começar este Capítulo com mais uma frase do meu caderno de inspirações literárias. Dessa vez, a inspiração milagrosa nasceu a partir da leitura de algumas frases que anotei na época da pandemia do Corona Vírus, quando o *estar em casa* me fez aproximar de alguns dos pensamentos da escritora britânica Virginia Woolf. Mas, em vez de falar de mim, preciso direcionar nosso pensamento para *nós*, para as possibilidades de *estarmos trancados dentro* e, ao mesmo tempo, *estarmos trancados fora*.

Digo isso não de modo figurado, pois sei bem que algumas discussões antropológicas têm desenvolvido ideais semelhantes, mas falo isso de modo empírico e pragmático, pensando o *estar dentro* como o adentrar e permanecer em uma instituição - no nosso caso psiquiátrica - e o *estar fora* como o ato de não habitá-la. Colocando um pouco de luz nisso, seria interessante retomar uma experiência - possivelmente coincidente - que tive nos meus primeiros dias em San Diego (CA), no estágio sanduíche no Centro Global de Saúde Mental. Naquela época, no meu primeiro mês morando em um novo país, acabei por alugar um lugar para morar muito distante da universidade, o que demandava um longo percurso de transporte público, totalizando uma hora dentro de um ônibus e mais 40 minutos em dois trens.

Conheci, naqueles primeiros dias, uma realidade que não sabia que existia, pois fui observando uma gigantesca massa de pessoas vivendo em situação de rua naquele país *desenvolvido*, os chamados *homeless*, ou seja, os “desabrigados” ou os “sem casa”, na tradução. Os trens eram muito frequentados por essa população, que encontrava naquele espaço um ambiente relativamente seguro e confortável que, além de movimentá-los, também os protegia das temperaturas californianas, com ar condicionado sempre ligado no verão e com aquecedor no inverno. Nas bibliotecas públicas do bairro, também não era raro encontrá-los, com seus carrinhos de supermercado cheio de pertences, sentavam nas cadeiras das mesas de madeira e passavam o dia naquele ambiente. O mais curioso era que eles não pediam dinheiro, comida, ou qualquer outra coisa, como vemos aqui no Brasil na população em situação de rua. Eles pareciam mais estar em sofrimento psíquico, em uma crise, às vezes

com paranoias, choros, gritos e angústias e outras vezes com gargalhadas e conversas com alguém que não podíamos ver.

Comecei a perceber que aquelas pessoas eram muito parecidas com os moradores dos hospitais que eu tinha frequentado e, de alguma forma, as diferenças principais entre eles eram, primeiramente, a impregnação dos *internados* e a ausência de medicação dos *homeless*, depois a garantia de comida e lugar para dormir que tinham os *internados* e os desafios da rua para os *homeless*, também o aprisionamento dos *internados* e a liberdade dos *homeless* e, por fim, a impossibilidade de escolha dos *internados* e as alternativas outras dos *homeless*. Ambos estavam presos na estrutura manicomial, um grupo com cuidados mínimos e o outro com cuidados máximos, extremamente rígidos. Confesso que ficava pensando, no trajeto entre minha casa e a universidade, o que seria menos pior, tal como questionou Virgínia Woolf, estar *trancado para fora* ou estar *trancado para dentro*? Escrevi no diário:

Vim estudar em um café, da vitrine de vidro vi um homem (*homeless*) com um carrinho de supermercado e duas sacolinhas, ele estava com o short no joelho, aparecendo a cueca, além de usar meias pretas e uma jaqueta acolchoada azul com o zíper laranja. Olhei pra ele, nos olhos, ele olhou pra mim, olhou pra frente e começou a conversar, com o vazão. Gesticulou, falou, olhou dentro da sacola, olhou pra fora, olhou pra dentro novamente. Olhou pra mim de rabo de olho, olhou pra sacola novamente. Continuei digitando o final do capítulo um da Tese, tentando não olhar muito, mas vendo meu pensamento ir longe, afinal, qual é pior? Viver preso ou viver na rua? (Diário de Campo, 18 de outubro de 2022).

Aquele questionamento começou a me acompanhar todos os dias, pois em praticamente todos os lugares que eu frequentava, encontrava pessoas naquela situação. Sempre tentava pensar no que seria pior, como escrevi anteriormente, viver preso ou viver naquela condição, livre, mas num *looping* de crises de sofrimentos psíquicos, sem tratamento. Naquele dia no café, continuei meu devaneio:

[...] Ele subiu o short, entrou no café, colocou suas coisas numa mesa ao meu lado e foi pro caixa fazer o pedido. Quando voltou pra mesa, perguntei o que ele tinha escolhido, ele disse que um café, pois gostava de comer com sorvetes. Sentou em cima da sua cobertura, que estendeu no banco de madeira, espalhou na mesa seis sorvetes de bolachinha, aqueles que por fora têm duas bolachas e o recheio é sorvete. Abriu um, tirou da sacola uma torta congelada, abriu ela, e montou na mesa. [...] pensamento a mil, um pouco parecido com o meu. Não sei o que me aproxima dessa situação, da loucura, acho que é ela inteira, redonda. Queria conseguir falar mais com eles [*homeless*], tal como falo dentro do hospital, mas lá eles são presos. De certa forma eu também uso o controle da instituição - que contraditória sou - enquanto luto para questioná-la, uso do poder dela pra tornar meu trabalho possível, para conseguir me comunicar com os moradores... Será que se eles não fossem presos eu teria desenvolvido a relação que desenvolvi? (idem).

Instantaneamente me vi reproduzindo o que anos atrás apontou Derrida (2002 [1967]) quando escreveu sobre a primeira edição do Clássico “História da Loucura”, de Michel Foucault (2009[1979]), crítica essa que fez inclusive Foucault retirar o prefácio na segunda edição do livro. Derrida não mediu esforços para lançar suas questões críticas sobre as pretensões da obra, pois ressalta que ao mesmo tempo em que o autor pretende “[...] proteger o sentido de um pensamento ou valor de uma obra contra as reduções psico médicas, chega por um caminho oposto ao mesmo resultado: faz um exemplo” (p. 109). Ali me encontrei, 62 anos depois, caindo na mesma cilada. De repente, meus escritos que pretendiam defrontar com as reduções institucionalizantes e biomédicas estavam, naquele momento, se reduzido a elas, sendo resumido a partir delas e, em último e fatal lugar: estavam cogitando a necessidade daquilo que me era mais assombroso e devastador: a institucionalização.

Aquela constatação me avassalou, foi o xeque-mate que recebi das contradições de uma pesquisa em movimento. Caí na cilada da instituição, pois - por alguns meses - passei a acreditar então na sua *necessidade*, afinal, para onde iriam os moradores? Para as ruas? Vivendo as desestruturas estruturantes do *estar preso do lado de fora*? Como seria a vida deles nas épocas de crise, passando fome, sem lugar para dormir e vivendo a violência das ruas? E, novamente, me veio à mente a derradeira pergunta: o que é menos pior? *Estar trancado dentro ou estar trancado fora*?

4.1) Cartografias etnográficas

Os olhos dos outros são prisões; seus pensamentos nossas celas.

Virginia Woolf

Com a reverberação dessas questões anteriores, precisei descer mais fundo na institucionalização, afinal, ela tinha me dominado, tinha me feito crer - como faz há séculos - na sua necessidade e na ausência de alternativas verdadeiramente plausíveis para o que ela propõe. Lembrei novamente do início dos meus dias em campo e lembrei também do meu primeiro campo, no interior de São Paulo (DEL SARTO, 2018; 2020). Naquela época, eu tinha autorização para passear com os moradores e quando íamos na padaria que tinha no mesmo quarteirão do hospital, me sentia angustiada de ver como os olhares do cotidiano atravessavam a existência daquelas pessoas. No começo eles temiam sair, me perguntavam se as pessoas seriam educadas com eles e se iriam tratá-los bem.

Comecei então a fazer um movimento de transferência, porque - como sabemos - o manicômio não está tão somente dentro dos muros de um hospital psiquiátrico. O manicômio

vive e é reificado cotidianamente na nossa sociedade e a estigmatização delega para a loucura a crença na ausência de alternativas. A escritora Virgínia Woolf foi precisa ao escrever que o próprio olhar dos outros são prisões e que estamos, de certa forma, presos nos pensamentos que são criados sobre nós. Esse é exatamente o ponto que quero trabalhar agora, afinal, por que mesmo com todas as reformas dos espaços físicos, alterações e tentativas de humanização, luta popular e entraves políticos, ainda temos instituições com essas estruturas no nosso país? O que aprisiona os moradores são mesmo os muros das instituições? Como fazer a desinstitucionalização em massa dentro de pensamentos construídos por décadas na lógica manicomial? E ainda: Para onde devemos direcionar os movimentos de desinstitucionalização?

Para começar essa discussão, podemos retomar três conceitos que têm sido desenvolvidos academicamente para pensar neste tipo de questão, são eles: instituição, institucionalização e desinstitucionalização. Sobre o primeiro, poderíamos recorrer à clássica definição de “instituição total”, do sociólogo norte-americano Erving Goffman (1961, p. 11). Para ele, esses espaços se caracterizam principalmente por serem estabelecimentos fechados, nos quais um grupo numeroso de internos vive sua vida de maneira formalmente administrada, em regime de internação e em tempo integral. Nessa toada, a instituição é um único lugar de residência, trabalho, lazer e de qualquer outra atividade que o interno irá experimentar.

Essa definição pode muito bem representar os hospitais psiquiátricos nos quais esta pesquisa se debruçou, entretanto, proponho que façamos um exercício de além de reconhecer essas características, avançar, encontrando os traços das instituições dentro e fora dos muros físicos. Foucault (1987) explica que a sociedade disciplinar possibilitou a instauração do poder disciplinar que tem como característica fundante a necessidade de se exercer em um local fechado em si mesmo. Nas instituições, o poder e a sujeição transitam não somente pela sujeição, mas também pela sutileza do adestramento, além disso, esse poder - dissimétrico e não limitado - atravessa todas as relações.

Obviamente que essas instituições não são somente psiquiátricas, mas podem ser também pedagógicas, médicas, penais ou industriais. Nelas, têm-se um controle do corpo e do tempo, produzindo os “corpos dóceis”. Nesse sentido, as instituições serviriam principalmente para fixar os sujeitos nos sistemas normatizadores, fabricando sujeitos a partir de uma norma (idem). O poder aparece como fundamental nesta discussão, pois antes mesmo de pensar em definições para a instituição, devemos investigar essa atmosfera implícita:

O que se deveria mostrar, na verdade, é que o essencial não é a instituição com sua regularidade, com suas regras, mas sim, precisamente, esses desequilíbrios de poder, sobre os quais tentei lhes mostrar como falseavam e, ao mesmo tempo, faziam funcionar a regularidade do asilo. O importante, portanto, não são as regularidades institucionais, mas muito mais as disposições de poder, as redes, as correntes, as intermediações, os pontos de apoio, as diferenças de potencial que caracterizam uma forma de poder e que, creio, são precisamente constitutivos ao mesmo tempo do indivíduo e da coletividade (FOUCAULT, 2006, p. 20).

O autor define esse poder como disciplinar, como uma última intermediação pela qual os poderes em geral tocam os corpos e agem sobre eles, modificando-os, “Em outras palavras, creio que o poder disciplinar é certa modalidade, bem específica da nossa sociedade, do que poderíamos chamar de contato sináptico corpo-poder” (idem p. 50). Para finalizar, Foucault traz uma proposta interessante, no lugar do conceito de instituição, provoca que pensemos em quais são as táticas que são postas em ação nessas forças que são contrapostas nestes espaços, e em como esses enfrentamentos se desenrolam na prática psiquiátrica. Nessa altura, vale então reiterar o conceito de instituições no plural, pois têm características múltiplas e não podem ser limitadas aos espaços físicos em si.

Além disso, essas instituições compõem os processos de institucionalização e também de desinstitucionalização, determinando práticas, criando saberes e reificando para si a detenção do que é visto como verdade. Nessa toada, a construção dessas instituições sobre a separação do objeto doença da existência global, complexa e concreta do paciente e do corpo em sociedade, foi um dos mais obscuros perigos da Psiquiatria (ROTELLI, 1990, p. 1), que usou esses espaços institucionalizantes como destino de seus internados.

Partindo para a institucionalização, percebemos este conceito como algo que também extrapola os espaços físicos, não podendo ser pensada apenas como o ato de *trancar dentro*, mas como algo muito mais complexo, que atua tanto dentro quanto fora de estruturas. Essa prática, de institucionalização, constitui os sujeitos, pois são, antes de tudo, modos de controlar os corpos, organizar os espaços e vigiar os comportamentos (FOUCAULT, 2009). Sua estrutura é tão definida que, socialmente, sua própria existência é suficiente para impedir comportamentos futuros indesejados, a partir de sistemas de coerção dos processos de subjetivação dos indivíduos que a ela estão expostos:

Parece-me que poderíamos dizer o seguinte: a crítica institucional - hesito dizer "antipsiquiátrica" - , enfim, certa forma de crítica que se desenvolveu a partir dos anos 1930-1940, partiu, ao contrário, não de um discurso psiquiátrico que se supõe verdadeiro para dele deduzir a necessidade de uma instituição e de um poder médicos, mas sim do fato da instituição, do funcionamento da instituição, da crítica da instituição, para evidenciar, por

um lado, a violência do poder médico que nela se exercia e, por outro lado, os efeitos de desconhecimento que perturbavam logo de saída a suposta verdade desse discurso médico (FOUCAULT, 2008, p. 49).

Por fim, o conceito de desinstitucionalização também repete as características dos anteriores, por não ser suficiente em si, mas em relação a algo, por ser múltiplo e também por não poder ser definido em experiências singulares, mas na relação entre infinitas possibilidades. Primeiramente, devemos evitar uma costumeira confusão entre os termos “desinstitucionalização” e “desospitalização” (OLIVEIRA, 2010, p. 274) pois, assim como o ato de institucionar, o ato de desinstitucionalizar não pode ser resumido à ação de retirar de hospitais (desospitalizar):

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).

Na definição de Oliveira, podemos ver o quanto o desinstitucionalizar atua tanto dentro, quanto fora dos muros, na relação entre diferentes sujeitos, em espaços não tão somente destinados às práticas psiquiátricas, mas também nas interações do dia a dia e nas vivências construídas no cotidiano. Segundo o psiquiatra Franco Rotelli (1990, p. 2), “A verdadeira desinstitucionalização será então o processo prático-crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções em direção a este tão diferente objeto.”. Vale fazer uma pausa para perceber que também a institucionalização é composta por esta mesma estrutura, pois está coabitada por mecanismos que a reforçam na mesma medida que impedem que seu oposto - a desinstitucionalização - ocorra.

São essas estruturas que percorremos agora, pois, antes de tentar entender como desinstitucionalizar, precisamos saber o que ainda institucionaliza, precisamos conhecer quais os mecanismos que reforçam a lógica manicomial dentro das instituições asilares e, dito de outro modo, precisamos conhecer exatamente o que faz com que pessoas continuem habitando alas psiquiátricas de forma permanente ainda em 2023. Para tantas pretensões, vale retomar a constatação da necessidade de descer aos casos que o hospital encerrou, “[...] no sentido de olhar o rosto e ouvir suas falas [dos pacientes], conhecer suas histórias de vida e as razões de seu internamento e perceber como se articulam dentro da vila asilar” (CUNHA, 1986, p. 144). É na cartografia etnográfica que essas barreiras institucionalizantes foram sendo descobertas, nesse descer o olhar para tudo aquilo que vive e habita a instituição e é a partir dele que percorremos os caminhos que se seguirão.

4.2) A chegada (ao hospital) - ou a saída (da vida)

Embora este quarto Capítulo traz no título a palavra “mergulho”, não me surpreenderia saber que quem o lê esteja sentindo que ainda estamos apenas com *água nas canelas*. Pois bem, foi intencional a criação dessa sensação, precisava que acostumássemos nosso corpo com a “água gelada” antes do mergulho, tal como em um dia de inverno na praia, onde primeiro colocamos a ponta dos pés e sentimos um congelar da alma, depois damos alguns passos e a água alcança os joelhos, fazendo com que o frio no pé já não seja mais percebido, e o choque congelante inicial seja amenizado, depois, com mais alguns passos, deixamos a água chegar no umbigo, e assim por diante, com mais alguns passos lentos antes do esperado mergulho. Existem algumas pessoas que preferem mergulhar de uma vez, correm em direção à água e, em segundos, se vêem submersas naquele universo gelado e infinito. Eu pertenço ao primeiro grupo, por isso optei por ir pouco a pouco, para evitar que tenhamos a sensação de congelar o cérebro, ou - como tem ocorrido há séculos - *a alma*.

Com os pés já na água, vamos ver algumas histórias que os moradores contaram sobre a chegada ao hospital, o que chamei, inspirada por reflexões anteriores, de *A Primeira Internação*. A conversa abaixo aconteceu no dia 2 de novembro de 2021, com um morador de 50 anos de idade, que está institucionalizado há 26 anos.

[...] ele me contou que se internou no dia 16 de novembro de 1990. Perguntei se no mesmo hospital, mas ele me disse que foi internado primeiro na Colônia, “Minha vida toda é internado nesses hospitais”. Perguntei quantos anos ele tinha quando foi internado e ele me disse que tinha uns 17 ou 18 anos. Questionei o que tinha acontecido, e ele me disse algo sobre a polícia, “A polícia me pegou quando me deu uma crise lá no centro vendendo jornal, daí ela me pegou e me levou lá pra delegacia, foi um dia de noite, e disseram: “o Dr., o senhor dorme aqui hoje até amanhã, amanhã nós levamos o senhor no xxx que é um hospital que trata as pessoa dos nervos assim, se o senhor quiser ficar lá, muito que bem, se não, não temo lugar pra te levar!”. Daí me trouxeram no xxx, eu gostei dali e tô ali internado até hoje”. Depois, perguntei com quem ele morava antes, e ele disse que com a família. Daí aproveitei pra perguntar quem era... ele disse que eles moravam no jardim Atlântico, mas que não sabe se “são vivo ou se são morto”. Me contou que em todos os anos de internação, só foi passear na casa deles uma vez. Perguntei então qual tinha sido a crise que ele falou que teve entregando jornal e ele me contou que foi um ataque epilético: “Eu, quando me dá esse ataque epilético, onde eu tô eu caio. Aqui ó, uma vez eu caí atrás do fogão, encostei a perna e a barriga no fogão quente, aí ó, o couro ficou tudo grudado no fogão! Olha aqui como que eu fiquei!”. Fiquei muito comovida com o que ele me contava, aquilo foi reverberando em mim, como pode alguém viver tantas sequências de violência? Voltei para o tema da primeira internação e ele me contou que foi trazido para o Hospital porque, segundo os policiais, lá era um lugar que tratava o problema que ele tinha, o

“problema de nervo”. Concluiu: “É... eu já passei coisa que nem um cachorro não quer passar. Eu já passei dor que nem um cachorro não quer ter. É triste mesmo ser epilético...”. (Diário de Campo, 2 de novembro de 2021).

Foi interessante notar a nitidez que o morador tinha sobre sua internação; nos prontuários, encontrei a informação de que ele foi internado com 18 anos, depois de uma crise epilética. Depois daquele episódio, o rapaz foi reinternado no conhecido sistema de porta giratória, ou seja, teve várias internações repetidas em uma mesma instituição, por exatas oito vezes em seis anos, sendo institucionalizado permanentemente em 1996, quando tinha 24 anos de idade. Desde então, ele é morador da enfermaria do hospital. Mesmo depois de tantos anos vivendo em um lugar, que muito faz confundir as percepções de espaço e tempo, ele ainda recorda os detalhes da vida antes e durante a internação, e compõe - constantemente - suas vivências com o cotidiano que para ele é possível. Nessa história, chama a atenção o motivo de sua internação, pois ele foi levado ao hospital depois de uma crise epilética, por policiais, que decidiram que os “problemas de nervo” que ele tinha, seriam melhor solucionados em uma ala psiquiátrica, ao invés de um hospital geral.

No segundo caso, temos outro morador, de 52 anos e institucionalizado há 27 anos. Ele teve sua primeira internação aos 13 anos de idade e tornou-se morador permanentemente aos 25 anos, depois de 21 internações na mesma instituição. Além da ocorrência do fenômeno da porta giratória, outras questões que já haviam aparecido nas histórias anteriores, também se repetiram em seus relatos:

Questionei quando ele veio pro hospital pela primeira vez e ele me disse que tinha uns “7 aninho, uns 10 aninho”, ainda disse que naquela época ainda estudava no colégio e tomava mamadeira! Perguntei se ele nasceu aqui na região, mas ele me contou que é nascido no Paraná e de lá foi pro Educandário, pro Hospital de Custódia, pro CRT e depois pro “manicômio de Florianópolis”. Me disse que sofreu um acidente na cabeça e ficou muito ruim. Também me contou que sua família era seus colegas, pois ele não tinha pai e não tinha mãe. Perguntei se hoje em dia ele tinha vontade de alguma coisa, pra mudar o rumo da conversa, ele me disse que tinha vontade de trabalhar, de namorar... e que queria sair do hospital, além de também ter vontade de ter um isqueirinho azul. (Diário de Campo, 18 de novembro de 2021).

O relato desse morador é também muito revelador, primeiro porque ele denuncia, através de suas experiências, com um exemplo empírico, os fracassos das diferentes instituições que o internaram repetidas vezes sem conseguir efetivar seus objetivos. Em segundo plano, vemos o caráter social de seu internamento, a ausência de estrutura familiar e também os desafios de uma estrutura que somente fomenta espaços para a exclusão. Segundo

ele, sua família era composta por seus amigos, que também viviam nas ruas. Na luta por sobrevivência, acabou por ser levado para um Hospital Psiquiátrico Público, pela decisão de policiais que o encontraram e decidiram que naquele local ele poderia resolver seus problemas, aos 13 anos de idade.

Me pergunto se esses policiais, quando escolhiam e decidiam internar pessoas em condições socioeconômicas precárias, sabiam que estavam levando aqueles indivíduos para uma espécie de prisão perpétua, uma vez que eles passariam a ser moradores desses espaços que não tinham estruturas asilares, tendo sua própria humanidade colocada em questão e impossibilitando qualquer possibilidade de recuperação. Amarante e Torre (2018) resumiram de forma minuciosa esse “regramento da desordem” na institucionalização psiquiátrica, como processos de dessubjetivação, desistorização e também de perda das redes de relações sociais, desfigurando as subjetividades e as possibilidades expressivas e sensíveis desses indivíduos (p. 1094).

A história de outra moradora ilustra, mais uma vez, o aprisionamento e a exclusão de problemas pertencentes à ordem econômica, social e política, antes de serem definidos como pertencentes à ordem médica - especificamente a psiquiátrica. Ela tem 45 anos de idade e suas informações sobre data de internação, tempo institucionalizada, número de internações, entre outras, não foram encontradas nos seus documentos. Segundo a equipe de profissionais, isso aconteceu porque nos outros hospitais em que ela morou anteriormente não enviaram todas as informações da moradora na transferência, provavelmente perto da virada do século, em 2000. Além disso, alguns de seus documentos estão com sua família, que recebe seu benefício previdenciário mensalmente e que dificilmente a visita. Quando conversamos sobre sua chegada ao hospital, ela me contou:

Ela me disse que veio de Rio Maina, de um hospital que fechou... vieram ela e mais um outro paciente que já faleceu... Ela foi enviada primeiro para a ala de internação de agudos, depois para um espaço que simulava uma residência terapêutica mas estava dentro do hospital e, em seguida, foi para a ala de moradores. Perguntei como era no outro hospital e ela me disse que era difícil explicar, pois “tinha muita gente louca”. Me contou que chegou lá com 13 anos, porque estava se prostituindo e a família a levou... Disse que sentiu muito medo quando foi internada, pois tinha um rapaz que “mamou na teta” dela e de outra paciente, quando elas saíram pra fumar um cigarro. Perguntei como foi ser transferida para o hospital que ela vivia hoje, mas ela me relatou que eles não falaram que ela estava indo para lá, eles não contaram, falaram que iriam levá-la pra casa de sua Tia e quando ela percebeu, já na ambulância, ela estava na nova instituição: “Eu não tinha pra onde ir, eles falaram que como eles não tinham pra onde levar eu, levaram pra cá”. (Diário de Campo, 31 de março de 2022).

Nesse relato vemos que a primeira internação aconteceu quando a moradora ainda era menor de idade, com 13 anos, assim como no caso anterior. Essa recorrência de internações na infância e na adolescência foi muito comum nos hospitais em que esta pesquisa foi desenvolvida. Foucault (1977) faz uma retomada interessante sobre o internamento de crianças na construção da institucionalização psiquiátrica. Segundo o autor, há uma definição dos padrões de velocidade de desenvolvimento de crianças e uma lentidão desse processo era vista como um *retardo*, ou seja, um desenvolvimento mais lento. Nesse pensamento, a maioria das crianças, que se desenvolvem dentro do padrão aceitável, provoca a construção de uma normatividade em relação à qual as crianças serão situadas, sendo a fase adulta, o estágio terminal deste desenvolvimento.

Embora no início os pensadores diferenciam a “idiotia” e o “retardo” da “doença mental” ou “alienação”, com o passar dos anos, elas foram colocadas como pertencentes à mesma categoria e destinadas à mesma instituição asilar: o hospital psiquiátrico. Nesses internamentos, crianças e adultos eram internados nos mesmos espaços: “Durante toda a segunda metade do século XIX, vocês vão encontrar as crianças idiotas efetivamente colonizadas no interior do espaço psiquiátrico.” (FOUCAULT, 2008, p. 268). No cerne dessas internações, não estavam os tratamentos, mas:

[...] não é para escolarizar as crianças ou porque não se consegue escolarizá-las que se coloca o problema de saber onde pô-las. Coloca-se o problema de saber onde pô-las, não em função da sua escolarização, da sua capacidade de se deixar escolarizar; coloca-se a questão de saber onde pô-las em função do trabalho dos pais, isto é, como fazer para que a criança idiota, com os cuidados que requer, não seja um obstáculo uma vez que os pais trabalham? (idem, p. 270).

Em outras palavras, já no início dessas internações, a intenção primordial não era o tratamento, como se supõe ser a função de um hospital, mas sim o controle dessas crianças, que podiam afetar o desenvolvimento econômico de seus familiares. Para o cuidado delas, foi feita uma proporção que dizia que nos asilos seria necessário uma pessoa para cada cinco crianças (FOUCAULT, 2008, p. 270), algo muito diferente das casas da família que, em alguns casos, precisavam até mesmo de mais de um adulto para o cuidado de uma única criança: “Cuidar em casa de um idiota, ainda mais quando inválido, consome os salários e a capacidade das pessoas da casa, de modo que uma família inteira cai na miséria.” (idem, p. 270). É por meio do problema prático trazido pelas crianças, ainda nos séculos XVIII e XIX, que a psiquiatria foi tomando poder de proporções que iam para além da “correção da

loucura”, se tornando “[...] algo infinitamente mais geral e mais perigoso, que é o poder sobre o anormal, poder de definir o que é anormal, de controlá-lo, de corrigi-lo” (idem, p. 281).

Esse poder foi se expandindo cada vez mais, atingiu também outras camadas da população e, ainda no século XIX, os então chamados de criminosos, bêbados ou prostitutas eram considerados como imbecis de nascimento que não foram disciplinados (FOUCAULT, 2008, p. 280), cabendo às instituições psiquiátricas o asilo desses indivíduos. E, podemos notar, que mais de um século depois, no Brasil, isso ainda se repetia, como na internação da moradora do caso citado acima, que foi levada à instituição por estar se prostituindo. Esse é um exemplo da generalização da psiquiatria, que se ligou a todos os regimes disciplinares que existem ao seu redor, disseminando a ideia de que somente ela é ao mesmo tempo a ciência e o poder de tudo aquilo que é considerado como anormal (FOUCAULT, 2008).

Ainda no caso da moradora, assim como nos outros casos acima descritos, ela foi internada diversas vezes, segundo ela, “tantas vezes que não se pode contar”. Mais uma vez, repetiram-se as situações de confusas justificativas de internação. Ela me contou que, quando estava com a família, passava muita fome e precisava fazer algo para resolver a situação, então começou a se prostituir. Além disso, a residente recebeu a comum explicação de “não ter pra onde ir”, para justificar sua internação de caráter asilar dentro de um hospital depois de alguns anos passados desde sua primeira internação. Essa ausência de alternativa e impossibilidade de negociação apareceram em quase todos os relatos dos moradores. A história dela tem uma outra dimensão particular pois, como dito anteriormente, depois de viver alguns anos nas alas hospitalares, ela foi transferida para uma ala parecida com uma Residência Terapêutica, vinculada ao mesmo hospital, onde pôde ter uma vida muito diferente do ambiente que habitava. Entretanto, segundo a equipe profissional, a casa que ela e os outros moradores viviam era muito antiga e era perigoso manter pessoas vivendo ali, então, em vez de reformar ou alugar outra casa, os profissionais do hospital optaram por institucionalizar os moradores novamente na ala fechada.

Atualmente, a moradora tem seus próprios pertences, diferente dos outros residentes daquele espaço. Ela conseguiu manter um guarda-roupas onde acomoda os objetos que juntou quando morou na Residência, também trabalha na Terapia Ocupacional, fazendo paninhos para postos de gasolina e recebe um pagamento mensal, com o qual faz encomendas para a enfermeira chefe, que traz o que ela precisa. Normalmente, ela recebe 90 reais e escolhe produtos de higiene pessoal, como shampoo, sabonetes e cremes e também guloseimas. Ela tem uma das melhores relações com a equipe, inclusive, na ocasião do almoço de Páscoa, foi

ela quem conseguiu repetir a comida do almoço, desencadeando o episódio que citei anteriormente.

O último exemplo sobre o momento da *Primeira Internação* é sobre a história de um outro morador, que está institucionalizado há 15 anos nesse hospital, mas veio transferido de outra instituição psiquiátrica, onde viveu por pelo menos mais 15 anos. Sabemos disso graças ao álbum de fotos, que o morador guarda com registros de alguns passeios e viagens que fez no primeiro hospital em que foi internado como morador. Atualmente, ele tem 57 anos de idade e foi internado 10 vezes antes de se tornar um residente.

Perguntei como foi quando ele chegou aqui e ele me disse que “quando começou a internar” ele primeiro ficava um mês no hospital e dois meses em casa. Depois trocou, ele passou a ficar dois meses no hospital e um mês em casa... Depois ficou três, quatro meses direto no hospital... Naquela ocasião, sua mãe só o visitou uma vez e não o levou mais para casa. Finalizou dizendo: “A minha mãe tava cansada de fazer comida pra mim, aí ela me colocou aqui pra descansar, mas eu falei pra ela que ela devia ter me falado, eu não sabia que ela tava cansada, ela não me contou...”. (Diário de Campo, 26 de janeiro de 2022).

A história desse morador, de certa forma, repete novamente alguns padrões. O número de internações é alto, o rompimento com a família também aconteceu durante o processo de internação, e a imprecisão do motivo da institucionalização aparece em todas as tentativas de explicar os seus internamentos. Segundo alguns profissionais, no caso dele, a família passava por muita dificuldade financeira e não conseguia manter os cuidados com o morador em casa. Nas nossas conversas, ele sempre dizia que, quando saísse, me receberia na sua casa e faria bolos e bolachinhas para mim, tal como aprendeu com sua mãe. Ele sempre reafirmava que sabia cozinhar e que poderia fazer comidas caso eu fosse visitá-lo.

Fiquei pensando o quanto foi marcante a justificativa de que o levaram para o hospital, pois sua mãe estava “cansada de cozinhar” para ele e também porque ele “não trabalhava”. Provavelmente, apenas sua mãe cuidava dele e, quando ela envelheceu, a família decidiu levar o morador para um Hospital Psiquiátrico de caráter asilar. Isso me lembrou do trabalho de Jenkins (2015) pois, segundo a autora, o *déficit* de experiências produtivas aparece como uma forma de mal-estar social - com inadaptação, sentimento de vazio e valorização da “anomia social” (p. 123). Além do mais, também ilustra o caso do morador, porque ele foi internado justamente por esse “déficit de experiências produtivas”, uma vez que não desenvolvia nem atividades laborativas nem domésticas.

Nesse caso, podemos ver novamente uma repetição do que constatou Foucault (2008) anos atrás, quando nessas situações confundem-se as necessidades de cuidado com a necessidade da institucionalização, em situações que economicamente não poderiam ser sustentadas pela família. No seu prontuário não está descrito nenhum episódio de crise ou agressividade, apenas alguns delírios persecutórios. Ele desempenha bem as tarefas cotidianas no pavilhão que habita, cuida da sua própria higiene, sempre anda muito bem arrumado e gosta muito de usar casacos e cachecóis. Ele foi o primeiro morador que conheci e que não tive certeza se era mesmo morador ou algum profissional do Hospital, escrevi no diário: “No refeitório falei pro Plínio que ele estava chique e ele disse: “Perto desses mendigos né!”. Ele usava cachecol vermelho e sobretudo preto, além de luvas pretas e botas (Diário de Campo, 8 de novembro de 2021).

Essas situações nos mostram, novamente, uma frequente barreira que impede todo e qualquer movimento de desinstitucionalização: a reificação da ideia da necessidade da instituição a partir da crença na impossibilidade de se encontrar alternativas de moradia e tratamento para os moradores. Esse imaginário se traduz através da repetição da ideia do “não ter para onde ir” que é reproduzido cotidianamente no hospital e também está inserido nos prontuários dos moradores. Essa inclinação faz questionar a possibilidade de alta, tanto entre os moradores, quanto entre os profissionais.

