



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
MESTRADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

EMANUELLE DO ESPÍRITO SANTO ALVES DO NASCIMENTO

Dinâmicas de uma Instituição Total e Carreira Moral: famílias, equipe médica e “doentes mentais” no Hospital Nina Rodrigues em São Luis – MA

São Luís
2020

EMANUELLE DO ESPÍRITO SANTO ALVES DO NASCIMENTO

Dinâmicas de uma Instituição Total e Carreira Moral: famílias, equipe médica e “doentes mentais” no Hospital Nina Rodrigues em São Luís – MA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Orientador: Prof. Dr. Juarez Lopes de Carvalho Filho.

São Luís
2020

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Nascimento, Emanuelle.

Dinâmicas de uma Instituição Total e Carreira Moral:
famílias, equipe médica e doentes mentais no Hospital Nina
Rodrigues em São Luis MA / Emanuelle Nascimento. - 2020.
130 p.

Orientador(a): Juarez Lopes.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Ciências Sociais/cch, Universidade Federal do Maranhão,
São Luís - MA, 2020.

1. Carreiras morais. 2. "Doentes mentais. 3.
Instituições Totais. 4. Representação social. I. Lopes,
Juarez. II. Título.

EMANUELLE DO ESPÍRITO SANTO ALVES DO NASCIMENTO

**Dinâmicas de uma Instituição Total e Carreira Moral: famílias, equipe médica e
“doentes mentais” no Hospital Nina Rodrigues.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Ciências
Sociais da Universidade Federal do Maranhão
para obtenção do título de Mestre em Ciências
Sociais.

Orientador: Prof. Dr. Juarez Lopes de
Carvalho Filho.

Aprovado em: ___ / ___ / ___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Juarez Lopes de Carvalho Filho - UFMA
Presidente
Doutor em Sciences Sociales et Économiques

Prof. Dr. José Benevides Queiroz - UFMA
Membro interno ao PPGCSoc-UFMA.
Doutor em Ciências Sociais pela UNICAMP-SP

Prof. Dr. César Pinheiro Teixeira - UFRJ
Membro externo ao PPGCSoc-UFMA
Doutor em Ciências Humanas (Sociologia) pela UFRJ-RJ

Aos meus pais, Maria e Manoel
Nascimento, aos meus irmãos e ao meu
amor Leandro Costa.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por tudo que fez e faz na minha vida. Gosto de pensar que existe alguém que me olha e me ama incondicionalmente e que vela por mim.

Aos meus pais Manoel Nascimento e Maria Nascimento pelos cuidados, amor e paciência que me permitiram chegar até aqui.

Aos meus irmãos André Nascimento e Alan Nascimento por toda força para continuar na caminhada acadêmica.

Às minhas sobrinhas Andressa Nascimento e Ana Marie Nascimento por serem as cozinhas mais perfeitas da família e trazerem tanta alegria e felicidade.

Aos meus companheirinhos do cotidiano, que sentem minhas tristezas e alegrias Kal-el, Chloe e Olliver.

Tenho um grande sentimento de gratidão por Leandro Costa, meu companheiro que esteve ao meu lado em toda a jornada do mestrado, acompanhou-me nos sofrimentos presenciados na pesquisa de campo e me dispensou apoio irrestrito durante a escrita da dissertação com sua interlocução solícita e estimulante, com comentários e sugestões, além do pronto auxílio na edição. Por tanto cuidado, dedicação e carinho, fica difícil usar a palavra “obrigado”, mas vou, pelo menos, tentar. Obrigada, amor da minha vida, por tanto e por tudo! Obrigada por estar nas minhas alegrias e derrotas e ser um abrigo em meio ao caos. Você é minha perfeição. Eu te amo!

Aos meus amigos de vida e espero que pra vida toda Julyana Ketlen (minha pessoa), Pedro Maciel e Dayanne Hedlen que sempre estão nos meus melhores e piores momentos e mesmo com a distância da vida cotidiana, são pessoas com quem sempre posso contar. Eu os amo demais e amarei sempre.

À minha turma de mestrado 2018. Eles foram importantíssimos na minha caminhada pelo mestrado, cada um com suas pequenas contribuições e apontamentos necessários. Obrigada a todos! Mas gostaria de destacar três pessoas que me acolheram e me amaram: Lícia, Lorena, e Karol.

Aos meus interlocutores, sem eles essa pesquisa não existiria; às famílias, à equipe médica e, especialmente, aos pacientes que em meio a um momento delicado e difícil de suas vidas se abriram para mim e mostraram que a luta por um mundo sem manicômios continua. E que trancar nunca vai significar cura. Obrigada, vocês são os verdadeiros guerreiros e guerreiras.

À CAPES, pela concessão de bolsa.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da UFMA, agradeço muito por todas as contribuições em minha formação. Especialmente, a professora Martina que sempre muito graciosa e fantástica em suas aulas me inspirou e continua inspirando a entender toda a dinâmica do mundo social com um olhar especial e objetivo, mas sempre amável.

Ao professor Juarez que me orientou de forma coerente e objetiva. Obrigada, professor! Obrigada por todos os conselhos e dicas na escrita.

Aos professores José Benevides Queiroz e Antonio Paulino de Souza pelas sugestões importante durante a qualificação, obrigada pela leitura cuidadosa e feitura final do trabalho ora apresentado.

Ao programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da UFMA, em nome dos coordenadores, a professora Eliana Tavares do Reis, gestão (2017-2018) e o professor Antônio Paulino de Sousa, gestão (2019-2020). E não poderia deixar de agradecer ao Willame, secretário do programa, que sempre foi uma pessoa prestativa e competente, sempre disposto a ajudar e simplificar nossa vida. Obrigada!

