

Práticas de Cuidado e Medicações: etnografia de um hospital psiquiátrico

Sabrina Melo Del Sarto¹

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Resumo

Neste trabalho, apresento fragmentos de uma etnografia realizada em um hospital psiquiátrico público localizado no interior do Estado de São Paulo. A etnografia, conduzida em 2019, baseou-se em 90 dias de trabalho de campo, observação participante, entrevistas semiestruturadas e registros em diário de campo. O objetivo foi compreender como os moradores da ala residencial vivenciam a institucionalização, com foco nas relações entre tratamentos, práticas de cuidado e uso de psicotrópicos. A etnografia revelou que o aumento do uso de psicotrópicos tende a reduzir o cuidado oferecido pela equipe profissional, enquanto a escassez de práticas alternativas intensifica a demanda por cuidados realizados pelos próprios residentes. Nesse contexto, os internos mobilizam estratégias e redes de solidariedade para enfrentar as emergências e os limites do cotidiano asilar. Ao evidenciar essas dinâmicas, a pesquisa permite deslocar o olhar das normas institucionais para os modos particulares de habitar a vida em condições de longa permanência.

Palavras-chave: Etnografia de Hospital; Práticas de Cuidado; Medicalização.

Care Practices and Medications: a psychiatric hospital ethnography

Abstract

This paper presents fragments of an ethnography conducted in a public psychiatric hospital located in the countryside of São Paulo State, Brazil. Fieldwork was carried out in 2019 over a period of 90 days, based on participant observation, semi-structured interviews, and systematic fieldnotes. The aim was to understand how long-term residents experience institutionalization, with a focus on the relationships between treatments, care practices, and the use of psychotropic drugs. The ethnography revealed that the increased use of such medications tends to diminish the care provided by professional staff, while the lack of alternative approaches intensifies the demand for care practices carried out by the residents themselves. In this context, residents mobilize relational strategies and solidarity networks to navigate the emergencies and limitations of asylum life. By bringing these dynamics to light, the ethnography shifts the gaze from institutional norms to the particular ways of inhabiting life under conditions of long-term confinement.

Keywords: Hospital Ethnography; Care; Medicalization.

Recebido em: 23/01/2025

Aceito em: 01/09/2025



Este trabalho está licenciado sob CC BY-NC-SA 4.0. Para visualizar uma cópia desta licença, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

1 Introdução

Este artigo aborda uma das diversas dimensões que emergiram a partir de trabalhos etnográficos que venho desenvolvendo desde 2016 no interior de hospitais psiquiátricos públicos brasileiros (Sarto, 2024, 2020). Retomo aqui uma experiência de 90 dias etnografando uma instituição localizada no interior do Estado de São Paulo, em 2019, para pensar questões sobre práticas de cuidado, tratamentos e medicalização. A ideia de revisitar esse material de campo específico emergiu após a finalização de outras etnografias desenvolvidas em hospitais psiquiátricos públicos, mas no Estado de Santa Catarina, uma vez que o espaço asilar da instituição paulista possibilitava uma rede de cuidado distinta e alternativa daquela encontrada nas pesquisas na região catarinense.

Embora os moradores daquele hospital tenham uma rotina asilar extremamente coercitiva, o que intrigou essa investigação foram justamente as redes de cuidado que eram desenvolvidas no cotidiano hospitalar pelos próprios pacientes. Dito de outro modo, em campo, comecei a observar como os internos construíam experiências coletivas possíveis dentro de um espaço limitante, uma vez que viviam uma rotina que parecia caminhar no sentido contrário das práticas de cuidado que se supõe desempenhar uma instituição asilar.

Tal como abordado por Jenkins (2023) e Nunes (2012), através da etnografia podemos nos atentar para as formas pelas quais as doenças, os tratamentos e os medicamentos são experienciados em diferentes contextos e por distintos sujeitos. Essas questões, no entanto, seguem à margem das prioridades dos serviços de saúde, cujas preocupações recaem majoritariamente sobre a disponibilidade, ou indisponibilidade, material de medicamentos ou de serviços assistenciais (Jenkins, 2023). A pressa em preencher a lacuna do tratamento medicamentoso em saúde mental tem provocado a intensificação de uma outra lacuna, de conhecimento sociocultural, isto é, a ausência de uma compreensão sobre as condições locais de saúde e de seus modos de tratamento e cuidado (Jenkins, 2023; Whyte, 2009).

Como uma via alternativa central, o cuidado é entendido nesta reflexão a partir de seu caráter relacional (Mol *et al.*, 2008a). Assim, a partir de uma investigação etnográfica sobre a experiência cotidiana de pessoas que vivem de forma permanente em uma ala médica, tenciono algumas redes de cuidado que se constroem no interior desse espaço. Por meio de um intenso trabalho de campo, entrevistas semiestruturadas e registros em diário de campo, pude me aproximar das vivências cotidianas institucionalizadas e, em particular, investiguei as redes alternativas de cuidado que eram construídas na ausência de serviços ou tratamentos que escapam à ordem psiquiátrica. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CAE: 07059319.6.0000.0121).

2 Contexto Histórico e Etnográfico

As trajetórias das instituições psiquiátricas no Brasil vêm sendo registradas há décadas, tanto por meio de pesquisas acadêmicas quanto nas práticas e espaços populares de luta e formulação de estratégias de transformação (Amarante; Nunes, 2018; Andrade, 2012; Maluf; Andrade, 2017). Inspirada em modelos que contemplam experiências com serviços substitutivos e não hospitalocêntricos (Basaglia, 1968; Rotelli, 1990; Tosquelles, 2024), os processos de Reforma Psiquiátrica brasileira (RP) ganharam força especialmente no final do século XX. Em 2001, após a promulgação da Lei n. 10.216, fruto de intensos períodos de luta popular de diversos movimentos sociais, um caminho de desinstitucionalização começou a ser trilhado no país. A partir de então, diferentes autores passaram a analisar criticamente as propostas e os caminhos da RP (Andrade, 2012; Saretta, 2014; Carvalho, 2014; Escócia; Paulon, 2015; Machado; Manço; Santos, 2005). Em resumo, esse processo foi responsável por iniciar uma tentativa progressiva de extinção dos hospitais psiquiátricos que se configuravam como instituições marcadas pela superlotação e pelos altos custos ao Estado (Conrad; Schneider, 1992; Camargo, 2017). No entanto, mesmo com o avanço da RP, muitas dessas instituições não conseguiram efetivar plenamente a desinstitucionalização, o que faz com que ainda haja pessoas vivendo permanentemente nesses espaços.

Os hospitais que permaneceram em funcionamento passaram a ser organizados em alas médicas e, em alguns casos, foi criada uma ala específica para os residentes de longa permanência. No Hospital em que a pesquisa de campo foi realizada, a ala é denominada de “Lar Abrigado” (LA). De acordo com Camargo (2017), os LA foram concebidos como uma forma de atender às diretrizes da Portaria n. 224/92, que exigia a reformulação dos espaços físicos dos hospitais psiquiátricos, representando uma tentativa de reparação frente à lógica asilar vivenciada por pacientes que se tornaram moradores dessas instituições. Vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), os LA são compostos por casas construídas dentro dos próprios muros hospitalares, com a proposta de proporcionar aos residentes uma forma distinta de vivenciar o cotidiano institucional.

Por outro lado, a permanência desses sujeitos no interior de alas hospitalares infringe as orientações da desinstitucionalização brasileira, que conseguiu desativar mais de 60.000 leitos psiquiátricos e abrir 2.500 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), além de disponibilizar mais de 1.200 novos leitos psiquiátricos em hospital geral, possibilitando uma transferência dos cuidados fundamentalmente hospitalocêntricos, para os tratamentos em rede, respeitando a territorialidade dos sujeitos atendidos.