Além desse aniquilamento de possibilidades desenhado pelas ações institucionalizantes que parecem, num primeiro olhar, serem sutis, mas que ecoam diariamente naquele espaço reforços capacitistas, também temos outro fator que reifica a institucionalização de forma cotidiana, que pode ser visto a partir da recorrência da imprecisão nos momentos de internamento. Muitos deles vieram transferidos de outras instituições, ou seja, têm uma experiência de vida composta majoritariamente por uma espécie de coleção de institucionalização, visto que já habitavam anteriormente outros hospitais também em internações de longa duração, como em orfanatos, prisões, entre outros (DEL SARTO, 2020). Como suas internações aconteceram há muitos anos, não foi seguida uma regulamentação dos processos terapêuticos e, na maioria dos casos, as situações sociais, econômicas e políticas se misturaram aos motivos de internamento, mesmo que esse ocorresse em uma instituição médica e psiquiátrica. Nessa toada, a imprecisão das justificativas para seus internamentos são repetidas cotidianamente entre os diferentes sujeitos que vivem na instituição, impossibilitando qualquer tentativa de saída, uma vez que para muitos é inexplicável o fato de ainda estarem naquele ambiente.

Para sintetizar, além da perda de vínculos externos provocada pela internação de longa permanência, a imprecisão das justificativas dos recorrentes internamentos e a impossibilidade de vislumbre de alternativas outras para as vivências dos moradores são exemplos de barreiras que podemos encontrar ao adentrar o cotidiano de uma instituição psiquiátrica asilar. Além disso, foram as relações entre os profissionais e os moradores e também as relações entre os próprios moradores, reproduzindo as normativas psiquiátricas no cotidiano asilar, que alimentaram diariamente os muros da instituição, fazendo-os crer (moradores, profissionais e familiares) que a única alternativa que tinham era aquela, ou seja, viver uma vida toda dentro de uma ala psiquiátrica.

4.3) Concepções de Loucura

“Ontem à noite a enfermeira me deu um comprimido branquinho, dormi a tarde toda...” [moradora]. Perguntei por que, e ela disse que era porque ela estava muito preocupada com “esses moradores que ficam batendo em inocente”. Disse que tem morador que “tá louco”, “fica batendo em inocente”... E me perguntou: “Tão esperando o que pra levar ele pro xxx [outro hospital]. Vai esperar o que? Vai esperar matar um? Filho da puta, desgraçado!”. Emendou vários pensamentos: “Acho que nem um louco faz o que ele faz. Eu chorei, querida... tanto... eram lágrimas à derramar de verdade... eu ando meio rebelde, eu to numa fase muito ruim, querida...”. [...] Resolvi perguntar o que significava “ser louco” e ela me disse que “Louco é quem faz as coisas e não se lembra”, em seguida disse: “eu não sou louca, não sou doente, eu sou doida! Doida, doida... querida...” [rimos]. Daí, perguntei o que é ser doida, e ela me explicou que uma pessoa doida faz coisas e se lembra de tudo, disse: “Querida... vocês não viram nada, não sabem do que sou capaz, nem imaginam... Mas isso eu não vou contar, não vou deixar escapar da minha boca...” [colocou as duas mãos tampando a boca]. Perguntei como foi vir pra cá e ela me contou que quem a trouxe foi a polícia, amarrada em uma maca. Disse que dois policiais não conseguiram segurá-la e que enquanto a amarravam, falavam: “vaca brava!”, “ô vaca brava!” [soltou algumas gargalhadas] “louca, louca...”. “A atendente até falou pra mim: “Eu vou te dar uma surra tão grande que você nunca vai esquecer!”. (Diário de Campo, 22 de março de 2022).

Ela é uma moradora que sempre está em movimento; embora viva no hospital há 24 anos, ela mantém uma rotina de exercício físico diário (2 horas por dia), gosta muito de conversar com os funcionários, canta algumas músicas enquanto se exercita e é extremamente animada e ativa. Atualmente, ela tem 64 anos de idade e sempre viveu no mesmo hospital, desde a sua primeira internação. Ela me contou que anteriormente ao seu primeiro internamento, ela nunca tinha ido para um hospital, nem mesmo para um hospital geral, mas depois da morte de sua patroa, foi tomada por uma tristeza profunda, ficando cada vez mais

doente, até que a levaram para um hospital psiquiátrico. Ela vivia com a patroa, cuidava dela desde sua adolescência. A institucionalização da moradora, diferente da maioria dos outros moradores, foi efetivada quando ela já estava com 40 anos de idade e as informações da tristeza profunda pela morte da ex-patroa constam em seus documentos. Ela também é uma das poucas moradoras que ainda recebe visita da família, de seu irmão e de sua cunhada. O casal recebe sua aposentadoria e repassa uma pequena parte para a moradora, pois são eles quem cuidam de sua filha, uma jovem que ainda não foi visitar a mãe e, por esse motivo, acabam ficando com a maior parte do dinheiro da moradora. Ela disse que não tem certeza se sua filha sabe que ela mora no hospital, pois não tem informações exatas sobre ela.

Na fala da moradora, a diferenciação entre *ser* ou *estar* “louca” e “doida” é muito interessante, pois revela a potência da sabedoria de um indivíduo pertencente ao grupo daqueles que mais entendem sobre institucionalização psiquiátrica, a saber: os moradores. Ela é um exemplo clássico de uma interlocutora *experiente* (ANDRADE, 2012) e foi com ela que pude aprender sobre alguns dos *escapes* da instituição asilar. Ela me fez pensar nos *entres* daquele espaço, nas frestas, no que escorrega e escapa, para retomar os filósofos Deleuze e Guattari (1997), ou no *devoir* minoritário no sentido de ser esse um caso político que apela para um trabalho de potência ou para uma micropolítica ativa, uma vez que todo *devoir* é também um bloco de coexistência.

Caminhando a partir desse direcionamento, inspirada por esses autores, optei neste tópico por focarmos principalmente na experiência da moradora da definição da loucura e da diferenciação entre doideira ou doidice, para que possamos começar a pensar, a partir da perspectiva dos moradores, nas outras barreiras que estão sendo formadas no impedimento da desinstitucionalização. Diferente dos outros dois tópicos anteriores, vamos, a partir de agora, ver como são interpretadas, vivenciadas e experienciadas, na cartografia da vida institucional, as barreiras que compõem e são compostas pelos cotidianos.

A própria reificação da definição depreciativa da loucura pode ser considerada como uma resistente barreira. Falo desse modo seguindo a extensa literatura que definiu que, ao criar-se a loucura, precisa-se também criar uma ideia de normalidade e um destino para aquilo que é considerado uma anormalidade (GOFFMAN, 1961; FOUCAULT 2009; CUNHA, 1986; VELHO, 1981; AMARANTE, 2020; etc.). Mesmo depois de anos internados, mesmo depois de todos os movimentos de humanização dos serviços de saúde públicos e dos inúmeros e incontáveis avanços trazidos pelas Reformas, a manutenção manicomial que recai sobre o conceito de loucura é ainda muito ativa dentro dos muros dos hospitais, não tão somente entre os profissionais que a utilizam para deslegitimar os discursos dos moradores,

mas também entre os próprios moradores que a utilizam de acordo com diferentes intencionalidades.

Isso nos leva a pensar, mais uma vez, na possibilidade de inversão da lógica tão difundida e já trabalhada anteriormente que faz crer ser necessário, para os moradores, ter um local para morar no interior dos hospitais psiquiátricos, o que justificaria, dentro dessa lógica, a necessidade da manutenção da instituição e a inexistência dos movimentos de desinstitucionalização. Entretanto, por outro lado, vemos novamente que a instituição também precisa criar mecanismos para manter pessoas vivendo dentro de suas estruturas, pois é essa a única forma de manter sua própria existência. Essa inversão da necessidade, passando da instituição para os moradores é, como dito, uma das principais ações que garantem a institucionalização permanente deles.

Voltando ao conceito de loucura, podemos ver que a moradora, por exemplo, faz uma articulação fundamental ao falar de si relacionando-a à doideira pois, nas suas palavras, ela própria não é “louca”, mas sim “doída”. Nessa verbalização, ela faz uma reflexão sobre *ter* ou *não ter* consciência dos atos para definir a condição dos indivíduos que têm para si delegado os *status* de “louco” ou “doído”. Segundo ela, um “doído” é aquele indivíduo que faz algo e se lembra do que fez posteriormente, ou seja, faz com intencionalidade e consciência aquela ação. Já o “louco” seria aquele indivíduo que não percebe que está agindo de determinada maneira, nem que está executando determinada ação e, posteriormente, não se lembra do que fez. Segundo a experiência dela, nos momentos de loucura, a pessoa perde sua própria consciência, ou seja, não age com intencionalidade. Um outro morador também define a loucura de um modo muito interessante pois, para ele, uma pessoa “louca” é aquela que tem “guerra na cabeça” (Diário de Campo, 23 de novembro de 2021). A experiência de ouvir vozes, provavelmente, funda sua ideia da loucura como uma guerra, na qual diferentes forças opostas lutam direcionando suas ações.

Observar essas definições e o uso delas no cotidiano hospitalar nos leva diretamente para o circuito que foi formado ao longo dos anos e que sempre chegou, de uma forma ou de outra, em um mesmo local: na exclusão daqueles que carregam essa definição no interior das instituições psiquiátricas e, também, na própria diversidade das múltiplas tentativas de se criar definições para reforçar a execução dessa ação. Talvez esse seja um dos únicos pontos em comum entre a área médica, a área antropológica e a área composta pelos *experientes* (ANDRADE, 2012) da loucura, pois todos os movimentos criados por esses subgrupos acabaram por reificar a necessidade de uma definição, entretanto, essa significação está normalmente carregada de sentidos que delegam espaços-excludentes.

Redirecionando o olhar para as definições clássicas de loucura, vemos que geralmente ela está associada à uma existência facilmente errante (FOUCAULT, 2009, p. 9), mesmo quando é percebida como um conceito escorregadio, cercado por limites imprecisos e por uma espécie de natureza indefinível (CUNHA, 1986, p. 11). Segundo Veena Das (2011), as elocuições ganham significados a partir dos contextos ao mesmo tempo que também os formam, nesse sentido, observando nossos interlocutores em campo, no nosso caso no interior dos hospitais, poderíamos perceber que os fragmentos do que dizem estão compostos por um repertório de noções culturalmente densas que os cercam.

Quando a moradora escolheu diferenciar o “louco” do “doido”, ela reproduz um padrão que separa em diferentes grupos os sujeitos. Grupos esses que podem ser hierarquicamente diferenciados. Fora do hospital, normalmente, essa separação ocorre entre o grupo dos normais *versus* o grupo dos anormais, generalizando os indivíduos pertencentes a cada uma daquelas esferas duais. Isso também é reproduzido na ala psiquiátrica, entretanto, ela cria essa divisão entre “louco” e “doido” para também comprovar a distância que ela própria tem em relação aos outros que habitam aquele espaço, fazendo uma diferenciação pontual e trazendo para sua realidade a permanência de sua consciência, uma vez que se denomina de “doida”, aquela que “faz as coisas e se lembra do que fez”.

Esse movimento é muito significativo, já que no hospital os moradores têm, normalmente, sua consciência colocada em dúvida constantemente. O deslocamento que a moradora faz, aproximando-a da definição do “ser doida”, revela um circuito criado dentro daquela estrutura para comprovar a existência da sua razão. Ela cria uma estratégia a partir dessa diferenciação que a distância do grupo de moradores “loucos” e, ao mesmo tempo, a aproxima dos moradores “doidos”, que assim como ela, também pertencem ao grupo daqueles que agem com intencionalidade. A definição da moradora foi muito específica e não se repetiu no cotidiano asilar. Entre os moradores, outra definição foi mais comum: aquela que parte de um morador para se referenciar a outro como um “louco” ou um “doido”, ambos sendo utilizados como sinônimos que generalizam diferenças.

Como não foi muito comum encontrar a diferença entre a loucura e a doideira no trabalho de campo, resolvi buscar nas anotações a regularidade do uso dessas palavras para identificar a frequência da escolha de utilização desses termos no cotidiano institucional. Percebi que mesmo sendo usadas na maioria dos casos como sinônimos, o adjetivo ou substantivo “louco”, recorrido de forma depreciativa, foi mais utilizado do que o adjetivo ou substantivo “doido”, mesmo quando contabilizadas suas flexibilizações de gênero, no masculino e no feminino. “Louca”, no feminino, apareceu em cinco ocasiões, “louco” em 34

ocasiões, totalizando 39 vezes. Já “doida” apareceu sete vezes e “doido” dez vezes, totalizando 17 ocasiões. Esse dado fica ainda mais interessante quando observamos o uso dele de forma separada entre as duas instituições. Na primeira ala, em que os moradores tinham mais liberdade, não ficavam trancados e tinham seus pertences próprios, ou seja, estavam muito próximos de ter uma vida desinstitucionalizada, as ocorrências do uso da palavra “louco” para um morador caracterizar outro morador, apareceu apenas nove vezes e “louca” não apareceu nenhuma, visto que na ala só havia homens, totalizando então nove situações *versus* 30 situações na instituição fechada, na qual os moradores ficavam presos e não tinham seus próprios pertences. Já os substantivos e adjetivos “doido” ou “doida” apareceu apenas em uma ocasião na primeira instituição, *versus* 16 vezes na segunda.

O uso desse termo que reforça o lugar da “loucura” ou da “doideira” é muito mais presente na instituição mais coercitiva, que fomenta a lógica da necessidade da institucionalização a partir da descaracterização, desumanização e despersonalização e dependência dos internados. Os dois casos abaixo podem elucidar essas constatações.

I

²⁴S: [A moradora S. não queria ir pro café] Não quero, não quero, não quero... diabo! Não quero, não quero, não quero...

[pegaram ela à força para levar]

C: [Moradora C. falando sobre S.] Tá doida, ó! Faz três dias que não deixa ninguém dormir, faz três dias que tá assim... essa aí é louca!

(Diário de Campo, 12 de abril de 2022)

II

R: [Morador R. falando de outros moradores] Ele me bate... ali o L., ele tem um pouco de doido... ele bateu... a T. é minha colega, ela é bem querida... ela não gosta que provoque ela... já esse aí é bem louco, sempre com a mão na bunda e no saco e depois vem pra perto da gente... não gosto dele... [referindo ao T.].

(Diário de Campo, 4 de abril de 2022)

Os casos acima foram vivenciados na segunda etapa do trabalho de campo, na instituição mais coercitiva. Como disse anteriormente, a necessidade de diferenciar os outros “loucos” ou “doidos” do *self* internado foi muito mais frequente na instituição fechada, já na instituição aberta os moradores se viam mais como pertencentes a um mesmo grupo. Nas

²⁴ Esses casos foram retirados do Diário de Campo e reescritos no formato de diálogo, unindo as informações que me eram relatadas. Eles não condizem exatamente com o que disseram os moradores, são tentativas de reprodução do que me era confidenciado em campo.

passagens anteriores, a identificação dos outros moradores como loucos era muito recorrente. Isso nos faz reafirmar uma hipótese, já apresentada no início deste subtópico: aquela que diz que uma eficiente forma de reificação da necessidade da institucionalização seria justamente criar a ideia de loucura entre os moradores e os profissionais pois, a partir desse imaginário, eles próprios poderiam reproduzir os discursos que favoreciam a manutenção e a permanência da instituição. O próximo caso também ajuda-nos a atender melhor essa constatação,

III

R: É claro... sou espanhol, vim lá do Oeste... lá em “Capendia” nós tinha uma dupla e tocava gaita e violão a noite toda... viu querida... eu gosto de chamar as pessoas de querida e querido porque eu não sei o nome de todo mundo... eu não dou trabalho, sou civilizado... converso com todo mundo, tenho amizade, não dou trabalho... não brigo... Viu querida Sabrina, não dá bola para os loucos daqui não... porque tão louco... já eu, o único problema que eu tenho é diabetes... me dá sempre sede, é um problema que dá muita sede.... Eu perdi as forças das pernas... a força de andar... mas eu tenho fé de voltar... eu rezo, eu tenho muita fé, faço oração... eu gosto muito de conversar com você... essa cadeira que eu tô [ele agora usa uma cadeira de rodas] quem comprou foi minha família, com meu dinheiro, eles compraram pra mim... minha mulher me abandonou aqui... nós tivemos sete filhos, depois que eu perdi o emprego da Sadia ela me abandonou aqui... eu comecei a beber e a fumar... eu só tenho medo de morrer um filho meu... nunca bati em ninguém... nunca matei... aqui tem muito louco...

S: Nossa... fico até sem saber o que dizer... Mas sr. R., fiquei com uma dúvida, o que é ser louco?

R: Louco é esses caras que fala bastante... Esses cara que vive aqui... você só não pode dar bola pra todo mundo... tem muito doido aqui... aqui é hospital de doido...

(Diário de Campo, 22 e 29 de março de 2022)

Já nos espaços com mais liberdade, como no outro hospital em que o trabalho de campo foi realizado, a reafirmação da própria razão não era tão mobilizada pelos moradores através da reificação da loucura de outros residentes, uma vez que não era uma questão para eles a necessidade de reafirmar que a possuíam. Eles mesmos diferenciavam os pacientes das duas instituições dessa forma, como quando um morador me contou: “Na Colônia fica os pacientes mais ruim de cabeça, lá você não vai conseguir conversar com ninguém.” (Diário de Campo, 2 de novembro de 2021). E outro dia, quando outro morador também me contou: “Só tem paciente ruim da cabeça na Colônia, agressivo, aqui só vem os melhores da cabeça” (Diário de Campo, 4 de novembro de 2021). Esses movimentos me fizeram lembrar do conceito de “estratégia” desenvolvido por De Certeau (1978), pois, de certa forma, mesmo que produzido em um contexto completamente diferente, seu trabalho desenhava para mim aquela situação que eu vislumbrava:

Chamo de "estratégia" o cálculo das relações de força 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. (p. 46).

A precisão dessa definição, no contexto hospitalar, me fez olhar para um cotidiano asilar que era movimentado por sujeitos que também encontravam maneiras de se “isolar” do ambiente em que viviam para recriar a possibilidade de habitar uma realidade diferente daquela a que estavam expostos, com uma exterioridade distinta daquela que destina o lugar do aniquilamento para a loucura. O filósofo Rousseau já dizia que a renúncia da liberdade recairia na renúncia da qualidade de *ser homem* e, mesmo séculos depois, pude notar que isto é reproduzido no Hospital, uma vez que na ausência da liberdade, é colocada em dúvida a própria humanidade dos moradores, vistos repetidas vezes somente como “loucos” ou “doidos”. Colocaria também nesse raciocínio a palavra *renúncia* entre aspas pois, no nosso caso, estamos falando de sujeitos que têm suas escolhas limitadas pela institucionalização permanente. A renúncia da liberdade se deu a partir de um sistema coercitivo e hierárquico, que faz crer terem os indivíduos possibilidade de escolha, mesmo dentro da escassez dessa.

IV

P: Hoje esse aí tá assim, tá ruim esse aí, tá bravo, mas não é ele, é a doença, tá doente da cabeça.

S: Doente da cabeça?

P: É... você não pode ligar pro que ele tá falando, ele não tem estudo.

(Diário de Campo, 2 de fevereiro de 2022).

Outro ponto interessante é o uso de categorias que fogem da ordem biomédica para também reforçar a existência da loucura nos moradores. Nessa passagem apresentada acima, o morador não justifica o “estar doente da cabeça” a partir de questões pertencentes à ordem biomédica, mas pela questão social do outro morador não ter frequentado uma escola. Essa característica da loucura, como a falta de estudo, ou como resultado das situações de pobreza em que os moradores viviam antes de habitarem o hospital, era também muito recorrente. Diversas vezes eles também recorriam rapidamente à loucura ou à doidice para justificar um comportamento que era, para aquele momento da ação, incompreensível.

Perguntei pra N. por que G. estava deitada de barriga na cama e corpo pra fora fazendo uns barulhos, ela me respondeu: “Não sei, ela fica deitada assim, é o jeito dela... não visse? Ela é brava, avança, quando fala dela, ela fica resmungando... tá doida essa aí... ontem chorei até... incomodada com a

S. ... ela não deixa ninguém dormir... fica chamando demônio, demônio... essa aí tá doida mesmo...” (Diário de Campo, 12 de abril de 2022).

Revisitando o Diário de Campo, pude então perceber alguns padrões nas situações de delineamento da loucura. Primeiramente, notei que todas as tentativas de formular esse significativo, reificavam a necessidade de exclusão entre o grupo definido e aquele indivíduo que o definia, este último ocupando um lugar hierarquicamente superior. Em segundo lugar, percebi que as definições de loucura, entre os moradores, não eram tão somente utilizadas para criar a noção de loucura dos outros, mas para reforçar a noção de normalidade daquele que a verbalizava, assim como acontece também entre os indivíduos que vivem fora do hospital e aqueles que vivem dentro de instituições. Isso demonstra que a criação e a manutenção do conceito de loucura, em todas as instâncias, independentemente dos sujeitos que a verbalizam, sempre está carregada por um viés negativo, excludente e aniquilante.

Dito de outro modo, em alguns exemplos, percebi que a “loucura” era mobilizada no sentido de justificar um comportamento inesperado entre os moradores, que diziam que determinado residente agiu de determinada forma porque não estava “bom da cabeça” naquele dia. Nesse caso, como podemos imaginar, a loucura era vista como algo temporário e momentâneo e o indivíduo apontado não a tinha de forma permanente, mas a manifestou naquele momento específico. Em outros casos, notei que a loucura era mobilizada para garantir a sanidade do orador que a apontava, quando ele se diferenciava no ambiente através da constatação da anormalidade dos outros. Esses dois casos têm algo em comum: o uso da categoria da loucura para responder aos incompreensíveis que apareciam no cotidiano hospitalar e para subdividir em grupos aqueles que pertenciam àquela relação.

Para a manutenção da ordem, os interlocutores recorriam também às definições de loucura para fortalecer a estrutura que tinham para pensar no cuidado dessa, não só para mantê-la, mas também para criar e fortalecer a realidade na qual ela estava inserida. Esse movimento parece ser reproduzido a partir daquele direcionamento criado pela lógica manicomial, que usa a ideia da loucura para justificar, por exemplo, o tratamento que disponibilizam para os pacientes. É esse mesmo raciocínio que alimenta a impossibilidade de desinstitucionalização dos moradores, construindo mais uma barreira explícita que desfaz qualquer tentativa de desmanicomialização, mantendo então os moradores tal como estão, como habitantes permanentes de uma instituição psiquiátrica.

4.4) Desenhando a periculosidade dos moradores

As investigações sobre as barreiras que mantinham os moradores institucionalizados permaneceram em ação durante todo o processo de pesquisa e, embora eu já conhecesse de outros trabalhos aquelas constatações, acabava por me surpreender quando via que estavam se repetindo ainda na atualidade. Como dito anteriormente, era muito instigante olhar para as justificativas de internação dos moradores, tanto a partir dos prontuários médicos, quanto através do que contavam os profissionais e os residentes no cotidiano asilar. Um ponto que merece destaque foi percebido ouvindo os motivos de internação narrados nas vivências dos moradores, no dia a dia, pois a maioria do que contavam como justificativa de internação fugia da ordem normativa médica.

Em um segundo momento da pesquisa, quando trabalhei com os prontuários dos moradores, descobri também que o que continha neles, na maioria dos casos, era extremamente diferente daquelas narrativas que eram contadas no convívio hospitalar. Dito de outro modo, as narrativas orais, na ala de moradores, eram criadas e recriadas com direcionamentos muito diferentes daqueles presentes nos documentos oficiais. Ambos os discursos, como podemos subentender, estavam carregados de intencionalidade, entretanto, a intenção de cada um deles parecia caminhar - também - por sentidos opostos.

No cotidiano hospitalar, eram utilizadas situações do passado para reiterar a necessidade do internamento permanente dos moradores e estas estavam, novamente, distantes da ordem psiquiátrica. Entre os profissionais, bastava um comportamento inesperado de um interno para que fosse suscitado um comentário que rapidamente recorria aos episódios que os pacientes viveram na vida fora dos muros para justificar a forma como escolhiam lidar com eles:

Entrevistado: Esse aqui é complicado, se você pegar pra ler a história dele você não acredita, tem tudo registrado lá dentro, não tem muito mais o que fazer por ele, depois de tanto tempo aqui, o que dá pra fazer a gente faz... Mas não tem muito o que ser feito.

(Entrevista com um enfermeiro, 23 de fevereiro de 2022).

Essas ações inesperadas que fugiam das regras institucionais também podiam suscitar um comportamento, naquele ambiente, muito recorrente: da medicação compulsória que, na experiência que tive em campo, servia de rotineiro mecanismo de contenção dos pacientes.

Para justificar a escassez de tratamentos alternativos ou a permanência do tratamento medicamentoso compulsório - que muitas vezes levava ao embotamento e à impregnação - além da falta de recursos que estavam expostos e a ausência da possibilidade do cuidado em liberdade, era alimentado um imaginário da *periculosidade* dos internos.

Em todo o tempo que estive nos hospitais, não foram raras as situações em que profissionais da equipe apontavam para um morador e contavam histórias sobre suas vidas anteriores ao internamento para justificar alguma forma de contenção que havia sido escolhida e realizada. Essas narrativas fazem parte da história oral contada e recontada no asilo, principalmente entre os profissionais antigos e os mais novos, que eram cotidianamente atualizados, através desse ato de narrar, sobre a vida anterior e fora dos muros dos moradores:

“Esse aí matou os pais com veneno.”

“Aquele ali assassinou o pai, a mãe e os irmãos.”

“Esse aí não é flor que se cheire, era matador de aluguel, matou muita gente.”

“Se tu pegar pra ver o que cada um fez tu não acredita, tem que tomar cuidado.”

“A gente tem que fazer essas coisas, não tem outro jeito, ela é perigosa, já agrediu profissional, já bateu em paciente, não dá pra deixar...”

“Quando eu cheguei aqui, eu tinha muito medo dos pacientes. A gente pega pra ver a história deles e se assusta, né? Por isso precisa ser cuidadoso. Por isso não pode bobear, eles são espertos, tem paciente aqui que de louco não tem nada!”

(Falas de profissionais, Diário de Campo, 2021; 2022).

As narrativas sobre a periculosidade dos internados, passadas de profissional a profissional e também entre os próprios moradores, eram, dentro daquele cotidiano, algo muito parecido com o que definiu o psicólogo e professor estadunidense Jerome Bruner (1991), não sendo somente uma forma de representar, mas também de construir realidades. De certa forma, a partir das narrativas dos profissionais sobre os moradores, era afirmada a ideia de “perigo” e também justificada a condição de vivência a que eles estavam expostos. Era comum, por exemplo depois da aplicação de uma injeção para contenção, que os profissionais conversassem entre si sobre situações complexas em que aquele mesmo paciente viveu antes de se tornar um morador, como se suas ações antigas determinassem o tipo de cuidado que ele deveria receber no hospital.

Em outras palavras, a ideia de que os residentes representavam um “perigo” para a sociedade antes mesmo de serem internados, parecia justificar não tão somente o

internamento, mas também a continuação da condição precária na qual eles viviam. Antes de nos aprofundarmos no conceito de *periculosidade*, vamos olhar para um outro termo que está intimamente relacionado a ele e que, de certa forma, também alimenta a noção de perigo entre os moradores: a *estigmatização*.

Uma definição clássica de Goffman (1980) nos ajuda a aproximar do termo *estigma*, que pode ser pensado em referência a um atributo depreciativo que, ao estigmatizar alguém, conforma normalidade a outrem. Na nossa sociedade, comumente, um indivíduo estigmatizado tem sua humanidade questionada, o que abre espaço para diferentes formas de discriminação que diminuem - diretamente - suas chances de vida. No cotidiano, é construída uma teoria fundamentada no estigma, como uma ideologia para explicar a inferioridade de uns em detrimento de outros. É ressaltado, nesse mesmo raciocínio, o perigo que aquele indivíduo - visto como inferior - representa e, em alguns casos, é até mesmo racionalizada a “animosidade” desse com base nas suas diferenças (idem, p. 8). Nesse processo de estigmatização, o contato entre os indivíduos não é estabelecido em “bases iguais”, tornando o estigmatizado suscetível ao que é apontado como seu defeito, fazendo-o crer que realmente está “abaixo” do que deveria ser (idem).

Esse imaginário de insuficiência e inferioridade, dentro dos hospitais psiquiátricos catarinenses (e também fora deles), ainda hoje se mantém e se reverbera, inclusive no cotidiano do asilo, e é constantemente reificado entre os profissionais e entre os próprios moradores. Entretanto, em campo fui percebendo que as direções das narrativas desses dois grupos variavam muito, porque, embora o estigma da periculosidade para os funcionários fosse reforçado majoritariamente por situações anteriores à institucionalização, para os moradores ele era reificado pelas agressões que aconteciam no cotidiano do espaço que viviam, quando alguns moradores, naquela condição de aprisionamento, tinham comportamentos agressivos. Nos exemplos abaixo, podemos começar a compreender o uso dessa concepção entre o grupo dos profissionais e o grupo de moradores. No primeiro caso, a fala foi retirada de uma entrevista com um funcionário do hospital, já no segundo e no terceiro caso, as falas vieram de uma conversa com duas moradoras:

I

Tu nem imagina, Sabrina... Vejo assim... né... tu com eles, assim né... porque... Porque assim, num momento de surto aconteceram várias atrocidades, né? Se tu olhar o prontuário, assim, tu vai ficar apavorada, e olhando pra eles, às vezes, tu vê: “esquizofrênicos”, né? Mas ele matou... tentou estuprar a mãe... às vezes matou um filho... isso e aquilo...”

(Entrevista com profissional de Enfermagem, 27 de abril de 2022).

II

Esse aí é bem perigoso... ele bate em mim, nega! [apontando para outro morador que passou por nós]. Antes de ontem ele me deu um belisco que me fez chorar. Ele acorda de noite e vem na cama da gente dar murro, nega, ele me pega pra bater e só Deus faz ele parar. (Diário de Campo, 17 de março de 2022).

III

Eu fico preocupada, minha querida... tem aqui um morador que fica batendo em inocente... Tá louco batendo em inocente, onde já se viu? Tão esperando o que pra levar ele pro outro hospital? Vai esperar o que? É um perigo! Vai esperar matar um?

(Diário de Campo, 22 de março de 2022)

Nos casos acima, vemos que a dimensão do “perigo” circula entre as histórias *de dentro* e as histórias *de fora* das instituições, além de transitarem também entre algumas justificativas pautadas em situações do passado e em outras do presente. Os profissionais (como exemplo temos o Caso I), costumam recorrer às histórias de fora, anteriores à institucionalização, para alimentar a noção de perigo dos internos e para justificar o tratamento que têm disponível para eles. Já os moradores (Casos II e III) recorrem, majoritariamente, às histórias cotidianas de dentro para também fortalecer a ideia de perigo dos que ali vivem, mas não citam questões sobre os tratamentos, possivelmente devido ao baixo *status* que ocupam naquele espaço, a partir do qual não resta a oportunidade de negociação. É nessa situação que a realidade clínica se forma enquanto uma zona de combate de disputas, não necessariamente explícitas, de poder e de definições da doença e das suposições dos graus de incapacidade (TAUSSIG, 1980).

O próprio desenho da periculosidade está intimamente ligado à institucionalização permanente e ambos (o estigma da periculosidade e o ato de institucionalizar) são mutuamente fortalecidos a partir de suas forças singulares. Foucault (2006) faz uma recapitulação para se pensar nesta questão: da periculosidade relacionada ao internamento. Ele retoma o histórico de internações psiquiátricas a partir da hospitalização de crianças no século XVIII e XIX, tal como abordamos no tópico 4.2, para desenhar o caminho que se seguiu até a internação daqueles conhecidos como “perigosos” nos manicômios.

O autor demonstra que as crianças que tinham comportamentos vistos como “anormais”, naquela época chamadas de “idiotas” (p. 270), precisavam de um espaço para

ficarem, não necessariamente para serem tratadas ou educadas, mas para que seus pais pudessem trabalhar. Neste processo, começaram a interná-las, num movimento em que a razão econômica começou a influenciar nas ações das instituições asilares médicas e, posteriormente, da psiquiatria, dando origem ao início da generalização do poder psiquiátrico.

Esse poder sobre aquilo que é considerado anormal e também para definir os significados da anormalidade pode ser expandido para todas as instâncias da vida e, por esse motivo, o autor aponta para uma possível expansão desmedida dessa forma de poder estabelecida. Além das crianças, foram posteriormente colocados em questão os outros indivíduos adultos que precisavam de cuidados - sendo esses vistos, muitas vezes, como um gasto extra para os familiares que ficavam também impossibilitados de desenvolverem atividades laborais.

O internamento, novamente, foi utilizado como uma solução para esse problema de ordem econômica, entretanto, a internação gerava altas despesas para a coletividade local ou para quem ali desempenhasse o poder de governar, assim, para que um conselho geral aceitasse e sustentasse o tratamento, o médico deveria assegurar que o paciente representava um *perigo* para a sociedade:

[...] era preciso, e era exclusivamente com essa condição que as coletividades ou as autoridades locais aceitavam assisti-lo, era preciso dizer [...] que ele era perigoso, isto é, que era capaz de cometer incêndios, homicídios, estupros, etc. E isso os médicos dos anos 1840-1860 diziam claramente. Eles diziam: somos obrigados a elaborar relatórios falsos, a carregar nas tintas, a apresentar o idiota ou o débil como perigoso para conseguir [que ele seja assistido] (FOUCAULT, 2008, p. 280).