Com certeza em alguns meses vou ler de novo estes agradecimentos e vou sentir falta de muitas pessoas que também foram parte deste trabalho, àqueles que hoje esqueci, espero

poder agradecer-lhes pessoalmente e continuar estendendo os encontros, projetos e planos para percorrer juntos muitos outros caminhos.

“O que você consegue quando cruza um doente mental solitário com uma sociedade que abandona ele e o trata como um lixo? Você ganha o que merece”.

Coringa – filme de 2019

RESUMO

NASCIMENTO, Emanuelle do Espírito Santo Alves do. **Dinâmicas de uma Instituição Total e Carreira Moral:** famílias, equipe médica e “doentes mentais” no Hospital Nina Rodrigues.

O presente trabalho busca explicar como transformações e dinâmicas institucionais podem contribuir para produzir determinadas carreiras morais de atores sociais classificados genericamente como “doentes mentais”. Definiu-se como campo empírico o Hospital Psiquiátrico Nina Rodrigues em São Luís – MA, tomado aqui como uma “Instituição Total”, segundo o conceito clássico de Erving Goffman. Trata-se do primeiro e único Hospital psiquiátrico público do Estado, construído em 1941 e que durante anos passou por diversas transformações institucionais. Esta análise se situa no âmbito de uma sociologia das interações que promove o domínio das interações face a face ou a microanálise, nomeado de “ordem da interação”, como analiticamente viável (Goffman). Após uma revisão da literatura específica sobre estas categorias analíticas, o trabalho coloca em perspectiva a sócio-histórica das instituições psiquiátricas do Brasil e, em específico, no Maranhão. E desenvolve uma descrição etnográfica dos espaços físicos do Hospital e a dinâmica no processo de internação dos pacientes classificados como “doentes mentais”. Os dados empíricos foram construídos a partir de uma observação direta acompanhada com entrevistas com agentes da equipe médica, de pacientes, de membros de famílias, de funcionários técnicos e da direção. O estudo revela que a ordem da interação entre atores institucionais, famílias e pacientes implica na produção de determinadas carreiras para aqueles classificados como “doentes mentais”.

PALAVRAS-CHAVE: Carreiras morais. “Doentes mentais”. Representação social. Instituições Totais.

ABSTRACT

NASCIMENTO, Emanuelle do Espírito Santo Alves do. **Dynamics of a Total Institution and Moral Career:** families, medical staff and “mentally ill” at Hospital Nina Rodrigues.

The paper aims to explain how transformations and institutional dynamics can contribute to produce certain moral careers of social actors generically classified as "mentally ill". The empirical field was defined as the Nina Rodrigues Psychiatric Hospital in São Luís-MA, taken here as a “Total Institution”, according to Erving Goffman's classic concept. It is the first and only public psychiatric hospital in the State built in 1941 and which over the years has undergone several institutional transformations. This analysis is in the context of a sociology of interactions that promotes mastery of face-to-face interactions or microanalysis, termed “order of interaction” as analytically viable (Goffman). After a review of the specific literature on these analytical categories, the work puts in perspective the socio-history of psychiatric institutions in Brazil and, specifically, in Maranhão. And develops an ethnographic description of the physical spaces of the Hospital and the dynamics in the process of hospitalization of patients classified as "mentally ill". The empirical data were constructed from direct observation accompanied by interviews with medical staff, patients, family members, technical staff and management. The study reveals that the order of interaction between institutional actors, families and patients implies the production of certain careers for those classified as “mentally ill”.

KEYWORDS: Moral Careers. “Mentally ill”. Social representation. Total Institutions.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Pacientes - famílias.....	77
Quadro 2 - Equipe Médica	87

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Espaço físico do Hospital Nina Rodrigues	59
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
COREME	Comissão de Residência Médica
ECP	Enfermaria de Curta e Média Permanência
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
ONG	Organizações Não Governamentais
PJ	Presos de Justiça
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SND	Serviço de Nutrição e Dietética
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
DEFINIÇÃO E DELIMITAÇÃO DO OBJETO	14
CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA E SUA JUSTIFICATIVA.....	15
PROBLEMÁTICA E HIPÓTESE DE TRABALHO E QUESTÕES NORTEADORAS	17
QUADRO TEÓRICO	17
CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO EMPÍRICO	24
METODOLOGIA.....	26
PLANO DO TRABALHO	29
CAPÍTULO I - 1. SOCIOGÊNESE DAS INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS: NOMENCLATURAS, CLASSIFICAÇÕES E TRANSFORMAÇÕES INSTITUCIONAIS.....	30
1.1. BREVE HISTÓRIA DA LOUCURA: PSIQUIATRIA E TRATAMENTO	31
1.2. HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA NO BRASIL: HOSPÍCIO PEDRO II E O MANICÔMIO “O COLÔNIA”	40
1.3. REFORMA PSIQUIÁTRICA: EXCLUIR, NÃO! CUIDAR, SIM!	48
1.4. ELEMENTOS HISTÓRICOS DA PSIQUIATRIA NO MARANHÃO: O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NINA RODRIGUES	51
CAPÍTULO II - 2. DINÂMICAS DE UMA INSTITUIÇÃO TOTAL: O PROCESSO DE INTERNAÇÃO E SEUS ATORES SOCIAIS.....	58
2.1. HOSPITAL NINA RODRIGUES: ESTRUTURA FÍSICA E FUNCIONAMENTO	58
2.2. A INTERNAÇÃO	63
2.3. A VIDA DE UM INTERNO.....	65
2.4. UM CORPO MUTILADO.....	67
2.5. TRATAMENTO E DIAGNÓSTICO:	Error! Bookmark not defined.
CAPÍTULO III - 3. A INTERAÇÃO E SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: FAMÍLIAS, PACIENTES E EQUIPE MÉDICA	74
3.1. PACIENTES	75
3.2. FAMÍLIAS.....	81
3.3. A EQUIPE MÉDICA	85
CAPÍTULO IV - 4. A CARREIRA MORAL DO DOENTE MENTAL	94
4.1. CARREIRAS	97
4.2. RESISTÊNCIAS E MORTIFICAÇÃO	101
4.3. MEDICAÇÃO E ESTIGMA	108
CONCLUSÃO.....	113
REFERÊNCIAS.....	122
APÊNDICE	127