O trabalho de campo foi realizado em um hospital de cunho religioso kardecista que existe desde 1946. Atualmente, assiste 330 pacientes, sendo 260 leitos conveniados com o SUS e 40 leitos destinados a pacientes particulares e de convênios, além de 30 leitos voltados ao tratamento de menores dependentes químicos. A ala específica da pesquisa é habitada apenas por moradores permanentes, ou seja, pessoas que vivem no hospital há pelo menos duas décadas, sendo composta por 14 mulheres e sete homens. No grupo, oito mulheres são negras, cinco mulheres são brancas, cinco homens são brancos e dois homens são negros. Os dados ilustram, ainda que brevemente, um dos principais desafios das políticas públicas no país, relacionado à necessidade de lidar com intersecções entre raça, gênero e classe no âmbito da saúde mental pública. Vemos nesses números como os marcadores sociais das diferenças são traduzidos na institucionalização psiquiátrica brasileira que, tal como citado

por Fanon (2020), descortina o racismo colonial contido nas práticas de cuidado que afetam diretamente os sujeitos racializados.

No campo da pesquisa, todos os moradores são interditados e têm direito legal à aposentadoria ou ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), uma pensão destinada a idosos ou pessoas com deficiência. O montante do dinheiro não chega para os moradores, mas permanece com seus curadores, que são seus familiares ou terceiros designados judicialmente. Normalmente, apenas uma parte do benefício é repassada para os moradores semanalmente, em uma quantia que varia entre 60 e 100 reais. O restante do dinheiro fica guardado com a equipe do hospital que detém a maior parte da curatela dos mesmos.

A idade dos residentes varia entre 39 e 75 anos, e a maioria deles possui o que chamo de “coleção de institucionalização”, pois são pessoas que, antes de viverem no hospital, já habitavam outras instituições, como orfanatos e outros hospitais psiquiátricos. Esses moradores compartilham histórias de permanência prolongada em instituições, o que influencia diretamente suas formas de interação com o ambiente hospitalar e com os tratamentos oferecidos. Além disso, é possível observar dinâmicas de poder e de resistência que emergem tanto nas relações entre os residentes quanto nas interações com os profissionais de saúde, refletindo a complexidade das vidas sustentadas dentro desses espaços.

Além dos interlocutores, é importante conhecer brevemente as estruturas físicas e a rotina comum dentro da ala. Embora vivam em um local residencial, o espaço não deixa de performar um papel consolidado daquilo que ficou conhecido, historicamente, como uma instituição total (Goffman, 2001)¹.

O LA pode ser pensado como uma vila que abriga os moradores que vivem em casas construídas dentro dos muros hospitalares. Os caminhos dentro do LA se repetem cotidianamente, o alto-falante desperta pela manhã com avisos corriqueiros e os moradores, logo quando acordam, são levados para o refeitório público e recebem o café da manhã. Saindo de lá, vão para o *passe*², pois aliados à rotina medicamentosa, existem os denominados “tratamentos espirituais” obrigatórios.

Quando voltam do *passe* vão à enfermaria para a primeira medicação do dia e, depois, vão para suas atividades diárias. Algumas moradoras, principalmente mulheres, limpam suas casas e três delas limpam também a casa dos moradores homens e recebem um pagamento mensal para tal atividade que é retirado do montante semanal dos mesmos. Os outros transitam entre suas casas e o quintal coletivo até a hora da próxima refeição, o almoço, servido também no refeitório comunitário do hospital.

Ao voltarem do almoço, recebem uma garrafa de café por casa e passam o dia ali, transitando entre suas residências e o quintal coletivo. Alguns dormem depois do almoço,

¹ Erving Goffman (1961, p. 11) define as instituições totais como espaços que 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 experienciar.

² “Ir ao *passe*” engloba duas situações diferentes: a primeira delas pode ser pensada como uma espécie de palestra ou reunião, na qual os voluntários espíritas se reúnem e falam sobre os temas do espiritismo kardecista e, no segundo momento, que ocorre após esta palestra, os voluntários caminham em direção aos internados para a realização de uma troca energética. Este segundo momento pode ser pensado assim como definiu Kurz (2017) como uma forma de benção e um tratamento energético em termos de uma transfusão de energias positivas. De acordo com alguns voluntários espíritas kardecistas, o momento do *passe* é importante porque os distúrbios mentais dos internados são resultados da ação de espíritos desencarnados que influenciam nas funções mentais de indivíduos encarnados e, como o hospital foi fundado por voluntários espíritas que se dedicavam à caridade e ao tratamento de pessoas diagnosticadas com “doenças mentais”, persistiu, até os dias atuais, o tratamento espiritual.

outros assistem televisão, muitos escutam rádios e alguns, com autorização para sair, fazem passeios rápidos pelas redondezas do hospital. À tarde recebem um lanche e, depois, mais uma medicação e, no fim do dia, recebem a janta e a última medicação. Antes de dormirem recebem a ceia. A média de psicotrópico ministrada para cada um dos residentes durante essa rotina é de 21 comprimidos diários.

3 Para além da Rotina Hospitalar: o *devoir* institucional e as práticas de cuidado

Durante o trabalho de campo no interior de São Paulo, embora buscasse conhecer a rotina institucional dos sujeitos que ainda viviam como moradores permanentes de hospitais públicos, comecei a perceber que a vivência que eles experienciavam era muito menos rígida do que geralmente se imagina ser em um ambiente hospitalar. Em uma espécie de *devoir institucional*, como um fluxo constante que é percorrido e composto por sujeitos, enquanto simultaneamente os molda, fui levada a buscar reflexões que me ajudassem a escapar das narrativas limitadas das formas coercitivas daquele poder. Assim, pude então seguir o imperativo proposto por Cunha (1986, p. 144), em seu estudo sobre o hospital psiquiátrico Juquery (MG), de “[...] descer às abordagens dos casos que o hospital encerrou [...]”, ou seja, olhar o rosto dos moradores, ouvir suas falas, conhecer suas histórias de vida e as razões de seu internamento, e perceber como essas experiências se entrelaçam dentro da vila asilar.

A ideia de revisitar a institucionalização por esse viés, além de ser inspirada pelos trabalhos de Biehl (2005), Jenkins (2015) e Martínez-Hernández (2023), também surgiu ao perceber que, em muitos estudos sobre instituições, a maioria dos enfoques partia da análise de laudos médicos e entrevistas com funcionários, familiares e ex-pacientes. As reflexões sobre os modos de vivenciar a institucionalização a partir das perspectivas dos internados eram, nesse sentido, raras quando comparadas às discussões sobre o sistema coercitivo no qual esses indivíduos estavam expostos. No levantamento bibliográfico que realizei, foi difícil encontrar trabalhos que destacassem a voz dos próprios moradores de hospitais psiquiátricos no momento de suas internações, ou seja, enquanto ainda estavam institucionalizados.

Como a Etnografia exige muitas ferramentas de aproximação ao mundo “do outro”, essa “sensibilidade antropológica” foi fundamental para que eu mergulhasse nesse *entre muros* e, enfim, chegasse ao paradoxo citado acima, denominado de *devoir* institucional. Segundo Deleuze e Guattari (1997, p. 64), o *devoir* é uma fonte de desejo, são formas de desejar, colocar-se, encontrar-se e fazer uma copresença a partir de forças de construção e de destruição. O *devoir* (Deleuze, 1997), nesse contexto, era composto primeiramente de uma rotina comum hospitalar e, também, formado pela maneira que os próprios sujeitos habitavam e agiam no mundo do hospital.