A partir daquele momento, já no século XIX, começou a se desenvolver uma literatura médica que criava um lugar estigmatizante para a loucura, fazendo dela sinônimo de algo - indiscutivelmente - perigoso. Por fim, era dada à periculosidade o manicômio e às outras doenças o hospital geral (ROTELLI, 1990, p. 2). Esse imaginário que construiu a ideia dos indivíduos loucos-nocivos foi perdurando ao longo de todos os anos que decorreram e a cena que institucionaliza a loucura foi se fortificando e se alimentando, cada vez mais, desta lógica:

Novos personagens invadem a cena, trazidos à tona por uma psiquiatria de raiz organicista, que buscava implantar um aparato institucional voltado para a “regeneração moral” e que, em última instância, lançava-se de corpo e alma às tarefas da disciplinarização e assepsia moral da cidade. Indivíduos “a caminho” da loucura, aos quais se confere uma periculosidade intrínseca — herdada das concepções tradicionais e popularizadas da loucura “furiosa” —, mas invisível, insidiosa. Neles não se teme a agressão, o delírio, o desatino, mas a insubmissão, a rebeldia, a “extravagância”: a maçã podre

que contamina as demais, para cuja identificação um olhar clínico se faz indispensável. Joio no meio do trigo social, estes indivíduos “nocivos” são, no entanto, na maioria das vezes, intocáveis pelas malhas da polícia ou da justiça, em seus comportamentos nem sempre criminalizáveis. Necessário, assim, para a “defesa da sociedade”, definir para os mesmos uma instância legal e legitimada de exclusão e controle. A medicina mental se encarrega de ocupar este espaço (CUNHA, 1986, p. 112).

Como temos visto, essa ideia da “defesa da sociedade”, que legitimaria a exclusão e o controle de indivíduos, perpetuou ao longo do histórico da “medicina mental”, que tornou essa “proteção” uma de suas funções principais. No nosso caso etnográfico, o que os profissionais fazem, apenas repete o que vem sendo construído, desde os séculos passados, antes mesmo desses espaços serem denominados de Hospitais, quando ainda eram Colônias. Já naquela época, a formulação da periculosidade dos indivíduos correspondia à formulação de uma “defesa” que tinha como objetivo implantar um “estado de segurança”. Nesse plano, o alvo também não era a Colônia em si, mas a própria sociedade (MACHADO et al., 1978, p. 107). A partir desses processos, foi sendo ainda mais fomentada a concepção da loucura como erro, incapacidade, inferioridade e periculosidade, o que reforçou o imaginário da necessidade de retirar a loucura da cidade e o louco do convívio social, que perdeu seus direitos ao trabalho, ao lazer, à cultura, e aos espaços de representação social e política (AMARANTE; TORRE, 2018, p. 1103)

Os moradores dos hospitais em que o trabalho de campo foi feito são, em grande maioria, remanescentes dessa época, pois suas primeiras internações ocorreram perto do período das Colônias, na transição para a formulação dos hospitais. Essas concepções perduraram no nosso país até os dias atuais e, dentro dessas instituições - ao menos naquelas que foram *locus* desta Tese - ainda corrobora a ideia constatada por Amarante (1996) de que a doença mental é ainda determinada pelo conceito de periculosidade, que é utilizado para justificar, para além da necessidade do isolamento, a natureza violenta, coercitiva e destrutiva da instituição asilar. É por esse motivo que, dentro dos hospitais, as dimensões terapêuticas perdem espaço para aquelas repressivas ações disciplinares. Como vimos, nesses espaços, as formas institucionais preveem mais como lidar com o objeto e não com os sujeitos, edificando uma série de preconceitos - muitas vezes pautados pela ciência - que foram estabelecidos a partir das noções de periculosidade, irrecuperabilidade, e incompreensibilidade da doença mental (*idem*).

Tem-se a ideia, a partir do grupo de profissionais dos hospitais, principalmente pensada por meio das estruturas do poder médico, de garantir, ao internar, os direitos dos internados, na mesma proporção em que previnem suas periculosidades e, nesse movimento,

o Estado - apoiado pela psiquiatria - tem o poder de “sequestro” dos pacientes, submetendo-os às experiências de disciplinarização fundamentadas na “ciência” (MACHADO et al., 1978, p. 489).

Existe, então, uma dupla ideia de “proteção”, primeiro da sociedade - alimentada pela periculosidade do louco - e depois do doente - pautada pela ideia da necessidade de assistência (PITTA, 1996). Nesse movimento de “proteger”, alimenta-se a lógica da necessidade de “espaços para guardar” e os sujeitos são divididos entre grupos perigosos e grupos que precisam de proteção. Obviamente que não há uma dualidade assim definida e as categorias se complicam a depender da situação a que estão expostos os sujeitos nela inseridos.

Amarante (2020, p. 23) aponta também para uma displicente concepção de transtorno mental, que o vê apenas como algo que “[...] leva à perda da capacidade de juízo e julgamento e, portanto, à violência e ao perigo para si e para a sociedade”. Nesse movimento, caso a pessoa com transtorno mental ofereça realmente algum risco, ela será considerada como inimputável, ou seja, como incapaz de responder pelos seus atos. Nesses casos, é determinada, pelo juiz, uma medida de segurança, normalmente em um manicômio judiciário, sendo aquela pessoa interpretada, pela justiça, como um indivíduo perigoso e imprevisível, fomentando, mais uma vez, a necessidade da internação de longa duração ou até mesmo permanente. Nessa avaliação do paciente, há novamente a pretensão de correlacionar os sintomas atuais com um comportamento futuro, o que pode ocasionar na impossibilidade de um vislumbre de uma desospitalização.

Voltando o foco para os internamentos em Hospitais Psiquiátricos, mesmo havendo uma disseminada ideia de relação entre as doenças mentais e a periculosidade, pesquisas anteriores indicam que entre os doentes mentais não é possível encontrar porcentagens mais elevadas do que na população em geral de pessoas que cometem infrações violentas (GATTI; TRAVERSI, 1998 apud BARROS, 1998). Entretanto, no censo psicossocial do Estado de São Paulo, realizado em 2016, esta questão ainda persistiu:

Os moradores encaminhados pelo Judiciário são pessoas que não cometeram delito ou crime, mas que chegaram à instituição por ordem judicial, sob a justificativa de serem perigosos ou por não contarem com outros recursos. Seja como for, passam a carregar duplo estigma, o de doente mental e o de periculosidade, o que dificulta ainda mais a reinserção social (p. 64).

Nesse censo, observamos que as duas justificativas para o internamento seria 1) por serem perigosos e 2) por não contarem com outros recursos. Isso mostra a ambiguidade desses processos que, em muitos casos, faz confundir esses dilemas. Atualmente, tem-se

buscado - a partir dos movimentos antimanicomiais - superar os pressupostos tradicionais da psiquiatria, que estava focada em falsos ideais de defeito, irracionalidade, desrazão e periculosidade do doente (AMARANTE, OLIVEIRA, 2004). Além disso, os debates passaram a ser compostos também por questões sobre cidadania e direitos humanos, o que permitiu diversos questionamentos sobre o “manto enganoso da cientificidade da psiquiatria”, além de possibilitar o vislumbre de suas características essencialmente disciplinares e normalizadoras (idem, p. 14).

Nessa toada, a internação não deveria ser a regra, pois ela deveria ter regulações jurídicas em suas três modalidades: voluntária, involuntária e compulsória. Na própria redação legal, houve uma tentativa de modificação das internações, na qual não é mais mencionada a periculosidade do indivíduo ou a conveniência da família ou da sociedade como determinantes para a internação (Decreto Federal nº 24.559/34.97). Até mesmo para os pacientes crônicos, que perderam suas referências familiares e sociais, a permanência de sua internação não é mais uma medida indicada (artigo 5º), devendo esse ser resguardado por política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida (MENEGAT, 2010, p. 60).

Resumidamente, podemos então notar que muito do que era constatado anos atrás ainda reverbera atualmente, de forma repetida e cíclica, a partir da função institucionalizante dos hospitais psiquiátricos sobressaindo à função do cuidado, tendo como característica principal muito mais a perpetuação da instituição manicomial em si do que o tratamento médico dos pacientes que ali habitam. Isto nos faz ver mais uma barreira que tem impossibilitado a desinstitucionalização dos moradores, pois é a partir desse mecanismo manicomial que a lógica da institucionalização da loucura é alimentada e prevalece até os dias atuais.

4.5) Os sonhos e o desejo de sair

I

S - E me conta do teu sonho?

J - Eu sonhei que nós tinha ido embora desse pavilhão, me acordei assim... sonhando... eu, qualquer coisa que eu sonho, eu me acordo!

S - Como que foi o sonho?

J - Eu me acordei sonhando que nós tinha ido embora desse pavilhão aqui. Nós tinha ido embora desse hospital.

S - Tava sol ou tava chuva?

J - Tava sol...

(Diário de Campo, 2 de novembro de 2021)

O vislumbrar de um dia de sol, saindo do hospital psiquiátrico, é uma cena que ressoa no meu imaginário quando penso nos moradores, uma ideia que rapidamente se dissipa quando me recordo que eles ainda estão lá, enquanto aqui escrevo ou enquanto você, leitor, me lê. É quase a mesma ideia de uma luz no fim do túnel, como uma garantia de que se a travessia ocorrer, no final, seria ela que encontraríamos. Pois bem, foi exatamente essa possibilidade de um dia de sol, verbalizada pelas palavras do morador, que despertou para a pesquisa um redirecionamento do olhar para fluxos-outros que estavam compondo e sendo compostos pela institucionalização psiquiátrica asilar daqueles espaços. Eu queria encontrar o movimento que também estava contido dentro daquelas barreiras, e não tão somente descobrir o que as fortificavam, mas também o que as desestabilizavam.

Precisei frequentar muito o “chão de hospital”, através da etnografia de hospital, para encontrar falas assim, já que, estranhamente, nas primeiras conversas os moradores falavam muito sobre o quanto estavam gratos por terem onde morar e também por terem garantida a alimentação de todos os dias. O que mais me chamou a atenção foi a frequência do tema da saída do hospital, pois, mesmo sem perguntar para eles sobre este desejo, ou a possibilidade dele, a temática da saída sempre surgia.

De certa forma, parecia uma repetição dos casos que eu já tinha vivenciado em outros hospitais, naqueles lugares em que também fiz pesquisas de campo anteriormente. Isso me faz pensar que, talvez, a temática da saída seja uma pauta comum no interior de instituições de longa permanência, até mesmo entre aqueles que já não mais vislumbram a possibilidade de serem desinstitucionalizados. Curiosamente, no livro “A instituição negada”, os autores italianos observaram também essa situação, da recorrência do desejo de sair e de alguns episódios de negação dessa possibilidade de ir embora:

[...] existe sempre o desejo de ir embora. Pelo menos a maioria dos doentes o quer. É possível que uma pequena minoria se tenha deixado dominar por uma espécie de resignação, aceitando a ideia de passar aqui o resto de seus dias. Essa é uma coisa que eu até posso compreender, especialmente quando se trata de pessoas que estão internadas há vinte, vinte e cinco anos, e que a sociedade, representada pelos parentes, especialmente os mais próximos, já esqueceu. Acho que alguns atingiram um tal grau de resignação que dizem: “Estou contente por estar aqui, sinto-me muito bem.” Mas tenho a impressão de que se esse doente fosse cuidadosamente interrogado, seria possível verificar que nem sequer ele abandonou a aspiração de sair um dia (FURIO, 1985, apud BASAGLIA, 1985, p. 87).

Em alguns casos, esse desejo de sair é mais recorrente, principalmente entre os pacientes temporários, que realmente receberão alta em breve. Quando eu passava pelas outras alas, era muito comum vir um paciente me pedir ajuda para sair da instituição. Entretanto, entre os moradores, esse era um desejo mais velado, pois eles insistiam em falar sobre aquilo de outras formas. Obviamente que a etnografia se revelou, nesse caso, como o caminho fundamental para o desenvolvimento dessa ideia de uma “cuidadosa” investigação que extrapolasse os primeiros e superficiais encontros, pois logo notei que, embora os moradores reforçassem o quanto era importante para eles estarem ali, eles sempre escolhiam falar sobre essa temática da saída.

Isso compunha com o que foi constatado anteriormente, porque entre os discursos que retificam a institucionalização, está a impossibilidade de saída, a falta de alternativas, o fortalecimento das características de periculosidade dos moradores e a ideia da necessidade de proteção da sociedade e dos pacientes. Entretanto, nas entrelinhas da institucionalização, os moradores encontraram caminhos para compor com aquelas situações que favoreciam seu internamento, percorrendo as possibilidades de sair ou o próprio desejo de saída a partir de outros meios.

Persisti percorrendo uma espécie de “arqueologia do implícito” (TAUSSIG, 1980, p. 10), a partir da qual os mapeamentos das relações sociais vislumbradas pelas categorias de doença foram sendo desestabilizados. Nelas, as narrativas transitavam principalmente entre as falas que diziam não querer dali sair ou entre aquelas que pediam, incansavelmente, para que pudessem sair. Por um lado, dizer que preferiam estar ali era uma maneira de manter a autonomia, no âmbito da narrativa, sobre a própria vida, uma vez que reforçavam que “escolhiam” estar ali. Por outro lado, essas narrativas transitavam também pela possibilidade de estar fora, de ter uma casa própria e a liberdade de ir e vir, mas essas apareciam muito mais no formato de sonhos. O que mais sobressaiu no cotidiano hospitalar não foi explicitamente o desejo de ficar ou o desejo de sair. Era recorrente que falassem primeiro sobre a permanência deles naquele local, como uma espécie de justificativa de algo que para eles também poderia ser incompreensível: o fato de ainda estarem ali.

A temática da possibilidade de saída do Hospital apareceu em 53 situações desde meu último ano em trabalho de campo e os direcionamentos dela eram muito variados. Nos primeiros dias em campo, na segunda instituição, encontrei uma moradora que tinha uma rotina de fazer 50 minutos de bicicleta ergométrica pela manhã, diariamente. Comecei a sentar ao lado dela para conversarmos enquanto ela fazia a atividade, pois sempre que eu chegava, no Salão de Convivência, ela - em movimento - me chamava para conversar um

pouco. Em uma de nossas conversas, quando estávamos falando sobre a rotina no hospital, ela me surpreendeu com uma fala muito específica:

II

L: Pra ser sincera, eu só troco aqui só pelo Morro do Aipim...

S: Morro do Aipim? O que é?

L: É o cemitério do hospital, querida... antigamente tinha uma plantação de aipim no alto do morro e depois virou um cemitério do hospital, eles querem me tirar daqui, levar pro xxx [outro hospital], mas daqui eu não saio. Eu só vou embora daqui no meu caixãozinho.

(Diário de Campo, 4 de novembro de 2021)

Naquela conversa, a moradora vislumbrava a possibilidade de saída apenas depois de seu óbito, uma realidade que, infelizmente, é comum entre os moradores. Alguns funcionários chamam esses episódios de “alta celestial”, pois para muitos essa é a única maneira de deixarem de viver ali. As entrelinhas desses episódios de reificar a necessidade de estar no hospital foram se revelando pouco a pouco, principalmente quando minha presença já não era associada a uma novidade. Isso aconteceu quando meu *eu*, *antropóloga*, também já não era mais confundido com alguém de dentro [paciente] ou com alguém de fora [profissional do hospital ou familiar], pois passei a ser vista como alguém que poderia ser de dentro e de fora ao mesmo tempo, ocupando uma nova categoria, de *pesquisadora transeunte*, que circulava entre os moradores, mas não residia ali, que podia sair, mas no outro dia voltava, mesmo sem fazer parte de nenhum dos tratamentos, nem como quem os aplica, nem como quem os recebe.

A minha presença naquele lugar insistia em ser construída de forma horizontal e os moradores sabiam que eu não tinha nenhum poder naquela instituição, assim como eles. No cotidiano, fui percebendo que habitar o chão podia ser uma dimensão alternativa daquela realidade, pois no chão a gente se colocava para o mundo numa posição diferente daquela esperada, ao mesmo tempo em que reconectávamos com uma perspectiva de finitude e miudeza que era dada, a todo tempo, para nós (em maior grau para alguns e em menor grau para outros). O chão podia sim representar situações de desistência, desesperança e desafeto, mas foi no chão do hospital que os moradores me viram de forma horizontal, viram que o aprendizado que eu buscava somente eles poderiam me entregar. Obviamente que o estar no chão é, para mim, muito diferente do estar no chão de um residente. A medicação exacerbada, a apatia e o fluxo que insistia fazer ver, imóvel, a vida passar, pareciam ocupar o cotidiano institucional, o que causava um efeito de conformidade e desilusão. Entretanto, me surpreendi quando comecei a notar, nos momentos de escrita do Diário de Campo, que estava sendo

recorrente nessas ocasiões a aparição da “vontade de sair” do hospital e essa verbalização estava acontecendo, normalmente, no chão.

O olhar com o qual via a vida e o tempo passarem, deitado junto a um corpo no chão de cimento, também vislumbrava o desejo de sair, mesmo depois de décadas, vivendo na mesma condição. Esse movimento, do desejo de sair, milagrosamente não foi apagado pela coercitiva vida que recebiam enquanto ocupavam o papel de morador de hospital psiquiátrico. Alguns residentes foram mais rígidos ao dizerem que a saída do hospital seria impossível de acontecer, delongando um comprido discurso que justificava sua desesperança com as dificuldades financeiras de se viver uma vida em liberdade. Outros moradores não diziam exatamente que queriam sair, mas contavam sobre situações que se imaginavam naquele movimento. Por fim, alguns eram enfáticos e compunham, cotidianamente, suas realidades com a possibilidade da saída.

Na atmosfera do chão do hospital, os moradores encontraram espaço para fazerem existir as possibilidades de se pensar sobre o lado de fora. Naquele estado aparente de embotamento que eu os via, passando o dia deitados com um olhar vago, fui descobrindo alguns movimentos que extrapolavam a condição que representavam fisicamente. Era como um revelar das cartografias que o desejo traçava, das micropolíticas, como um movimento do inconsciente na sua própria maneira de se orientar e se organizar no mundo (GUATTARI, ROLNIK, 2006). Isso revelava um *devir paciente* até então desconhecido, pois, embora estivessem fisicamente parados no chão, já ocupavam um lugar muito além dele.

Embora o chão já fosse suficientemente simbólico em si, ele também fazia mirar para aquele movimento de *vir a ser*, naquele fluxo que levava as certezas a serem outras e que transformava os impossíveis. A partir da forma que tinham, do sujeito que são, das funções que preenchem, eles extraíam partículas entre as quais poderiam instaurar relações de movimento num aparente repouso, próximas ao que estavam em vias de se tornar e através das quais se tornavam, tal como aquele *devir*, representado pelo próprio processo do desejo (DELEUZE; GUATTARI, 1997). Os moradores transitavam nesse *devir* paciente entre as traduções do querer ficar e do querer sair e compunham sua permanência ali, ora com esperança (de sair) ora com conformidade (de ficar):

III

C: Se eu ganhar chocolate vou dar um pouquinho pra ti, nega... Eu não quero ir embora daqui não, nega... minha irmã quer, mas eu não vou não. Não vou. Não vou. Tenho medo de carro, nega. Carro mata as pessoas. Eu tenho medo de carro. Tô triste [começa a

chorar], tô chorando nega, tô chorando porque minha irmã não vem mais... ela não vem mais... não vem... eu queria sair daqui nega...

(Diário de Campo, 13 de abril de 2022)

Além do mais, muitos desejos eram revelados - principalmente - a partir do contar dos sonhos, que permitiam um transitar na fluência das impossibilidades. Não penso que seja difícil relacionar o desejo com o sonho, mas vale reiterar aqui que na maioria das vezes que o sonho apareceu nas falas dos moradores, não era o sonho de desejar algo, mas o sonho sonhado, o sonho que vem quando a gente dorme, aquele que (quase) vai embora quando a gente acorda.

Quando entrávamos na temática do sonho, era sempre esse que aparecia, o que comprovava que a instituição tinha sido muito eficiente na sua função de aniquilar a possibilidade de sonhar desejando - acordado - somente na teoria, já que na prática, mesmo contando sonhos-sonhados, eles ainda encontravam espaços para fazer subsistir seus sonhos-desejos. Um morador definiu da seguinte forma o sonho: “*É um encanto na cabeça da pessoa, que depois se desfaz...*” (Diário de Campo, 4 de novembro de 2021). A possibilidade de se *desfazer* desse *encanto* ressoou algumas semanas para mim, afinal, antes de se desfazer, parecia que o sonho encontrava meios para recriar, de forma contínua, a realidade que viviam.

IV

P: Sonhei que tava com meus irmão, eu morava no Hospital de Criciúma, morei em Blumenau também. Fugi um dia, pulei a janela, quebrei a perna e eles me pegaram e trouxeram de volta. Quero ir embora, não quero ficar aqui. A polícia que me pegou. Eu gostava de lá, comia lá, tomava cafezinho (risada), lá em Barreiro, no hospital de lá.

S: E fora do hospital?

P: Não. Tô revoltado, não posso mais. Fora do Hospital não posso, tô revoltado. Eles não me deixam em paz. Esses paciente aí...

S: E sobre o sonho que temos conversado?

P: Ah, Sabrina, eu sonhei com dois pedaço de carne de churrasco antes de ontem. Como vai ficar meus pagamento será? A Doutora das casinha falou que só vou sair daqui se pegar meus cheque, meu dinheiro, o apelido dela é banana, mas a gente só chama pelas costas.

(18 de novembro de 2021)

Como podemos ver, os sonhos não eram tão somente associados à vontade de sair, mas também recorriam às situações cotidianas do próprio desejo, como nesse caso que sobressaiu o desejo de comer carne de churrasco. Sempre fui fissurada pelas possibilidades

criadas pelo desejo, pois foi seguindo ele que descobri, anteriormente (DEL SARTO, 2020), o movimento de moradores dentro de outra instituição psiquiátrica. Entretanto, em Santa Catarina, o controle hospitalar parecia mais eficiente e foi muito difícil encontrar a possibilidade de agir para além da norma hospitalar.

Quando o aproximei do significado do *devir* paciente, desse vir a ser em movimento rumo às múltiplas possibilidades de ser e estar no mundo, pude começar a assimilar a magnitude daquilo que não se escancarou, mas era ao mesmo tempo fluido e irrefreável e, na maioria dos casos, se revelava pelos sonhos. Dito de outro modo, através do desejo foi possível redescobrir a copresença que desinstalava certezas no alcançar entre os corpos: “O *devir* é uma fonte de desejo. Desejar-se, colocar-se, encontrar-se, fazer uma co-presença, não somente com outro indivíduo, mas também com toda a realidade à nossa volta.” (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 64).

Foi perseguindo os desejos que comecei a compreender que os moradores encontravam meios para fazer subsistir suas particularidades e também para criar, dentro das estruturas totalizantes e coercitivas dos hospitais asilares, espaços que faziam sobreviver suas formas singulares de viver. Tal como tem nos ensinado uma extensa literatura antropológica, mesmo no interior dos limites estabelecidos pela cultura, o comportamento humano sempre tem alguma liberdade de ação e pensamento (EVANS-PRITCHARD, 1976, p. 174). É como se, de alguma forma, a partir do movimento do desejo emergido e verbalizado no formato de sonhos, os moradores encontrassem, dentro das referências dominantes, espaços para incluírem seus próprios arranjos dissidentes, mesmo com toda coercitiva tentativa de aniquilação dos processos de singularização (GUATTARI, 1997, p. 43):

V

A: O que que você tá fazendo?

S: Estamos conversando sobre minha pesquisa, você quer ajudar?

A: Eu quero... quero ajudar... coloca aí: “Quero ir embora daqui, ir embora, e não voltar mais.”.

(Diário de Campo, 23 de novembro de 2021)

Esse desejo de sair continuou aparecendo do início ao fim da pesquisa, em alguns casos de forma mais explícita e, em outros, mais escamoteado. O morador da passagem acima passava a maior parte do tempo deitado no chão do quintal do pavilhão, ele ficava sempre deitado de lado, com o braço esticado para frente do corpo, criando um suporte para deitar a cabeça. O olhar dele demorava naquele espaço rente ao chão, ele conversava muito pouco e, quando me via, sempre reforçava que queria ir embora dali. Como ele veio de outro hospital,

ele colecionava longos 36 anos vivendo dentro de hospitais psiquiátricos. No dia primeiro de fevereiro de 2022, escrevi no Diário de Campo:

[...] no caminho do café encontrei com o Sr. A., ele estava muito desanimado, perguntei o que ele tinha e ele disse que o tempo estava “amarelado”, perguntou novamente de onde eu era e o que eu fazia ali... depois disse que não estava muito bom não, que não queria mais ficar ali, que queria ir embora pra uma casinha, pois não gostava de morar ali: “Quero sair desse inferno dessas enfermarias”.

No final de setembro do mesmo ano, quando já estava no Estágio Sanduíche, descobri que o Sr. A. tinha descansado da vida em hospitais, ele tinha ido a óbito, enquanto ainda esperava o momento que poderia viver fora dali. Os dias que o vi deitado no chão foram seus últimos momentos em vida e o seu desejo de morar fora das “enfermarias” nunca deixou de existir. Nos sonhos do morador L. também aparecia o desejo de sair, tal como percebi relendo meu Diário de Campo. Lembro ainda muito bem daquele dia. Foi um momento potente de proximidade que tivemos, quando ele me convidou para ir ver que a gruta do Hospital estava com água. Aquilo era uma novidade, porque nem sempre os profissionais ligavam a fonte e, na maioria dos dias, ela estava vazia. Quando chegamos lá, ele pediu que eu me aproximasse da fonte, ficamos nós dois agachados, de frente para ela, com as mãos submersas na água. Estava um dia muito quente, passamos um tempo apenas olhando aquele movimento que nossas mãos faziam na leveza da água que fluía... Depois começamos a conversar:

[...] perguntei qual era o sonho dele e ele me disse que sonhou que estava em casa, na casa dos irmãos. Depois disse que tinha tia, avó... que todos moravam em Passo Fundo. Falou que já esteve no aeroporto e que o irmão está vivo, mas seus pais e sua avó não. Disse que sempre gostou muito do irmão, mas que não sabe onde ele está agora. [...] Contou também que já morou em Curitiba e que pegava ônibus para viajar. Disse ainda que em casa gostava de tomar café com leite e que agora também toma no hospital (Diário de Campo, 10 de novembro de 2021).

Na passagem acima, podemos ver como o morador rapidamente transitou na pergunta sobre o seu sonho de vida para o que sonhou na noite anterior. Esse movimento sempre acontecia quando conversávamos sobre o sonhar. Outra repetição foi referente ao desejo de estar em casa, que era muito recorrente nas ilustrações dos sonhos, parecendo formar mais um padrão dentro do cotidiano institucional.

Já o morador P. era mais enfático e insistiu, do início ao fim da pesquisa, que não só queria, mas que iria sair do hospital em breve. Nos registros do Diário de Campo, anotei muitas situações em que ele falava sobre o tema e, diferente dos outros moradores, no seu caso, ele afirmava com muita convicção que a sua alta estava próxima:

[...] No fim do dia, encontrei o P. novamente, no refeitório, e ele falou pra a enfermeira que pediu um relógio e um tênis para sua curadora, porque ia morar numa casinha “lá fora”, mas a enfermeira disse que ele ganharia no Natal... Ele rebateu dizendo que o Natal estava muito longe e que em breve ele já ia sair do hospital. Ela respondeu dizendo que só faltam 2 meses. Ele então concluiu dizendo que se ele tiver a casinha, ele pode ficar “até descalço”, que “não tem problema” (Diário de Campo, 18 de outubro de 2021).

No dia seguinte, a situação se repetiu:

[...] Fui até o quarto do P., que me convidou para sentar numa cadeira que ele tem ao lado da cama e ficamos conversando um tempo. Ele voltou a dizer que daqui dois meses vai sair de lá, depois me contou que toma nove comprimidos por dia, quatro cedo, um na hora do almoço para a voz e quatro comprimidos à noite (Diário de Campo, 19 de outubro de 2021).

Essas situações sempre se repetiam. No mês seguinte, encontrei no diário mais uma ocasião em que ele falava sobre sua alta: “Arrumaram casamento pra mim, vou sair daqui, já tô com o papel na mão e vou morar pra lá, lá pra cima, perto do Supermercado São Jorge.” (Diário de Campo, 04 de novembro de 2021). O casamento aparecia nos relatos sobre a saída do hospital porque, para os moradores, caso se casassem poderiam também sair dali. Dias depois, tive uma conversa com o mesmo morador:

VI

S: Como você está?

P: Eu tô bem, ganhei 2 carteiras cheias de cigarro, mas eu queria mesmo era quatro por dia. Olha aqui minha bermuda [estava amarrada com um cordão], dei um cinto para o O. V. [outro morador], em troca de seis cigarros. Queria ver de ir para uma casinha, que vai ficar eu e minha esposa lá e a irmã dela vai parar com minha irmã lá no Rio Tavares com o marido dela.

S: Lá é melhor?

P: Os dois são bons, né? Lá em Laguna que eu queria mesmo ir, queria ficar uns quatro dias na casa da minha irmã e depois voltava, comia um pastel, comprava umas cervejinhas sem álcool pra gente e para as mulheres que vão pra lá.

S: Por que saiu da casinha?

P: Porque não tinha dinheiro lá, não tinha cigarro, tinha que ficar vindo aqui pedir, não tinha comida, tinha que ir no refeitório comer. Não tem outra escolha, né? Não tem escolha. Olha, eu não quero ir pra Rio Maina, eu não preciso de tratamento. A mulher falou que vai me dar quatro vidrinhos de álcool pra eu limpar a casa, limpar minhas coisas, eu sei fazer essas coisas. Quando você vier com sua família pode ir me ver, vou fazer uma carne ensopada, colocar bastante água pra não dar cheiro. Até hoje não ganhei meu tênis e meu relógio, falaram que vou ganhar de Natal, tá perto?

(17 de novembro de 2021)

Nessa passagem, o morador fala sobre o desejo de viver momentos fora do hospital, como em visitas à sua irmã, para ter um tempo com pessoas próximas. No prontuário, está registrado que ele não recebe visitas desde 1996 e que está institucionalizado desde 1989, tendo passado por diferentes hospitais. Ele reafirma também, na conversa acima, sua competência para os cuidados diários, de limpeza da casa e da habilidade de cozinhar, salientando sua autonomia e demonstrando, através da verbalização do desejo de sair, que poderia gerir sua vida fora da instituição. No dia seguinte, ele me recebeu animado no Hospital:

VII

P: Já te falei como que vai ser a minha saída? Nós vamos vir aqui com meu dinheiro, você não vai contar pra ninguém do nosso combinado... vamos pegar meu cheque pra alugar uma casinha, você vai pegar meus documentos pra mim”.

(18 de novembro de 2021)

Depois da virada de ano, o morador não ganhou o relógio novo, nem os sapatos que estava pedindo há meses. Ele continuou pedindo e falando sobre sua saída, anotei no diário em fevereiro:

P. falou do processo de novo, falou que já passou o tempo dele, que o processo tá rodando e que logo ele vai para a casa dele. Perguntou se quero casar com ele, porque ele vai ganhar 52 mil cruzeiros²⁵, falei pra ele que já sou casada. Depois me disse que não quer morar na frente do hospital, que morar lá seria um “inferno”, pois ia ficar ouvindo barulho do hospital, as músicas dos pacientes, ia enjoar de escutar todos os barulhos e de ficar vendo os paciente caminhando de um lado para o outro e ia querer entrar, mas não ia poder entrar, então não ia ter jeito: “Depois que eu pegar meu dinheiro eu vou, não pagou eu ainda porque tô com dor no pé e no joelho, mas a mulher falou que meu processo tá rodando” (Diário de Campo, 2 de fevereiro de 2022).

Essa fala é muito interessante, porque, embora ele revele uma proximidade com o hospital, quando diz que vendo a instituição todos os dias poderia “querer entrar” nela e que “não iria poder”, ele ainda reafirma que prefere sair. Como as vivências dele reiteraram o desejo de sair, seu cotidiano era construído a partir dessa possibilidade. Ele arrumava suas coisas, solicitava o que precisava para a mudança e compunha, diariamente, com esse desejo que, de certa forma, movimentava a rotina rígida proposta pela instituição que vivia. Era como se aquele *devir* paciente produzisse uma diferença, estendendo outros rumos para a vida do morador, que não reduzia sua vivência ao que era esperado ou estabelecido. Ele se

²⁵ A transição da moeda cruzeiro para o real ocorreu em 1994, data em que o morador já estava vivendo dentro de hospitais.

permitia sonhar com a saída, o que garantia uma não homogeneização de suas potências de vida (DELEUZE, 1997, p. 88).

Curiosamente, o morador pertencia ao grupo de moradores do hospital que era estruturado com mais liberdade, aquele em que os moradores não ficavam trancados, tinham seus próprios pertences e também viviam em quartos próprios. Embora não tivessem uma rotina alternativa e não pudessem sair do hospital, eles circulavam entre as diferentes alas da instituição. Relendo o diário, pude perceber que a maioria dos casos sobre a possibilidade de sair, ou sobre o desejo de sair, foram contados pelos moradores desse hospital.

Na outra instituição, mais fechada, na qual os moradores têm muito menos liberdade e vivem em pavilhões comunitários, sem pertences próprios, o desejo e a possibilidade de sair foram muito mais raros de serem encontrados, apareciam mais as justificativas próprias do porquê estavam institucionalizados, como a falta de familiares e a baixa condição financeira. Esse fato me levou a pensar no quanto uma internação mais livre, menos coercitiva, pode facilitar os processos de desinstitucionalização, uma vez que a partir dela os moradores conseguem vislumbrar possibilidades outras. Já na internação totalmente fechada, o movimento de viver fora de uma realidade tão regrada parece muito mais distante, o que parece fortalecer, de forma muito eficiente, a permanência dos moradores ali.