INTRODUÇÃO

DEFINIÇÃO E DELIMITAÇÃO DO OBJETO

Os estudos sobre “a loucura”, “doentes mentais” ou hospitais psiquiátricos nas ciências humanas e sociais, tema deste trabalho dissertativo, têm por grandes expoentes dois autores consagrados. O primeiro trata-se do sociólogo canadense Erving Goffman (1922-1982), que publicou “*Manicômios, prisões e conventos*” (1961) e “*Estigma - notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*” (1963). O segundo é o filósofo francês Michel Foucault (1926-1984), que publicou “*Doença mental e psicologia*” (1954), “*História da loucura na idade clássica*” (1961), “*O Nascimento da Clínica*” (1963) e “*Os anormais*”. Esta última sendo uma obra póstuma, oriunda do curso ministrado no Collège de France, no ano 1974/1975.

Apesar da grande força destes dois autores na sociologia, as análises direcionadas a esta temática têm mais visibilidade em outras áreas, como na história, na filosofia e, principalmente, na psicologia. Sem dúvida, essa ausência de estudos sociológicos ligados a esse tema já coloca ao sociólogo interessado nessa área uma interrogação que precisaria ser, sociologicamente, respondida, sobretudo considerando tratar-se de um problema social e, especificamente questão de saúde pública, alvo de políticas públicas e de reivindicações (como as feitas pelos movimentos antimanicominais).

Este trabalho se situa no campo da sociologia das interações na perspectiva de Erving Goffman, que promove o domínio das interações face a face ou a microanálise, nomeado de “ordem da interação”, como analiticamente viável (GOFFMAN, 1982).

Nesse sentido, este trabalho pretendeu entender a dinâmica e as relações que ocorrem no Hospital Nina Rodrigues, na cidade de São Luís, localizado no bairro Monte Castelo, e também revelou como as famílias envolvidas nesse processo interagem com os atores profissionais dos espaços hospitalares e como o conjunto de atores sociais envolvidos contribuem para a produção de determinadas carreiras morais dos atores que passam pelas instituições como pacientes.

CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA E SUA JUSTIFICATIVA

Este trabalho dissertativo encontra sua gênese no trabalho monográfico intitulado “Instituição Total e estigma: uma análise sociológica dos instrumentais de classificação do “louco” em hospitais psiquiátricos de São Luís”, no ano de 2016, defendida na Universidade Estadual do Maranhão – UEMA. A monografia revela o processo de classificação do “louco” ou do “doente mental” a partir do ponto de vista da equipe médica do Hospital Psiquiátrico Nina Rodrigues, relacionando com o ponto de vista de alguns atores sociais estigmatizados que passaram por esta instituição. Ao término deste trabalho, surgiram algumas questões que achei pertinentes para uma investigação sociológica ora apresentada.

Aprovada no mestrado de Ciências Sociais da UFMA em 2018 com o projeto intitulado “Instituições totais e carreiras morais: instituições psiquiátricas, famílias e “doentes mentais” em São Luís (MA)”, o desenvolvimento da pesquisa exigia a submissão aos órgãos legais no sentido de obtenção da autorização para sua execução. Desse modo, contatou-se a Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão, para saber quais os procedimentos necessários para uma pesquisa de campo no Hospital Nina Rodrigues e as clínicas conveniadas a ele. Um procedimento incorreto em 2016, a saber, foi o contato direto com o Hospital Nina Rodrigues para a pesquisa da graduação, o que inviabilizou o acesso ao Hospital psiquiátrico¹. De tal equívoco procedural, soube-se que seria devia-se, primeiro, contatar a Secretaria de Saúde, em virtude da necessidade de aprovação do Conselho de Ética do Estado². Para tanto, foi preciso a constituição de um dossiê junto à Secretaria de Estado de Saúde do Maranhão, pois, assim que os documentos são aprovados, a Secretaria de Saúde entrega um parecer que deve ser submetido à Plataforma Brasil³ e somente com a aprovação desta plataforma a pesquisa é autorizada.

Para a realização da pesquisa, foi protocolado um dossiê junto à Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão e com o prazo de cinco dias obtive parecer favorável que foi

¹Em 2016 para realização do trabalho monográfico não foi possível a autorização da Secretaria e da Plataforma Brasil, pois as respostas do Comitê de Ética têm um prazo de 180 dias, faltando tempo hábil para finalizar o curso no tempo exigido pela UEMA. Assim, outras estratégias foram acionadas como: entrevistas com amigos que estavam no Hospital Nina Rodrigues ou que já haviam passado por lá como internos; entrevista com amigos desses amigos. E consegui, também, naquele período, algumas entrevistas com membros da Equipe Médica. Apenas cinco desses profissionais (médico psiquiatra, enfermeiro, técnico de enfermagem, terapeuta ocupacional e médico residente) foram entrevistados. Essas entrevistas foram mediadas pela enfermeira que conseguiu me ajudar já que era uma antiga conhecida minha.

² Os Conselhos de Ética do Estado do Maranhão são: Hospital Universitário, UFMA, CEUMA e Hospital São Domingos.

³ É um sistema eletrônico criado pelo Governo Federal para sistematizar o recebimento dos projetos de pesquisa que envolvam seres humanos nos Comitês de Ética em todo o país.

submetido à Plataforma Brasil. *A posteriori*, também da Plataforma Brasil, o dossiê foi encaminhado ao Conselho de Ética da Universidade Federal do Maranhão, que se manifestou positivamente. De posse desses pareceres, a Secretaria da Saúde autorizou a pesquisa, emitindo a carta de apresentação e o crachá para acesso ao Hospital Nina Rodrigues. Desse modo, a pesquisa de campo foi realizada entre 13 de janeiro a 13 de junho de 2019.