Afastando-me da ideia de agência como um equivalente de resistência e inspirada pelas antropólogas Saba Mahmood (2019) e Veena Das (2011), considero nesta pesquisa a noção de agência a partir do paradoxo da subjetivação. Esse conceito aponta para um processo em que, ao mesmo tempo, o sujeito é subordinado às relações de poder e encontra maneiras de se constituir como um agente consciente de si. Contudo, ao serem internados, os pacientes percebem que a hospitalização pode ser entendida como uma “rendição involuntária” às

peessoas que cuidam da saúde, quando profissionais, em muitos casos, contribuem para a criação de relações de dependência entre os pacientes, favorecendo aqueles que não questionam os planos de cuidado propostos e evitando comportamentos que possam gerar conflitos.

Sobre essa obediência, Goffman (2001) disserta que a autoridade, nesses locais, escalona rapidamente, e os regulamentos difusos e rigorosos fazem com que os internados vivam com uma angústia crônica quanto à desobediência, às regras e suas consequências. Na “cultura do internado” (Goffman, 2001, p. 63), as possibilidades de manifestação de suas singularidades são limitadas pelos mecanismos de supressão presentes no cotidiano institucional. Nesse cenário, a “obediência” surge como uma estratégia de autopreservação e, sobretudo, como uma maneira de evitar punições, tais como a aplicação de injeções ou a administração forçada de medicamentos. Essas práticas interferem diretamente na possibilidade dos moradores de vivenciarem suas experiências de formas particulares (Petitmengin, 2021) e, de certo modo, a estrutura institucional ainda perpetua um modelo de cuidado ou tratamento com características manicomiais, garantindo, em última análise, sua própria manutenção (Foucault, 2006).

Dito de outro modo, os dispositivos de poder são materializados no cotidiano das práticas de cuidado, por meio da medicalização dos sofrimentos e da reprodução de práticas clínicas disciplinares advindas do modelo biomédico hospitalocêntrico, da verticalidade das relações e da concepção biologicista do adoecimento mental (Barbosa *et al.*, 2016). Esse caso específico de hospital que mantém moradores permanentes revela ainda que o poder sobre aquilo que é considerado *anormal* ou para definir os significados da *anormalidade* pode ser expandido para todas as instâncias da vida. Por esse motivo, tal como apontado por Foucault (2006), revela também a expansão desmedida desse poder preestabelecido.

Dessa forma, ao mesmo tempo em que a permanência dos moradores em uma ala psiquiátrica ativa a memória manicomial e seus dispositivos de controle, a etnografia mostrou que ali também operam práticas e relações que se distanciam da rigidez disciplinar. Essas nuances se revelam especialmente quando observamos a ideia de cuidado para além do paradigma biomédico ou da lógica estrita da institucionalização.

O cuidado, enquanto uma prática situada, é atravessado por múltiplas relações e redes que não se limitam ao espaço hospitalar, mas o atravessam, o reorganizam e, por vezes, o subvertem. Como apontam Mol *et al.* (2008b) e Molinier (2012), o cuidado é uma prática relacional e coletiva, que se desenrola em circuitos de dependência, reciprocidade e assimetrias. Tal como proposto por Fonseca e Fietz (2018), diferentes formas de cuidado se entrelaçam em redes familiares, comunitárias e institucionais, fazendo com que os sujeitos que recebem cuidado não possam ser compreendidos isoladamente, mas em conexão com essas tramas relacionais.

Ainda segundo as autoras, essa perspectiva permite desestabilizar o binarismo entre “bons” e “maus” cuidados, abrindo espaço para perceber como as práticas cotidianas revelam negociações, tensões e possibilidades outras. Mol *et al.* (2008b) argumentam que, no campo da saúde, muito se fala em escolha, como se o paciente pudesse simplesmente decidir entre diferentes ofertas de cuidado, configurando-se ora como cliente, ora como cidadão. No entanto, quando inserimos o cuidado no cotidiano institucional psiquiátrico, percebemos que essas categorias se complicam. A lógica do cuidado ali não opera por decisões autônomas individuais, mas por interações assimétricas (Mulemi, 2008).

Por esse motivo, os cuidados observados nesses contextos se aproximam de uma prática situada, contingente e constantemente ajustada (Fonseca; Fietz, 2018), como um processo contínuo, adaptado às realidades momentâneas e às diferentes necessidades que emergem. Assim, não se trata de uma técnica ou de uma resposta única ao sofrimento, mas de práticas de improviso, permeadas por desigualdades, afetos, estratégias de contenção e também gestos de presença e atenção.

Para ilustrar essas questões, recorro a fragmentos de um estudo etnográfico sobre a experiência cotidiana de pessoas que vivem em um hospital psiquiátrico de forma permanente, sem vislumbre de alta ou saída da instituição. Durante nossos 90 encontros, nas visitas durante o trabalho de campo, fui observando suas concepções específicas sobre as condições do internamento. Em fevereiro de 2019, escrevi no diário de campo:

Margarete está com muita tosse, perguntei para ela o que faziam quando estão doentes aqui no hospital e ela me disse: “Quando tá doente aqui? Quem cura é o bispo! O bispo, o bispo cura nois [...] o Padre Marcelo [...] Acorda, toma remédio e se tiver bom da cabeça vai comer no refeitório; quem não tá bom das pernas ou dos miolos não vai. Você não vê aqueles carrinhos de supermercado? Aqueles carrinhos são pra levar comida pra gente [...]” (Diário de Campo, 08/02/2019).

A passagem do diário foi escrita após um intenso convívio com a moradora. A fala de Margarete é reveladora, pois denuncia a ausência de cuidados outros dentro do hospital, indicando que o único tratamento disponível é o relacionado ao uso de medicamentos. É interessante notar como nós, pesquisadores, vamos cada vez mais nos imergindo no cotidiano de nosso campo e reinventando nosso fazer etnográfico. Em um primeiro momento, observei nitidamente a relação de resistência dos moradores com os medicamentos psicotrópicos, além do modo como reagiam e negavam os momentos de administração das drogas. No entanto, não havia me atentado ao fato de que, por viverem na instituição, os moradores possuíam necessidades outras de cuidado e tratamento. Comecei a questionar como eram abordadas as *dores-outras* dos moradores, como as dores de estômago, cabeça, enjoo, dor de dente, entre outras. A fala de Margarete é extremamente significativa, pois quando perguntei o que eles fazem quando estão doentes, ela foi enfática: “Quando tá doente? Quem cura é o bispo!”. Só então comecei a perceber que a relação entre as práticas de cuidado, os tratamentos e os medicamentos podia ser explorada em outras camadas.

Para melhor elucidar, gostaria de evidenciar que coexistem duas categorias de medicamentos. Primeiro, os remédios de ordem psíquica, conhecidos entre os profissionais como “psicotrópicos” ou, entre os moradores, como “remédio de cabeça”. Esses remédios são fáceis de serem conseguidos no hospital e os moradores desenvolvem, muitas vezes, uma relação de resistência em relação a alguns deles. Segundo, há os medicamentos “gerais”, usados para outras questões que os moradores enfrentam no dia a dia, como dores diversas, desconfortos, entre outros. De modo geral, há uma escassez desses remédios e os moradores, além de os solicitarem muito, demoram dias até recebê-los.