Por fim, vale sintetizar esse tópico com duas constatações fundamentais. Na primeira delas, podemos notar que percorrer os espaços criados pelo desejo, dentro do cotidiano hospitalar asilar, pode revelar as micropolíticas presentes de forma implícita nestes espaços limitantes e coercitivos. Através da segunda constatação, podemos também compreender que a partir do contar dos sonhos, da verbalização do ato de desejar, o próprio desejo encontra espaço para ser revelado e cocriado, compondo a realidade hospitalar de maneiras outras e também sendo constantemente recomposto por ela, até mesmo quando esse desejo não encontra forma para existir na realidade. É por esse motivo que neste tópico esses conceitos foram desenvolvidos simultaneamente, pois no *devir* paciente são os atos de desejar e de sonhar que permitem subsistir algumas singularidades dos moradores.

Capítulo 5: Desmontando a Instituição

5.1) Desconstruir x Reformar

No dicionário Oxford, o verbo transitivo direto *desmontar* vem acompanhado das seguintes definições:

1. desfazer (algo que forma um conjunto ou um todo separando-lhe os elementos);
2. desarmar, dismantelar. "desmontar uma máquina";

Já *desconstruir*, outro verbo transitivo direto, é acompanhado pelas definições:

1. destruir ou desfazer (algo).
2. desfazer para reconstruir (o que está construído, estruturado), frequentemente fugindo a alguns princípios estabelecidos pela tradição.
"Drummond desconstrói a Canção do Exílio de Gonçalves Dias no poema Um sabiá na palmeira longe".

Nessa lógica, fica explícito que não existe a possibilidade de desconstruir algo sem que, ao mesmo tempo, ocorra uma destruição dele mesmo. Desconstruir implica o ato de desfazer, desarmar ou separar os elementos para presumivelmente reconstruí-los de formas outras. Não caberia aqui, porventura, uma reforma dentro da desconstrução, ou do desmonte. Para reconstruir, é necessário, primeiro, desmontar. Nesse caso, reformar seria o mesmo que desmontar apenas uma parte, desfazer um ou dois elementos, deixando livre para a autorreprodução desmedida o todo ou a base que o sustenta.

Isso pode ser visto como um pessimismo particular, de uma pesquisadora, nesse caso a que escreve esta Tese, que tem percebido, há quase uma década, o quanto é impossível, a partir de reformas, evitar a repetição de uma situação específica, a saber: cena manicomial no Brasil. Pontuar como apenas “um” ou “dois” elementos desmontados pode parecer exagero, é possível caber dentro de uma reforma muitos deles, uma centena de transformações, de desconstruções ou de desmontes, mas não caberia a mudança do todo e esse é o ponto. A manicomialidade transcende as reconstruções, quando essas estão vinculadas à uma base que nunca foi desarmada. Tal como o eixo do redemoinho, trabalhado no início desta Tese, parece-me agora que as reformas apenas postergam um futuro certo, aquele que leva todas as práticas, todas as formas de tratamento e todas as tentativas revolucionárias a desembocarem na mesma e definitiva lógica manicomial. É exatamente isso que tem ocorrido

nos últimos séculos, tentativas de reformas que, de uma forma ou de outra, acabam por retornar ao mesmo espaço que partiram, aquele que exclui, aprisiona e perpetua a violência contra a loucura.

Ao reformarmos os hospitais psiquiátricos, as expressões de violência que esses ambientes representam continuam a existir e proliferam para todos os lados, dentro e fora dos muros institucionais. Elas reificam a lógica da necessidade do aprisionamento, reforçam o imaginário social que exclui esses sujeitos e transforma, em última instância, pessoas vivas em casos clínicos fracassados e irreversíveis. Depois de uma reforma, basta apenas esperar um tempo para que a instituição, não destruída, inicie novamente seu movimento avassalador sobre as práticas alternativas, sobre os profissionais revolucionários e sobre toda e qualquer tentativa de superação da lógica manicomial a que estes estão expostos. Para agora, portanto, é urgente uma completa destruição do modelo manicomial que percorre o país. Destruir, não reformar. Esse é o intuito deste Capítulo final.

5.2) O desmonte da instituição

O começo de quase toda pretensão de escrita sobre algo é histórico, afirmação essa que pode ser percebida como muito corriqueira, quase um clichê acadêmico. Muito comum começar falando sobre algo a partir de um histórico que sustenta um presente, muitas vezes, incompreensível, como um mergulhar em possibilidades de razões e motivos na busca de sentido de tantos incompreensíveis. Essa é a força da ideia de que caminhando em direção ao passado, pode-se, por acaso, compreender fragmentos do presente. Não no sentido de justificar ou aceitar aquilo como é, mas de saber onde nasceu, de onde surgiu, de onde veio e como se sustenta.

Se voltarmos a Sahlins (1976), temos algumas definições da própria história, como disciplina, que podem nos delinear caminhos possíveis para seguir nas análises. Para ele, essa corrente de pensamento é ordenada culturalmente de modos diversos a depender da sociedade que está sendo construída e de acordo com o “[...] esquema de significação das coisas” (p. 7). Por outro lado, os próprios esquemas culturais são ordenados historicamente, uma vez que podem ser, na prática, reavaliados. Nesse movimento, emergem as ações criativas dos sujeitos, que organizam seus próprios projetos e dão sentido aos objetos partindo, obviamente, de compreensões preexistentes. Isso implica dizer que a cultura, nesta linha de raciocínio, é historicamente reproduzida na ação (idem). Entretanto, ao mesmo tempo, os indivíduos criativamente atuam nos esquemas convencionais e, nestes termos, a cultura pode

também ser alterada, uma vez mais, também na ação. Nas palavras do autor, “Poderíamos falar de “transformação estrutural”, pois a alteração de alguns sentidos muda a relação de posição entre as categorias culturais, havendo assim uma mudança sistêmica (idem). Sabe-se, portanto, que há a possibilidade de mudança de situações que são historicamente construídas e reificadas e há a possibilidade, em outras palavras, de desconstruir e, posteriormente, desmontar, a partir da ação criativa, situações que já não cabem na ordem cultural de determinada sociedade.

Se transportarmos o raciocínio para a questão da institucionalização psiquiátrica permanente, percebemos que seria possível que essa realidade sofresse uma mudança sistêmica ou uma transformação estrutural caso um grupo social e político se movimentasse nesse sentido. Penso, enquanto leio meus fragmentos do campo, ser exatamente isso que vem sendo construído ao longo dos anos pelos sujeitos que têm se debruçado sobre o tema da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Entretanto, o que nos move em direção ao manicômio, uma vez mais, é a própria ordem social, que atua reificando a estigmatização, construindo barreiras no acesso ao cuidado e tratamento, não desenvolvendo programas de educação sobre saúde mental e distribuindo serviços carentes e insuficientes para a população. Por outro lado, coabita também uma regulação biomédica dos corpos, através das “neuronarrativas” da aflição que, ao contrário das socionarrativas, reforçam argumentos neuroquímicos que diluem a memória e a consciência social sobre as expressões de mal estar psíquico (MARTINEZ, 2023, p. 61).

Ainda sobre a temática, mas aprofundando no campo de pesquisa, percebi que enquanto trabalhava na etnografia de hospital, depois do longo período que frequentei os hospitais psiquiátricos e convivi diariamente com os moradores, acabei por conviver pouco com a equipe de profissionais. Isso espelhou a própria realidade dos moradores, pois o contato com a equipe acontecia muito mais nos momentos de medicação e alimentação e, posteriormente a isso, tanto eu como os residentes ficávamos transitando nos pavilhões sem outras atividades para fazer. Como uma alternativa para me aproximar dessas outras perspectivas, relacionada ao ambiente de trabalho que construía, uma vez que eu percebia que a maneira que atuavam no cotidiano institucional fugia muito de um direcionamento para superação do modelo manicomial, optei por realizar entrevistas, pois sabia que não teria outra maneira de me aproximar deles. Foram escolhidos profissionais do hospital que trabalhavam diretamente na ala de moradores permanentes. Foram feitas 14 entrevistas com profissionais de ambas as instituições, sendo uma médica psiquiatra, nove enfermeiros, três técnicos de enfermagem e um trabalhador de serviços gerais.

Por meio dessas conversas, que foram gravadas pelo celular e que seguiam um roteiro pré-definido, pude mais uma vez aproximar de alguns dos impedimentos que atuavam no sentido contrário à desejada transformação daquela condição. Era preciso, para esse pequeno objetivo, olhar microscópicamente para esta pesquisa, para as duas instituições hospitalares nas quais o trabalho de campo foi realizado e também para o que diziam os moradores e os profissionais que atuavam naquele ambiente. Quando conversei com os residentes sobre a Reforma Psiquiátrica, nenhum deles demonstrou ter qualquer informação a respeito dela e assuntos relacionados aos direitos humanos não eram nem cogitados. Tudo era justificado por ser uma regra da instituição, tanto a medicação, como o tratamento que recebiam, assim como a estrutura do ambiente em que estavam. Para eles, não parecia haver perspectiva de mudança, era necessário manter o personagem do bom paciente para garantir minimamente um bom tratamento naquele espaço.

A obediência para alguns pacientes implica mostrar que eles confiam e aceitam as decisões de médicos e enfermeiros. O atendimento hospitalar, portanto, envolve os esforços dos pacientes para cooperar com aqueles que os tratam. Médicos e enfermeiros desempenham um papel, no entanto, na criação da dependência entre os pacientes. A equipe da enfermagem, por exemplo, define os pacientes como não cooperativos se forem muito curiosos e tenderem a se opor aos seus planos de saúde. Os pacientes, portanto, tentam confirmar que "estão nas mãos da equipe do hospital" e prontos para aceitar os planos de cuidados hospitalares. O bom paciente, nesse sentido, é aquele que evita perguntas e qualquer comportamento que antagonize os profissionais de saúde. (MULEMI, 2008, p. 124, tradução minha).

Embora a nossa amostra seja pequena, foi interessante descobrir que desses 14 profissionais, cinco deles não tinham nenhuma informação sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira e nenhum deles tinha informações atuais sobre as Políticas Públicas de Saúde Mental brasileiras. Embora a pesquisa estivesse sendo realizada ao mesmo tempo em que aconteciam as Conferências de Saúde Mental (municipal, regional e estadual), nenhum dos profissionais sabia também da sua ocorrência. Em uma entrevista, uma profissional me contou:

Sabrina: Sim... então você não estava aqui na época das discussões da Reforma Psiquiátrica e da Lei de Saúde Mental?

Entrevistada: Não... não... nem sabia nem que existia!

(Entrevista com uma enfermeira, 17 de janeiro de 2022)

Outro ponto interessante foi que 13 profissionais afirmaram serem contra a institucionalização psiquiátrica permanente, mas todos eles salientaram a importância da instituição, uma vez que não encontram na rede outras possibilidades para os residentes. Foi relatado, de forma recorrente, que o Município de São José - SC não apoiou os processos de desinstitucionalização que os hospitais tentaram fazer, o que ocasionou o fechamento de uma tentativa de Residencial Terapêutico (RT) e de uma ala com caráter asilar. Atualmente, uma pensão protegida, que funciona no modelo de um RT, também corre o risco de ter suas atividades interrompidas, uma vez que o hospital não consegue desvincular as responsabilidades necessárias para mantê-la e o município também não contribui para garantir que essas pessoas continuem vivendo no local. Entre os profissionais, apenas três deles conheciam a possibilidade desses Residenciais:

Entrevistada: É.. Eu... Eu nunca fui, na verdade assim, favorável à institucionalização do paciente... porém, contudo, entretanto, eu entendo que o paciente é essa pessoa que precisa de cuidados especiais, né? E esses cuidados especiais o nosso sistema eu acredito que não tá conseguindo dar conta, eu quero deixar bem claro assim ó, eu não sou a favor da institucionalização, eu não sou a favor, mas também eu penso que as nossas políticas públicas são muito pobres... o que que é feito na verdade, o que que é trabalhado com essa família ou com essa pessoa que precisa desse cuidado especial, né... como que essa pessoa é abordada dentro da comunidade né... como que a comunidade trabalha com essa pessoa que chega lá na farmácia, no armazém, que vai no banco, que fica na rua... né? Como ela é tratada na Unidade Primária de saúde? Que cuidados que ela tem? Entende? Então eu vejo que a gente é muito pobre nisso, muito muito muito pobre nisso...

(Entrevista com uma técnica de enfermagem, 12 de novembro de 2021)

Enquanto os profissionais relatavam a situação do hospital, eu comecei a percebê-lo como uma ilha, diferente das primeiras percepções que tive nos capítulos anteriores, tal como constatou Long, Hunter e Geest (2008, p. 73), “[...] o hospital é de fato uma ilha onde os pacientes são submetidos a outro regime, vestem-se de forma diferente e desempenham outros papéis”. Cheguei a afirmar, anteriormente, que o hospital não podia tão somente ser visto como uma ilha isolada, mas que ele compunha e era composto pela sociedade na qual estava inserido. Entretanto, no caso dos cuidados com os moradores, não havia outros sujeitos ou espaços dispostos a competir com aquele local manicomial e todas as formas de tratamento e cuidado eram definidas apenas pela equipe de profissionais. Isso trazia a

sensação de isolamento do local, além de apontar para a impossibilidade de ocorrência de denúncias e manifestações. Em resumo, as longas horas de discussões que eu assistia nas Conferências de Saúde Mental, bem como as votações que eram levantadas, não chegavam aos hospitais.

Quando via os profissionais dizendo serem contra aquele modelo de internamento, percebia que eles também estavam envoltos pela lógica institucional que cria a ideia de ausência de alternativas. Os próprios funcionários estavam aprisionados por aquela tendência manicomial e, tal como percebeu Martinez (2023), viviam condições de sobrecarga e de escassa formação provenientes do campo da ética, da bioética e das normativas jurídicas, pautadas na necessidade de estabelecer relações dialógicas entre profissionais e pacientes. Há, segundo o autor, uma pressuposição de que essas questões são secundárias e não centrais para a terapêutica dos internados, criando uma espécie de “injustiça epistêmica” (FRICKER, 2007) em um sistema de saúde mental que parece ser incapaz de garantir o pleno exercício dos direitos humanos.

Para fortalecer um sistema de saúde mental mais inclusivo e dialógico, deveríamos então desmontar os mecanismos pelos quais é privilegiado um modelo explicativo centrado na enfermidade e nos desequilíbrios neuroquímicos não confirmados, e substituí-lo por um modelo explicativo centrado também nos determinantes sociais (MARTINEZ, 2023). Nas falas dos profissionais de ambos os hospitais, o problema da dificuldade da reinserção social e a falta de apoio do município aparecem de forma recorrente como as principais justificativas para a manutenção da institucionalização psiquiátrica permanente, ainda que os profissionais afirmem serem contra este modelo de tratamento.

Entrevistado: Olha, é uma coisa que acontece porque a [rede?...] básica não funciona, se funcionasse eles seriam acolhidos, eu acho que é um mal necessário, porque eles não têm pra onde ir nesse momento. Tanto é que tu vê, a gente mantém eles aqui e eles têm a gente como família, quem eles têm hoje é a gente... então assim, é um mal necessário. Se tivesse a rede básica funcionando, residenciais lá fora, né? O que preconiza mesmo... com certeza eles não estariam mais aqui. A gente fez um residencial, né? Eles tão aí, o município não acolheu, quem acolhe é a gente, que é o Casarão, né? [...] eles estão de alta, mas vamos mandar pra onde? Pra quem? Então eles ficam ali e a gente meio que faz aquele jogo, vai lá, faz uma reunião, acorda, traz aqui... faz tudo né...

(Entrevista com uma Enfermeira, 2 de maio de 2022)

É interessante notar que os profissionais não defendem a manutenção do espaço de trabalho através de argumentos favoráveis, mas sim pela falta de alternativas dos moradores. Não era comum um profissional dizer que os hospitais eram muito bons, nem que os definissem com adjetivos positivos e, quando falavam sobre as instituições, começavam, na maioria das vezes, pelas críticas ao modelo e finalizavam o pensamento com falas que reforçavam a necessidade da instituição por não terem para onde levar os moradores. A própria ideia de segurança, utilizada como justificativa para a permanência dos residentes, pode ser colocada em questão. Segundo uma pesquisa do Reino Unido, publicada em 2000, uma visita ao hospital tem uma chance de 6% a 16% de piorar a saúde do paciente. Desses, de 3% a 4% correm o risco de incapacidade permanente e morte (FINKLER, HUNTER, IEDEMA, 2008).

Tanto nos relatos dos profissionais quanto na literatura sobre a temática, fica evidente que a barreira para a desinstitucionalização é muito mais encontrada no campo externo aos moradores do que dentro de suas condições biomédicas. Esse fato pode ser melhor compreendido se seguirmos nos aproximando do conceito de sociogênese, desenvolvido por Fanon, ainda em 1952. Segundo sua teoria, que enfoca principalmente nas desigualdades de raça, a sociogênese seria o desenvolvimento social de um fenômeno, o que indicaria dizer que o mesmo foi produzido socialmente, contrariando a crença de ser ontologicamente dado.

Se usarmos essa definição no campo da saúde mental, a partir dessas justificativas de falta de serviços e de ambientes seguros para a vivência dos residentes, ou da ausência de formação continuada de profissionais, entre outros problemas relatados nas entrevistas, percebemos que a institucionalização como moradia e tratamento não é reificada pelo campo médico, mas sim pelo campo social. Na sociogenia de Fanon, a mente, o corpo e a doença se desenvolvem em relação à consciência historicamente produzida e também aos contextos sociais do sujeito que os detém.

A interseccionalidade de classe, raça e gênero pode ser vista também como fator determinante para a reificação da institucionalização e da estigmatização dos residentes. Segundo Hansen, Gutierrez e Garcia (2023), um caso norte-americano que aborda a teoria da sociogênese, documenta que os homens negros são diagnosticados com esquizofrenia de duas a oito vezes mais frequentemente do que os homens brancos. Os autores também lembram que no país, os homens negros têm cinco vezes mais probabilidade de serem encarcerados do que os homens brancos e ressaltam que os próprios critérios de diagnósticos para a esquizofrenia emergiram historicamente de estereótipos de negros como homens violentamente paranoicos.

A construção das representações desses estereótipos pode variar de acordo com o local que são construídos. Como exemplo, temos uma constatação de Jenkins (2015) sobre os Estados Unidos. Segundo ela, as representações públicas das doenças mentais naquele país passaram a ser dominadas e foram construídas através de imagens produzidas pelo setor farmacêutico, por um lado, e por episódios de violência desvairada com armas de fogo, por outro.

Todos esses dados reforçam e reafirmam a ideia da manutenção institucional a partir de concepções culturais e sociais, o que indica que embora vivamos em uma sociedade adocida, na qual muitos sujeitos enfrentam sofrimentos psíquicos de diferentes dimensões e ordens, ainda não temos, em Santa Catarina, espaços públicos que tratam, efetivamente, desses sofrimentos. Além do mais, a maneira como esses sujeitos serão tratados e a vida que será determinada a partir dos diagnósticos possíveis que receberão será delimitada a partir de construções convencionais que, muitas vezes, são construídas socialmente, entretanto, ainda assim, todos os tratamentos e formas de cuidado pertencem somente à ordem médica e disciplinar, e questões outras, como o olhar para as subjetividades, o lazer, a socialização, entre outras formas de convivência, não encontram espaço para subsistirem nesse formato de institucionalização.

Na França, um exemplo abordado por Fassin (2007, p. 29) elucida uma alternativa possível. Segundo o autor, o sofrimento produzido pela “situação social” apareceu como o problema principal e a fala e a escuta como a solução mais viável. Naquele caso específico, optaram pelo desenvolvimento de novas instituições terapêuticas denominadas de “locais de escuta”, que não pertenciam nem ao domínio da ação social nem ao da psiquiatria tradicional (JENKINS, 2006, p. 246). Trazendo para o Brasil, reverbera novamente a questão das duas alternativas possíveis para esses espaços de internamento. A primeira seria a de mais uma reforma desses espaços já existentes; já a segunda seria a necessidade de criação de novos arranjos ou novos espaços para os processos de cuidado e tratamento. Vale questionar, nessas múltiplas expectativas, se seria possível, então, um processo de desmanicomialização dos serviços de saúde mental públicos a partir dos espaços que já temos. Será que mais uma reforma nesses ambientes seria suficiente para impedir a reprodução de modelos retrógrados e violentos? Ou seria então necessário construir uma nova forma, social e também localmente contextualizada para lidar com os resquícios dos manicômios? É possível reformar um espaço que tem se demonstrado insustentável?

Jenkins (2015) traz, novamente, uma contribuição interessante para essa questão pois, segundo a autora, os estudos dessa temática exigem uma especificação das situações e

condições do que ela chama de *trauma no desenvolvimento cultural, social e humano*, nas suas palavras, deve-se observá-los como uma sintonia complexa com as modulações da existência bruta e a estrutura da experiência (2006, p. 228). Ela continua:

[...] Nesta relação haveria, por um lado, a experiência subjetiva e as instituições sociais e, por outro, os eventos de trauma. O contraste conceitual não seria, portanto, entre o indivíduo e a instituição interpretado em termos da distinção entre os níveis micro e macro de análise, mas entre a experiência e a instituição entendida em termos da relação entre a subjetividade e a estrutura. Quando entendidas como níveis separados de análise, a experiência e a instituição parecem abstratas e sem substância, enquanto que, na verdade, elas estão vitalmente entrelaçadas no tecido e no "ritmo da vida" (p. 244, tradução minha).

Já sobre o lado da instituição, a autora aborda:

O institucional engloba os aspectos relativamente impessoais do governo estadual (incluindo escolas e prisões), o setor de saúde gerenciado, o sistema de tratamento (hospitalar e ambulatorial) e o legado colonial que resultou em uma mistura específica de grupos europeus, hispânicos e indígenas que coexistem em um ambiente de pobreza endêmica. O experiencial refere-se ao fluxo relativamente imediato da vida, à medida que os jovens navegam pelas contingências da família (de apoio ou destrutiva), do eu (ter uma vida), do gênero (identidade e sexualidade), da educação (desempenho e aspiração) e do processo terapêutico (psicoterapia e medicação) [...] Minha insistência no fato de que eles estão interligados, e não em níveis separáveis de análise, significa que nossa interpretação deve incluir a experiência do envolvimento com as instituições e as restrições institucionais sobre a experiência; os encontros com o sistema de tratamento são vivenciados, e o processo terapêutico é influenciado institucionalmente (idem, p. 245, tradução minha).

Pensar nas experiências de envolvimento com as instituições, bem como as restrições institucionais é o que tem conduzido esta parte final destes escritos, entretanto, é uma tarefa complexa fazer considerações sobre essas interconexões. Outros autores, como Edgerton e Cohen, trabalham o conceito de cultura para compreender esses aspectos. Segundo seus escritos: “[...] a cultura é um fator ambiental conceitualmente distinto e potencialmente poderoso, capaz de exercer um efeito significativo no curso da esquizofrenia ou de qualquer outro transtorno mental” (NASSER et al., 2002, p. 230, tradução minha). Eles também adicionam que “[...] os fatores culturais incluem a tolerância social à doença mental e o grau de apoio e aceitação familiar, além do papel das influências socioculturais na apresentação e intervenção da doença”. (idem, p. 352).

Essa questão é de particular relevância, uma vez que a aceitação e o apoio familiar poderiam também construir uma saída possível para o caso da institucionalização psiquiátrica

permanente, entretanto, na realidade desigual brasileira, questões financeiras agravam a impossibilidade dessa alternativa. Temos relatos, também nas entrevistas, de familiares que recebem a aposentadoria dos moradores e dificilmente a entrega para que possa ser usada para suprir as necessidades dos moradores. Também foi recorrente nos relatos, o fato das famílias dos moradores estarem vivenciando situações de vulnerabilidade social, como casos de mães com mais de um filho vivendo diagnósticos psicossociais e internações psiquiátricas, além de irmãos, tios ou outros parentes na mesma situação. Alguns moradores, quando retornaram para o convívio familiar, passaram a viver também em condições de pobreza e fome e acabaram retornando para o hospital.

Encontrei nos prontuários relatos de residentes que foram enviados para a família e voltaram sozinhos para a instituição, depois de passarem a viver em situação de rua. Alguns familiares visitam os moradores e levam presentes, mas o vínculo social está extremamente frágil e é facilmente abalado na primeira dificuldade que aparece, o que ocasiona o ciclo dos internamentos recorrentes, que foi denominado anteriormente de *porta giratória*.

Jenkins (2015) retoma um estudo realizado na Inglaterra por Brown e Rutter, na década de 1962, que nos ajuda a aprofundar neste ponto. Os autores iniciaram uma série de estudos sobre a relação entre a situação de vida de um indivíduo após a hospitalização psiquiátrica e os padrões de recuperação de condições diagnosticadas como esquizofrenia.

No estudo, houve uma mudança das suposições psiquiátricas predominantes sobre a relevância etiológica de características familiares psicopatológicas para a identificação de características familiares cotidianas que podem afetar o curso de doenças mentais graves (idem, p. 104). Eles observaram que as pessoas que voltavam a viver com a família eram reinternadas com mais frequência do que aquelas que voltavam a viver em ambientes não familiares. Essa contestação nos revela, uma vez mais, a necessidade de criação de espaços outros para o cuidado de pessoas que têm vivido nesses ambientes, uma vez que nem a instituição que vivem, nem o retorno familiar, podem ser alternativas para desvinculá-los da lógica que os aniquila e aprisiona. Entre os profissionais dos hospitais em que fiz a pesquisa de campo, a questão da família também apareceu mais como um desafio do que como uma alternativa,

Entrevistado: Esse é um paciente que veio de outro hospital, que embora tenha família a família não aceita, hoje ainda conversei com a assistente social, porque a gente nem tá assim... a gente não tá com paciente assim... não existe vaga nova pra isso... só para os que já estão há muitos anos já... então ele tem essa situação... e a gente não pode também

liberá-lo pra rua... a gente tá aguardando a defensoria pra ver o local... enquanto isso ele vai ficando aqui... Aquele também... chegou aqui em 2016, vindo do hospital clínico, mas tem um quadro de esquizofrenia, não tem vínculo nenhum com a família, a gente não sabe nem se o nome dele é esse mesmo... e nós não conseguimos... sem identificação nenhuma... com nome fictício... porque o nome é fictício... ele não sabe o nome dele...

(Entrevista com uma técnica de enfermagem, 3 de fevereiro de 2022)

A questão do cuidado integral e das dificuldades socioeconômicas também apareceram de forma recorrente como um impedimento para que a desinstitucionalização ocorra:

Entrevistada: [...] A gente sabe que hoje, se eles forem para a residência, aqueles que têm família, né? Eles são pacientes que demandam... demandam medicação que é um psicotrópico, que é uma medicação que alguém tem que dar nos horários certos, sabe? Então, tem uma forma de lidar com eles, porque eles são psiquiátricos, e outra que hoje eles já são idosos, então é um cuidado, um manejo diferente que eu acredito que na sociedade, pros familiares de hoje, iriam sobrecarregar... eu acho que eles não teriam o tempo, né? O tempo, a dedicação que o hospital tem... porque aqui é em prol pra eles...

(Entrevista com uma enfermeira, 2 de maio de 2022)

Em outra entrevista, quando questionei quais seriam os pontos positivos e negativos dos pacientes viverem institucionalizados de forma permanente nos hospitais, isso voltou a aparecer:

Entrevistada: Então, assim né, têm dois pontos de vista... assim, né... eu acho que por um lado é benéfico, até porque aqui eles têm os cuidados, são tratados assim, bem com carinho... com amor... tem esse vínculo... tem a segurança... tem a confiança... porque muitas vezes, às vezes a família não passa e não transmite isso pra eles... tem essa questão também... né? Que hoje todo mundo tem essa correria e não tem tempo pra eles... de ser atencioso, de dar carinho... de ter esse vínculo, esse contato né? De amor mesmo... e assim, o ruim é assim que eu acho é nessa questão da família mesmo, porque a família não vem, muitas vezes não tem esse interesse de vir saber como tá o familiar. É mais cômodo mandar o que precisa do que ter esse contato físico com eles, né?

(Entrevista com uma enfermeira, 3 de fevereiro de 2022)

Vale abrir um parênteses para uma informação importante. Aqueles pacientes que têm familiares não são curatelados, ficando suas aposentadorias como responsabilidade da família. Diferente das curadoras, os responsáveis familiares não precisam, judicialmente, prestar contas de como o dinheiro é utilizado e não há nenhuma normativa da porcentagem que deve ser entregue para o morador, o que tem provocado, pelo que foi relatado, uma ausência de transferência do dinheiro para os internos.

Sabrina: Então eles [os moradores] não costumam receber dinheiro?

Entrevistada: Não, o dinheiro é só dos paninhos, da terapia ocupacional... daqueles que fazem, né?

Sabrina: Então não é um direito deles, aqui no hospital, receberem pelo menos uma parte da verba da aposentadoria deles? Pergunto isso porque nos outros hospitais que eu fui, eles davam um pagamento semanal para os moradores, que eles podiam gastar como queriam... em salão de beleza, supermercado, padaria, lojas...

Entrevistada: Nãããã... não... eles vão lá e pedem pra mim pra comprar essas coisinhas, eu vou lá e compro, um shampoo, um iogurte... o que eles me pedem...

Sabrina: Mas não é todo mês? Não é uma regra?

Entrevistada: Não... Por exemplo, agora a M. quer depilar... ela recebe todo mês 100 reais...

Sabrina: E a família dela fica com o restante?

Entrevistada: Fica.

Sabrina: E fica guardado? Ou eles não tem que dar satisfação?

Entrevistada: Não, não tem que dar satisfação não.

Sabrina: Hm... [...]

Entrevistada: Os curatelados recebem 20 reais toda semana. Toda semana. Que eu descobri agora. E daí por isso que eu posso fazer esse almoço...

Sabrina: E esses 20 reais ficavam onde?

Entrevistada: Lá com a recepcionista, não fica aqui.

Sabrina: E você não sabia nesse tempo que você trabalha aqui sobre esse dinheiro?

Entrevistada: Não, eu não sabia.

Sabrina: Então ficou guardado esse tempo todo?

Entrevistada: Fica lá guardado. Agora, por exemplo, se eles quiserem comer... eu peço lá o dinheiro...

Sabrina: Aham...

Entrevistada: Às vezes eles querem comer uma comidinha, por exemplo, então me falaram, tu pode estipular, ou toda semana comprar uma marmita ou a cada 15 dias... aí eu tirava do outro pra dar pro outro, entendesse?

Sabrina: E por que será que não tem uma norma pra isso? Por que poderia mudar muito, né? O tratamento aqui dentro... se tivesse esse recurso... se eles tivessem acesso à aposentadoria...

*Entrevistada: Não sei, Sabrina, não sei. Também queria saber e até hoje não descobri.
(Entrevista com uma enfermeira, 3 de fevereiro de 2022)*

É possível notar, a partir desses exemplos, que o retorno familiar não é uma possibilidade para os moradores, ficando o Hospital e a equipe refêns das Políticas de Saúde Mental e do desenvolvimento e do acesso aos serviços de saúde públicos. Obviamente que estas questões não justificam o tratamento dado nesses espaços. Mas voltando a Sahlins (1976), tal como vimos no início deste Capítulo, podemos perceber que os fragmentos do passado nos ajudam a compreender algumas cenas do presente e, ao ter consciência dos mesmos, podemos também notar que longe de terem sido superados, eles têm se repetido cotidianamente e de forma manicomial nestes espaços. A pergunta que resta, ainda, é: Como pode se sustentar um espaço que nem mesmo quem trabalha nele o afirma? Nem quem está internado nele tem o poder de desejá-lo? E, que a sociedade, quando o conhece, o vê com horror? O que afinal mantém o manicômio vivo?

5.3) Caminho rumo ao manicômio, de novo

O caminhar em direção ao manicômio é uma forte hipótese de resposta à pergunta sobre o que mantém seu funcionamento do mesmo a despeito das reformas e de todas as pretensões de superação desses espaços. Indo contra a maré, o que temos observado atualmente é exatamente o contrário do que propôs os movimentos de Reforma Psiquiátrica brasileira e, no lugar da saída de internados do manicômio, podemos vislumbrar um caminhar em massa de indivíduos para dentro dele.

Em Santa Catarina, a utopia machadiana parece se repetir mais de 100 anos depois. Isso porque, no conto *O Alienista*, Machado de Assis parecia prever esse movimento, ou, na verdade, apenas escreveu sobre algo que vem acontecendo de forma repetida na nossa sociedade. Naquela época, ainda em 1882, o autor previu uma internação em massa, na qual todo e qualquer indivíduo estaria sujeito. O alienista, indivíduo que comandava a Casa Verde,

nome dado ao local destinado ao internamento, “[...] não discriminava nem o avarento nem o pródigo: ambos foram internados no asilo; isso levou as pessoas a dizerem que o conceito de loucura do alienista incluía praticamente todo mundo”. Anos mais tarde, Foucault (2009) escreveu sobre essa mesma tendência, denominando-a de “A grande internação”. Hoje, infelizmente, reescrevo essa história, prevendo uma internação em massa, num futuro próximo, de muitos de nós.

Vamos percorrer o que revelou algumas pesquisas sobre a temática nos últimos anos para que não pareça aqui que estou criando um conto utópico sobre hospitais psiquiátricos e internações de forma generalizada, nesse vislumbre que escrevi anteriormente, sobre uma suposta tendência desenvolvida por um sistema neoliberal que provoca o adoecimento dos corpos, além de propiciar o direcionamento de um caminhar para dentro do hospício.