Ao buscar compreender como transformações e dinâmicas institucionais podem contribuir para produzir determinadas carreiras para atores sociais classificados genericamente como “doentes mentais”, esse trabalho se insere em algumas agendas de pesquisa que demonstra a atualidade e pertinência analítica do pensamento de Erving Goffman para a problemática aqui proposta e para a sociologia contemporânea como um todo.

Outra agenda de pesquisa na qual este trabalho contribui e está inserido, trata-se do que tem sido chamado de “Sociologia da saúde”. Neste campo, destacam-se os seguintes trabalhos: “A sociologia da saúde no Brasil – a construção de uma identidade”, de Everardo Duarte Nunes; “*Antropologia e Sociologia da Saúde: novas tendências*”, de Miguel Montagner e Soraya Fleishcer; “*Sociologia, medicina e a construção da sociologia da saúde*”, de Nelson Filice de Barros e Everardo Duarte Nunes; “*Ciências Sociais e Saúde no Brasil: três décadas de ensino e pesquisa*”, de Ana Maria Canesqui.

Essas pesquisas citadas demonstram que o presente trabalho dissertativo está incluído num debate à escala nacional e internacional. No que diz respeito ao Maranhão, as pesquisas neste campo ainda são bem escassas. Quanto ao campo da sociologia e antropologia, praticamente inexistentes. Nesse sentido, esse trabalho pretende contribuir com essas agendas de pesquisa analisando dinâmicas internas de instituições psiquiátricas e seus efeitos sobre os pacientes e os atores sociais que por elas passam.

Para melhor compreensão dos processos sociais de internação, tratamento e medicalização no Maranhão no campo do tratamento psiquiátrico, especificamente em São Luís, revelando as interações ou relações estabelecidas entre profissionais, famílias e pacientes e seus efeitos sobre estes últimos, espera-se que este trabalho produza efeitos quanto aos contributos, como também, revele os efeitos das transformações legais promovidas pelas reformas psiquiátricas no hospital e suas implicações.

PROBLEMÁTICA E HIPÓTESE DE TRABALHO E QUESTÕES NORTEADORAS

Após a realização da minha pesquisa monográfica, algumas questões foram surgindo: como se dá a relação entre o Hospital Nina Rodrigues e as clínicas a ele conveniadas? Que relações os pacientes mantêm com o Hospital e os diferentes atores sociais que o compõem? E as famílias, como percebem essas relações e como elas próprias se relacionam com a instituição (com seus atores e processos) e representam tal relação? Quais as implicações da(s) passagem (s) por hospitais psiquiátricos para a “carreira moral” (no sentido dado por Goffman) do paciente?

Desse modo, o problema colocado como ponto de partida era entender a dinâmica e as estruturas das relações que ocorrem no Hospital Nina Rodrigues com as duas clínicas conveniadas, a Clínica La Ravadière⁴ e a Clínica São Francisco de Neuropsiquiatria⁵ e como estas relações se transformaram no decorrer dos anos, desde a construção do Hospital Psiquiátrico Nina Rodrigues até a criação das clínicas e, como estas passaram a ser suportes de internação e apoio ao Hospital que passou a ser um Hospital de urgência e emergência. Entretanto, a Secretaria de Saúde do Estado, autorizou somente a inserção ao Nina Rodrigues. Apesar de a pesquisa se restringir ao Hospital do Estado, foi possível durante as entrevistas entender como funciona a relação entre estas instituições.

Desse modo, a problemática desta pesquisa passou a visar compreender como as transformações e dinâmicas institucionais podem contribuir para produzir determinadas carreiras morais para atores sociais classificados genericamente como “doentes mentais”.

QUADRO TEÓRICO

Para alcançar os objetivos propostos nesse trabalho foi imprescindível dialogar com uma literatura consagrada, um conjunto de referenciais teóricos e categorias analíticas que estimamos necessárias para compreender a problemática apresentada. O trabalho propõe pensar as reconfigurações hospitalares de uma instituição psiquiátrica, a dinâmica, o funcionamento do hospital e como se determina a carreira moral dos internados, numa perspectiva sócio-histórica.

⁴ Hospital Credenciado ao Hospital Nina Rodrigues, localizado na Avenida São Luís Rei de França, s/n, Olho d'Água, São Luís- MA.

⁵ Hospital credenciado com o Nina Rodrigues, localizado na Estrada da Mata, S/N, Jardim Tropical I- São Luís – MA.

Para contribuir no debate epistemológico deste trabalho, são destacados três autores: Erving Goffman (1922-1982), que se interessou pelos estudos das estruturas e funcionamentos das instituições totais que reforçam e legitimam o estigma. Michel Foucault (1926-1984), que pensou o hospital historicamente como uma instituição que enclausurou e tratou indivíduos acometidos de loucura, as formas de tratamento e classificação do “louco” e Norbert Elias (1897-1990) com suas noções de estabelecidos e *outsiders*, de configurações, de teias de interdependência e processos sociais para pensar indivíduo e sociedade.

Iniciaremos com as discussões foucaultianas, já que o autor é um dos grandes representantes, senão o maior, quando se trata do tema sobre loucura. Foucault tem várias obras com essa temática, que será de grande valia neste trabalho dissertativo para pensar a loucura e o “louco” no Maranhão.

A medicina como estratégia de biopolítica nos remete à ideia de que o hospital psiquiátrico é uma estratégia de biopolítica. É nesse espaço que as práticas disciplinares são fortemente evidentes e às claras. Foucault contribui para pensar que tanto a medicina como o médico são os primeiros objetos da normalização na escala normal e patológica e, antes mesmo de aplicar essa escala ao doente, ela é aplicada ao médico, porque o médico parte de uma concepção de si, para escalar o que é normal e patológico.