Ambos os medicamentos estão inter-relacionados com uma lógica específica de cuidado. Primeiro pensemos nos sujeitos que praticam o cuidado, há, de um lado, a equipe hospitalar, que desempenha um papel de “cuidado-trabalho” e, do outro lado, há também os próprios moradores, que desempenham uma espécie de “cuidado por afinidade”, no qual eles cuidam uns dos outros. Além disso, como citei, a lógica de cuidado desenvolvida pela equipe do

hospital está diretamente relacionada aos medicamentos. Um aumento dos psicotrópicos, por exemplo, pode acarretar em uma diminuição da necessidade de cuidado e, por outro lado, a falta de medicamentos cria a necessidade do aumento dos “cuidados-trabalho” ou “cuidados por afinidade”. Na ausência dos cuidados advindos da equipe, os moradores começam a compor com a cotidianidade institucional e desenvolvem práticas de cuidado entre eles próprios.

Em outras palavras, os psicotrópicos parecem substituir algumas formas de cuidado desempenhadas pela equipe, mas a falta de tratamentos e medicamentos gerais parece fazer emergir formas-outras de cuidado, que aparecem principalmente dentro das relações entre os próprios moradores. Vale pontuar que na ala estudada não existe um plano de cuidado individualizado, prevalecendo apenas o cuidado medicamentoso.

É comum, no cotidiano institucional, que os moradores desenvolvam redes para mitigar os dilemas da falta de tratamentos alternativos e de práticas de cuidado que fujam do campo farmacológico. Um exemplo simples pode ser pensado se colocarmos em evidência um caso etnográfico: antigamente, no Lar Abrigado, havia um refeitório para que os moradores pudessem fazer suas refeições. Atualmente, o espaço foi desativado e, agora, os moradores devem comer no refeitório público, junto com os internados de outras alas. Há uma moradora que se queixa por ter que ir ao refeitório comum, ela diz que tem “traumas”, que “não se sente bem” e que “lá no refeitório ela não consegue comer” [sic]. A equipe, depois das queixas da mesma, continuou dizendo que ela só poderia comer se fosse até o refeitório, pois é uma regra da instituição, entretanto, a moradora continuou a não ir e a justificar dizendo que não se sentia bem quando ia.

Durante todas as visitas ao hospital, a vi apenas uma vez no refeitório, nas outras vezes ela ficou em casa e não foi. A equipe médica aumentou sua medicação enquanto ela negava ir ao refeitório, pois diziam que ela estava com “alteração de humor” [sic]. Nas nossas trocas, foram ficando constantes as reclamações sobre a nova medicação e a moradora relatava que estava com a boca espumando, devido aos efeitos colaterais da medicação “exagerada” [sic]. Como para comer ela deveria ir ao refeitório, outras moradoras começaram uma prática que se tornou rotineira: elas levavam para o refeitório, no café da manhã, uma garrafa plástica escondida dentro da bolsa. Depois que elas recebiam seus copos de leite, já na mesa, cada uma delas colocava um pouco do seu leite na garrafa, até que ela ficasse cheia com a soma das doações e, depois, a guardavam na bolsa para levar para a moradora: *“Ela não pode ficar sem comer, né? A gente tem que fazer alguma coisa, vai fazer o que? Não tem jeito não”* (Madalena, 64 anos, moradora do hospital, 29/04/2019).

Nesta cena, percebemos que o cuidado, no ambiente de permanência institucional, exige um deslocar do olhar da normatividade para uma compreensão das complexidades das relações entre sujeitos que compartilham as especificidades de viver permanentemente em uma ala hospitalar. Como alegam Mol *et al.* (2008b), o cuidado não se organiza por escolhas isoladas, mas por diferenças horizontais entre pessoas e suas necessidades, e, sobretudo, pelas redes que sustentam essas diferenças. Assim, ainda que operando sob a sombra da institucionalização e do poder, os cuidados ali prestados não se esgotam nas suas formas disciplinares, mas revelam, no cotidiano, práticas que desafiam as fronteiras institucionais.

Interessante notar que a população da ala está envelhecendo, e é muito raro que um morador novo chegue no ambiente. Desde que comecei a pesquisa, houve oito falecimentos

e apenas um caso de desinstitucionalização³, mas nenhum novo morador chegou. Como estão envelhecendo, estão tendo outras demandas médicas que não aquelas solucionadas apenas pela ordem psiquiátrica. As práticas de cuidado estão sendo reconfiguradas e há, por exemplo, moradores mais novos (de idade) que acompanham moradores idosos, dando as mãos para caminharem, levando-os em algum lugar que precisam ir, ajudando-os nas tarefas de casa e em outras formas que se fazem necessárias no ambiente. Essas práticas podem ser pensadas como uma rede de solidariedade entre sujeitos que compartilham os limites e as possibilidades de uma vida institucionalizada, que são potencializadas pelo envelhecimento, que introduz novas demandas de cuidado.

Desde os primeiros anos do LA, em 1996, até 2018, os moradores tinham também uma «cuidadora» que os acompanhava todos os dias pela manhã, cuidava da higiene dos mesmos e da limpeza das casas, dividia as tarefas entre eles e organizava a rotina comum. Em 2019 ela foi transferida para outra ala e o LA ficou sem nenhuma cuidadora. A enfermeira, a psicóloga e a assistente social, que são também responsáveis por outros serviços e alas, dividem essas práticas de cuidado específicas entre os próprios moradores.

Nesse cenário, entendendo o cuidado também como um trabalho compartilhado, envolvendo não apenas profissionais, mas também os moradores, ou os outros sujeitos (Mol *et al.*, 2008b), busquei continuar a percorrer essas práticas de cuidado desenvolvidas especificamente entre os internos. Este caminho foi muito interessante e ilustrou redes de relacionamentos afetivos que pareciam ocultas no cotidiano institucional, como uma outra situação que observei entre as moradoras Otávia (56 anos) e Cida (50 anos). No dia a dia, não as via conversando ou fazendo algo juntas, normalmente ficavam com outras pessoas, entretanto, fui depois observando uma rede de cuidado implícita, tal como escrevi no diário de campo:

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

Outro dia presenciei outra forma de cuidado entre as moradoras. Vi Cida indo atrás de Otávia, na casa dela, pedindo um dinheiro para comprar salsichas. Otávia foi até seu quarto e, em uma de suas gavetas, embaixo das roupas, tirou a carteira de Cida e entregou para ela, Cida pegou o dinheiro e devolveu a carteira para Otávia dizendo para mim: “A Otávia guarda minha carteira pra mim, pra ninguém mexer eu deixo aqui com ela” (Diário de campo, 20/03/2019).

Nessas cenas podemos, mais uma vez, retomar Mol (2008a), quando disserta que o cuidado não é um produto limitado, mas um processo contínuo. Isso me fez notar como seguir os fluxos desses processos de cuidado entre os internos era potente no sentido de

³ Segundo Franco Rotelli (1990, p. 2), a desinstitucionalização é um “processo prático-crítico” que busca reorientar instituições e serviços, bem como mobilizar energias, saberes, estratégias e intervenções. No mesmo sentido, Walter Oliveira (2010, p. 274) adverte sobre a frequente confusão entre os termos “desinstitucionalização” e “desospitalização”, destacando que, assim como o ato de institucionar, o de desinstitucionalizar não pode ser reduzido à simples retirada de pessoas dos hospitais. Para ele, “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).

revelar sociabilidades formadas implicitamente no cotidiano hospitalar. Uma conversa que tive com a moradora Margarete (52 anos), sobre a permissão para sair do hospital, também foi interessante, ela me contou: *“Tem uns que não podem sair... A Magda [moradora que vive em uma outra ala] vai vir pra cá, já falaram que ela mijá na casa inteira, vai sobrar pra quem? Se a gente reclamar ainda sai de errado, os mais fortes cuidam dos mais fracos, não é assim?”* (Diário de campo, 21/02/2019).