Se pararmos para olhar alguns números referentes à saúde mental no Brasil, nos sentiremos alarmados com a situação que encontraremos. Um levantamento realizado pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF) demonstrou que a venda de antidepressivos e estabilizadores de humor disparou no Brasil desde a pandemia provocada pelo Coronavírus. Se compararmos os anos de 2019 e 2022, notamos que o número de unidades comercializadas das drogas aumentou 36%, passando de 82.667.898 para 112.797.268. Já referente aos anticonvulsivantes e antiepilépticos, que também são utilizados para tratamentos que incluem quadros de depressão, o aumento de vendas nesse mesmo período foi de 21%. Se olharmos para o período anterior à Pandemia, vemos que a maior porcentagem de aumento anual havia sido 4%, em 2018. Tem ocorrido, como descreveu Martinez (2023), um “[...] incessante aumento do consumo de antidepressivos como um exemplo de cerebralização das aflições humanas” (p. 20, tradução minha), numa tendência neoliberal de supervalorização de neurorrelatos sobre as diferentes formas de aflição que reforçam a explicação neuroquímica, distanciando-a das socionarrativas que também determinam e dão forma ao mal estar psíquico vivenciado pela população.

Em nível Global, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 10% da população mundial sofre com transtornos mentais, sendo o Brasil o país que lidera o ranking de ansiedade e depressão na América Latina, com quase 19 milhões de pessoas enfrentando essas condições de saúde. Adiciona-se a isso o fato de que temos também o terceiro pior índice de saúde mental, de acordo com o *Mental State of the World Report*, pesquisa que englobou 64 países e entrevistou 407.959 pessoas online²⁶. O projeto criou uma base de dados

²⁶ Disponível em: <https://sapienlabs.org/global-mind-project/researcher-hub/>. Acesso em 4/1/2024.

mundial sobre saúde mental relacionada aos dados demográficos, estilo de vida e experiência de vida relacionado ao uso da internet. A partir de um questionário online, ainda disponível, é possível descobrir o próprio *Quociente de Saúde Mental* e as informações coletadas são enviadas diretamente para uma base de dados que também está disponível de forma gratuita. O relatório final revelou que um a cada três brasileiros relataram enfrentar múltiplos sintomas do que chamaram, no estudo, de *saúde mental negativa*.

Se olharmos para os jovens adultos (*young adults*), este fato se agrava ainda mais. A comparação é feita entre dois grupos etários, 55-64 anos (adultos) e 18-24 anos (jovens adultos). A porcentagem de pessoas angustiadas ou com dificuldades, no segundo grupo etário (18-24), foi de três a cinco vezes superior à do primeiro grupo etário (55-64) em todas as regiões estudadas. A América Latina e o Sul da Ásia tiveram o aumento mais acentuado na porcentagem de pessoas enfrentando dificuldades, movendo de 10-12% na faixa etária de 55-64 anos para 45-50% entre os jovens adultos de 18 a 24 anos. O relatório concluiu que, globalmente, os jovens adultos têm de três a quatro vezes mais probabilidades de ter problemas de saúde mental do que a geração dos seus pais (p. 19).

Redirecionando o olhar para os espaços de tratamento e internação, a partir de uma matéria escrita pelo jornalista Rafael Machado (2023)²⁷, vemos uma crescente expressiva nas internações psiquiátricas. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), temos no Brasil mais de 29 mil leitos de psiquiatria, sendo 13 mil do setor privado. Embora tivéssemos vivido um período de redução de leitos, a partir dos movimentos de Reformas, nos últimos anos, o que percebemos é um aumento desses espaços, em uma sociedade que tem demandado cada vez mais esse tipo de tratamento.

Em 2020, tivemos 174 mil internações psiquiátricas no setor privado no país e esse número continua crescendo. Ainda, segundo a reportagem, grupos de empresários têm trabalhado para construir redes de hospitais com altos investimentos. No Estado de Santa Catarina, por exemplo, foi vinculada uma instituição a uma dessas redes, que também tem outra sede localizada no Rio de Janeiro. Ambos os *empreendimentos* contaram com um investimento de 500 milhões de reais e são compostas por 400 leitos psiquiátricos particulares (*idem*).

Com o aumento da demanda de tratamento, era de se esperar que o setor econômico se apoderasse desse mercado da saúde mental, tal como aconteceu com a indústria farmacêutica anos atrás. Esse movimento dessa outra indústria teve início ainda em 1952, com a descoberta

²⁷ Disponível em: <https://futurodasaude.com.br/novos-hospitais-psiquiatricos/>. Acesso em 4/1/2024.

do primeiro antipsicótico, a Clorpromazina e, a partir desse medicamento foi sendo desenvolvida uma estratégia biopolítica para reorganizar a gestão do corpo, através da psiquiatria (CAPONI, 2019). Dito de outro modo, a Clorpromazina aparece como uma estratégia de governo da loucura, dentro e fora de hospitais psiquiátricos (idem).

Outro estudo publicado no *Brazilian Journal of Psychiatry*²⁸ e realizado especificamente no Estado de São Paulo, com dados de 64.685 pacientes, revelou que internações psiquiátricas involuntárias, ou seja, aquela que não tem consentimento do paciente, cresceu 340% entre os anos 2003 e 2019 e a maioria das internações aconteceu em instituições públicas, atingindo quase 87% dos processos de internamento. Entre os internados, a maioria estava na faixa etária de 18 e 39 anos e eram pessoas solteiras. As justificativas de internação foram, principalmente, os distúrbios psicóticos e a esquizofrenia. Embora o motivo da internação estivesse ausente em parte expressiva dos relatos (44%), o risco de dano a si ou a terceiros foi o mais presente (68,5%). Já referente à reinternação, encontraram uma média de 13% dos casos.

Embora tenhamos ciência de que Santa Catarina conta atualmente com 857 leitos psiquiátricos públicos que estão atualmente distribuídos em 78 hospitais que recebem recursos através da via Política Hospital Catarinense (PHC), não conseguimos localizar dados detalhados referente às últimas internações no Estado. Além desses movimentos de capital que transitam dentro desses espaços de internamento, também encontramos outro desafio fora das instituições. Podemos facilmente usar uma pesquisa realizada na África Subsariana (ADEWUYA; MAKANJUOLA, 2008) para pensarmos também o caso específico brasileiro. Aponto aqui, antes de aprofundar nos dados da pesquisa, uma possibilidade futura de realização de uma pesquisa com esses mesmos enfoques, mas com o caso particular do Brasil, porém, enquanto não a temos, podemos projetar alguns dados da África para o nosso caso.

Segundo Adewuya e Makanjuola (idem), há um elevado nível de distanciamento social e estigmatização das doenças mentais na região em que o estudo foi conduzido, tal como temos percebido, de forma recorrente no Brasil. O nível de distanciamento social desejado em relação ao doente mental aumentou de acordo com o nível de intimidade exigido no relacionamento, sendo que, naquela região, 14,5% dos participantes foram categorizados como tendo baixo distanciamento social, enquanto 24,6% como tendo distanciamento social moderado e 60,9% como tendo um alto distanciamento social.

28

Disponível em: <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2022/03/11/estudo-avalia-chuva-de-internacoes-psiquiatricas-involuntarias-em-sp.htm>. Acesso em 4/1/2024.

A partir desses dados, passei a pensar em quais seriam essas porcentagens no Brasil, um país que tem enfrentado, como vimos anteriormente, uma crescente disparada nos problemas de saúde mental, na medicalização dos sofrimentos psicossociais, além de um retorno massivo ao modelo hospitalocêntrico de tratamento e cuidado. Como a pesquisa revela que o nível de distanciamento social tem relação próxima ao nível de intimidade exigido no relacionamento, podemos vislumbrar que, talvez, este panorama tende a se modificar.

Uma vez que a cada dia mais pessoas são acometidas pelos sofrimentos psíquicos, as possibilidades de ter alguém com vínculo social próximo enfrentando esses mesmos desafios também aumentam. Entretanto, ainda ressoa a pergunta do por que, mesmo tendo a saúde mental e os sofrimentos psíquicos atuado de forma presente na nossa sociedade, continuamos alimentando modelos excludentes e aniquiladores de tratamento e cuidado. O estudo revela, uma vez mais, a necessidade de investimentos em soluções que fujam da ordem médico-hospitalar, como a incorporação de programas educativos antiestigma nas políticas de saúde mental, educação comunitária relativa a este tema, além de acesso facilitado a diferentes serviços e tratamentos.

No Brasil, as estratégias para englobar os determinantes socioculturais têm se concentrado mais no incentivo à participação social no planejamento das práticas de cuidado e nas participações em intervenções produzidas por pacientes e familiares (AMARANTE, NUNES, 2018), entretanto, há um recorte de classe importante, uma vez que no país as classes médias não favorecem os serviços públicos de saúde mental e os usuários de classes populares encontram mais desafios econômicos, sociais e culturais para se envolverem nessas ações (MÜLLER, ORTEGA, MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2022, p. 10).

Segundo Caponi (2019, p. 146), o saber psiquiátrico não é somente biológico ou médico, mas continuamente se vale da força discursiva dessa posição para produzir seus efeitos. Isso porque, ainda não foi possível comprovar as causas dos transtornos mentais, o que reforça a hegemonia do modelo medicocêntrico e a utilização dos psicofármacos de forma exacerbada, que enfocam na doença e não na sua “cura”. Martinez (2023) também favorece essa linha de raciocínio ao afirmar que:

Um transtorno mental também é como ele é significado e ressignificado e o que é feito com ele, como ele é construído, como suas manifestações são lidas e interpretadas e como são gerenciadas de acordo com um jogo de nomeação e antecipação que pode aliviar o sofrimento, aumentá-lo ou até mesmo torná-lo crônico; facilitar o acesso ao tratamento ou torná-lo mais difícil; (MARTINEZ, 2023, p. 37, tradução minha).

Em uma sociedade que tende a gerenciar os sofrimentos psíquicos a partir de drogas psicofármacos e internações limitantes, é difícil superar as tendências medicalizantes na construção de espaços para o cuidado e o tratamento. Os próprios residentes dos hospitais têm uma relação íntima com a medicação e, ao mesmo tempo, demonstram um posicionamento crítico em relação à mesma. Em uma entrevista com um ex-residente, ele me contou:

D: Porque os remédios, eles mexem com o corpo inteirinho, inteirinho, inteirinho... o... [...] da psiquiatria, né? Ele mexe da ponta dos pés até a ponta da cabeça... ele mexe com tudo o remédio... entorta a mão, entorta dedo... enfim... todas as doenças o remédio ele [...] eu tava estudando a bíblia, de boinha... ai fechei ela... deitei... ai depois fui abrir já não consegui mais... não consigo mais... até o momento não consigo... só com óculos... pra ver aos pouquinhos... mas a olho nu... é assim... você pensa... De manhã eu tava lendo, de tarde eu voltei e não consegui ler mais... pra você ver a quantidade de remédio que existe, né? Existe milagre... o milagre vem... é isso ai... é o que vou dizer pra você... o remédio da psiquiatria ele mexe com tudo... tudo... tudo, tudo, tudo... nem precisa procurar outros por ai... a psiquiatria ela conhece tudo... eu tenho 40 anos de tratamento, com esse tipo de doença e... gente morrendo, etc, etc... [...] mas é isso... o estudo da psiquiatria é isso tudo que eu falei... (Entrevista com um ex-morador, 22 de novembro de 2021)

Ainda sobre os psicotrópicos e as descon siderações dos campos culturais e sociais nos sofrimentos psíquicos, Caponi (2019) revela que, contraditoriamente, as observações para construção diagnóstica desses sujeitos utilizam parâmetros de avaliações relacionadas ao campo social, em que julgam prioritariamente os comportamentos, antes de olhar para uma patologia propriamente dita. Nesse raciocínio, o intuito final não se trata de aliviar sofrimentos de indivíduos, mas, por outro lado, pode ser visto como uma estratégia que permite garantir o funcionamento de dispositivos disciplinares da nossa sociedade.

Nos hospitais nos quais fiz a pesquisa de campo, era muito comum as justificativas das medicações estarem acompanhadas de situações em que comportamentos inesperados de moradores ocorriam na instituição. No Diário de Campo, registrei uma conversa com dois moradores me contando sobre uma terceira moradora que foi contida com uma medicação: “Hoje pela manhã, a S. [moradora] me contou que ontem a C. [outra moradora] “tomou injeção no rabo”... Perguntei pra ela por que, e J. [morador] me respondeu: “Pra acalmar ela, não parava quieta!”... (12 de abril de 2022).

A própria justificativa mais comum dos moradores por estarem no hospital também foge da ordem médica. Quando conversei com um residente sobre o motivo que o levou de volta ao hospital, depois de ter recebido alta hospitalar, ele me contou sobre uma sequência de desafios socioeconômicos que precisou enfrentar por ter vivido durante décadas dentro de um hospital. No Diário, encontrei essa passagem: “[...] Perguntei pra ele [para o morador]: “Como você voltou pra cá?” E ele me respondeu: “Porque não tinha dinheiro lá, não tinha cigarro, tinha que ficar vindo aqui pedir, não tinha comida, tinha que ir no refeitório que tem aqui para comer. Não tem outra escolha, né? Não tem escolha.” (Diário de Campo, 17 de novembro de 2021). Outra situação foi também emblemática, quando conversei com um morador que criava passarinhos em uma gaiola:

[...] fomos até os passarinhos e ele quis me mostrar os coxinhos, dizendo: “Olha bem se meus passarinhos passam fome! Enchi os coxinhos deles ontem”. Falei que os passarinhos estavam melhores que eu, cheio de comida, brincando, porque sempre falo pra eles que não ganho café da tarde no hospital, o que é verdade. Ele riu e disse: “Só se eu te colocar numa gaiola dessa”. Daí, perguntei: “Como será que deve ser né?” E ele: “Pelo menos você não ia passar fome...” (Diário de Campo, 2 de fevereiro de 2022).

Nesse caso, embora o morador estivesse falando dos passarinhos, pude transferir o que ele me disse para sua própria condição, já que eles sempre me diziam que dentro do hospital, pelo menos, garantiam a alimentação do dia. Essa situação se repetiu muito e era comum, em campo, ouvir de forma recorrente os moradores contarem que estavam internados naquelas instituições porque, estando ali, pelo menos recebiam comida e tinham um lugar para dormir. Nas nossas conversas, eles reforçavam sempre que pelo menos ali tinham um teto e que não podiam reclamar, já que antes já estiveram até mesmo em situação de rua. Escrevi, outro dia, no Diário de Campo:

Hoje, N. [moradora] me perguntou se ainda tem bichinho lá fora, se referindo ao Corona Vírus. Eu disse para ela que estava diminuindo bastante... ela então me contou que esse bichinho pegou ela no corredor, que ela não sabe o que que ele viu na cara dela... falou que ficou internada na enfermaria duas vezes, que quase que ela se foi, quase morreu... Continuamos conversando e ‘do nada’ ela começou a chorar, perguntei por que e ela disse que é porque ela não consegue mais viver em uma casa, uma casa dela... disse que queria conseguir ‘parar’ numa casa... (Diário de Campo, 18 de março de 2021).

Anteriormente, já escrevi sobre a recorrência da temática que os moradores trazem sobre viver em uma casa, ou de sair do hospital. Por agora enfoquemos apenas nos destaques que eles dão para justificativas que fogem da ordem biomédica para continuarem a viver ali

no hospital. É também necessário considerar, além das questões psicossociais, as intercorrências da temporalidade nestes espaços. Segundo Tavares (2007), a dimensão temporal é fundamental para se compreender as produções de significados nos internamentos. Nas suas palavras, a temporalidade

compreende não apenas a ideia de que há um desenrolar do significado que implica alterações de escolhas, mas também a percepção de que nesse processo nem sempre se observam sínteses bem elaboradas de adesão a um ou outro tratamento; pelo contrário, muitas vezes são as indefinições e as sínteses parciais e provisórias que conferem a tônica de uma trajetória (TAVARES, 2007, p. 212).

São essas indefinições que tentei percorrer nesta pesquisa, essas sínteses parciais e provisórias que não necessariamente interrompem o fluxo aniquilantes da instituição, mas, por sua vez, fazem com que subsistam pequenas brechas que permitem que os moradores sejam, além de internos, também atores daquele espaço, ou, como preferi falar nos capítulos anteriores, agentes daquela realidade. Entretanto, como também já citei anteriormente, nos hospitais catarinenses foi muito difícil encontrar esses espaços e as instituições dominavam todas as instâncias da vida. Vale, para finalizar essa discussão, acompanhar o que escreveu Martinez (2023):

O campo da saúde mental ou das aflições humanas, como prefiro chamá-lo, apresenta muitos limites e ângulos possíveis, muita complexidade para considerarmos tudo como garantido. Parte da minha crítica aqui a alguns conhecimentos e práticas “psi” pode ser expressa precisamente nessa ideia, em como tomar tudo como garantido desarma a possibilidade de um conhecimento menos dogmático e fecha o horizonte do espanto. (p. 17, tradução minha).

Em resumo, vale uma vez mais reafirmar a importância da perspectiva social nas decisões relacionadas ao campo da saúde mental. Essa perspectiva é, nas palavras de Martinez (2023), mais descritiva do que prescritiva, uma vez que não tenta, retomando Weber (1968), alcançar o conhecimento sobre o que é normal ou patológico, mas sim sobre o significado da ação social nesses espaços, incluindo como o normal e o patológico são definidos e construídos (p. 18, tradução minha). Por fim, reforça que se trata de uma visão parcial e incompleta, como em qualquer outra abordagem, mas não é menos legítima por esse motivo.

5.4) A inversão (necessária) da lógica da dependência

Tenho ficado intrigada com a M. [moradora]. Ela tem o costume de parar em frente ao espelho e fica se olhando bem de perto, falando alguns comentários bem baixinho... Hoje, num desses momentos, perguntei se ela lembrava meu nome, ela disse que não... Me falou assim: “Não uso muito a cabeça mais... não tô muito boa”... Depois emendou dizendo que sentiu uma dor no olho... que teve uma crise... uma “crise de sono”... e disse que achava que era por conta do remédio... Me perguntou: “Quanto tempo demora pra chegar a outra segunda-feira?”, falei que faltava quase uma semana... e ela continuou: “Tô com uma preguiça... uma preguiça de graça... Tomei tanto remédio... pra melhorar não sei do que... acho que pra melhorar os acontecimentos...” (Diário de Campo, 5 de abril de 2022).

Melhorar os acontecimentos era uma interessante justificativa para o uso das drogas psicotrópicas e a continuidade deste uso poderia ser mais uma hipótese do que sustenta aquela instituição. Explico melhor. Nos hospitais era muito comum, como disse anteriormente, que os profissionais justificassem a permanência dos moradores através da necessidade que os mesmos tinham de serem cuidados de maneiras específicas e que, em ambientes fora daquele espaço, seria difícil que os mesmos conseguissem manter os remédios controlados e, no caso daqueles que fossem viver com a família, muito provavelmente seria difícil também para os pares lembrarem de manusear as drogas da maneira necessária. Vejamos então estas duas camadas.

A primeira, reifica a necessidade da institucionalização se valendo de direitos comuns e básicos da população, como o direito à moradia e à alimentação. Vimos no tópico anterior que isso é muito recorrente e tanto os profissionais, quanto os moradores, afirmam a importância residencial que aqueles espaços têm. Por outro lado, em uma segunda camada, vemos a característica residencial se valendo de neuronarrativas (MARTINEZ, 2023), ou seja, de questões do discurso biomédico para reafirmar a necessidade da institucionalização. Como, atualmente, o único tratamento que os moradores recebem é o medicamentoso, a manutenção das pílulas aparece como um impedimento para a desinstitucionalização.

Entrevistado: Porque a gente percebeu que ao longo do tempo, com o convívio deles aqui, eles tinham toda condição de morar com a família... não eram adoecidos... era só dar a medicação no tempo certinho, né? Então, alguns não tinham como ir... outros... dava até pra morar sozinho, sabe? Só que assim, ó... a família não sabe manusear [os comprimidos]... a

família esquece, não tem condição de estar em casa o dia todo pra poder dar o remédio pro paciente...

(Entrevista com técnico de enfermagem, 3 de fevereiro de 2022)

Os moradores também se relacionavam com os medicamentos de maneiras particulares, um deles me contou que devido à quantidade de remédios que tomava, não conseguia mais “ter relações públicas”, pois “o inconsciente e o consciente” estavam fora e ele não conseguia mais manter uma conversa (Diário de Campo, 22 de novembro de 2021). Nesse caso, podemos ver como o efeito do remédio é manuseado para também falar sobre a condição de vivência dos residentes e não tão somente suas próprias “doenças”. O mesmo medicamento era, naquele ambiente, usado para medicar, punir e tratar.

O eletrochoque também apareceu de forma curiosa em uma de nossas conversas, quando perguntei para outro morador se ele já residia em alguma instituição psiquiátrica na época em que era utilizada a eletroconvulsoterapia para o tratamento, no interior de hospitais públicos. Ele me contou que sim, que já levou muito “choque na cabeça”. Perguntei para que aquele tratamento servia e ele me respondeu: “Pra desamassar o corpo”. (Diário de Campo, 10 de janeiro de 2022).

Nas falas, podemos ver que estava muito cristalizada a vivência medicada, pois tanto no discurso dos residentes, quanto no dos profissionais, essa questão aparecia como algo dado, quase ontológico. Aqueles residentes eram “vítimas” de um modelo centrado nas drogas (MONCRIEFF, 2013, apud CAPONI, 2019), segundo o qual “[...] as drogas psiquiátricas têm a função de induzir alterações cerebrais, produzindo um estado anormal ou alterado, e estão longe de corrigir um estado anormal ou restabelecer um equilíbrio neuroquímico”. Nessa relação, ocorre o que o autor chamou de “intoxicação cerebral”, tal como acontece com outras substâncias psicoativas, como por exemplo o álcool. Nesse raciocínio, “[...] atrever-se a falar das drogas psiquiátricas a partir do efeito que elas provocam nos usuários significa reconhecer que a prescrição de psicofármacos encontra seu fundamento nos efeitos que o fármaco produz, e não na capacidade de reverter um estado patológico” (CAPONI, 2019, p. 89).

Nota-se novamente, que as justificativas para a permanência da medicação, muitas vezes, não eram compostas por argumentos biomédicos. Isso porque, muitos moradores já não recebem medicamentos psicotrópicos. Encontrei, como já citei anteriormente, um caso de uma moradora que tem no seu prontuário médico a seguinte frase: “Paciente não possui diagnóstico psicótico”. Isso nos leva, de novo, para a dimensão ainda mais profunda da cena

institucional, aquela que reforça a condição de vivência dos moradores a partir de questões principalmente pautadas na ordem social. Segundo Basu (2009), a doença mental está carregada de uma série de conotações e experiências negativas, tanto para a pessoa afetada como para o seu ambiente social e expressões como desordem, ruptura das relações sociais, violências, sofrimento, medo e estigmatização são as consequências mais comuns nessas interações.

O medo de sair, por exemplo, aparecia constantemente como algo que construía nos pacientes o desejo de permanecer no hospital: “J. [uma moradora] me disse: “Eu não quero mudar de casa não, porque eu tenho medo de cachorro...” (Diário de Campo, 23 de março de 2022), ou então: “Vai ter passeio nega, lá na piscina... vai ter bolo... adivinha que que vai ter? Vai ter bolo pra gente comer... [...] eu tenho medo de cair, nega... eu tomei injeção...” [Por que?] “Não sei... não posso sair daqui não, nega... pirão não vem mais pra nós... não tem mais pirão... vou rezar pra ti nega...” (Diário de Campo, 11 de abril de 2022).

Além do mais, o próprio conceito de *paciente* era interpretado pelos moradores através de composições relacionadas à possibilidade ou impossibilidade de relacionamento entre os pares ou com pessoas de fora. O conceito não necessariamente era acionado para falar de aspectos de saúde e doença dos residentes. Exemplo disso foi notado quando eu questionava os moradores sobre o que era ser, afinal, um paciente, já que isso aparecia muito nas nossas conversas, quando me diziam, por exemplo, que paciente não podia casar, que paciente não podia cozinhar ou que paciente não podia sair sozinho na rua. Quando questionei, em uma roda de conversa, o que para eles significava ser um paciente, eles me disseram:

[...] R. [morador] disse que foi uma palavra [paciente] que inventaram, que não existe nos livros e que ele não gostaria mais de ser chamado pelos funcionários assim, que ele não quer chamar os outros de funcionários e nem quer ser chamado de paciente. Disse que inventaram esse nome pra chamar ele, mas que ele não sabe o que significa, que lá são os moradores, pacientes moradores, que deambulam na estrada. C. [morador] falou que não sabe porque chamam ele de paciente e que ele não tá nem ligando pra isso, disse que sabe o que significa isso, mas que quem é paciente não pode sair, não pode comprar as coisas no supermercado, P. [morador] disse que não pode ir na zona e que quando não era paciente ainda ia (Diário de Campo, 26 de janeiro de 2022).

Ser ou não ser paciente implica, basicamente, poder ou não cumprir papéis sociais e viver a experiência da vida com liberdade de ação e de escolha. Naquela conversa, os moradores não usaram argumentos pautados na lógica biomédica para construir suas definições, para eles, serem denominados de “pacientes” era mais uma espécie de argumento

que os impediam de agir e de se movimentarem para dentro e para fora dos muros das instituições. Além disso, ser paciente também criava barreiras nas formas de se relacionarem e construírem laços, tanto na vida institucional, quanto fora dela.

A própria lógica da “segurança”, aquela que diz que dentro do hospital os moradores estão seguros, longe dos perigos que os cercariam caso vivessem fora daquele espaço, perde sua força. Principalmente quando fica explícito que viver em um ambiente hospitalar expõe os moradores ainda a mais riscos, como escrevi no diário:

Achei interessante um ponto que ela [enfermeira] levantou, quando estávamos conversando sobre a institucionalização psiquiátrica permanente... Ela falou sobre o risco de morar em hospitais, disse que é uma ilusão isso de segurança, porque no hospital eles estão expostos a muitos riscos, por exemplo de pegar uma infecção generalizada, alguma bactéria mais seria, ela disse que pra ela o risco de viver em um hospital é muito maior do que ser desinstitucionalizado e achei isso interessante porque todos os profissionais que conversei antes, falaram que o ponto positivo da institucionalização é justamente a segurança e eu ainda não tinha pensado dessa forma... (Diário de Campo, 31 de janeiro de 2022).

Nessa argumentação, a ideia de risco é trazida para dentro da instituição, que abriga também dentro de seus pavilhões muitos perigos. Nos dois pensamentos, há diferentes riscos de sair do hospital e de viver dentro dele, mas o curioso é que no cotidiano institucional, os riscos possíveis de uma vida em liberdade são muito mais manuseados para construir argumentos institucionalizantes do que os riscos de permanecerem ali. Para ser exata, o risco de viver dentro do hospital só apareceu em uma conversa, e não esteve presente em nenhuma das entrevistas e em nenhuma troca de experiência com os moradores nem com os profissionais. Vemos, assim, que o próprio ambiente hospitalar residencial reforça a percepção dos moradores sobre a vulnerabilidade e a dependência que estão expostos (MULEMI, 2008) o que fortalece, uma vez mais, a lógica que os aprisiona.

Entrevistado: Vou perguntar uma coisa pra ti assim, ó... tu achas correto a gente dar uma chave para um paciente da psiquiatria? Ou, vou aumentar a pergunta: tu achas correto qualquer paciente independente de ser da saúde mental, clínica médica, dermatologia, ficar fechado no quarto?

Sabrina: Ficar fechado por escolha dele?

Entrevistado: Ter a chave...

S: Ah, eu acho que é importante ter a individualidade dele... ainda mais porque conheço o C. também [morador que tem a chave do quarto]...

Entrevistado: E se esse paciente ficar trancado com a chave por dentro?

Sabrina: (silêncio). Não sei... Porque fico pensando assim... todos esses riscos são reais, mas eles também existem pra todo mundo que mora fora do hospital... todo mundo pode sofrer um acidente... assim... a gente pode sofrer... têm muitas pessoas idosas que também moram

sozinhas... e aí eu fico pensando assim, é... até que ponto então temos que limitar isso ou não, já que é um risco que mesmo quem não estiver aqui dentro... mas eu entendo que é uma responsabilidade do hospital... né... também...

Entrevistado: É... Eu falo isso porque assim, ó, não sei se é bom ou ruim... mas assim, como as famílias não tem contato, a gente não teria grandes problemas, mas se fosse família mais presente e acontecesse uma intercorrência grave dessa, a instituição teria com certeza muitos problemas...

(Entrevista com um enfermeiro, 3 de fevereiro de 2022)

Aqui, além dessa ideia de proteção, aparece também a questão dos moradores não terem pessoas de fora da realidade hospitalar para reivindicarem seus direitos e para fiscalizar as diferentes formas de tratamento e cuidado que eles recebiam. Essa é uma questão muito perigosa, porque ela acompanha os profissionais que trabalham com aqueles moradores cotidianamente, uma vez que eles sabem que ninguém de fora irá intervir na maneira como eles lidarão com aquelas pessoas. Nesses procedimentos de cuidado, considerados institucionalmente como terapêuticos, os moradores são diariamente lembrados sobre sua posição como pacientes (MULEMI, 2008) em vez de participantes mútuos de um processo de recuperação e reinserção social, tal como preconizava a própria Lei de Saúde Mental (2001). E, embora tenhamos literatura suficiente que comprove que as opiniões subjetivas também dos pacientes sobre o tratamento que recebem influenciam no resultado da hospitalização (idem; TAMBURINI et al., 2003; SHAW, BAKER, 2004), ainda assim vemos essa questão ser estruturalmente negligenciada.

Cheguei e encontrei T. [morador] deitado no banco, perguntei como ele estava e ele disse que “enraivado”, disse: “Aqui a gente só come e eles não agradam a gente, preciso de nada, preciso sair daqui, sair daqui de pressa, o mais rápido possível!” “Pra onde você gostaria de ir?” “Pra lá pro Norte, essa turma daqui não presta pra nada!”. (Diário de Campo, 30 de novembro de 2021).

Isso nos leva a pensar, por fim, na possibilidade de inversão da lógica tão difundida e já trabalhada anteriormente que faz crer ser necessário, para os moradores, ter um local para morar no interior dos hospitais psiquiátricos, o que justificaria a necessidade da manutenção da instituição e a inexistência dos movimentos de desinstitucionalização. Entretanto, por outro lado, vemos novamente que a instituição também precisa criar mecanismos para manter pessoas vivendo dentro de suas estruturas, pois é essa a única forma de manter sua própria existência. Essa inversão da necessidade, passando da instituição para os moradores é, como dito anteriormente, uma das principais ações que garantem a institucionalização permanente

dessas pessoas. Podendo, em tempo, ser considerada como a principal barreira que inviabiliza a saída dos mesmos.

Dito de outro modo, o que tem ocorrido, e isso fui percebendo após os longos anos de experiência de campo - não somente no Estado de Santa Catarina, mas também no Estado de São Paulo - é essa inversão secular da lógica da dependência. O que mantém a instituição em pé, até os dias atuais, é exatamente esse imaginário social que não tem espaço para criar alternativas outras para aquela condição. Afinal, o primeiro argumento que emerge é: Para onde os moradores iriam? Já o segundo, seria: Quem manusearia os comprimidos que eles *precisam* tomar? E, o terceiro: Como eles conseguiriam fazer suas comidas, cuidar de uma casa, depois de viverem décadas apenas sendo medicados e tendo uma rotina com apenas duas obrigações, de ir ao refeitório no horário da comida e na sala de enfermagem na hora da medicação? Nota-se, aqui, que em momento algum surgem as perguntas: A instituição manterá suas atividades se não tiver moradores em suas alas? Quem ocuparia os prédios vazios caso os moradores fossem desinstitucionalizados? Qual seria o fim daqueles pavilhões, caso fossem esvaziados?

Esse é o ponto principal a que chegamos depois desse longo percurso de Tese. Percebemos, finalmente, que antes dos moradores dependerem de um local para viver, de comida para sobreviver e de medicamentos para continuarem seus tratamentos, temos instituições que precisam deles para continuarem existindo, temos pavilhões que dependem de moradores para continuarem recebendo recursos, temos profissionais que dependem desses espaços para continuarem com seus trabalhos e temos uma necessidade social de manter um local para enviar aqueles casos clínicos que fracassaram. Para onde iria tudo, caso os moradores voltassem a viver de forma livre, em Residenciais Terapêuticos, e não nos hospitais? Será que as internações dos pacientes agudos seriam suficientes para manter uma instituição psiquiátrica funcionando ou eles poderiam ser tratados em hospitais gerais, em leitos destinados a esta demanda social o que provocaria a interrupção das atividades daquele espaço?

Em resumo, a própria instituição psiquiátrica e manicomial precisa manter pessoas vivendo em suas alas para que continue funcionando, mas ela nos faz crer que somos nós, sujeitos sociais, juntamente com os moradores, que precisamos dela. Observem como, depois dos movimentos de Reformas, aqueles hospitais que deixaram de ter moradores acabaram também fechando suas portas. Não precisamos ir longe, no próprio Estado, temos exemplo disso, o Hospital do Rio Maina que, inclusive, enviou os últimos dois moradores para um dos hospitais que fiz essa última pesquisa. Quando os moradores saíram do hospital, esse acabou

por ter suas atividades encerradas e suas alas foram ocupadas por um espaço de tratamento para as vítimas de Covid-19, na época anterior às vacinas da pandemia.