O hospital para Foucault pode ser claramente pensado como uma instituição total⁶, pois ele ajuíza a partir do dispositivo da disciplina que é um elemento chave para pensar o hospital. No capítulo “o nascimento da medicina social” (uma palestra proferida no Rio de Janeiro em 1974) texto incluso na coletânea *Microfísica do Poder* (2013), Foucault mostra como se constituiu a noção de medicina na Europa nos principais países como Alemanha, França e Inglaterra. O que Foucault propõe é que o controle da sociedade sobre os indivíduos se dá pelo corpo; não opera somente pela consciência ou pela ideologia, mas com o corpo. “O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica” (FOUCAULT, 2013, p.144).

⁶ Em “Pensar com Michel Foucault”, o sociólogo e historiador, Jean-François Bert descreve a relação entre Goffman e Foucault nos livros “Manicômios, prisões e conventos” e “História da loucura”. O autor afirma que apesar das obras terem sido lançadas no mesmo ano, 1961 e poderem ser lidas com uma perspectiva de relativa complementaridade pelos teóricos da antipsiquiatria, Bert ressalta que há diferenças fundamentais. Foucault aborda o hospital como máquina de tratamentos e fantasma terapêutico, mostrando como ele é, em princípio, o lugar onde a sociedade nega suas próprias contradições, querendo se reconhecer a todo custo como sociedade sã. Enquanto que Goffman em “Manicômios, prisões e conventos”, faz uma descrição do funcionamento cotidiano da instituição psiquiátrica, mostrando como ela se origina em um processo mais geral de normalização dos indivíduos. A abordagem de Foucault permite fazer surgir a ideologia oficial da psiquiatria. Goffman soube abrir a abordagem sociológica às formas mais complexas da intervenção institucional sobre os indivíduos. O manicômio, do qual fala Foucault, passa a imagem de uma instituição separada e fechada sobre si mesma, que priva todos os que entram ali de qualquer parcela de liberdade.

Foucault (2013) nos propõe refletir que o hospital antes de se tornar um local de tratamento/terapêutico foi um local de controle, exclusão e enclausuramento. E que, se pensarmos nos dias atuais a respeito das reformas, ele continua a manter esse mesmo padrão do século XVII.

O hospital como instrumento terapêutico é uma invenção do final do século XVIII, que passa a ter a finalidade de tratar e curar. É a partir deste século que o hospital passa a ser uma instituição importante para a vida humana. Antes do século XVIII, o hospital era apenas um local de assistência ao pobre. É a partir do momento que ele passa a ser local de tratamento e cura que outros atores começam a surgir. No século XVIII, o hospital também passou a ser escola, lugar de encontro do sujeito médico e do sujeito doente, pois, o doente fica ao redor de outros doentes com o desejo de tratar e curar sua enfermidade, enquanto o sujeito médico tem a finalidade de curar e de passar conhecimento a outros médicos. Esse cenário é nítido até o século XXI, já que em alguns hospitais havia residência médica, em outras palavras, médicos ensinam outros médicos a praticar a medicina, o medicar e o tratar.

Quando Foucault (2013) passa a discutir a presença do hospital, outra categoria começa a ser construída, a saber, a disciplina, que é uma técnica de exercício de poder elaborada em seus princípios fundamentais no século XVIII. Foucault afirma que “a disciplina é antes de tudo a análise do espaço; é a individualização do espaço, a inserção dos corpos em um espaço individualizado, classificatório, combinatório” (FOUCAULT, 2013, p.181).

A disciplina é uma categoria central para pensar como o hospital psiquiátrico funciona, já que a disciplina exerce controle; é uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos. O poder disciplinar é dado ao saber médico e este é dado ao doente.

Em “*Os anormais*” (2010), o filósofo faz todo um contorno para mostrar como essa figura do “louco” foi se desenvolvendo. Foucault afirma que a classificação dos agentes sociais como anormais se formou em correlação com instituições de controle, mecanismos de vigilância e distribuição. Ele divide os anormais em três grandes grupos que ele identificou a partir de uma análise histórica do contexto europeu: o monstro humano, o indivíduo a corrigir e o onanista. O primeiro grupo é o *monstro humano*. Trata-se de uma noção jurídico-biológica que pode ser exemplificada pelo ser meio-homem, meio-besta (Idade Média), pelas individualidades duplas (Renascimento) e pelos hermafroditas (séculos XVII e XVIII).

Essas “perturbações”, inseridas em um jogo entre exceção da natureza e infração do direito, trouxeram regularidades jurídicas, que se apresentaram, por exemplo, na evolução da

perícia médico-legal em matéria penal desde o ato “monstruoso” até o indivíduo “perigoso” (indefinido entre o sentido médico e jurídico, porém fundamental nas perícias contemporâneas).

O segundo grupo é classificado como o *indivíduo a corrigir*. De acordo com Foucault, o surgimento do “incorrigível” é contemporâneo das técnicas de disciplina (séculos XVII e XVIII) do exército, das escolas e dos ateliês. Nesse contexto, o surgimento do “enclausuramento” (amplamente praticado a partir do século XVII) é intermediário entre a interdição judiciária e o adestramento.

O terceiro grupo, o *onanista*, surge no século XVIII, e se estabelece uma nova correlação entre sexualidade e organização familiar, ou seja, ao antigo controle das relações interditas, como adultério, incesto e sodomia. Soma-se ao controle dos movimentos elementares da concupiscência. Foucault identifica como representativo deste grupo as cruzadas contra a masturbação que surgiram na Inglaterra, França e Alemanha do século XVIII, que dirigiram-se às crianças e adolescentes, especificamente as de famílias ricas, e que são origem de uma série de perturbações psíquicas.