Esse caso me lembrou o trabalho de Jenkins (2023), que analisa narrativas de interlocutores sobre suas condições de saúde, nas quais se articulam termos biomédicos e categorias socioculturais. Segundo a autora, as concepções individuais são menos medicalizadas e revelam um interesse reduzido em falar sobre a própria doença, priorizando os modos de viver com ela e a sua expressão nos outros. A fala de Margarete revela, em um primeiro momento, uma ideia de cooperação entre moradores, entretanto, o vocabulário utilizado reitera uma dinâmica hierárquica presente no cotidiano hospitalar. Essa espécie de divisão era muito recorrida na instituição, quando os próprios moradores se dividiram entre os que cuidavam e os que precisavam de cuidados. Também se dividiam entre os “bons de cabeça” [sic] e os “desmiolados” [sic], marcando fronteiras simbólicas no interior da ala.

As cenas etnográficas de cuidados indiretos eram muito recorrentes. Quando via os internos em silêncio, em suas casas, esperando o tempo passar, não imaginava as relações desenvolvidas nos espaços que criavam para compor com suas vivências, como me contou Margarete na citação acima: *“[...] os mais fortes cuidam dos mais fracos.”*. Chamo atenção para o fato de que, nessas práticas de cuidado, os moradores não são somente “passivos”, eles compõem, ativamente, com as possibilidades institucionais (Mol, 2008b). Outra prática que observei foi entre alguns moradores que recomendavam formas assertivas de agir para os outros moradores, para que evitassem situações de problemas com os profissionais do hospital que poderiam implicar em punições, como o aumento da medicação ou o internamento em alas em que as condições de vivência eram mais fechadas e coercitivas. Escrevi no diário:

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

Na fala, a ideia de ir “lá para dentro” representava, para os moradores, uma internação ainda mais fechada e manicomial, em uma ala conhecida como “patião”, local onde viviam outros moradores que não tinham contatos sociais fora do hospital, usavam roupas coletivas e viviam em pavilhões sem divisões de cômodos⁴.

Outros dois moradores, Valdir e Magda, também cuidavam um do outro no cotidiano hospitalar:

Tenho notado que Valdir sempre dá conselhos pra Magda. João falou “A Magda é desorientada” e Valdir respondeu: “É mesmo, a Magda tem a cabeça fraca.”, depois foi até a fila de remédio e falou: “Toma o remédio sim, Magda, toma direitinho. Tem que tomar se não eles vão te levar

⁴ Havia outras duas alas, também públicas, que abrigavam moradores que estavam em um estágio mais crítico da doença. As alas eram destinadas aos moradores que já não possuíam nenhum contato com o mundo fora do hospital e, segundo a equipe médica, tinham perdido a capacidade de sociabilidade e autocuidado. A ala masculina era chamada de “patião” e a ala para as mulheres era conhecida como “feminina”. Os moradores do Lar, quando deixavam de cumprir alguma regra, eram levados para essas outras duas alas como forma de punição e correção. Lá eles permaneciam até que a médica os autorizasse a voltar para o Lar.

lá pra dentro, pro patião". Depois que ela tomou o remédio, ela parou um pouco em frente ao postinho de remédios e ele continuou: "Vamo Magda, vamo pra lá, vão te chamar". (Diário de campo, 19/03/2019).

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

Francine (34 anos), a moradora mais jovem do Lar, também realiza semanalmente uma tarefa que exemplifica as práticas de "cuidado por afinidade" no hospital. Com autorização para saídas rápidas, no dia do pagamento ela recebe o dinheiro dos moradores que não podem ficar com seus próprios recursos e se encarrega de fazer as compras para eles. Na cozinha de uma das casas, os moradores se reúnem com a assistente social para decidir se retiram o dinheiro ou guardam parte para compras futuras, o que exige juntar o valor de várias semanas. Sem apoio externo e sem visitas familiares, cada residente tem uma bolsa sob responsabilidade da assistente social, onde alguns acumulam pequenas economias, que não rendem, revelando, mais uma vez, a alienação financeira e a ausência de práticas que promovam a desinstitucionalização. Após o pagamento, a rotina asilar se agita: os moradores combinam com Francine os itens que desejam do supermercado em frente ao hospital e normalmente escolhem refrigerantes, balas, salgadinhos, bolachas, iogurtes, paçoca e/ou macarrão instantâneo. Alguns são autorizados a acompanhá-la nas compras, os demais confiam a ela seus pedidos. Francine escolhe cada item com cuidado, finalizando uma compra antes de iniciar outra. Ao retornar, leva consigo os que a acompanharam e também as sacolas daqueles que ficaram.

Nesses exemplos fica nítido como os moradores, por meio das práticas de cuidado por afinidade, desenvolvem redes de sociabilidade que lhes permitem compor a rotina asilar de maneiras particulares e menos manicomialais. Nessas brechas, mesmo quando estão extremamente medicalizados, encontram espaços para se relacionar e, coletivamente, vivenciar o mundo hospitalar de formas alternativas. Os casos revelam ainda que, mesmo em um contexto marcado por carência de recursos, normas rígidas e controles institucionais, os moradores constroem formas próprias de cuidado, sustentadas por vínculos afetivos e acordos recíprocos. Trata-se de práticas que produzem deslocamentos na ordem asilar e revelam modos de (re)existência nesses contextos coercitivos.

4 Psicotrópicos, os "remédios de cabeça".

Além das práticas de cuidado, como mencionado anteriormente, havia no ambiente institucional os tratamentos medicamentosos obrigatórios, com os quais os moradores estabeleciam outros tipos de relação. Em campo foi relatado que a média diária de comprimidos que recebem é de 21 pílulas. Ao percorrer a relação dos moradores com esses comprimidos,

a partir das experiências narrativas observadas também nas cenas etnográficas, foi possível tecer reflexões sobre a relação subjetiva que desenvolviam com os psicotrópicos a partir do que Jenkins (2023, p. 120) chamou de “química cultural”, ou seja, uma forma situada de viver e significar os efeitos dos medicamentos.

Segundo a autora, diferente do que muitas vezes se supõe, as pessoas não tomam esses medicamentos com a expectativa de cura, mas sim de alívio e controle de sintomas. Esse paradoxo, nomeado por Jenkins e Carpenter-Song (2008, p. 120) como “recuperação sem cura”, pode gerar estados de confusão e desespero, frequentemente agravados por experiências dolorosas associadas ao estigma social, à alteração da imagem corporal, à sexualidade e à sensação de fracasso pessoal (Jenkins, 2015; 2023).

Na ala, os medicamentos podiam ser divididos em duas categorias, os “psicotrópicos” e os “gerais” e a relação dos moradores com os comprimidos era muito interessante. Nos primeiros dias, quando os via indo para a enfermaria, pegando os copos plásticos no corredor, enchendo-os com água e depois parando em uma fila para esperar o remédio, parecia que realizavam a tarefa de modo muito mecânico, talvez ritualístico. Entretanto, notei uma forte resistência com alguns comprimidos específicos e observei também que o momento de tomar o remédio não era tão automatizado como eu pensava.

Madalena foi a primeira moradora que me fez perceber isso:

Hoje, na hora do remédio, depois do almoço, aconteceu algo muito curioso [...] os moradores, embora muitas vezes dizem não saber para que servem os remédios que tomam, decoram a aparência de cada um dos comprimidos e a quantidade de medicação. Eles recebem os comprimidos destacados pela enfermeira e já o tomam direto, na frente da enfermeira. Ela pede para alguns deles abrirem a boca e mostrarem que tomaram todos sem jogar nenhum fora. Quando Madalena pegou os comprimidos hoje cedo, ela reclamou que tinha um “comprimidinho diferente”, depois notou um “coloridinho” que não conhecia, reclamou para a enfermeira que foi rever o saquinho e, na verdade, aqueles comprimidos eram para outra moradora. (Diário de campo, 08/02/2019).