Sem os moradores aquela estrutura de violência e aniquilamento não se sustenta. Essa ideia de necessidade do espaço hospitalar e asilar tomou conta do imaginário social brasileiro referente à loucura e reforçou, de modo generalizado, a ideia da necessidade da prisão perpétua à moda brasileira, impossibilitando, de diferentes formas, a execução de uma efetiva desinstitucionalização. Entretanto, por outro lado, a própria instituição não poderia se manter, se não tivesse vivendo em suas alas, moradores permanentes e os tratamentos, tão ultrapassados e violentos. Não poderiam existir em espaços que garantem os direitos humanos dos internados, nem poderiam ser reproduzidos em outros sujeitos de direito.

5.5) O documento de desinstitucionalização (penal) de Santa Catarina (2023)

No último mês de escrita desta Tese, quando já havia enviado a primeira versão para minha orientadora, consegui agendar uma última entrevista que foi também muito decisiva. Depois daquela conversa, mais uma vez, precisei realinhar expectativas, pois descobri que, no Estado de Santa Catarina, um pequeno grupo de trabalho formado por pessoas da Secretaria do Estado que estavam iniciando movimentações para possibilitar a desinstitucionalização de indivíduos internados em situação de longa permanência. Quando soube, imaginei que seriam os moradores, agentes desta tese, que vivem no interior de hospitais psiquiátricos em condições complexas e precárias. Entretanto, na conversa do que chamei de “Outro último dia em campo”, descobri que não, pois por algum motivo decidiram iniciar esse movimento com outros sujeitos, por hora, os quais estão investigando a possibilidade de desinstitucionalizar os indivíduos que estão internados e apreendidos em um hospital de custódia, instituição localizada na capital do Estado, em Florianópolis-SC.

No começo da pesquisa, ainda em 2020, tentei contato com aquela instituição, mas nunca obtive um retorno. Tinha, naquele momento, interesse em também documentar aquela população e fazer uma parte do trabalho de campo na instituição, entretanto, não foi possível. As tentativas de conversar sobre a pesquisa e as possibilidades de trabalho naquele espaço não obtiveram retorno até os dias atuais. Foi quando decidi focar em moradores de hospitais especificamente, e não em instituições de custódia.

Na conversa que tive no último dia em campo, o que mais ressoou em mim foi uma questão que ainda me persegue, dias antes de enviar este texto para a banca: Por que não começaram pelos moradores? Pelos indivíduos que vivem nos hospitais psiquiátricos? Pelos

seres que vivem nos leitos de saúde mental de forma permanente? Fico me perguntando como essa decisão foi tomada, obviamente que a desinstitucionalização tem urgência em todos os espaços, entretanto, uma desinstitucionalização em um hospital de custódia parece ser ainda mais complexa e, nesta escolha, os moradores foram, mais uma vez, preteridos e invisibilizados. Eles estão vivendo a poucos quilômetros dali, mas, mais uma vez, não foram a prioridade.

A entrevistada, muito emocionada, me contou que os moradores “não são uma questão” para os órgãos reguladores e suas internações “não são vistas como um problema”, uma vez que a condição que vivem ainda é desconhecida. Ela e outras pessoas me contaram que não é fácil conseguir entrar nesses hospitais, que diversas equipes tentaram mas não conseguiram autorização e, antes de continuar nesse tema, preciso abrir um parênteses para reforçar o quanto a Antropologia é uma saída fundamental para viabilizar a desinstitucionalização desses sujeitos (MALUF, 2020; MALUF, ANDRADE, 2017; entre outros). Sem minha formação na área e sem a possibilidade de adentrar a um campo tão fechado e complexo advinda principalmente do método etnográfico, essa pesquisa jamais teria sido possível.

Entrevistas e rápidas visitas jamais teriam adentrado aos espaços que adentrei, o olhar lento, o pesquisar com calma, o ir e vir diariamente, o ouvir, a alteridade, o respeito e o movimento de um *ser curioso*, ou uma antropóloga, foram fundamentais para que as portas do hospital se abrissem para mim. Foi a repetição, o voltar ao campo, de forma cotidiana, que revelou as linhas do que aqui transcrevi. Stoller (1989, p. 6) escreveu sobre a importância de estudos de “longo prazo” por esses nos confrontarem com erros interpretativos de visitas anteriores, uma vez que, segundo o autor, leva-se tempo, não importando a perspicácia do observador, para desenvolver uma compreensão profunda dos outros (DEL SARTO, 2020).

Nesse sentido, as experiências aqui abordadas foram vividas por uma antropóloga que parecia *pisar em ovos* e tentava se manter firme em uma caminhada que exigia leveza, para adentrar o universo dos moradores sem representar mais uma força coercitiva, e firmeza para ocupar um espaço que me exigia atenção e cuidado. Aqui vale retomar uma diferença pontual entre as duas instituições em que fiz campo, que são estruturalmente destoantes. No hospital mais fechado, o ambiente era inegavelmente mais violento e no hospital mais aberto, embora mais humanizado e com mais espaço para a liberdade, a violência também circulava, mas de outras formas, mais subentendida, mais nas entrelinhas, como na impossibilidade de acesso ao próprio dinheiro, na falta de liberdade para sair do hospital e na punição dos desejos que fugiam da rotina, por exemplo. De certa forma, o campo no hospital mais aberto foi muito

mais tranquilo, o medo não me percorreu em nenhum momento e a construção de um espaço de pesquisa amoroso foi viabilizada de forma mais rápida.

Ainda não tinha falado sobre isso, sobre a construção de um *campo amoroso* no interior de hospitais psiquiátricos, mas não consigo agora, olhando para a trajetória que tenho percorrido, pensar em outra possibilidade de definição. Construímos juntos essa metodologia, eu e os moradores com quem tenho convivido, desde que iniciei as pesquisas no mundo da etnografia de hospital, ainda na graduação, no Estado de São Paulo. O campo amoroso não pode ser pensado de forma romantizada, como algo que só flui para o lado da felicidade ou até mesmo da facilidade, ele, na verdade, exige uma empatia e um deslocar de perspectiva para a compreensão de um espaço que cria recorrentemente a possibilidade da violência, do medo e do terror. No campo amoroso, ao mesmo tempo em que o pesquisador sabe que precisa continuar a pesquisa, ele também faz temer a possibilidade de chegada em um espaço que também aniquila ações. Desenvolver um espaço de amor, num ambiente de violência, parece ser uma romantização sem tamanho, mas essa pesquisa foi construída assim, através de um olhar atento aos moradores que eram os sujeitos principais desta pesquisa, eles me guiaram no hospital e as questões que aqui levantei foram também levantadas por eles, principalmente no hospital mais aberto, onde tínhamos mais espaço para fazer subsistir espaços de fala e manutenção de desejos, mesmo que somente no âmbito do contar, principalmente quando pensamos nos sonhos.

Voltando para o último dia em campo, esse tópico só foi possível por estarmos inseridos em uma pesquisa em *movimento*, e, nesse caso, o movimento foi fundamental, pois ele mostrou que a zona de conforto está, uma vez mais, sendo combatida. É como se o redemoinho manicomial estivesse, por hora, adormecido, e, mais uma vez, ganhamos a possibilidade de mudar a realidade manicomial que vivemos. O que apresento agora, depois desse encontro, é um “diagnóstico” que foi feito, dessa vez por uma Equipe do Estado. Valioso em suas contribuições, infelizmente ainda não abarcou os dois hospitais nos quais fiz pesquisa de campo, uma vez que, como já disse anteriormente, o hospital mais aberto não é reconhecido como um hospital psiquiátrico, embora tenha vários pavilhões com leitos de saúde mental que são moradias permanentes de sujeitos, e o segundo hospital, embora seja psiquiátrico, não é uma instituição de custódia. A equipe optou por fazer um “Plano de ação de estratégia para redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei”, ou seja, os indivíduos que têm vivido longas internações no interior de hospitais de custódia.

O documento foi transcrito a partir da Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023 que visa, em termos gerais, a desinstitucionalização de pessoas internadas em situação de conflito com a lei. A questão dos moradores não é citada em nenhuma parte da nova resolução e também não aparece no Plano de Ação do Estado, o que reforça, mais uma vez, o que tenho trabalhado nesta Tese, sobre a questão da invisibilização dessa população de residentes de hospitais psiquiátricos, que ainda não têm para si uma resolução para promover suas desinstitucionalização. O desconhecimento desse espaço é inegável e esta Tese será, talvez, um primeiro trabalho que revela essa condição atual no país. Nas linhas dos documentos, a institucionalização psiquiátrica permanente em hospitais parece ser um tema superado, resolvido depois da promulgação da Lei de Saúde Mental (2001), e o que vemos neste trabalho é algo muito diferente disto.

Como já pincelei anteriormente, após essas novas informações, tive finalmente a resposta à minha pergunta do *por que* terem iniciado pelo hospital de custódia e não pelos hospitais psiquiátricos, pois a condição dos moradores não é sequer conhecida, ainda não tinha sido documentada (agora está sendo através destas linhas) e a realidade na qual vivem é totalmente invisibilizada. Tive certeza dessa constatação, quando li a Resolução assinada pela Ministra Rosa Weber e publicada pelo Conselho Nacional de Justiça. Naquele documento, a desinstitucionalização penal é priorizada e vista como um grande avanço para as políticas antimanicomiais, entretanto, a questão dos hospitais que viraram residência permanece inalterada e oculta.

Já no início, são apresentadas algumas considerações advindas da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 2016, que merecem um destaque na nossa discussão: “[...] reafirma as obrigações dos Estados Membros em promover e proteger todos os direitos humanos e liberdades fundamentais e garantir que políticas e serviços relacionados à saúde mental cumpram as normas internacionais de direitos humanos.” (p. 2); Aparece também o Relatório do Alto Comissariado para os Direitos Humanos das Nações Unidas de 2017, que recomenda a qualificação dos serviços de saúde mental, com o intuito de “[...] acabar com a prática do tratamento involuntário e da institucionalização” com o objetivo de promover a “[...] criação de um ambiente político e legal que assegure a garantia dos direitos humanos das pessoas com deficiências psicossociais” (idem); E ainda, considera a Resolução CNJ n. 113/2010 e a Recomendação CNJ n. 35/2011, que têm como objetivo “[...] adequar a atuação da justiça penal aos dispositivos da Lei nº 10.216/2001, privilegiando-se a manutenção da pessoa em sofrimento mental em meio aberto e o diálogo permanente com a rede de atenção psicossocial;”.

No Art. 1º, o objetivo do documento é redigido:

Instituir a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, por meio de procedimentos para o tratamento das pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial que estejam custodiadas, sejam investigadas, acusadas, réis ou privadas de liberdade, em cumprimento de pena ou de medida de segurança, em prisão domiciliar, em cumprimento de alternativas penais, monitoração eletrônica ou outras medidas em meio aberto, e conferir diretrizes para assegurar os direitos dessa população.

Partindo desses pressupostos, o Plano de Ação Catarinense foi escrito com intuito de pensar na desinstitucionalização dos HCTPs (Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico), apresentando “[...] uma proposta de transição de modelo manicomial, atualmente vigente, para o modelo antimanicomial proposto pelo Conselho Nacional de Justiça.” (p. 1). Tem como fim criar estratégias para redirecionar o modelo de atenção às pessoas com transtornos mentais em conflito com a Lei e, para tanto, a equipe tem feito um levantamento da atual situação do Estado, documentando os desafios enfrentados pela Rede de Atenção à Saúde (RAS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O primeiro ponto desse levantamento nos mostrou, como dito anteriormente, a invisibilidade da questão dos moradores e, partindo para a segunda questão, podemos apreender da nova documentação uma valiosa atualização sobre o cuidado da saúde mental catarinense.

O documento aponta que como a RAPS é operacionalizada por um sistema de pactuação tripartite (instâncias do Governo Federal, os Estados e Municípios), os gestores municipais “[...] não têm a obrigatoriedade de instalar estes serviços uma vez que são instituídos por adesão, somado à condição de “gestão plena”, onde a organização do sistema municipal de saúde, incluindo a dos prestadores de serviços vinculados ao SUS, tem o município como comando único (BRASIL, 2003)”, o que provoca a necessidade de diálogo entre as três instâncias para a tomada de decisões e também para a fundação de novos espaços para a acolhida dos indivíduos desinstitucionalizados.

No Estado, que tem 295 municípios, há atualmente 110 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e apenas 4 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), no plano, constatam que temos um óbvio *déficit* desses serviços:

Diante deste cenário, constata-se ainda um déficit de serviços residenciais terapêuticos (Residencial de Acolhimento Permanente), para dar suporte às pessoas sem vínculo familiar/social com histórico de sofrimento psíquico e sucessivas internações ao longo da vida, e, Unidades Acolhimento (Residencial de Acolhimento Transitório) para suporte aos usuários com necessidades relacionadas ao uso abusivo de substâncias psicoativas.

Já sobre os leitos de saúde mental, temos três divisões. Primeiro, temos 852 leitos psiquiátricos em hospitais especializados de código 47 no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Esses, estão contratualizados pela Política Hospitalar Catarinense (PHC) e são pagos através de Autorização de Internação Hospitalar (AIH):

Para a composição dos leitos de saúde mental as unidades hospitalares classificadas na Política Hospitalar Catarinense poderão ter até o número máximo de 30 (trinta) leitos de Saúde Mental, desde que não seja a maioria do total de leitos gerais, devendo estar adequados à legislação vigente na área. São exigências para o hospital receber incentivo para leitos de Saúde Mental na Política Hospitalar Catarinense, ter médico clínico 24 (vinte e quatro) horas e trabalhar com plano terapêutico singular.

O valor desses leitos variam, inclusive entre os indivíduos que compuseram o campo desta pesquisa. No primeiro hospital, que era mais aberto, o valor é de R\$1.078,00 e no segundo hospital, mais fechado, o valor é de R\$1.227,00 para a ala de moradores. As outras alas podem receber parcelas diferentes, a depender do contrato em que estão inseridas. Depois, temos no Estado os Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, codificados pelo número 87 no CNES, sendo custeados pelo Ministério da Saúde, no valor de R\$5.610,11 por leito e incentivo de R\$4.000 por leito em parcela única. Por fim, temos em Santa Catarina os Leitos de Saúde Mental em Hospital contratualizados pela Política Hospitalar Catarinense (PHC), neste modelo,

As unidades hospitalares recebem para atendimento de saúde mental um recurso fixo mensal e um montante variável por leito/mês de acordo com o número de leitos disponibilizados. As AIHs continuarão sendo processadas para os atendimentos realizados nestes leitos. Os valores de incremento para os leitos de saúde mental em 2021 serão mensalmente R\$10.000,00 como parcela fixa para o hospital que tem leitos de saúde mental implantados. Soma-se a este incremento o valor de R\$1.500,00 por leito de saúde mental adulto e R\$2.000,00 por leito de saúde mental pediátrico disponíveis para a regulação estadual.

No total, a rede SUS estadual possui 987 leitos de saúde mental habilitados e, vale pontuar, os residentes de um dos hospitais no qual esta pesquisa foi realizada não estão contabilizados. Esses dados, embora extremamente importantes pelo que revelam, das condições econômicas da manutenção das alas com leitos de saúde mental, bem como a diferença entre os leitos de longa permanência e os leitos de rápida ou temporária internação nos reforçam ainda mais a ideia do retorno da massa ao manicômio. Primeiro porque, sendo a condição desses espaços desconhecida, uma vez que é proibido entrar nas alas desses hospitais públicos até mesmo no caso de visita a familiares, muitas pessoas acabam por

internar seus parentes acreditando serem esses espaços um lugar de cuidado e tratamento. Ainda em campo, acompanhei o caso de uma mãe que levou sua filha para ser internada no hospital mais fechado e foi-me dito que ela só poderia ver a filha uma semana depois da data da internação, pois poderia interferir no tratamento. Dentro do hospital, acabei cruzando com a jovem, que também fazia doutorado na UFSC e tinha a mesma idade que eu, 27 anos. Quando ela me viu, me pediu, desesperadamente, para ajudá-la a sair daquele espaço. A equipe logo interviu, levando-a para dentro da ala de pacientes agudos. Lembro de vê-la extremamente medicada e com um aspecto de adoecimento muito assustador. O responsável veio conversar comigo dizendo que pelo fato de ter falado comigo, ela agora corria perigo, pois eu “desestabilizei” o seu tratamento. Naquele dia não me dei conta da violência que também passei, pois carreguei uma culpa de ter ouvido uma pessoa que estava internada. O que afetaria sua situação, na imagem do profissional, não era a condição caótica que ela estava vivendo naquela internação não terapêutica, mas o fato dela ter encontrado alguém que poderia ouvi-la naquele ambiente aniquilador. Por sorte, sua mãe acabou levando-a embora do hospital antes dos sete primeiros dias e ela não foi mais internada.

Esse caso nos mostra o quanto o desconhecimento sobre esses espaços pode ser perigoso, pois com os altos investimentos e incentivos para que hospitais tenham leitos de saúde mental, passa ser interessante para as instituições que mantenham novos internados em suas alas, o que nos leva, uma vez mais, para a analogia machadiana de “O Alienista”, onde todos acabam sendo internados. Em segundo lugar, emerge o problema da falta de fiscalização para regular esses internamentos, uma vez que o acesso a essas alas é rotineiramente negado. Sendo um espaço público em que indivíduos têm suas condições de sujeito negadas, não deveria ser permitido a qualquer ser social uma visita naquele espaço? Se é um lugar de cuidado e tratamento, porque precisa ser tão fechado? O isolamento é terapêutico? Por fim, em terceiro lugar está o problema da transparência, pois é um direito da população conhecer os espaços públicos em que seus pares são internados.

Já sobre a lógica da inversão da necessidade, para finalizar este tópico, podemos notar que ela ainda atua nesse aspecto. Como relatei anteriormente, há mais incentivo para hospitais gerais ou para internações rotativas nos leitos de saúde mental, e o valor que os moradores recebem é muito baixo se comparado às novas internações. Por outro lado, assim como foi-me dito, na última entrevista, a internação dessa população que vive há décadas institucionalizada é também a mais barata se comparada com outros tratamentos oferecidos pelo SUS, pois os medicamentos que recebem são praticamente os mesmos e não há custos significativos

advindos de outros procedimentos, como anestésicos, cirurgias, entre outros. O tratamento é somente medicamentoso, não há uma rede plural de profissionais atuando naqueles espaços e esses não têm nem mesmo seus próprios pertences, ou seja, ainda que seja pouca a verba que os hospitais recebem, ainda assim, em volume, os moradores representam um lucro para a instituição. Nesse movimento, a lógica da inversão ganha duas dimensões, a primeira que omite a necessidade de manter os moradores para a manutenção da própria instituição e, no segundo momento, a omissão da própria lucratividade desses espaços que carregam a função de manter esses modelos degradantes ainda hoje abertos e em funcionamento no nosso país.

Considerações Finais

Despedidas sempre doem, e estou aqui, mais uma vez, escrevendo sobre elas. Me doeu fundo dessa vez. Vivi um campo limite, perigoso, estressante e caótico. Tive vontade de desistir, me arrastava para os hospitais, com o coração, literalmente, na mão. Persisti. Fui. Sem pensar. Mas fui. Continuei. Mergulhei. Simplesmente me permiti viver. Pela primeira vez, não tive estômago para escrever sobre todos os dias rigorosamente no diário de campo. Sofri, chorei, me angustiei. Me senti perdida. Não vi saída. Senti, senti muito, senti tanto, senti demais. Doeu. Muito. Ainda dói. Precisei parar e respirar, para continuar. Os fins de semana foram vitais. Muito. O último dia foi triste, a fase conturbada tinha se acalmado, as situações de violência tinham amenizado, parecia que tudo era calmo... Sorri, abracei e agradei. Agradei por terem me recebido e acolhido. Por terem aberto as portas e fazerem minha pesquisa possível. Olhei no olho, apertei mãos, dei abraços. Agradei muito, um por um, e me despedi [...] Disse que estava grata por ter aprendido tanto, por terem me recebido com tanto carinho. S. [moradora] me perguntou quem ficaria no meu lugar agora, G. [moradora] disse: “Gostei tanto de ti... não vai voltar mais?”, N. [moradora] olhou nos meus olhos e começou a chorar alto, muito alto, gritou: “Eu não queria que fosse embora... eu gostei tanto de ti... eu falo tanto... falo mais que a boca... mas você me escuta... com quem vou conversar agora?” [...] Choramos juntas. Sr. J. [morador] cravou seu olhar em mim. Que tristeza. Agradei ele e ele me agradeceu de volta... “A vida é bela, Sabrina. A vida é bela!”, os olhos encheram de água, “Não chora, Sr. J...”, “Eu tô chorando, só chorando, Sabrina, gostei de ti, gostei de ti.”, “Isso é carinho, Sr. J., é saudade adiantada.”, “É saudade, é saudade, Sabrina”. Sai pela porta sem forças, vendo o olharzinho de Sr. J. pelo vão da porta de madeira, um olhar que ainda olha pra fora... Que dor... (Diário de Campo, 9 de maio de 2022).

Escrevi a passagem acima em um dia em que as emoções se misturavam à tecitura de uma pesquisa que teve, como instrumento de trabalho principal, o próprio corpo da pesquisadora que a percorreu. Essa ideia, do corpo como instrumento em campo, aparecia muito nas discussões com a professora Sônia Maluf, que compôs a banca de defesa e qualificação desta Tese. Por este motivo, vale destacar que esta pesquisa foi construída a partir de relações muito profundas, horizontais e sinceras, além de um respeito e admiração notáveis. Essa passagem do diário foi escrita no último dia que fui ao segundo hospital, aquele que era “mais fechado”, no dia em que estava finalizando meu trabalho de campo. Li outro dia, que pessoas são como música, elas só existem se alguém as escuta e, naquele dia, o ato de escutar se revelou como uma das principais tarefas que realizei ao longo destas investigações. Foi escutando os sons e ruídos do ambiente asilar, e também dos moradores e dos profissionais (de dentro e de fora da instituição) e trocando experiências diárias, em uma etnografia de hospital que me fazia registrar cada detalhe em um diário de campo, que pude finalmente chegar em algumas constatações.

Uma pesquisa construída a partir de relações e de uma observação interativa negociada (WIND, 2008) é, ao meu ver, a única maneira que possibilita uma aproximação da vida institucional em hospitais psiquiátricos. Foi somente indo diariamente naquele local e passando muitas horas com os residentes, que pude ver as portas do campo se abrindo para mim. O momento de escrever no diário, reunindo as experiências que tive com as anotações que fazia era, praticamente, ritualístico, era naquela oportunidade que eu podia aprofundar nas experiências que estava vivendo e tentar organizar tudo aquilo que experimentava e sentia. Por isso meus escritos se misturavam e, além de descrições densas, também escrevia sobre o que sentia e experimentava.

Naquele ambiente institucional, não bastaria entrar nos hospitais e simplesmente fazer algumas entrevistas, pois eu precisava que os moradores escolhessem compartilhar suas vivências comigo, em uma temporalidade que pertencia àquele ambiente e era, para uma vida agitada, algo lento e demorado. Por isso escrevi que sentia estar pisando em ovos, porque vivi um campo delicado e potente ao mesmo tempo e convivi com pessoas que careciam muito, mas também doavam na mesma frequência. Isso era muito complexo, pois muitos daqueles sujeitos têm passado anos sem poder compartilhar o que vivem ou o que sentem. Parecia uma ênfase do que Walter Benjamin (2012, [1985]) constatou muitos anos atrás, quando escreveu sobre as vias de extinção da comunidade dos ouvintes e, dentro de um hospital psiquiátrico, aquilo se potencializava.

Aos poucos, os moradores abriram as portas do mundo institucional para mim e foi, convivendo com eles, na rotina cotidiana, que pude escapar das *ciladas da lógica manicomial*, que têm reificado verdades na nossa sociedade. Eles me mostraram, nas entrelinhas de nossa convivência, que o modelo institucional que ainda mantemos no país é insustentável, além de revelarem os perigos da escassez de recursos e de políticas que fomentem a desinstitucionalização no país, principalmente, para nós que vivemos em uma sociedade adoecida que carece de cuidados nessa esfera. Além do mais, foram eles que mostraram, a partir do cotidiano institucional e de suas experiências singulares, como o mundo hospitalar asilar é habitado atualmente no Brasil, situação essa desconhecida por grande parte da população.

Nenhuma justificativa de falta de alternativa, baixos investimentos e desconhecimento público daquela condição pode ser suficiente para conformar um impulso de mudança daquele espaço e, em certa medida, de transformação e criação de novos serviços. Muitas vidas já foram dilaceradas por essas instituições no nosso país, já fomos comparados a campos de concentração nazista e, ainda em 2024, data em que finalizo a escrita desta Tese,

mantemos pessoas vivendo de forma precária em instituições psiquiátricas públicas. Nós, enquanto seres sociais, temos também uma parcela de responsabilidade, assim como as políticas, os nossos governantes e a própria movimentação econômica neoliberal que tanto alimentamos.

Chamo atenção para a necessidade de urgência uma vez que podemos vislumbrar, num futuro próximo, não o fim da institucionalização, mas um retorno em massa para os manicômios no país, tal como no conto machadiano *O Alienista*, num movimento da vida imitando a literatura, talvez, quando todos os indivíduos passam a ser potenciais pacientes para ser internados nessas instituições. As contas não fecham, temos altos índices de pessoas medicadas, os maiores níveis de diagnósticos psiquiátricos da história nacional, população em situação de rua crescendo, assim como a pobreza, a fome e o adoecimento. Além do mais, o próprio sofrimento psíquico tem atingido todas as camadas sociais de um modo avassalador. Neste movimento, antes de ações para desestruturar esses espaços que já provaram ser insuficientes, alas psiquiátricas públicas são inauguradas e reformadas e os movimentos para a desinstitucionalização dos moradores continuam inexistentes, ao menos no Estado de Santa Catarina.

Além desse histórico, o Brasil tem passado por um momento que afeta todas as conquistas das reformas que vivemos no campo da psiquiatria. Através da ideia de uma suposta lei de contrarreforma psiquiátrica, profissionais buscam direcionar esforços para promover o retorno ao modelo manicomial centralizado na hospitalização e medicalização dos pacientes, alimentando uma política de mercado utilitarista. Encontramos, uma vez mais nessa nova tendência, mecanismos de desestruturação da própria Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), além do aumento no valor da diária de internação para alimentar a lógica mercantilista da loucura, a não regulamentação do fechamento de leitos com a desinstitucionalização, o enfraquecimento dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais com a exigência de taxa de ocupação de 80% para mantê-los, o retorno de unidades ambulatoriais especializadas, o enfraquecimento das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Equipe de Saúde da Família (ESF) e o CAPS; entre outros (CRUZ, GONÇALVES, DELGADO, 2020).

A própria Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2022, divulgou uma revisão mundial sobre saúde mental e alertou para os riscos sociais dessas movimentações. No documento, os agravos psicossociais aparecem como uma interação entre os sofrimentos psíquicos de longa duração com as barreiras sociais, o estigma, a discriminação e a exclusão, que impedem a participação plena e eficaz do sujeito na sociedade e no seu próprio

tratamento, e, mesmo tendo literatura suficiente que comprove que as opiniões subjetivas dos pacientes sobre o tratamento que recebem influenciam no resultado da hospitalização (idem; TAMBURINI et al., 2003; SHAW, BAKER, 2004), ainda assim vemos essa questão ser estruturalmente negligenciada, uma vez que os residentes catarinenses vivem em condição de desigualdade com seus pares. Esses direitos, que deveriam ser garantidos, são:

Direito a: vida; reconhecimento igual perante a lei (capacidade jurídica); acesso à justiça; liberdade e segurança da pessoa; ausência de exploração, violência e abuso; viver de forma independente e ser incluído na comunidade; habitação e reabilitação; saúde, educação, trabalho e emprego; padrão de vida e social adequados proteção; e participação na vida política e pública. (OMS, 2022).

Entretanto, pudemos observar, a partir dos fluxos desta Tese, que os indivíduos internados como moradores permanentes não têm usufruído de forma total e igualitária desses direitos pré-estabelecidos que deveriam ser assegurados. Caminhando em direção às constatações da pesquisa, ressalto que antes de apresentar respostas, o que mais emergiu foram situações de incompreensão. As pretensões de escrita sobre aqueles cenários, bem como os impulsos para realizar uma pesquisa científica naqueles ambientes, de dois hospitais psiquiátricos que mantêm moradores permanentes em suas alas ainda hoje, me fez percorrer longos caminhos e seguir fluxos que, em muitos casos, até me distanciavam dos lugares que almejei inicialmente chegar, ou das respostas que buscava no início das investigações. Começar as páginas em branco, de cada um dos capítulos, foi um desafio amargo que me misturou com aquilo que eu estava escrevendo. Digo isso porque, como citei anteriormente, em momento algum pretendi seguir nesses escritos uma neutralidade axiológica, entretanto, busquei sempre ser fiel a aquilo que o campo me revelava.

Quando trazemos essa discussão da neutralidade, pode emergir, novamente, a questão do *posicionamento paciente-advocativo* que, para muitos autores, deve ser evitada. Entretanto, no caso da institucionalização permanente em hospitais psiquiátricos esta questão é invertida, pois, através das cenas que apresentei, seria impossível ter outro posicionamento depois daquelas experiências. Vale lembrar que ser vulnerável não é sinônimo de ser vítima (DAS et. al, 2001) e que, talvez, reconhecer a vulnerabilidade também dos outros setores, como por exemplo a sobrecarga e a desvalorização que os profissionais estavam expostos, pode ser uma saída possível para não ter somente um posicionamento *advocativo*, mas vários, uma vez que a lógica manicomial age nos diferentes atores que vivem naquele espaço, tal como nos profissionais e familiares, expressando situações de violência em diferentes níveis e modelos.

Foi por essas incompreensões que, nestes escritos, acabei por percorrer fluxos também contraditórios, pois coloquei em questão muitas certezas que tinha, desconstruí afirmações e, no mesmo movimento, destruí muitas delas. Não é novidade que, quando se trata do tema da loucura e da institucionalização psiquiátrica, não conseguimos construir conhecimentos sobre sólidas bases, é um campo que está há séculos em construção, entretanto, podemos dele extrair também algumas certezas inquestionáveis.

Iniciando pelas contradições, elenquei a seguir três delas, que foram, de certa forma, pontos-chave na Tese. A primeira contradição que enfrentei foi percebida quando descobri, já em campo, que perseguir os movimentos micropolíticos dos moradores não seria assim uma tarefa tão possível quanto foi nas pesquisas em outro hospital psiquiátrico que realizei anteriormente, no Estado de São Paulo, na graduação e no mestrado. Me deparei com um campo, agora no doutorado, muito mais fechado, limitante e aniquilador. Embora eu tenha encontrado algumas formas de subsistência de particularidades dos moradores, precisei realinhar minhas próprias expectativas, pois esperava vivenciar um espaço que possibilitasse uma frequência muito maior delas e esta não foi a realidade que encontrei em Santa Catarina.

A segunda contradição ocorreu quando fui capturada pela lógica manicomial, durante a escrita da pesquisa. Explico melhor, acabei por entrar naquela *cilada* que faz crer ser a institucionalização a única alternativa para o caso específico dos moradores. Cheguei a colocar em questão o que seria pior, *estar trancado em uma instituição ou ser livre, mas não ter assistência e viver em situação de rua*. Naquele momento, percebi que estava sendo consumida pela própria lógica manicomial, que cria em nós mecanismos que nos impossibilitam de ver alternativas outras, tornando a sua própria existência algo necessário, natural e, em certa medida, até ontológico. Repeti, no momento da pesquisa, o mesmo movimento dos moradores e dos profissionais, pois todos nós, em certa medida, entramos juntos na lógica da necessidade asilar da instituição para colocar entre parênteses a condição precária de vivência dos moradores.

Na terceira contradição, escrevi, no início da Tese que os hospitais não podiam ser pensados como ilhas isoladas, visto que reproduziam os padrões culturais da sociedade em que estavam inseridos. Entretanto, no último Capítulo, relendo o material etnográfico, percebi também que, de certa forma, os espaços em que fiz pesquisa de campo pareciam sim estarem envoltos por barreiras que os colocavam em espécies de ilhas, isoladas da comunidade que estavam inseridos.

Notei isso, principalmente, depois de participar das Conferências de Saúde Mental de Santa Catarina e de alguns eventos especificamente sobre saúde mental. Me alarmou

descobrir que a condição dos moradores não era conhecida nesses espaços, muitos profissionais não tinham consciência da permanência daquele formato de tratamento e descobri que a invisibilização deles não estava resumida à ordem social, mas podia ser encontrada também dentro dos próprios espaços de construção de reformas e lutas direcionados à lógica antimanicomial. Nessa toada, a analogia da ilha hospitalar parecia sim fazer sentido, pois, embora o hospital estivesse reproduzindo os padrões culturais do espaço em que estava inserido, era também um lugar escamoteado, escondido, onde a sociedade, como um todo, não conseguia entrar. A vivência daquelas pessoas, que experimentam uma espécie de *prisão perpétua à moda brasileira*, ainda estava exposta aos tratamentos retrógrados e ultrapassados e grande parte dos movimentos revolucionários não chegavam para aqueles sujeitos.

Nesse sentido, o tema fundamental da pesquisa foi delineado através de investigações sobre a institucionalização psiquiátrica pública e permanente, bem como as barreiras que encontrei em campo e que impedem os processos de desinstitucionalização dos residentes. Precisamente, investiguei, a partir das trajetórias de vida dos moradores, das teorias acadêmicas sobre institucionalização psiquiátrica e dos documentos oficiais pertencentes aos hospitais e às políticas de saúde, os mecanismos que contribuíram para reificar a institucionalização psiquiátrica permanente, mesmo com processos de Reformas sempre em movimento no país. Em segundo plano, guiava a pesquisa a necessidade de documentar a existência daqueles sujeitos, além de expor, também, a condição que vivem.