Cada uma dessas três figuras é inscrita em sistemas autônomos de referência científica: o monstro numa teratologia e embriologia, o incorrigível numa psico-fisiologia das motricidades e das aptidões, e o onanista numa teoria da sexualidade. Foucault afirma ainda que, no século XIX, surge a teoria da “degenerescência” que se sobrepõe às demais. Isso vai servir de quadro teórico e de justificação moral e social para as técnicas de classificação, localização e intervenção sobre os anormais, o que é complementado pelo surgimento de uma rede complexa de instituições que “acolhe” os anormais e “defende” a sociedade.

Em a *“História da Loucura na Idade Clássica”* (2015), ele mostra as transformações sobre o entendimento e na forma de lidar com a “loucura”, onde o leproso fora considerado um louco, ou, em outras ocasiões, colocado em navios para exclusão da sociedade, em alguns momentos chicoteados e mortos. Em outro momento, Foucault aborda como a loucura foi entendida, num dado momento histórico, em relação à razão, assim como em relação a pobreza e, por fim, surge o internamento do louco, inicialmente totalmente desvinculado de um objetivo tratamental, visando apenas impedir que tais indivíduos perturbem a ordem social. Depois da “limpeza” e com os espaços físicos “limpos”, estes espaços vieram a ser preenchidos pela presença do “louco”.

É nesse contexto que nasce a figura do “louco” como alguém anormal que deve ser isolado e aplicado nele a disciplina. Ele precisa do hospital para ser excluído, separado da cidade e é nessa perspectiva que iremos tratar neste trabalho.

As análises foucaultianas mostram a importância de uma análise histórica e relacional, ou seja, não tomar isoladamente o surgimento daqueles classificados como “anormais”, mas pensar em relação ao surgimento de instituições e saberes específicos e especializados que detêm o poder e a legitimidade para classificar e intervir sobre os destinos de determinados agentes sociais. Considerando essa dimensão histórica e relacional, é que entendemos como fundamental neste trabalho reconstruir a história dos hospitais e clínicas psiquiátricas no Brasil.

Para auxiliar essa abordagem, consideramos imperioso o trabalho de Norbert Elias. Este afirma que o que nos faltam são modelos conceituais e uma visão mais global. Para usar os termos do autor, uma visão distanciada e de longa duração. Para compreender tais questões é necessário adotar um ponto de vista dinâmico, ou seja, o ser humano deve ser pensando relacionalmente.

Assim, Elias nos propõe em “*Envolvimento e alienação*” (1998), que os trabalhos sociológicos são marcadamente caracterizados por uma perspectiva de tempo de curto prazo, ou seja, as reflexões se concentram inteiramente no presente. Para esse autor, diante das tentativas de compreender a sociedade, duas formas de pensamento opostas se sobressaem: uma concebe a sociedade como uma criação racional e deliberada dos indivíduos; outra concebe a sociedade como uma entidade supra-individual da qual o indivíduo é “refém” (ELIAS, 1994).

Existem também tentativas de entender os indivíduos em termos psicológicos. Nesse terreno, temos uma polarização: por um lado a tentativa de compreender o indivíduo singular, isolado de suas relações; por outro, a psicologia social e de massa atribuindo tudo a uma mentalidade grupal que é exterior e se sobrepõe aos indivíduos.

Elias (2008) nos apresenta em seus estudos sociológicos dois conceitos fundamentais que nos auxiliam a refletir: configuração e teias de interdependência. A configuração forma um entrançado flexível de tensões, ou seja, a interdependência entre os jogadores (paciente e equipe médica) que é uma condição prévia para que formem uma configuração. Pode ser uma interdependência de aliados ou de adversários. Uma configuração é uma estrutura de jogo que pode ter uma hierarquia de várias relações de (eu) e (ele), (nós) ou (eles). Assim acontece na configuração hospitalar: temos os pacientes e os médicos, e essas configurações mudam de

acordo com cada atitude de um jogador. As teias de interdependência advêm de necessidades recíprocas, socialmente geradas, tais como a divisão do trabalho, a competição, as ligações afetivas, entre outras. A interdependência indica que as coerções ou forças sociais têm origem na própria teia de interdependência formada pelos indivíduos.

Outra categoria bem pertinente arrazoada por Elias (2008) é a de processos sociais que está imbricada com a noção de configuração. Segundo ele, a relação entre o indivíduo e as estruturas sociais deve ser analisada e concebida como um processo. Logo, “estruturas sociais” e “indivíduo” (ou seja: “ego” e “sistema social”) são aspectos diferentes, mas inseparáveis, cuja análise deve recair sobre as teias de interdependência humanas que formam as configurações sociais.

A hipótese de Elias é que, geralmente, os países em que os sociólogos estão trabalhando estão passando por inúmeras mudanças que acarretam uma série de problemas sociais que, comumente, os sociólogos estão envolvidos. Corrobora isso ao fato de que, num contexto de extrema especialização das ciências sociais, os sociólogos que se preocupam em estudar momentos históricos passados são classificados como sociólogos históricos, ou seja, o presente é percebido isoladamente (ELIAS, 1998).

Diante disso, a perspectiva de Elias (1998) é que para toda análise sociológica torna-se fundamental uma perspectiva de tempo de longa duração na forma de uma reconstrução de processos sociais que revelem as dinâmicas sociais que culminaram na configuração atual que o sociólogo se depara. Dito isto, é possível afirmar que a perspectiva de Elias (1998), tal como as análises de Foucault (2015) justificam a relevância de uma análise histórica do processo de construção dos hospitais psiquiátricos no Brasil e, especificamente, da história dos hospitais e clínicas psiquiátricas em São Luís do Maranhão.