Magda também notou algo diferente em seus remédios:

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

Essa situação da enfermeira aceitar que ela não tomasse o medicamento aconteceu apenas naquele dia pois, normalmente, quando eles questionavam os medicamentos, eram sempre orientados a tomá-los. Alguns dias depois, Magda continuou reclamando:

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

Quatro dias depois, ela continuava a reclamar, mas ainda tomava o comprimido:

Estava no quintal quando Magda me viu e veio aos prantos falar comigo, dizendo que estava morrendo, perdendo as ideias [...] ela reclamou que o remédio ainda está dando muita reação

nela [...] ficou segurando firme no meu braço [...] chamei o morador Valdir para conversar um pouco com a gente... (Diário de campo, 25/03/2019).

As reclamações sobre os remédios vinham de formas variadas, assim como as justificativas para pedir para não tomá-los. As narrativas enfatizavam noções distintas sobre as medicações, que não pareciam necessariamente estar relacionadas aos efeitos químicos esperados dos comprimidos. Assim como observou Jenkins (2023), muitos pacientes medicados preferem falar dos efeitos das drogas em termos particulares que experienciam com as mesmas. Em outro dia, a moradora Margarete estava brava porque a enfermeira tinha pedido para ela tirar a “barba do queixo” e recorreu, mais uma vez, aos efeitos do medicamento para questionar a profissional:

Eu não vou tirar hoje, eu tiro uma vez por semana pra não crescer grosso. Perguntei se ela vai pagar depilação pra mim, quero nem ver se ela me colocar lá dentro. Olha isso, ela pediu pra Isabel se depilar, será que ela sabe? Ela pode se depilar sozinha? Ela tá lá trancada no banheiro, vai ficar o dia todo! Vou te explicar uma coisa, esses cabelos que tão crescendo no meu queixo é por causa do remédio que eles dão, esses remédio que estão dando pra cabeça deixa o queixo cabeludo (Diário de campo, 11/02/2019).

O “queixo cabeludo” mostra a interpretação da moradora em relação à medicação e, também, pode ser pensado como uma espécie de movimento de resistência, pois os moradores falam muito conscientemente sobre os efeitos dos remédios que são obrigados a tomar e, em muitos casos, tentam negar tomá-los. Por outro lado, negar tomar as medicações podia implicar punições graves, pois era considerado uma forma de “desobediência” e quando alguém negava ou fingia tomá-los, podia haver diferentes formas de castigos e ameaças. Além disso, as queixas dos moradores não pareciam ser suficientes para denúncias e mesmo reclamando dos sintomas e dos efeitos colaterais que estavam sentindo, eram instruídos a tomarem os medicamentos.

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

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

Fui na casa de Cida e ela começou a me contar várias coisas [...] Enquanto ela contava as histórias, a boca dela estava espumando e juntando muita saliva, foi quando ela começou a falar dos remédios: “A gente briga e eles dão remédio pra gente, pra castigar. Olha minha boca, fica espumando, esses remédios pra depressão faz isso com a gente, é remédio pra cabeça, olha a Madalena, ela tem cabeça boa, não precisa tomar [...] Pra emagrecer eu tomo chá verde, pra cabeça Risperidona. Eu tomo Akineton pra desvirar os olhos, pra combater o Risperidona. Pergunta pra Francine pra ver, tem hora que eu viro o olho por conta do remédio, aí tem que tomar outro pra combater. É muito remédio que a gente tem que tomar aqui e se não tomar vai lá pra dentro [para outra ala]” (Diário de campo, 11/03/2019).

Esse caso ilustra outra camada referente à relação da moradora com os medicamentos. O Akineton, por exemplo, é ministrado para reduzir a rigidez causada por outros medicamentos, ou seja, serve para tratar os efeitos colaterais de outra substância. Neste caso, fica explícito o

que Caponi (2019) aborda ao chamar atenção para a confusão socioculturalmente estabelecida entre os sinais da “doença” e os efeitos da medicação, como a síndrome acinética, caracterizada pela ausência de movimento, por dificuldades no controle corporal, a rigidez e os problemas na administração da língua, comumente confundidos como sinais de “loucura”. Nesses casos, a doença não é necessariamente medicalizada, mas seus sintomas sim, exatamente como me relatou a moradora Cida. Notei ainda que muitos internos tinham diabetes e a moradora Margarete, com toda sua experiência institucional, fez uma observação interessante:

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

A observação de Margarete ficou me rondando, pois há uma vasta literatura que revela que os medicamentos psicotrópicos podem alterar as condições metabólicas dos pacientes. Na cena etnográfica, a moradora, com seu referencial cotidiano, percebeu que tinha algo errado com o diagnóstico de diabetes que recebeu e com a medicalização exacerbada a que estava submetida.

Parada (2008) e Caponi (2019) chamam atenção para algumas constatações que foram percebidas também por Margarete. Segundo os autores, como os efeitos dos psicofármacos são diversos, podendo incluir inquietação motora intensa, sensação constante de incômodo, pensamentos negativos, como o desejo de morrer, e um aplainamento afetivo que reduz a capacidade de sentir prazer, dor ou tristeza, além de afetarem a subjetividade, os medicamentos também produzem impactos físicos relevantes, como o aumento excessivo de peso e a dificuldade para realizar atividades cotidianas simples, como amarrar os cadarços.

Atualmente, não são raros os estudos que apontam para a medicalização da subjetividade e a patologização do sofrimento. Segundo Aguiar (2004, *apud* Maluf, 2010), houve um processo de remodelização ou biologização da psiquiatria, acompanhado da substituição da relação terapêutica médico-paciente pelo controle farmacológico dos sintomas. Nesse caminho, as formas de resistência aos medicamentos nos lembram da afirmação de Parada (2008), quando escreveu que os sujeitos funcionam apesar dos medicamentos e não graças aos mesmos.

Ainda nas reflexões sobre os efeitos dos psicotrópicos, observei que a equipe de profissionais me falava, principalmente quando perguntava sobre as críticas negativas tecidas aos medicamentos, que eles eram uma “evolução” [*sic*] e que foram fundamentais para substituir os tratamentos invasivos e agressivos como os eletrochoques e as contenções físicas. Parecia, pelo que me contavam, que os medicamentos chegaram para substituir essas formas de violência, entretanto, não foi previsto o quanto os próprios psicotrópicos poderiam se transformar em modelos punitivos de tratamento. A indústria farmacológica dominou muitas áreas que antes necessitavam de diferentes práticas de cuidado e, segundo Amarante (2014, Entrevista)⁵, há uma resistência social para aceitar que as pessoas são e devem ser diferentes. Para o autor, deveria ocorrer uma suspensão da medicação, entretanto ele reafirma que as ciências biomédicas não compactuam com a ideia de um psicótico viver

⁵ Entrevista realizada com Paulo Amarante, disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/amarante-e-cultura-que-faz-pessoas-demandarem-manicomio-exclusao%20-limitacao>. Acesso em: 20 dez. 2024.

sem seus antipsicóticos. Para ele, esta necessidade é um grande mito criado pela indústria farmacêutica.