O que vi nos dois hospitais nos quais fiz pesquisa de campo foi, de forma resumida, uma reificação da lógica de desumanização típica do regime autoritário e neoliberal que prevê, para os sofrimentos psíquicos, tratamentos fundamentados em um viés punitivista e excludente. As repetidas denúncias em diferentes relatórios e a partir de profissionais que buscavam reformas naqueles espaços não foram suficientes para provocar a mudança esperada naquela condição. A pesquisa revelou que é possível e necessário refletir sobre a institucionalização psiquiátrica permanente para além das formas repressivas e estruturantes explícitas, trazendo também à luz as trajetórias que percorrem esses espaços, ou seja, as experiências daqueles residentes que vivem nessas alas. Essa nova contribuição auxilia na efetivação de novos arranjos para a condição que vivem, uma vez que as intimidades institucionais são muito pouco reveladas na nossa sociedade e os pacientes são apresentados, em muitos casos, apenas através de números.

Por esse motivo é que busquei documentar aquela população de moradores que vivem atualmente nas instituições e, em seguida, optei por investigar, a partir da etnografia de

hospital, a condição manicomial que esses sujeitos estavam experimentando ao longo de suas vivências. Ao contrário das memórias trabalhadas por Veena Das (2020), sobre a Partição na Índia, essa realidade precisou *ser escavada e colocada à luz*, principalmente neste momento em que o país tem enfrentado consecutivos retrocessos no campo da saúde mental.

Constatei, de diferentes formas, mas em todos os capítulos da Tese que, a partir de recorrentes formas de silenciamentos, despersonalizações e falsos ideais de proteção e segurança, a necessidade da instituição naquele modelo insustentável é reificada na nossa sociedade. Em outras palavras, sabemos que no ambiente institucional psiquiátrico, os moradores vivem em um campo de desconsiderações e a institucionalização, embora justificada em termos de proteção, longe de assegurar direitos civis, cria uma noção de dependência, num movimento que escamoteia, de diferentes formas, o outro lado do espelho. É por esse motivo que reitero a necessidade dos estudos antropológicos no interior desses espaços hospitalares e asilares, pois, apenas a partir das particularidades da etnografia de hospital, é que conseguimos chegar nesses lugares íntimos das instituições e a partir dela entramos em espaços que são, por séculos, negligenciados e escondidos.

Os próprios motivos para a internação dos moradores, nas diferentes épocas, nunca estiveram resumidos à esfera terapêutica, e muitos indivíduos foram internados a partir de justificativas morais e sociais. Naqueles espaços, coabita ainda uma regulação biomédica dos corpos que reforçam argumentos neuroquímicos que afetam a consciência social sobre as expressões de mal estar psíquico (MARTINEZ, 2023). Além do mais, esses discursos têm fomentado um posicionamento dominante sobre as diferentes instâncias da vida (FOUCAULT, 2010; CUNHA, 1986), invadindo, com a lógica manicomial, múltiplos espaços sociais. Nesse raciocínio, a institucionalização como moradia e tratamento não é reificada pelo campo médico, mas sim pelo campo social e pela necessidade de moradia e medicalização dos residentes. Nos próprios prontuários dos moradores, percebi uma ausência significativa do dado “diagnóstico” (61,8%), além de encontrar um caso de uma moradora que tem em seus documentos a seguinte frase: “Paciente não tem sintomas de psicose”, entretanto, ela ainda vivia no hospital.

Nos primeiros capítulos da Tese, chamei esse ciclo institucional de redemoinho manicomial, quando as situações de superlotação, escassez e recorrência de violências acabam por fazer com que instituições psiquiátricas sejam reformadas, com novos modelos de cuidado e tratamento, que acabarão por desembocar, no futuro, em novas situações degradantes, sendo apenas uma questão de tempo entre uma denúncia, as reformas e o retorno ao modelo denunciado.

A história brasileira referente à institucionalização psiquiátrica, traçada no primeiro Capítulo, revelou essa circularidade recorrente, tanto dessas revoluções, quanto desses retrocessos. As situações de precariedade, violência e alta taxa de internação também apareceram em praticamente todo o histórico do país, além das denúncias de serem os locais destinados à loucura degradantes. Obviamente que em alguns casos, graças à revolução humanista de alguns profissionais, os espaços de internação da loucura tiveram alterações nas formas de tratamento e passaram a respeitar os direitos dos internados, entretanto, ao menos no Estado catarinense, a lógica manicomial persistiu e bastava a troca do quadro de profissionais ou qualquer outro impedimento, para que essa situação voltasse ao espaço de internamento, revelando a lógica do redemoinho, que sustenta uma permanência dessas condições. Esse mesmo redemoinho expande a noção cíclica, combinando-a com as redes de relações que são construídas nesses espaços, trazendo para a interpretação o movimento e a possibilidade de construção e desmonte.

Até mesmo as instituições que foram fundadas justamente para combater a lógica manicomial, com o passar dos anos, acabaram por repetir as situações de violência e superlotação. Para a manutenção dessa condição, utilizam uma espécie de ideia de *instituição-necessária*, criando imaginários que estigmatizam a loucura para comprovar a necessidade da exclusão. Como vimos anteriormente, no ciclo da institucionalização, a ordem dos fatores, dialeticamente, primeiro cria a necessidade social e ilusória da instituição, que pode ser também pautada na ideia de “caridade”, para ajudar quem sofre daquele “mal”. Depois do espaço para institucionalizar fundado e, a partir do momento que começa a atuar, esse caminha em direção ao seu próprio esgotamento. O manicômio não parece sobreviver sem essas características, pois são elas que o fundam, o sustentam e o fazem permanecer.

Em resumo, podemos então notar que muito do que era constatado anos atrás ainda reverbera atualmente, de forma repetida e cíclica, a partir da função institucionalizante dos hospitais psiquiátricos sobressaindo à função do cuidado, tendo os hospitais catarinenses a característica principal da perpetuação da instituição manicomial. Ao reformarmos os hospitais psiquiátricos, as expressões de violência que esses ambientes representam continuam a existir e proliferam, dentro e fora dos muros. Elas reificam a lógica da necessidade do aprisionamento, reforçam o imaginário social que exclui esses sujeitos e transformam, em última instância, pessoas vivas em casos clínicos fracassados e irreversíveis.

Os próprios profissionais que trabalham nesse ambiente também estão tomados pela mesma lógica e as sobrecargas nas condições de trabalho, a ausência de formação específica para a saúde mental e a escassez de recursos para os tratamentos, fazem com que também

tenham em si expressada a violência da instituição. Além disso, a falta de fiscalização e de transparência também atuam de modo direto na maneira que os tratamentos são desempenhados e escolhidos. Também me confidenciaram que, em ambos os hospitais, não há uma equipe multiprofissional trabalhando com os moradores e todo o cuidado é feito apenas pela equipe de enfermagem e os técnicos de enfermagem, o que causa, como podemos imaginar, uma sobrecarga dos profissionais e uma expectativa de que atendam papéis que fogem de seu campo de atuação.

No caso dos moradores, ao conviver com eles pude perceber que era muito raro que suas queixas fossem vistas como denúncias ou atendidas como um pedido possível, na maioria dos casos, suas condições de “indivíduo” eram negadas, uma vez que muitas falas eram interpretadas no plano do “delírio”. Eles eram silenciados diariamente e, atrelado a isso, estava o sentimento de dependência, criado também cotidianamente, que era usado para fortalecer essa estrutura em um cenário que, antes de tudo, faz com que os pacientes restrinjam sua própria agência.

Nessa lógica, a “obediência” ainda aparece como uma forma de proteção e, antes de tudo, uma forma de evitar as punições, como a injeção ou a medicação “educativa”. A ideia do “bom paciente”, que não questiona, não reclama e não é solicitante, esteve muito presente nos hospitais e quando um morador fugia do comportamento esperado, como quando questionava o porquê de uma nova medicação, ou se recusava a fazer determinada atividade, eram prontamente silenciados. Obviamente que não poderia generalizar essas ocorrências e, vale pontuar que encontrei alguns profissionais que tentavam escapar daquela lógica, entretanto, na maioria dos casos essa situação acontecia de forma repetida. Como citei, somente no Diário de Campo, a ocorrência de injeção como forma de punição apareceu em 22 situações e isso, talvez, impedia que os moradores desenvolvessem as micro dinâmicas das experiências singulares que eu tanto procurava (PETITMENGIN et al., 2019).

O próprio ato de institucionalizar, em si, parece um ato de misturar, ele faz confundir fronteiras e age misturando sujeitos e lugares em uma incansável busca por padronizações e silenciamentos. Falar sobre as tendências da instituição não significa desconsiderar aquilo que a ela escapa, porque, embora ela tenha tendências de uniformização de sujeitos e comportamentos, ela é também o *locus* onde as tendências de extrapolá-la nascem. É, portanto, inegável que os moradores e a instituição estejam amalgamados construindo suas histórias simultaneamente e, ainda que de forma rara, os moradores encontram algumas brechas para fazer subsistirem algumas de suas particularidades, como através do ato de sonhar, quando aparecia de forma repetida a imagem deles fora do Hospital em que viviam.

Outra questão descoberta foi a frequência da “coleção de institucionalização”, situação essa que provavelmente aumentou o distanciamento social dos pacientes e fortaleceu as pretensões de abandono e internamento desses, revelando, de forma exata, os fracassos do sistema institucional como um todo. A maioria dos residentes foi internada pela primeira vez com idades próximas aos 24 anos e todos eles tiveram a primeira internação de forma compulsória. Já a quantidade máxima de internações chegou a 36, ou seja, um mesmo paciente foi internado 36 vezes antes de se tornar um residente permanente daquela instituição, o que revela o revés clínico daquele modelo de tratamento que foi destinado a eles.

Continuando no perfil dos moradores, de ambos os hospitais, pude constatar que são, majoritariamente, homens (70,8%), idosos (60,6%), com uma média etária de 65 anos em ambas as instituições. A maioria era composta por homens brancos (78,7%) e com naturalidade no próprio Estado de Santa Catarina (82%). Sobre serem idosos, pude constatar que as condições de envelhecimento deles, juntamente com as propostas das Reformas Psiquiátricas, impulsionaram as mudanças físicas das instituições, entretanto, a manutenção do espaço foi também uma força que, antes de trazer melhorias para os residentes, acabou por reforçar a lógica da necessidade da institucionalização. Foi comum encontrar profissionais, por exemplo, justificando o internamento naquele modelo dizendo que os moradores estavam envelhecendo e precisavam de cuidados outros, não necessariamente pertencentes à esfera da psiquiatria.

Sobre os processos de internamento, pude ver um disparo de internação no intervalo entre as décadas de 1970 e 1980, quando 59 moradores tiveram sua primeira internação. Já sobre a institucionalização permanente, ou a data da última internação - quando não mais tiveram alta hospitalar - acabou por dar um salto na linha do tempo, pois pude notar que nas décadas de 1980 e 1990 estão contidos os maiores números de internações permanentes, contabilizando 22 moradores no período de 1980-1990 e 34 moradores entre 1990-2000. Totaliza desses dados 56 internamentos que se transformaram em institucionalização, ou seja, 62,92% dos moradores atuais foram institucionalizados naquele período. Além do mais, a média etária da institucionalização foi de 35 anos, ou seja, a maioria dos moradores foi institucionalizada com idade próxima a esse parâmetro.

Referente às atividades laborativas anteriores à institucionalização, pude notar que a maioria dos prontuários não contém essa informação (31,5%). Esse dado é sucedido por aqueles que carregam no prontuário a informação “sem ocupação” (27%). Em seguida, aparece a categoria “do lar” (15%), composta apenas por mulheres, depois lavrador (9%),

composta apenas por homens e, por fim, a categoria “servente” (5,6%). Notei ainda que 68,5% dos moradores não recebem visita e, entre os 32,6% que recebem visitas, há casos de moradores que receberam apenas uma visita ao ano ou com frequência ainda menor. Os documentos registram ainda os moradores majoritariamente como pessoas que não têm sua escolaridade documentada (43,8%), depois, com o ensino fundamental encontrei 24,7% e não alfabetizados consta nos documentos de 16,9% dos moradores.

Mesmo tendo um posicionamento crítico com os dados sobre os diagnósticos, reconhecendo profundamente suas fragilidades, escolhi utilizá-los na pesquisa, pois sabia que eles revelavam pontos importantes. Ao buscá-los nos documentos descobri que: 1) Os diagnósticos foram estabelecidos, na maioria dos prontuários, já na primeira internação, em rápidas triagens de um hospital superlotado; 2) Os prontuários não são atualizados há anos, tornando os diagnósticos também possivelmente ultrapassados; 3) Muitos prontuários não têm mais essa informação, que foi provavelmente perdida ao longo das décadas das internações, o que não é suficiente para a desinstitucionalização dos moradores; 4) O fato de um morador não mais ter diagnóstico psiquiátrico e/ou não receber mais medicamentos psicotrópicos não é suficiente para desestruturar sua institucionalização psiquiátrica; 5) Existem pacientes internados sem apresentar qualquer quadro de doença.

Também encontrei nos documentos uma dupla negligência, primeiramente a da falta de informação (quando não consta nos registros) e depois da existência de dados não confiáveis (quando não condizem com a realidade), tornando os dados dos papéis, em muitos casos, frágeis e inconclusos. Por outro lado, mesmo com essas variações, é importante ver como as instituições têm desenhado seus moradores, não tão somente no cotidiano, mas também nos documentos que registram seus históricos. Sobre a questão econômica dos residentes, também encontrei poucos dados. Nos prontuários consta que 50,6% recebem um salário mínimo (s/m), através, principalmente, do Benefício de Prestação Continuada (BPC-LOAS), que está previsto na Constituição Federal e é direcionado para pessoas com deficiência ou idosos acima de 65 anos. Entretanto, acredito que esse número seja maior, uma vez que foi me dito nas entrevistas que para que um indivíduo viva no hospital, ele precisa receber aposentadoria ou benefícios. Além dessa verba, os hospitais também recebem as diárias para a manutenção de suas internações, uma vez que são instituições públicas.

A partir desses dados vemos o quanto os movimentos de desistorização atravessam todos os moradores, assim como o ato de provocar uma irreversível perda de suas funções sociais, e conhecer essas questões nos ajuda a aproximar das justificativas para a internação, pois são elas que reforçam a permanência de pessoas que vivem institucionalizadas dentro

desses hospitais. Para sintetizar, além da perda de vínculos externos provocada pela internação de longa permanência, a imprecisão das justificativas dos recorrentes internamentos e a impossibilidade de vislumbre de alternativas outras para as vivências dos moradores são outros exemplos de barreiras que impedem a desinstitucionalização. Além disso, foram as relações entre os profissionais e os moradores e também as relações entre os próprios moradores, reproduzindo as normativas psiquiátricas no cotidiano asilar, que alimentaram diariamente os muros da instituição, fazendo-os crer (moradores, profissionais e familiares) que a única alternativa que tinham era aquela, ou seja, viver uma vida toda dentro de uma ala psiquiátrica.

Para a manutenção da ordem, os interlocutores também recorriam, no cotidiano institucional, às definições de loucura, para fortalecer a estrutura que tinham para pensar no seu cuidado, não só para mantê-la, mas também para criar e fortalecer a realidade na qual ela estava inserida. Esse movimento parece ser reproduzido a partir daquele direcionamento criado pela lógica manicomial, que usa a ideia da loucura para justificar, por exemplo, o tratamento que disponibilizam aos pacientes. É esse mesmo raciocínio que alimenta a impossibilidade de desinstitucionalização dos moradores, construindo outra barreira explícita que desfaz qualquer tentativa de desmanicomialização.

Outro ponto que alimenta a impossibilidade de desinstitucionalização são as narrativas sobre a periculosidade dos internados, passadas de profissional a profissional e também entre os próprios moradores. De certa forma, a partir dessas narrativas, era afirmada a ideia de “perigo” dos residentes e também justificada a condição de vivência a que eles estavam expostos. Em outras palavras, a ideia de que os residentes representavam um “perigo” para a sociedade justificava, naqueles ambientes, não tão somente o internamento, mas também a continuação da condição precária que eles viviam.

Seguindo esses exemplos, podemos constatar que o desenho da periculosidade está intimamente ligado à institucionalização permanente e ambos (o estigma da periculosidade e o ato de institucionalizar) são mutuamente fortalecidos a partir de suas forças singulares. Esse imaginário que construiu a ideia dos indivíduos *loucos-nocivos* foi perdurando ao longo de todos os anos que decorreram e a cena que institucionaliza a loucura se consolidou também a partir desta lógica. Existe, então, uma dupla ideia de “proteção”, primeiro da sociedade - alimentada pela periculosidade do louco, e depois do doente - pautada pela ideia da necessidade de assistência (PITTA, 1996).

Isso compõe com o que foi constatado anteriormente, porque entre os discursos que retificam a institucionalização, está a impossibilidade de saída, a falta de alternativas, o

fortalecimento das características de periculosidade dos moradores e a ideia da necessidade de proteção da sociedade e dos pacientes. Entretanto, nas entrelinhas da institucionalização, os moradores encontraram caminhos para compor com aquelas situações que favoreciam seu internamento, percorrendo as possibilidades ou o próprio desejo de sair a partir de outros meios.

Na primeira instituição, percebi que seguir os fluxos criados pelo desejo, dentro do cotidiano hospitalar asilar, revelava algumas micropolíticas presentes de forma implícita nestes espaços limitantes e coercitivos. Como dito anteriormente, a partir do contar dos sonhos, da verbalização do ato de desejar, o próprio desejo encontrava espaço para ser revelado e cocriado, compondo a realidade hospitalar de maneiras outras e também sendo constantemente recomposto por ela, até mesmo quando esse desejo não encontrava forma para existir na realidade. Em outras palavras, no *devir* paciente são os atos de contar os sonhos sobre os desejos que permitem subsistir as singularidades dos moradores. Nestes sonhos, o que mais apareceu foram situações de saídas dos hospitais e reencontros com parentes, amigos ou conhecidos.

Na outra instituição, mais fechada, na qual os moradores têm muito menos liberdade e vivem em pavilhões públicos e comunitários, sem pertences próprios, o desejo e a possibilidade de sair foram raros de serem encontrados e apareciam timidamente nas falas as justificativas próprias do porquê estarem ainda institucionalizados, como a falta de familiares e a baixa condição financeira. Esse fato me levou a pensar no quanto uma internação mais livre e menos coercitiva pode facilitar os processos de desinstitucionalização, uma vez que a partir dela os moradores conseguiriam vislumbrar possibilidades outras e haveria espaços para fazer subsistir suas singularidades. Já na internação totalmente fechada, o movimento de viver fora de uma realidade tão regrada parece muito mais distante, o que fortalece, de forma muito eficiente, a permanência dos moradores ali.

Coabitam também, naqueles espaços, diferentes pensamentos sobre os riscos; primeiro de sair do hospital e depois de viver dentro dele, mas o curioso é que no cotidiano institucional, os riscos possíveis de uma vida em liberdade são muito mais manuseados para construir argumentos institucionalizantes do que os riscos de permanecerem ali. Aqui, além dessa ideia de proteção, aparece também a questão dos moradores não terem pessoas de fora da realidade hospitalar para reivindicarem seus direitos e para fiscalizar as formas de tratamento e cuidado que recebem. Essa é uma questão muito perigosa, porque ela acompanha os profissionais que trabalham com aqueles moradores cotidianamente, uma vez que eles sabem que ninguém de fora irá intervir na maneira que eles lidarão com aquelas

pessoas, o que pode provocar e tem ocasionado a recorrência de negligências, abusos e falta de transparência.

Constatei ainda nos prontuários e no trabalho etnográfico que indivíduos ainda hoje continuam sendo institucionalizados, mesmo depois da promulgação da Lei de Saúde Mental (2001), que previa o fim das internações psiquiátricas em condição asilar permanente. No próprio ano da pesquisa de campo, presenciei um novo morador, que foi internado no hospital psiquiátrico pela primeira vez em 2022. Ele foi institucionalizado e passou a viver como morador permanente do hospital.

Já a característica residencial dos hospitais, de modo geral, continuam a se valer de neuronarrativas (MARTINEZ, 2023), ou seja, de questões do discurso biomédico para reafirmarem a necessidade da institucionalização. Como, atualmente, o único tratamento que os moradores recebem é o medicamentoso, a manutenção das pílulas aparece como mais um impedimento para a desinstitucionalização. O próprio ambiente hospitalar residencial reforça essa percepção dos moradores sobre a vulnerabilidade e a dependência que estão expostos (MULEMI, 2008) o que fortalece, uma vez mais, a lógica que os aprisiona.

Em uma sociedade que tende a gestionar os sofrimentos psíquicos a partir de drogas psicofármacas e internações limitantes, é difícil superar as tendências medicamentosas na construção de espaços para o cuidado e o tratamento. Quando conversei com um morador sobre o motivo que o levou de volta para o hospital, depois de ter recebido alta hospitalar, ele me contou sobre uma sequência de desafios socioeconômicos que precisou enfrentar por ter vivido durante décadas dentro daquela instituição, além da dificuldade de lembrar as pílulas exatas que deveria tomar ao longo dos dias que estava desinstitucionalizado.

Para tantas barreiras e questões problemáticas, temos igualmente saídas diversas. Caminhamos então para uma questão inegável, sobre uma codependência existente entre a manutenção da instituição, ou seja, a continuidade da sua existência, e a permanência dos moradores naquelas alas que, de outro modo, teriam suas atividades interrompidas. Em outras palavras, as instituições só sobrevivem se mantiverem pacientes e, nesse caso, manter moradores é sinônimo de garantia para manter a própria instituição. Dito de outro modo, os hospitais parecem valer de suas características asilares para justificarem a ideia de permanência de suas atividades, mesmo quando vistas como ultrapassadas e degradantes. Nesse movimento, a instituição precisa criar mecanismos para manter pessoas vivendo dentro de suas estruturas, pois é essa a única forma de manter sua própria existência. É essa inversão secular da lógica da dependência que mantém a instituição em pé, até os dias atuais, e é

exatamente este imaginário social que não deixa espaço para a criação de alternativas outras para aquela condição.

A inversão da lógica da institucionalização, que faz crer que essa é a única saída para a condição dos moradores é então a principal justificativa utilizada pelos defensores da manutenção da manicomialidade brasileira, afinal, questionam: “Para onde eles iriam?”. Essa ideia de necessidade do espaço tomou conta do imaginário social referente à loucura e reforçou, de modo generalizado, a ideia da necessidade da prisão perpétua à moda brasileira, impossibilitando, de diferentes formas, a execução efetiva da desinstitucionalização dos residentes. Na Tese, a própria institucionalização aparece como uma doença comum entre os moradores e os prontuários arquivados no hospital revelam, em última instância, o quanto os quadros clínicos e as realidades socioeconômicas dos moradores se entrelaçaram no perpetuar de suas condições.

Amarante (2014)²⁹ traz uma contribuição interessante para a temática da manutenção, ao dizer que a própria ideia de Reforma Psiquiátrica é limitada, porque seria mesmo necessário uma reforma cultural para que pudéssemos superar o modelo que vivemos, pois, segundo o autor, é culturalmente que as pessoas demandam o manicômio, a exclusão e a limitação do outro. De acordo com este raciocínio, para que tenhamos uma mudança significativa nessas condições, precisamos também de uma transformação da relação da sociedade com a loucura.

Esse é mais um ponto interessante que também chegamos depois desse longo percurso de Tese. Percebemos, finalmente, que antes dos moradores dependerem de um local para viver, de comida para sobreviver e de medicamentos para continuarem seus tratamentos, temos instituições que precisam deles para continuar existindo, temos pavilhões que dependem de moradores para continuarem recebendo recursos, temos profissionais que dependem desses espaços para continuar com seus trabalhos e temos uma necessidade social de manter um local para enviar aqueles casos clínicos que fracassaram. Em resumo, as principais barreiras encontradas nesta longa pesquisa foram subdivididas, a seguir, em 10 tópicos. São eles: 1) os profissionais naturalizam os modelos de tratamento e cuidado que seguem, o que pode fazer com que reproduzam situações de violência sem que percebam e

²⁹ Entrevista disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/amarante-e-cultura-que-faz-pessoas-demandarem-manicomio-exclusao-limitacao#:~:text=reforma%20da%20cultura.-,%C3%89%20culturalmente%20que%20pessoas%20demandam%20manic%C3%B4mio%2C%20exclus%C3%A3o%2C%20limita%C3%A7%C3%A3o%20do%20outro,um%20processo%20longo%2C%20muito%20demorado..> Acesso em 17 de janeiro de 2024.

que os impossibilitam de ver saídas outras; 2) na maioria dos casos, apenas os profissionais de enfermagem cuidam dos moradores e desempenham todas as atividades relacionadas a eles, o que impede que os processos de ressocialização e desmedicalização progressiva sejam efetivados nos processos de desinstitucionalização; 3) esses profissionais, por esse motivo, estão também sobrecarregados, o que os impede de criar espaços humanizados dentro dessas instituições, o que provoca a medicalização compulsiva e coercitiva; 4) não existe uma exigência de formação em saúde mental para que possam trabalhar no hospital, o que faz com que os novos profissionais desconheçam questões macro e micropolíticas sobre a saúde mental e apenas reproduzam o que os profissionais mais antigos passam para eles; 5) há uma inquestionável desumanização dos pacientes, que acabam por viver em condições precárias e recebem tratamentos coercitivos, tais como dieta compulsória (no caso de moradores que a equipe decide que precisam emagrecer), cortes de cabelo obrigatórios, impossibilidade de escolha das próprias roupas, infantilização, entre outros; 6) o envelhecimento da população de moradores reifica a necessidade do hospital psiquiátrico, mas se utilizando de discursos biomédicos de outras ordens, como da psiquiatria; 7) as reformas físicas não garantem melhorias diretas para os moradores, mas possibilitam a manutenção e a continuidade da instituição; 8) embora a Lei de Saúde Mental proíba, pessoas continuam a ser institucionalizadas de forma permanente ainda na atualidade; 9) os moradores têm fonte de renda própria, mas não conseguem acessar a aposentadoria ou o benefício e precisam passar por um longo processo de aprovação quando desejam algo, o que impede o desenvolvimento de sua autonomia e liberdade; 10) as subjetividades dos moradores não são consideradas e eles não têm nenhuma possibilidade de negociar seus tratamentos, nem alternativas para viver de formas singulares a vida institucional.

Para finalizar, o que nos move novamente, em massa, em direção ao manicômio é a própria desconsideração da humanidade de pessoas que passam por situações de sofrimentos psíquicos ou de vulnerabilidades sociais e, uma vez mais, é a própria ordem social que atua reificando a estigmatização, construindo barreiras no acesso ao cuidado e ao tratamento, não priorizando o desenvolvimento de programas de educação sobre saúde mental e distribuindo serviços carentes e insuficientes para a população. Nesse sentido, antes de perguntar para onde iriam os moradores, no caso da efetivação da desinstitucionalização, deveríamos questionar: Por que ainda permanecem nesses locais?

Anexos

Quadro 1: Perfil Identificatório do Hospital 1

Perfil Identificatório - Hospital 1				
Nascimento (ano)	Idade (ano)	Naturalidade	Raça	Gênero
1970	52	São Francisco do Sul - SC	Negro	Masculino
1965	57	Alvorada - RS	Pardo	Masculino
1944	78	Guaporé - RS	Branco	Masculino
1949	73	Campo Erê - SC	Pardo	Masculino
1971	51	Passo Fundo - RS	Branco	Masculino
1954	68	Não consta	Branco	Masculino
1946	76	Palmitos - SC	Branco	Masculino
1939	83	Jacinto Machado - SC	Branco	Masculino
1972	50	Urubici - SC	Negro	Masculino
1934	88	Município Seara - SC	Negro	Masculino
1958	64	Campos Novos - SC	Branco	Masculino
1939	83	Palhoça - SC	Branco	Masculino
1970	52	MG	Negro	Masculino
1967	55	Camboriú - SC	Branco	Masculino
1953	69	Não consta	Branco	Masculino
1963	59	Criciúma - SC	Branco	Masculino
1963	59	Não consta	Branco	Masculino
1958	64	Não consta	Branco	Masculino
1968	54	Itajaí - SC	Branco	Masculino
1957	65	Governador Celso Ramos - SC	Amarelo	Masculino
1946	76	Não consta	Branco	Masculino
1956	66	Não consta	Branco	Masculino
1935	87	Barra Velha - SC	Branco	Masculino
1955	67	São José - SC	Branco	Masculino

Quadro 2 - Perfil Identificatório do Hospital 2

Perfil Identificatório - Hospital 2				
Nascimento (ano)	Idade (ano)	Naturalidade	Raça	Gênero
1963	59	Florianópolis - SC	Branco	Masculino
1955	67	Lages - SC	Branco	Masculino
1954	68	Lages - SC	Branco	Masculino
1964	58	Florianópolis - SC	Negro	Masculino
1966	56	Biguaçu - SC	Branco	Masculino
1951	71	Palhoça - SC	Branco	Masculino
1949	73	Biguaçu - SC	Branco	Masculino
1964	58	São Francisco do Sul - SC	Negro	Masculino
1941	81	Tubarão - SC	Branco	Masculino
1953	69	Itapiranga - SC	Branco	Masculino
1948	74	Não Consta	Não Consta	Masculino
1967	55	Campo Erê - SC	Branco	Masculino
1959	63	Canoinhas - SC	Branco	Masculino
1953	69	Tubarão - SC	Branco	Masculino
1957	65	Não Consta	Branco	Masculino
1963	59	Tubarão - SC	Branco	Masculino
1961	61	Curitibanos - SC	Branco	Masculino
1967	55	Itaiópolis - SC	Branco	Masculino
Não consta	Não consta	Imbituba - SC	Não Consta	Masculino
1992	30	Governador Celso Ramos - SC	Branco	Masculino
1965	57	Araranguá - SC	Branco	Masculino
1950	72	Não Consta	Negro	Masculino
1966	56	São Pedro de Alcântara - SC	Branco	Masculino
1933	89	Florianópolis - SC	Branco	Masculino
Não consta	Não consta	Tubarão - SC	Branco	Masculino
1961	61	Maracajá - SC	Branco	Masculino
1947	75	Biguaçu - SC	Branco	Masculino
1955	67	Palhoça - SC	Branco	Masculino
1953	69	Curitibano SC	Branco	Masculino
1946	76	São José - SC	Branco	Masculino
1964	58	Rio dos Cedros - SC	Branco	Masculino
1957	65	Grão Pará - SC	Não Consta	Masculino

Perfil Identificatório - Hospital 2				
Nascimento (ano)	Idade (ano)	Naturalidade	Raça	Gênero
1962	60	Campo Alegre - SC	Branco	Masculino
1962	60	Mafra - SC	Negro	Masculino
1962	60	Imbituba - SC	Branco	Masculino
1978	44	Florianópolis - SC	Branco	Masculino
1950	72	Navegantes - SC	Branco	Masculino
1958	64	Joinville - SC	Branco	Masculino
Não Consta	Não Consta	Não Consta	Branco	Masculino
Não Consta	Não Consta	Não Consta	Não Consta	Masculino
1958	64	Caibi - SC	Branco	Feminino
1938	84	Itaiópolis - SC	Branco	Feminino
1963	59	Balneário Camboriú - SC	Branco	Feminino
1957	65	Florianópolis - SC	Negro	Feminino
1980	42	Florianópolis - SC	Branco	Feminino
1950	72	Mondai - SC	Branco	Feminino
1952	70	Criciúma - SC	Branco	Feminino
1959	63	Florianópolis - SC	Branco	Feminino
1939	83	Florianópolis - SC	Branco	Feminino
1951	71	Tubarão - SC	Branco	Feminino
1977	45	Criciúma - SC	Negro	Feminino
1962	60	Volta Redonda - RJ	Branco	Feminino
1945	77	Palhoça - SC	Branco	Feminino
1968	54	Catanduvas - SC	Branco	Feminino
1945	77	São Francisco do Sul - SC	Branco	Feminino
1952	70	Xanxerê - SC	Branco	Feminino
1957	65	Videira - SC	Branco	Feminino
1963	59	Joinville - SC	Branco	Feminino
1960	62	Campos Novos - SC	Não Consta	Feminino
1958	64	Cambará do Sul - SC	Branco	Feminino
1944	78	Florianópolis - SC	Não Consta	Feminino
1957	65	Palhoça - SC	Branco	Feminino
Não consta	Não consta	Não Consta	Negro	Feminino
1966	56	Florianópolis - SC	Branco	Feminino
1937	85	Santo Amaro da Imperatriz - SC	Branco	Feminino
1945	77	Florianópolis - SC	Branco	Feminino

Quadro 3 - Perfil Socioeconômico do Hospital 1

Perfil Identificatório			
Escolaridade	Benefício	Profissão Anterior	Visitas
Não alfabetizado	BPC 1s/m	Sem ocupação	Não recebe
Não Alfabetizado	BPC 1s/m	Não consta	Não recebe
Não consta	Não consta	Não consta	Não recebe
Primário	Não consta	Agricultor	Não recebe
2º grau	Não consta	Sem ocupação	Recebe visitas
Não consta	Não consta	Não consta	Recebe visitas
Não alfabetizado	Não consta	Não consta	Não recebe
Não alfabetizado	Não consta	Lavrador	Não recebe
Primário incompleto	BPC 1s/m	Sem ocupação	Não recebe
Não consta	BPC 1s/m	Não consta	Não recebe
Primário incompleto	BPC 1s/m	Sem ocupação	Não recebe
Não consta	BPC 1s/m	Não consta	Recebe visitas
Não consta	BPC 1s/m	Sem ocupação	Não recebe
Primário incompleto	BPC 1s/m	Não consta	Não recebe
Não consta	Não consta	Não consta	Não recebe
Não consta	Aposentado	Vendedor	Recebe visitas
Não consta	Não consta	Não consta	Não consta
Não consta	Não consta	Não consta	Não consta
Não consta	Não consta	Agricultor / Lavrador	Recebe visitas
Não consta	Não consta	Lavrador	Não recebe
Não consta	Não consta	Não consta	Não recebe
Não consta	Aposentado	Não consta	Não recebe
Não consta	BPC 1s/m	Lavrador/ Servente	Não recebe
Não consta	Não consta	Pedreiro	Recebe visita