Tomando tantos remédios diariamente, os internos continuam a viver a vida de uma maneira manicomial. Entretanto, o que os casos de campo nos mostraram é que a vida institucional não se resume a esta lógica, ainda que as queixas dos moradores não sejam suficientes para denúncias dentro do cotidiano asilar. Notei isto nos casos de outros desconfortos que necessitavam dos outros medicamentos, que não os psicotrópicos. O caso limite que me ilustrou isto foi o seguinte: uma moradora urinou na cama à noite e se levantou para tomar banho, acabou por deixar o corredor molhado. Outra moradora levantou à noite para usar o banheiro e escorregou, machucando o pé. No outro dia, cheguei ao hospital e ela estava reclamando de dor no pé, contando o ocorrido da noite anterior e culpando a sua companheira de casa. Uma responsável pelo hospital chegou e perguntou o que ela tinha, ela disse que estava com dor no pé, mas nada foi feito e ela passou a manhã toda reclamando. Ela discutiu com a amiga, que se desculpou dizendo que o motivo por ter urinado na cama era o “efeito do remédio”. Uma terceira moradora, à noite, levou comida para a mesma que ainda estava reclamando de dor e não conseguiu ir ao refeitório.

Duvidar da dor, no cotidiano psiquiátrico, faz parte do estigma ao qual esses sujeitos estão expostos. Não raro aparecia em campo a ideia de os moradores serem “solicitantes” [sic] e “fazerem de tudo para chamar atenção”. No outro dia ela continuou reclamando de dor, disse que estava vomitando e que à noite passou mal. Ela ficou sentada reclamando o dia todo e foi para o refeitório mancando. Nada foi feito. No terceiro dia, quando cheguei cedo ao hospital me deparei com a moradora com o pé e a perna engessados até o joelho. No dia que caiu, ela tinha quebrado um dedo e machucado uma parte do pé e somente na noite do segundo dia é que suas queixas foram atendidas e descobriram a lesão.

Outras reclamações, de situações menos limites, também aconteceram ao longo da pesquisa, como escrevi sobre um morador: “*João (58 anos) me viu e veio me dizer que hoje não está bom, que está com dor de garganta e que ninguém quer dar xarope [...] ele cuspiu a manhã inteira... chorou reclamando da garganta e pedindo para ir embora*” (Diário de campo, 08/04/2019). Ele falou da dor de garganta por mais de uma semana, até que ela passou. A moradora Rose (57 anos) ficou também alguns dias reclamando de dor nos dentes, não ia nem no refeitório pois dizia sentir dor para comer, entretanto, enquanto estive no hospital ela não conseguiu ser atendida por um dentista.

Nos casos acima, podemos notar que os tratamentos com psicotrópicos são excessivos e que havia uma grande quantidade de comprimidos disponíveis. Entretanto, quando os moradores apresentavam outros desconfortos e necessitavam de cuidados ou tratamentos diferentes, era preciso percorrer um longo caminho até que fossem atendidos. Nestes percursos, articulavam-se com a cotidianidade institucional e compunham com ela para que pudessem (sobre)viver nas situações que experienciavam.

Essa desproporção no acesso ao cuidado remete a questões mais amplas sobre os efeitos e os critérios de uso dos psicofármacos. Embora alguns neurocientistas e psiquiatras apontem possíveis efeitos neuroprotetores de antipsicóticos atípicos, como os antagonistas da serotonina-dopamina, há também evidências consistentes da neurotoxicidade e da morte celular associadas ao uso prolongado de medicamentos típicos, como o Haloperidol (Nasrallah; Chen, 2017, *apud* Jenkins, 2023). Essa realidade exige um repensar ético sobre o que é considerado medicamento essencial e para quem. Afinal, como questiona a Jenkins

(2023), como poderiam ser aceitáveis tratamentos clinicamente inferiores e potencialmente danosos para as populações que não podem pagar por alternativas mais seguras?

5 Considerações Finais

Neste artigo, apresento algumas cenas de uma rotina institucional para (re)pensar as maneiras como ela é experimentada e vivenciada pelos internados que residem em uma de suas alas de forma permanente. Observei, primeiramente, que um aumento dos medicamentos psicotrópicos acarreta a ideia de uma diminuição da necessidade de práticas de cuidado entre a equipe médica e os moradores e, por outro lado, a falta ou a diminuição destes medicamentos exige um aumento de práticas alternativas de cuidado que são desempenhadas, principalmente, entre os próprios moradores. Chamo atenção para o fato de que, nessas práticas de cuidado alternativas, os moradores não são somente “passivos” ou “pacientes”, eles também compõem com as possibilidades institucionais.

Mol *et al.* (2008b), ao desenvolverem um estudo sobre a lógica do cuidado, chegaram a uma conclusão que pode ser vista também nesse campo específico, ela ressaltou que novas estratégias acabam por ser introduzidas para lidar com os desafios que decorrem de uma população que vive em situações precarizadas de cuidado. Essa ocorrência parece ser replicada no hospital, pois, embora o tratamento com os psicotrópicos pareça dominar as formas de cuidado entre a equipe e os moradores, estes últimos acabam por desenvolver redes alternativas de cuidado e sociabilidade para que possam mitigar esses dilemas. Nesse sentido, observei que os moradores desenvolvem formas de viver suas condições de internados que vão além da normatividade imposta pela instituição e criam brechas ou rotas de fuga através de redes de compartilhamento, cuidado e afeto.

Percorrer os caminhos dessas práticas, como uma via alternativa à institucionalização, revelou o quanto os internos criam estratégias para enfrentar as coercitividades impostas, mantendo suas formas particulares de experienciar o mundo hospitalar, seja ao negar remédios, chorar, articular situações ou realizar ações que viabilizem seus desejos. Assim, a etnografia se mostra como essencial para acessar essas nuances e compreender os modos de vida em contextos tão complexos e limitantes, permitindo refletir sobre a institucionalização psiquiátrica para além das formas explícitas de repressão.

Vale lembrar que o saber psiquiátrico não é apenas biológico ou médico, mas se sustenta continuamente na força discursiva dessa posição para produzir seus efeitos (Caponi, 2015; 2019). Martínez-Hernández (2023) reforça esse entendimento ao afirmar que um transtorno mental é, sobretudo, aquilo que se faz com ele: como é significado e ressignificado, como suas manifestações são lidas e interpretadas, e como são gerenciadas dentro de um jogo de nomeação e antecipação, que pode aliviar o sofrimento, agravá-lo ou cronificá-lo (Martínez-Hernández, 2023). Tal como abordado por Jenkins (2023) e Nunes (2012), é através da etnografia que podemos nos atentar a essas formas pelas quais as doenças, os tratamentos e os medicamentos são vividos e imaginados em diferentes contextos. No entanto, essas questões seguem à margem das prioridades dos serviços de saúde, cujas preocupações recaem majoritariamente sobre a (in)disponibilidade material de medicamentos e serviços assistenciais (Jenkins, 2023). A pressa em preencher a lacuna do acesso ao tratamento em saúde mental continua a aprofundar a insuficiência do conhecimento sociocultural, isto

é, a ausência de uma compreensão etnográfica sobre as condições locais de saúde e seus modos de tratamento (Jenkins, 2023; Whyte, 2009). Nesse sentido, as reflexões emergidas a partir da etnografia se revelaram como instrumentos críticos indispensáveis para tensionar as formas instituídas de cuidado e, sobretudo, para lançar luz sobre o fato inescapável e incompreensível de que ainda hoje mantemos pessoas vivendo permanentemente em hospitais psiquiátricos no Brasil.

Referências

- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, jun. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.
- ANDRADE, Ana Paula Müller de *et al.* **Sujeitos e(m) movimentos**: uma análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira na perspectiva dos experientes. 2012. 308 p. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.
- BARBOSA, Valquiria Farias Bezerra *et al.* O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 108, p. 178-189, mar. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104-20161080015>.
- BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1968.
- BIEHL, João. **Vita**: life in a zone of social abandonment – Photographs by Torben Eskerod. Berkeley: University of California Press, 2005.
- CAMARGO, Michelle Alcântara. **Dentre muros**: uma etnografia sobre um hospital psiquiátrico. 2017. 244p. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2017.
- CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo de. Biopolítica y gestión de los sufrimientos. In: BACARLETT PÉREZ, María Luisa; CAPONI, Gustavo (ed.). **Pensar la vida**: filosofía, naturaleza y evolución. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México, 2015. p. 125-151.
- CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo de. **Uma sala tranquila**: neurolépticos para uma biopolítica da indiferença. São Paulo: Liber Ars, 2019.
- CARVALHO, Marcos. Dilemas na/da Reforma Psiquiátrica: notas etnográficas sobre o cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial. In: FERREIRA, Jaqueline; FLEISCHER, Soraya (org.). **Etnografias em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 81-106.
- CONRAD, Peter; SCHNEIDER, Joseph W. **Deviance and medicalization**: from badness to sickness. Philadelphia: Temple University Press, 1992.
- CUNHA, Maria Clementina Pereira. **O Espelho do Mundo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- DAS, Veena. O ato de testemunhar: violência, gênero e subjetividade. Trad. Plínio Dentzien. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 37, 2011.
- DELEUZE, Gilles. **Crítica e clínica**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1997.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs**: Capitalismo e Esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34, 1997.
- ESCÓCIA, L. da; PAULON, S. M. Saúde Mental. Ministério da Saúde. **Cadernos Humaniza SUS**, v. 5, 2015.
- FANON, Franz. **Alienação e Liberdade**: escritos psiquiátricos. São Paulo: Ubu, 2020. p. 171-193.

- FONSECA, Claudia; FIETZ, Helena. Collectives of care in the relations surrounding people with 'head troubles': family, community and gender in a working-class neighbourhood of southern Brazil. **Sociologia & Antropologia**, v. 8, n. 1, p. 223-243, 2018.
- FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**: curso dado no Collège de France, 1973-1974. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 7. ed. Tradução de Dante Moreira Leite. São Paulo: Editora Perspectiva, [1961] 2001.
- HANSEN, Helena; GUTIERREZ, Kevin J.; GARCIA, Saudi. Rethinking Psychiatry: solutions for a sociogenic crisis. **Daedalus**, v. 152, n. 4, p. 75-91, 2023. DOI: http://dx.doi.org/10.1162/daed_a_02032.
- JENKINS, Janis H. Conceptions of Mental Illness and Psychopharmaceuticals in Global Health. **Revista de Antropología Social**, v. 32, n. 2, p. 117-122, 2023.
- JENKINS, Janis H. **Extraordinary conditions**: culture and experience in mental illness. California: Univ of California Press, 2015.
- JENKINS, Janis H.; CARPENTER-SONG, Elizabeth. Stigma Despite Recovery: Strategies for Living in the Aftermath of Psychosis. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 22, n. 4, p. 381-409, 2008.
- KURZ, Helmar. Diversification of Mental Health Care: Brazilian Kardecist Psychiatry and the Aesthetics of Healing. **Zeitschrift für Medizinethnologie – Journal of Medical Anthropology**, v. 40, 2017.
- MACHADO, Vanessa; MANÇO, Amáble Rodrigues Xavier; SANTOS, Manoel Antônio dos. A recusa à desospitalização psiquiátrica: um estudo qualitativo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1472-1479, 2005.
- MAHMOOD, Saba. Teoria feminista, agência e sujeito liberatório: algumas reflexões sobre o revivalismo islâmico no Egito. **Etnográfica**, v. 23, n. 1, 2019. Disponível em: <http://journals.openedition.org/etnografica/6431>. Acesso em: 1º maio 2024.
- MALUF, Sônia. Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. In: MALUF, S.; TORNQUIST, C. (org.). **Gênero, saúde e aflição**: abordagens antropológicas. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010. p. 21-68.
- 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-HERNÁNDEZ, Angel. **Elogio de la incertidumbre y otros ensayos antropológicos sobre el saber «psi» y las aflicciones humanas**. Tarragona: Publicacions URV, 2023.
- MOL, Annemarie. Política ontológica: algumas ideias e várias perguntas. In: NUNES, João Arriscado; ROQUE, Ricardo (org.). **Objectos impuros**: experiências em estudos sociais da ciência. Porto. Edições Afrontamento. Tradução de Gonçalo Praça., 2008a. p. 63-77.
- MOL, Annemarie *et al.* **The Logic of Care**: Health and the Problem of Patient Choice. London: Routledge, 2008b.
- MOLINIER, Pascale. Ética e trabalho do care. In: HIRATA, Helena; GUIMARÃES, Nadya Araújo (ed.). **Cuidado e cuidadoras**: as várias faces do trabalho do care. São Paulo: Atlas, 2012. p. 29-43.
- MULEMI, Benson A. Patients' perspectives on hospitalisation: Experiences from a cancer ward in Kenya. **Anthropology & Medicine**, v. 15, n. 2, p. 117-131, 2008.
- 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, Walter Ferreira. Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 2, out.-dez. 2010.

PARADA, Tatiana Castillo. Subjetividad y autonomía: significados y narrativas sobre la discontinuación de fármacos psiquiátricos. **Salud colect.**, Lanús, v. 14, n. 3, p. 513-529, 2018.

PETITMENGIN, Claire. Anchoring in lived experience as an act of resistance. **Constructivist Foundations**, v. 16, n. 2, p. 172-181, 2021.

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

SARETTA, Mário Eugênio. A verdade que está aqui com a gente, quem é capaz de entender? Uma etnografia com participantes de uma Oficina de Criatividade em um Hospital Psiquiátrico. In: FERREIRA, Jaqueline; FLEISCHER, Soraya (org.). **Etnografias em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 57-80.

SARTO, Sabrina Melo Del. A vida social de moradores permanentes de um Hospital psiquiátrico. **Anuário Antropológico**, v. 45, n. 2, p. 76-92, 2020.

SARTO, Sabrina Melo Del. **“Essa vida eu não desejo nem pra um cachorro”**: uma etnografia de hospitais psiquiátricos. 2024. 250 pp. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2024.

TOSQUELLES, François. **Uma política da loucura**: e outros textos. Organização e Tradução de Anderson Santos. São Paulo: Ubu Editora/Sobinfluência Edições, 2024.

WHYTE, Susan Reynolds. Health Identities and Subjectivities. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 23, n. 1, p. 6–15, 2009.

Sabrina Melo Del Sarto

Doutora em Antropologia Social pela Universidade Federal de Santa Catarina. Atualmente é pesquisadora de Pós-Doutorado na Universidade Federal do Rio de Janeiro e Pesquisadora Visitante da Universidade de Rovira i Virgili, em Tarragona, na Espanha. Bolsista CNPq. A atuação acadêmica concentra-se em temas como etnografias em instituições de saúde, políticas de saúde mental e desinstitucionalização.

Endereço profissional: Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Largo de São Francisco de Paula, s/n, Centro, Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20051-070.

E-mail: sabrinamsarto@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1870-4332>

Como referenciar este artigo:

DEL SARTO, Sabrina Melo. Práticas de Cuidado e Medicções: etnografia de um hospital psiquiátrico. **Ilha – Revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 27, n. 3, e105058, p. 46-64, setembro de 2025.