Quadro 4: Perfil Socioeconômico - Hospital 2

Perfil Socioeconômico - Hospital 2			
Escolaridade	Benefício	Profissão Anterior	Visitas
Primário	BPC 1s/m	Policial	Não recebe
Primário	BPC 1s/m	Servente/ Balconista	Recebe Visitas
Primário	BPC 1s/m	Sem ocupação	Não recebe
Primário	BPC 1s/m	Auxiliar de Construção	Não recebe
Primário	BPC 1 s/m	Sem ocupação	Não recebe
Não consta	BPC 1 s/m	Sem ocupação	Não recebe
Primário	BPC 1 s/m	Servente	Recebe Visitas
Primário	BPC 1 s/m	Sem ocupação	Não recebe
Não consta	BPC 1 s/m	Sem ocupação	Não recebe
Primário	BPC 1 s/m	Motorista / Lavoura	Não recebe
Não consta	BPC 1 s/m	Sem ocupação	Não recebe
Não consta	BPC 1 s/m	Sem ocupação	Não recebe
Não consta	BPC 1 s/m	Operário	Não recebe
Não Alfabetizado / Primário	Pensão 1/2 salário mínimo	Sem ocupação	Recebe Visitas
Não consta	BPC 1 s/m	Lavrador	Não recebe
Não Alfabetizado / 1º grau	BPC 1 s/m	Sem ocupação	Não recebe
Não consta	BPC 1 s/m	Lavrador	Não recebe
Primário	BPC 1 s/m	Sem ocupação	Não recebe
Primário	BPC 1 s/m	Servente/ Pintor	Recebe Visitas
Não Alfabetizado	BPC 1 s/m	Sem ocupação	Recebe Visitas
Não consta	LOAS	Não consta	Não recebe
Primário	Aposentado	Pintor / pedreiro	Recebe Visitas
Não Alfabetizado / Primário	Aposentadoria / Funrural	Lavrador	Recebe Visitas
Primário	Aposentado	Não consta	Recebe Visitas
Primário	Aposentado / BPC Loas	Não consta	Não recebe
Não Alfabetizado	Aposentadoria do Pai	Não consta	Recebe Visitas
Não consta	Não Consta	Não consta	Não recebe
Não consta	Aposentado (contribuir com INSS)	Servente	Não recebe
Primário	BPC 1 s/m Loas	Sem ocupação	Não recebe
Fundamental	BPC 1 s/m Loas	Sem ocupação	Recebe Visitas

Perfil Socioeconômico - Hospital 2			
Escolaridade	Benefício	Profissão Anterior	Visitas
incompleto			
Não Alfabetizado	Não Consta	Sem ocupação	Não recebe
1º grau incompleto	Aposentado 1s/m	Lavrador	Recebe Visitas
Não Alfabetizado	1 s/m	Não consta	Não recebe
Não Alfabetizado	Não Consta	Do Lar	Não recebe
Não consta	Pensionista	Sem ocupação	Não recebe
Primário	BPC 1 s/m	Do Lar	Recebe Visitas
Não consta	BPC 1 s/m Loas	Não consta	Não recebe
Primário	BPC 1 s/m	Sem ocupação	Não recebe
Não consta	Não Consta	Sem ocupação	Recebe Visitas
Primário	BPC 1 s/m	Do lar	Não recebe
Não Alfabetizado	Não Consta	Sem ocupação	Não recebe
Primário	Não Consta	Do Lar	Recebe Visitas
Não consta	Não Consta	Não consta	Não recebe
Não Alfabetizado	BPC 1 s/m	Do Lar	Não recebe
Não consta	Não Consta	Do Lar	Não recebe
Fundamental incompleto	Não Consta	Não consta	Não recebe
Primário	BPC 1 s/m	Do lar	Não recebe
Não Alfabetizado/ Primário	BPC 1 s/m	Estudante	Não recebe
Não Alfabetizado	Não Consta	Não consta	Não recebe
Primário	Não Consta	Não consta	Não recebe
Não consta	Não Consta	Do Lar	Não recebe
Não consta	Não Consta	Não consta	Não recebe
Primário	Pensão 1/2 salário mínimo	Pensionista / Do lar	Recebe Visitas
Não consta	Não Consta	Do Lar	Não recebe
Não Alfabetizado	BPC 1 s/m	Do Lar	Não recebe
Não consta	BPC 1 s/m	Do lar	Não recebe
Não consta	Não Consta	Não consta	Não recebe
Fundamental incompleto	BPC 1 s/m	Do lar	Recebe Visitas
Não consta	Aposentado 1/2 s/m (outra metade a família recebe)	Plantação e cuidadora	Recebe Visitas
Não Alfabetizado	BPC 1 s/m Loas	Não consta	Recebe Visitas

Perfil Socioeconômico - Hospital 2			
Escolaridade	Benefício	Profissão Anterior	Visitas
Não consta	BPC 1 s/m	Do Lar	Não recebe
Não consta	BPC 1 s/m Loas	Não consta	Não recebe
Primário	Não Consta	Sem ocupação	Recebe Visitas
Não consta	Aposentado 1s/m	Do Lar	Recebe Visitas
Não Alfabetizado	BPC 1 s/m	Não consta	Não recebe

Quadro 5: Perfil Clínico dos Moradores

Nascimento (ano)	Primeira internação (ano)	Idade na Primeira Internação (ano)	Última Internação (ano)	Idade quando foi institucionalizado (ano)	Tempo vivido no hospital (ano)	Nº de Internações	Diagnóstico
1963	1989	26	2004	41	18	31	Psicose associada com Epilepsia
1955	1974	19	1996	41	26	17	Não consta
1954	1979	25	1980	26	42	Não consta	Outras Oligofrenias especificadas
1964	1980	16	1990	26	32	27	Psicose Esquizofrênica
1966	1996	30	1996	30	26	16	Psicose Esquizofrênica
1951	1973	21	1973	22	49	1	Não consta
1949	1969	20	1996	47	26	36	Outras Oligofrenias
1964	1982	18	1989	25	33	5	Não consta
1941	1962	21	1962	21	60	11	Não consta
1953	1982	29	1986	33	36	2	Não consta
1948	1982	34	1982	34	40	1	Outras Oligofrenias
1967	1978	11	1978	11	44	1	Não consta
1959	1974	15	1987	28	35	5	Psicose Esquizofrênica
1953	1973	20	1997	44	25	19	Não consta
1957	1982	25	1995	38	27	8	Não consta

Nascimento (ano)	Primeira internação (ano)	Idade na Primeira Internação (ano)	Última Internação (ano)	Idade quando foi institucionalizado (ano)	Tempo vivido no hospital (ano)	Nº de Internações	Diagnóstico
1963	1983	20	2003	40	19	6	Não consta
1961	1980	19	1990	29	32	Não consta	Não consta
1967	1979	12	1985	18	37	3	Não consta
Não consta	1979	Não consta	1982	Não consta	40	7	Psicose Esquizofrênica
1992	2011	19	2011	19	11	2	Transtorno Depressivo
1965	1987	22	1987	22	35	Não consta	Não consta
1950	1980	30	1987	37	35	3	Outras Oligofrenias
1966	1986	20	1996	30	26	11	Não consta
1933	1974	41	1994	61	28	11	Não consta
Não consta	1974	Não consta	1989	Não consta	33	20	Não consta
1961	1981	20	2003	42	19	15	Não consta
1947	1968	21	1988	41	34	10	Não consta
1955	1981	26	2000	45	22	2	Não consta
1953	1971	18	1990	37	32	Não consta	Não consta
1946	2000	54	2001	55	21	3	Alcoolismo Crônico
1964	1983	19	1997	33	25	9	Não consta
1957	1985	28	1997	40	25	11	Não consta
1958	1984	26	1984	26	38	1	Não consta
1938	1952	14	1952	26	70	1	Sem sintomas psicóticos
1962	1976	14	1992	30	30	5	Psicose associada com Epilepsia
1963	1982	19	1996	33	26	20	Não consta
1962	1987	25	1987	25	35	1	Não consta
1962	1982	20	1991	29	31	7	Não consta
1978	2002	24	2006	28	16	2	Outras Oligofrenias
1957	1977	20	1984	27	38	11	Não consta
1980	1994	14	2000	20	22	2	Outras Oligofrenias
1950	1982	32	1996	46	26	2	Não consta

Nascimento (ano)	Primeira internação (ano)	Idade na Primeira Internação (ano)	Última Internação (ano)	Idade quando foi institucionalizado (ano)	Tempo vivido no hospital (ano)	Nº de Internações	Diagnóstico
1950	1983	33	1987	37	35	1	Não consta
1952	1975	23	2001	49	21	12	Não consta
1959	1975	16	1990	31	32	30	Não consta
1939	1966	27	2001	62	21	10	Não consta
1951	1973	22	1993	42	29	17	Não consta
1958	1974	16	1976	18	46	3	Não consta
1977	Não consta	Não consta	Não consta	Não consta	Não consta	Não consta	Não consta
1962	1991	29	1991	29	31	3	Não consta
1945	1960	15	1966	21	56	7	Não consta
1968	1985	17	1992	24	30	16	Não consta
1945	1963	18	1996	51	26	29	Não consta
1952	1975	23	1983	31	39	7	Não consta
1957	1988	31	1997	40	25	10	Não consta
1963	1983	20	1985	22	37	6	Não consta
Não Consta	2008	Não consta	Não consta	Não consta	Não consta	1	Não consta
1960	1983	23	1998	38	24	5	Não consta
1958	1988	30	1998	40	24	3	Psicose Esquizofrênica
1944	1972	28	1990	46	32	Não consta	Não consta
1957	1983	26	1987	30	35	5	Não consta
Não consta	1996	Não consta	1996	Não consta	26	1	Não consta
1966	1987	21	1989	23	33	3	Não consta
1937	1955	18	1962	25	60	Não consta	Psicose associada com Epilepsia
1945	1994	49	1994	49	28	1	Não consta
1970	1984	14	1995	25	27	21	Psicose Esquizofrênica
1965	1985	20	2007	42	15	10	Não consta
1944	Não consta	Não consta	Não consta	Não consta	Não consta	Não consta	Não consta
1949	1983	34	1993	44	29	1	Psicose Esquizofrênica
1971	1989	18	2000	29	22	13	Psicose Esquizofrênica
1954	Não consta	Não consta	1997	43	25	Não consta	Psicose associada com Epilepsia

Nascimento (ano)	Primeira internação (ano)	Idade na Primeira Internação (ano)	Última Internação (ano)	Idade quando foi institucionalizado (ano)	Tempo vivido no hospital (ano)	Nº de Internações	Diagnóstico
1946	1967	21	1967	21	55	Não consta	Psicose Esquizofrênica
1939	1973	34	1973	34	49	6	Psicose Esquizofrênica
1972	1990	18	1996	24	26	8	Psicose associada com Epilepsia
1934	Não consta	Não consta	2017	83	5	Não consta	Psicose Esquizofrênica
1958	1985	27	1993	35	29	6	Psicose Esquizofrênica
1939	Não consta	Não consta	2017	78	5	Não consta	Psicose Esquizofrênica
1970	2013	43	2013	43	9	1	Psicose Esquizofrênica
1967	2021	54	2021	54	1	1	Outras Oligofrenias
1953	1974	21	2004	51	18	25	Psicose Esquizofrênica
1963	1988	25	1998	35	24	6	Psicose Esquizofrênica
1963	Não consta	Não consta	Não consta	Não consta	Não consta	Não consta	Não consta
1958	Não consta	Não consta	Não consta	Não consta	Não consta	Não consta	Não consta
1968	1992	24	2003	35	19	14	Psicose Esquizofrênica
1957	1981	24	1988	31	34	2	Não consta
1946	Não consta	Não consta	Não consta	Não consta	Não consta	Não consta	Não consta
1956	1981	25	1989	33	33	15	Não consta
1935	1979	44	1990	55	32	19	Psicose Esquizofrênica
1955	1981	26	1983	28	39	16	Psicose Esquizofrênica

Referências

ADEWUYA, Abiodun O.; MAKANJUOLA, Roger O. A.. Social Distance Towards People with Mental Illness in Southwestern Nigeria. *Australian & New Zealand Journal Of Psychiatry*, [S.L.], v. 42, n. 5, p. 389-395, 1 jan. 2008. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1080/00048670801961115>.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Franco Basaglia: novas histórias para a desinstitucionalização. In: *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996, pp. 65-106. ISBN 978-85-7541-327-2. <https://doi.org/10.7476/9788575413272.0005>.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Autobiografia de um movimento: quatro décadas de Reforma Psiquiátrica no Brasil (1976-2016)**. 2020.

_____. **Loucura e transformação social: autobiografia da reforma psiquiátrica no Brasil**. São Paulo: Zagodoni; 2021.

AMARANTE, Paulo Duarte Carvalho; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. A saúde integral e a inclusão da saúde mental no SUS: pequena cronologia e análise do movimento de reforma psiquiátrica e perspectivas de integração. **Dynamis Revista Tecno-Científica**. V. 12, n. 47: 6-21. Blumenau: Edifurb, abr.-jun. 2004.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 6, p. 2067-2074, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.

AMARANTE, Paulo Duarte Carvalho; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. “De volta à cidade, sr. cidadão!”-reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, v. 52, p. 1090-1107, 2018.

ANDRADE, Ana Paula Müller de et al. **Sujeitos e(m) movimentos: uma análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira na perspectiva dos experientes**. [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. [s.l.] São Paulo, Geração Editorial; 2013.

ABPNCA: *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*, 1905-1907.

BANDEIRA, Isadora Inácio. DEL SARTO, Sabrina Melo. Violências, práticas e agência: sujeitos e narrativas em contextos institucionais. In: **Entre precariedades e estratégias de (re)existências: imaginar é preciso**. Seriguela, Recife, 2022.

BARBOSA, Valquiria Farias Bezerra; MARTINHAGO, Fernanda; HOEPFNER, Ângela Maria da Silva; DARÉ, Patrícia Kozuchovski; CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo de. O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e

biopolítica. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 40, n. 108, p. 178-189, mar. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104-20161080015>.

BARRETO, Lima. **Diário do hospício e O cemitério dos vivos**. Editora Companhia das Letras, 2017.

BARROS, Denise Dias. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In: **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Paulo Amarante (Org.). 1a reimpressão. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. p. 183-184.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro; Edições Graal; 1968.

BASTIDE, Roger. Sociologia das doenças mentais. [s.l.] Publicações Europa-America, 1968.

BASTOS, Othon. Primórdios da psiquiatria no Brasil. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 29, n. 2, p. 154–155, ago. 2007.

BASU, Helene. Contested Practices of Control: Psychiatric and Religious Mental Health Care in India. **Curare**. Volume: 32, Número: 1/2, 2009, pp. 28-39.

BENEDICT, Ruth. **Padrões de cultura**. São Paulo: Perspectiva, 1988 [1934].

BENJAMIN, Walter. **Magia e técnica, arte e política**. São Paulo: Brasiliense, 2012[1985].

BEZERRA, Cíntia Guedes. **Moradores Crônicos de Hospital Psiquiátrico**: Um desafio à desinstitucionalização. Dissertação. UFRN, Natal-RN, 2010.

BOAS, Franz. **Anthropology and modern life**. London: Routledge, 2014 [1928].

BOLLES, L. Seeking the ancestors: forging a black feminist tradition in anthropology. In: **Black Feminist Anthropology**. New Brunswick Etc.: Rutgers University Press, 2001.

BORGES, Viviane Trindade. Um “depósito de gente”: as marcas do sofrimento e as transformações no antigo Hospital Colônia Sant'Ana e na assistência psiquiátrica em Santa Catarina, 1970-1996. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 20, p. 1531-1549, 2013.

BRASIL, República Federativa do. Decreto n.o 206-A de 15/02/1890.

BRASIL. Decreto n.1.132, de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a Assistência a Alienados. 22 dez. 1903.

BRASIL. Decreto n. 8.834, de 11 de julho de 1911. Reorganiza a Assistência a Alienados. 11 jul.1911.

BRASIL. Decreto n.17.805, de 23 de maio de 1927. Aprova o regulamento para execução dos serviços da Assistência a Psicopatas no Distrito Federal. 23 mai. 1927.

BRASIL. Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977. Institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, e dá outras providências. 1977.

BRASIL. O PLANO INTEGRADO DE SAÚDE MENTAL. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 31, n. 2, p. 139–140, 1978.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília: 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Lex-Legislação em Saúde Mental 1990-2004*, Brasília, 5.ed. amp., p. 17-19, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília [DF], 21 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas* Textos Básicos. 2003. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 28 de abril de 2023.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica 11/2019. *Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas* Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. 2019. Disponível em:<https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/11_23_14_123_Nota_Te%CC%81cnica_no.11_2019_Esclarecimentos_sobre_as_mudanc%CC%A7as_da_Politica_de_Sau%CC%81de_Mental.pdf>. Acesso em: 16 de março de 2023.

https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/11_23_14_123_Nota_Te%CC%81cnica_no.11_2019_Esclarecimentos_sobre_as_mudanc%CC%A7as_da_Politica_de_Sau%CC%81de_Mental.pdf

BRUNER, Jerome. A construção narrativa da realidade. Trad. de Waldemar Ferreira Netto. *Critical Inquiry*, n. 18, v. 1, p. 1-21, 1991.

BUTLER, Judith. **Cuerpos que importan**: sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”. Buenos Aires: Paidós, 2002 [1993].

CAMARGO, Michelle Alcântara. **Dentre muros**: uma etnografia sobre um hospital psiquiátrico. [s.l.] Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Campinas, 2017.

CANGUILHEM, Georges 1989. **The Normal and the Pathological**. New York: Zone Books.

CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo de. Biopolítica Y Gestión De Los Sufrimientos. In: María Luisa Bacarlett Pérez Gustavo Caponi(Editores). **Pensar La Vida Filosofía, Naturaleza Y Evolución**. Universidad Autónoma Del Estado De México Toluca. 2015.

_____. **Uma sala tranquila**: Neurolépticos para uma biopolítica da indiferença. São Paulo: Liber Ars, 2019.

CHENHALL, Richard. What's in a rehab? Ethnographic evaluation research in Indigenous Australian residential alcohol and drug rehabilitation centers. **Anthropology & Medicine**, [S.L.], v. 15, n. 2, p. 105-116, Jul. 2008. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/13648470802122024>.

CHIABOTTO, Cristian Cruz; NUNES, Igor Sastro; AGUIAR, Karla Susane Prado. Contrarreforma psiquiátrica e seus reflexos no cuidado ao usuário e à família. **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, n. 49, 2022.

COSTA, Eliani; BORENSTEIN, Miriam Süsskind. O projeto Ana Teresa: o caminho para desinstitucionalização do doente mental? **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 52, n. 1, p. 79–90, mar. 1999.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber.; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, 2020, e00285117. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285.

CUNHA, Maria Clementina Pereira da. **O espelho do mundo**: Juquery, a história de um asilo. [s.l.] Portal de Livros de Acesso Aberto, 1986.

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

_____. Language and Body: Transactions in the construction of pain. **Daedalus**, v. 125, n. 1, p. 67- 91,1996.

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

_____. **Vida e Palavras**: A Violência e sua Descida ao Ordinário. São Paulo: Editora da Unifesp. 2020.

DAS, Veena; KLEINMAN, Arthur; LOCK, M.; RAMPHELE, M. & REYNOLDS, P. (eds). **Remaking a World**: Violence, Social Suffering and Recovery. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press. 2001.

DE CARACAS, Declaração. In: Primo, J.(Org.)(1999). Museologia e patrimônio: documentos fundamentais. **Cadernos de Sociomuseologia: centros de estudo de sociomuseologia**. Lisboa, v. 15, p. 243-265, 1992.

DE CERTEAU, MICHEL. **A Invenção do cotidiano**: Artes de fazer. Petrópolis: Editora Vozes, 1978.

DEL SARTO, Sabrina Melo. **Além da loucura: um estudo etnográfico no interior de um hospital psiquiátrico, espírita e asilar.** Monografia de bacharelado em Ciências Sociais. Universidade Estadual Paulista (UNESP). Marília, SP, Brasil. 2018.

_____. **Institucionalizados:** Uma etnografia da vida social de moradores de um hospital psiquiátrico e asilar. 2020. Dissertação de Mestrado em Antropologia. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil.

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

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs.** Capitalismo e Esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34. 1997.

DELGADO, Pedro Gabriel. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde,** [S.L.], v. 17, n. 2, p. 1-1, maio 2019. Fap UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>.

DERRIDA, Jacques. **A Escritura e a Diferença.** Trad. Maria Beatriz Marques Nizza da Silva. São Paulo: Perspectiva, 2002.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral. In: ALVES, Paulo César B.; MINAYO, Maria Cecília de Souza (Orgs.). **Saúde e doença – um olhar antropológico.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 83-90.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. **Mal-estar, sofrimento e sintoma:** releitura da diagnóstica lacaniana a partir do perspectivismo animista. 2011.

EVANS-PRITCHARD, Edward Evans. **Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande.** Edição resumida. Introdução por Eva Gillies. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1976.

FANON, Frantz. **Black Skin, White Masks,** London, Pluto, pp. 216, 229, 231. 1986.

FANON, Franz; AZOULAY, Jacques. A socioterapia numa ala de homens muçulmanos: dificuldades metodológicas. In: FANON, F. **Alienação e Liberdade:** escritos psiquiátricos. São Paulo: Ubu, 2020. p. 171-193.

FASSIN, Didier. **When Bodies Remember:** experiences and politics of AIDS in South Africa. Berkeley: University of California Press, 2007.

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

FINKLER, Kaja; HUNTER, Cynthia; IEDEMA, Rick. What is going on? Ethnography in hospital spaces. **Journal of Contemporary Ethnography,** v. 37, n. 2, p. 246-250, 2008.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica.** São Paulo (Sp): Perspectiva, 2009 [1979].

_____. **O nascimento da clínica.** Rio De Janeiro, Rj: Forense Universitária, 2008 [1977].

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão.** Tradução de Raquel Ramallete. 35. ed. Petrópolis, Vozes, 1987. 288p.

_____. **O poder psiquiátrico:** curso dado no Collège de France, 1973-1974. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FRICKER, Miranda. **Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing.** New York: Oxford University Press, 2007.

GEERTZ, Clifford. **A Interpretação das Culturas.** Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GEEST, Van der Sjaak. Is it possible to understand illness and suffering? *Medische Antropologie* 19, no. 1: 9–21. 2015.

GEEST, Van der Sjaak; FINKLER, Kaja. **Hospital Ethnography:** introduction. *Soc Sci Med.*, 2004.

GOFFMAN, Erving. **Estigma:** notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1980. (Original inglês de 1963).

_____. **Manicômios, prisões e conventos.** Tradução de Dante Moreira. Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001 [1961].

GOODWIN, Dawn et al. Ethics and ethnography: An experiential account. **Qualitative health research**, v. 13, n. 4, p. 567-577, 2003.

GOULART, Maria Stella Brandão; DURÃES, Flávio. A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 112–120, abr. 2010.

GUATTARI, Félix. **Mil platôs:** capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34, 1997.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica:** cartografias do desejo. Buenos Aires: Tinta Limón, 2006.

HANSEN, Helena; GUTIERREZ, Kevin J.; GARCIA, Saudi. Rethinking Psychiatry: solutions for a sociogenic crisis. **Daedalus**, [S.L.], v. 152, n. 4, p. 75-91, 2023. MIT Press. http://dx.doi.org/10.1162/daed_a_02032.

HARAWAY, Donna. An ironic dream of a common language for women in the integrated circuit. **Philosophy of Technology.** Blackwell Publishing Ltd, 1991.

HIRSCH, Eric. **Landscape Between Place and Space u The Anthropology of Landscape:** Perspectives on Place and Space; ur. Hirsch, Eric i O'Hanlon, Michael. 1995.

HORBST, Viola; GERRETS, Rene; SCHIRRIPA, Pino. **Revisiting medical pluralism.** *L'Uomo Società Tradizione Sviluppato*, v. 42, n. 1, p. 7-26, 2017.

JENKINS, Janis H. **Extraordinary conditions: Culture and experience in mental illness.** University of California Press, 2015.

LANGDON, Esther Jean. Antropologia e suas contribuições para as políticas públicas: pesquisas em saúde indígena. **Aceno – Revista de Antropologia do Centro Oeste**, v. 2, n. 4, p. 55-77, ago.-dez. 2015.

_____. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1019-1029, 2014.

LAPLANTINE, FRANÇOIS. **Aprender antropologia.** [s.l.] São Paulo Brasiliense, 1988. 205p.

LOCKE, Margaret. Medicalization and the naturalization of social control. In: **Health and illness in the world's cultures**, vol. 1 of Encyclopedia of medical anthropology. Carol R. Ember and Marvin Ember, eds. Pp. 116–125. New York: Springer. 2003.

LONG, Debbi; HUNTER, Cynthia; VAN DER GEEST, Sjaak. When the field is a ward or a clinic: Hospital ethnography. **Anthropology & Medicine**, v. 15, n. 2, p. 71-78, 2008.

LOPES, M. H. I. Pesquisa em Hospital Psiquiátrico. 2001. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/psiqpes.htm>. Acesso em 03 de agosto de 2023.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogério; MURICY, Kátia. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MAHMOOD, Saba. Teoria feminista, agência e sujeito liberatório: algumas reflexões sobre o revivalismo islâmico no Egito. *Etnográfica* [Online], vol. 23 (1) | 2019, acesso em 01 maio 2022. URL : <http://journals.openedition.org/etnografica/6431>.

MALUF, Sônia Weidner. **A “nova” política nacional de drogas e o desmonte neoliberal das políticas de saúde mental no Brasil.** *RAS*. 2023.

MALUF, Sônia Weidner. et al. Por dentro do Hospital Colônia Santana: uma leitura etnográfica de prontuários psiquiátricos de mulheres internas nas décadas de 1940 e 1950. **Anuário Antropológico**, n. v.45 n.2, p. 54–75, 13 abr. 2020.

MALUF, Sônia Weidner; ANDRADE, Ana Paula Müller de. Entre políticas públicas e experiências sociais: impactos da pesquisa etnográfica no campo da saúde mental e suas múltiplas devoluções. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 171-182, 2017.

MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Angel. **ELOGIO DE LA INCERTIDUMBRE y otros ensayos antropológicos sobre el saber «psi» y las aflicciones humanas.** Tarragona: Publicacions Urv, 2023.

MARTINHAGO, Fernanda; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. O cenário dos CAPS II de Santa Catarina na ótica dos profissionais de Saúde Mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health** 6.13 (2014): 177-177.

MEAD, Margaret. **Sex and temperament in three primitive societies**. London: Routledge & Kegan Paul, 1963.

MENEGAT, Débora Regina. A desinstitucionalização do portador de doença mental e a reforma psiquiátrica brasileira. **Revista do Ministério Público do RS**, v. 66, n. 1, p. 33-64, 2010.

MENÉNDEZ, Eduardo. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. **Revista de Antropología Social**, 14: pp.33-69, 2005. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/838/83801402.pdf>. Acesso em dezembro de 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

MOORE, Henrietta Louise Dame. **Feminism and anthropology**. University of Minnesota Press, 1978.

MOREIRA, J. Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil (1905). **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 14, n. 4, p. 728–768, 1905.

MOURA, Paula Ferreira. **O GT De Desinstitucionalização em Saúde Mental De Santa Catarina**. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

MULEMI, Benson A. Patients' perspectives on hospitalisation: Experiences from a cancer ward in Kenya. **Anthropology & medicine**, v. 15, n. 2, p. 117-131, 2008.

MÜLLER, Manuela R.; ORTEGA, Francisco; MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, Angel. The woman who chose the terreiro. Lay care and medical landscapes in mental health care in Rio de Janeiro. **Anthropology & Medicine**, p. 1-16, 2022.

NASSER, Elizabeth H.; WALDERS, Natalie; JENKINS, Janis H.. The Experience of Schizophrenia: What's Gender Got To Do With It? A Critical Review of the Current Status of Research on Schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**, Online, v. 28, n. 2, p. 352-362, 01 jan. 2002.

NUNES, Monica de Oliveira. Interseções antropológicas na saúde mental: dos regimes de verdade naturalistas à espessura biopsicossociocultural do adoecimento mental. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 43, p. 903–916, 4 dez. 2012.

OLIVEIRA, Luis Roberto Cardoso de. Existe Violência sem Agressão Moral? **Revista Brasileira De Ciências Sociais**. Anais. In: Estado, Violência E Cidadania na América Latina: Jornadas Interdisciplinares. Jun. 2008.

OLIVEIRA, Walter Ferreira. 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.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré; JORGE, Maria Salete. Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev. Rene**, Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 93-100, maio./ago. 2007.

ORTNER, Sherry Beth. **Anthropology and Social Theory: Culture, Power, and the Acting Subject**. Duke University press, 2006.

PESSOTTI, Isaiás. **A loucura e as épocas**. São Paulo: Perspectiva, 1994.

PETITMENGIN, Claire. Anchoring in lived experience as an act of resistance. **Constructivist Foundations**, v. 16, n. 2, p. 172-181, 2021.

PICCININI, Walmor J. História da Psiquiatria ANOTAÇÕES PARA UMA HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA BRASILEIRA. **Psychiatry Online Brasil**, v. 22, n. 13597620, 2013.

PIERUCCI, Antônio Flávio. Ciladas da diferença. **Tempo Social; Rev. Sociol. USP, S. Paulo**, 2(2): 7-33, 2.sem. 1990.

PITTA, Ana Maria Fernandes. (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. (SaúdeLoucura, 10)

_____ Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579–4589, dez. 2011.

REDE NACIONAL INTERNÚCLEOS DA LUTA ANTIMANICOMIAL. "Direitos Humanos: uma amostra das instituições psiquiátricas brasileiras". **Relatório das visitas** realizadas simultaneamente na Inspeção Nacional em Unidades Psiquiátricas em 16 estados brasileiros e no Distrito Federal, no dia 22 de julho de 2004.

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

SAFRANSKI, Rüdiger. **Schopenhauer: e os anos mais selvagens da filosofia**. Geração Editorial, 2018.

SAPIR, Edward. **Language, culture, and personality**. Berkeley: University of California Press, 1949.

SARTRE. Jean Paul. O existencialismo é um humanismo. **A imaginação: Questão de método**. Seleção de textos de José Américo Motta Pessanha. Tradução de Rita Correia Guedes, Luiz Roberto Salinas Forte, Bento Prado Júnior. 3. Ed. São Paulo: Nova Cultural, 1946[1987].

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. et al. Políticas de saúde mental em Santa Catarina nos anos 1970: vanguarda na psiquiatria brasileira? **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 20, n. 2, p. 553–570, jun. 2011.

SEGATO, Rita Lobo. Território, soberania e crimes de segundo Estado: a escritura nos corpos das mulheres de Ciudad Juarez. **Revista Estudos Feministas**, v. 13, n. 2, p. 265–285, ago. 2005.

SAHLINS, Marshall. **Ilhas de Histórias**. Rio de Janeiro: Zahar, 1997

SHAW, Joanne; BAKER, Mary. “Expert patient”—dream or nightmare? **Bmj**, [S.L.], v. 328, n. 7442, p. 723-724, 25 mar. 2004. *BMJ*. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.328.7442.723>.

SILVA, Daniela Rosolen Galetti da. A loucura vista sob a ótica da Eugenia. VIII Congresso Internacional de História. Anais... In: **VIII CONGRESSO INTERNACIONAL DE HISTÓRIA**. 2017. Disponível em: <<http://www.cih.uem.br/anais/2017/trabalhos/3726.pdf>>. Acesso em 10 de novembro de 2022.

SINGER, Merrill; ERICKSON, Pamela I. **Global health: an anthropological perspective**. Waveland Press, 2013.

SPRADLEY, J.P. **Participant Observation**, New York: Holt, Rinehart and Winston, 1980.

TAMBURINI, Marcello; Gangeri, Laura; Brunelli, Cinzia. *et al.* Cancer patients' needs during hospitalisation: a quantitative and qualitative study. *BMC Cancer* 3, 12 (2003). <https://doi.org/10.1186/1471-2407-3-12>

TAUSSIG, Michael T. Reification and the consciousness of the patient. **Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology**, v. 14, n. 1, p. 3-13, 1980.

TAVARES, Fátima. **Rediscutindo Conceitos Na Antropologia Da Saúde: Notas Sobre Os Agenciamentos Terapêuticos**. *Mana*, v. 23, p. 201-228, 2017.

VELHO, Gilberto. **Desvio e divergência: uma crítica da patologia social**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

VELLOSO, V. P.; MONTEIRO, R. B.; FONSECA, M. R. F. DA. HOSPÍCIO DE PEDRO II. Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/hospedro.htm#topo>>. Acesso em: 8 dez. 2022.

WIND, Gitte. Negotiated interactive observation: Doing fieldwork in hospital settings. **Anthropology & medicine**, v. 15, n. 2, p. 79-89, 2008.