Dito isto, buscando alcançar essas diferentes dimensões propostas por Elias, pretende-se adotar aqui as categorias analíticas de Erving Goffman, “Instituições Totais”, “Carreiras Morais” e “Estigma”, visando “chegar a uma versão sociológica da estrutura do eu” (GOFFMAN, 2015a, p. 11).

Em “*Manicômios, Prisões e Conventos*” (2015a), Goffman propõe uma explicação sobre o que seria uma instituição total. Segundo ele, seria um “local de residência e trabalho”, onde determinados indivíduos em “situações semelhantes, separados da sociedade mais ampla por um considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 2015a, p.22). Os atores sociais são condicionados pela forte pressão de uma Instituição Total com toda sua coerção, normas, disciplina e violência simbólica mostrando

que a passagem de um indivíduo por uma instituição total contribui para uma construção ou formação de determinados aspectos morais da carreira destes. Para Goffman, as instituições totais, grosso modo, podem ser agrupadas em cinco partes, ressaltando que não são dados definitivos e sim vistos como tipos ideais, segundo Goffman (2015) temos:

Em primeiro lugar, local para cuidar de pessoas que são consideradas incapazes e inofensivas, tais como as casas para cegos, órfãos e indigentes. Em segundo, locais para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são uma ameaça não intencional para a sociedade, como sanatórios, hospitais e leprosários. Em terceiro, locais para proteger a sociedade contra ameaças e perigos intencionais, sem se importar com o bem-estar das pessoas segregadas, onde se inserem as cadeias, penitenciárias, campos de prisioneiros de guerras e campos de concentração. Em quarto lugar, instituições estabelecidas com intenção de realizar alguma tarefa instrumental, tais como quartéis, navios, escolas internas, campos de trabalhos e colônias. Finalmente, estabelecimentos destinados a servir de refúgio do mundo, que podem servir de locais de instrução para religiosos, como abadias, mosteiros, conventos e outros (GOFFMAN, 2015, p. 16-17).

Goffman enfatiza “os aspectos morais da carreira”, isto é, “a sequência regular de mudanças que uma instituição total provoca no eu da pessoa e em seu esquema de imagens para julgar a si mesma e aos outros” (GOFFMAN, 2015a, p.112) Os atores são condicionados pela forte pressão de uma Instituição Total com toda coerção, normas, disciplina e violência simbólica mostrando que a passagem de um indivíduo por uma instituição total contribui para uma construção ou formação de determinados aspectos morais da carreira destes.

Goffman define como carreira moral “qualquer trajetória percorrida por uma pessoa durante sua vida” (GOFFMAN, 2015a, p. 11). Assim, segundo Goffman, a carreira do doente mental é feita de pré-paciente, paciente e ex-internado e, pode-se acrescentar um reinternamento que pode ocorrer uma ou várias vezes até o fim da vida do ator social. As pessoas com deficiência de doença mental, podem indicar percepção compartilhada da “doença mental” como algo que não faz parte da sua “natureza”; ou seja, como algo passageiro na vida desses atores, assim como outros tipos de doenças vistas como exteriores ao corpo dos atores sociais e, portanto, passíveis de serem tratadas ou eliminadas. A percepção desses atores parece ir na contramão da percepção do senso comum sobre os “loucos” ou “doentes mentais”, que tende a considerar a “doença mental” como algo quase inato a esses agentes sociais.

A carreira do doente mental será entendida em um sentido rigoroso. Nesta concepção, a “interpretação psiquiátrica” que o indivíduo passa a ter de si, torna-se significativa, no

momento que altera seu destino social. Essa percepção sugere uma diferença entre a forma que os “doentes mentais” enxergam a sua relação com a “doença mental” e a forma com que o senso comum mais cristalizado e generalizado “percebe” aqueles com problemas mentais.

Neste processo, são produzidos os estigmas que estão vinculados à carreira moral do ator. Uma das principais características para a carreira do “doente mental” é lidar com o estigma que é muitas vezes produzido e reforçado na instituição e que no momento do pós-internamento é intensificado (GOFFMAN, 2015b, p. 8).

A carreira moral de um indivíduo determina uma “sequência padronizada de mudanças em sua maneira de colocar os “eus”. Estes “eus” sofrem fortes influências do sistema institucional, como de um hospital psiquiátrico, e pelas relações de poder das pessoas e profissionais, que contribuem para uma produção de estigma que marca fortemente o “eu”. O “eu”, segundo Goffman “se insere nas disposições que um sistema social estabelece para seus participantes”. Assim, ele compreende que: “Eu” não é uma propriedade da pessoa a que é atribuído, mas reside no padrão de controle social que é exercido pela pessoa e por aqueles que a cercam. Pode-se dizer que esse tipo de disposição social não apenas apoia, mas constitui o eu (GOFFMAN, 2015a, p.142).

O estigma afeta a “fachada” dos atores sociais. Por “fachada” Goffman entende que seja “o valor social positivo que uma pessoa efetivamente reivindica para si mesma através da linha que os outros pressupõem que ela assumiu durante um contato particular” (GOFFMAN, 2012, p. 13-14). Trata-se de uma aparelhagem simbólica ou sinais distintivos que definem o papel que o ator tenta representar (NIZET; RIGAUX, 2016). Essa noção possibilita compreender as fachadas dos atores profissionais, das famílias e daqueles atores que têm sua fachada “afetada” pelo estigma. Vale lembrar que a fachada mantém relações estreitas com o porte, ou seja, com posturas, vestuários e aparências que manifestam aos outros, nossas qualidades; e com a deferência, que se trata da proteção (numa situação de interação) da fachada dos outros através da apreciação positiva sobre algo que o outro é o símbolo, a extensão ou o agente social (NIZET; RIGAUX, 2016).

CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO EMPÍRICO

O campo empírico no qual realizamos a pesquisa é o Hospital Nina Rodrigues abrangendo tanto as dinâmicas internas desse espaço, quanto os atores sociais profissionais e “profanos” ligados a ele, tais como equipe médica, dirigentes, famílias, pacientes, entre

outros. O Hospital psiquiátrico Nina Rodrigues de São Luís do Maranhão apresenta características semelhantes às categorias estudadas por Goffman, acima já apresentadas.

O hospital é dado como instituição total por ser um local de residência e trabalho onde indivíduos são separados da sociedade por um determinado tempo; levam uma vida fechada e administrada. É um local de residência, já que alguns pacientes ficam internados por alguns períodos, sendo estes: curto (15 dias), médio (30 dias) e longo (45/90 dias ou mais). A instituição é também considerada um local de trabalho para a equipe dirigente, que passa horas na instituição tanto na parte burocrática como administrativa. A estrutura física do hospital com seus muros longos e altos separam pacientes do restante da sociedade ludovicense, que ficam ali internados, são monitorados e suas vidas administradas pela equipe responsável.

Essa característica do Hospital Nina Rodrigues referente à sua estrutura física e sua relação com o mundo externo coincide com a tendência ao fechamento, uma das propriedades para conceituar e classificar uma Instituição Total: “Toda instituição tem tendências de ‘fechamento’” (GOFFMAN, 2015a, p.18) e acrescenta que esse fechamento é posto como uma barreira à relação social com o mundo externo com proibições a saída dos indivíduos e também na estrutura física como portões, paredes altas, portas fechadas e vigilantes.

No Hospital Nina Rodrigues a entrada é restrita por horários marcados pela equipe administrativa. Neste caso, quando o paciente é interno, ele recebe a visita dos familiares e amigos em dia e horário definidos, não pode sair sozinho do Hospital e pelas redondezas da instituição; e é sempre monitorado tanto pela equipe médica quanto pela presença de guardas constante no local.

O Hospital foi fundado em 1941, foi o primeiro hospital psiquiátrico do Maranhão e da cidade de São Luís, o que torna sua análise emblemática no que diz respeito à investigação dos processos sociais de classificação dos doentes mentais, de produção de estigmas e de transformações institucionais. A instituição foi criada com a finalidade de resolver os problemas existentes da época tais como a superlotação das casas de abrigo e Santa Casa de Misericórdia e limpar o espaço urbano da capital do Estado do Maranhão.

Com o passar dos anos o Hospital foi passando por reformas que incluíam desde o nome do hospital até a forma de tratamento dado aos internos da instituição. No entanto, somente na década de 1990, com a Reforma Psiquiátrica, que se instaurou em todo o mundo ocidental, operou-se melhorias tanto na estrutura física, quanto no aspecto administrativo. As melhorias físicas eram de imediatas; a ideia era eliminar a imagem de hospícios e manicômios

que os hospitais psiquiátricos apresentavam. A lei era clara: essas instituições deveriam manter a aparência de hospital, não mais aqueles locais fechados, isolados, que apresentavam repugnância de muitos.

Como a origem do próprio nome sugere, “hospital”, cunhado do francês do século XII “*hôpital*” que por sua vez deriva do latim “*hospitale*”, é relativo a “hospede”, “hospitalidade”. Seu adjetivo substantivado é “*hospitalis*”, que vem de *domus* (casa), lugar de hospedagem. Desse modo, pensava-se superar o preconceito que era gerado dentro e fora destas instituições. Foi diante destas reformas que o Hospital Nina Rodrigues passou de hospital Colônia para Hospital Nina Rodrigues, mudando suas nomenclaturas, suas estruturas e, por fim, suas políticas de tratamento ao interno (NASCIMENTO; CARVALHO FILHO, 2019) ⁷.

METODOLOGIA

Na pesquisa de campo somos guiados por determinadas teorias, esquemas e maneiras de fazer a pesquisa, mas é o campo, na relação observação e participação, que nos diz que nem sempre os esquemas, as teorias são do jeito que estão na cabeça do pesquisador. “Nem sempre saímos com o que entramos; muita coisa muda, e o campo empírico é responsável por nos fazer redescobrir coisas novas ou reorientar o quadro analítico” (VIEIRA, 2010, p.14). Vieira afirma que na “participação não sabemos o que nos pegará (que afetos, que influências, que experiências nos assaltarão), o que vai nos tirar do sério e nos arrancará da posição de observador” (VIEIRA, 2010, p. 15). Diferentemente do que ocorre na observação, pensa-se que o controle das “convenções da participação está nas mãos do nativo, ou seja, são eles que nos direcionam a redescobrir o trabalho de campo, mostrar que o modelo em alguns casos não tem como ser seguido, pensá-lo a partir de uma teoria etnográfica e lidar com suas incertezas” (VIEIRA, 2010, p.15).

Diante disto, o trabalho de campo no hospital psiquiátrico mostrou que é necessário abandonar todo tipo de pré-noções, preconceitos, teorias formadas, mas com uma orientação: olhar atentamente com um olhar sociológico. Compreende-se que os meios possíveis para apreender ou capturar a fala do ator social é impossível diante da realidade vivenciada dentro do hospital, com pacientes dopados, pessoas algemadas e policiais vigilantes armados. Houve momentos que deparou-se com o medo, o susto e a pressão de estar com um indivíduo que

⁷Esta parte do trabalho constata no artigo intitulado “Dinâmicas de uma Instituição Total e os efeitos da classificação na produção social de agentes estigmatizados no hospital psiquiátrico Nina Rodrigues”, publicado nos anais do 19º Congresso Brasileiro de Sociologia de 2019 (NASCIMENTO; CARVALHO FILHO, 2019).

para a sociedade é um anormal, um monstro, um indivíduo que deve ser corrigido, como nos lembrou Foucault em sua obra “Os anormais” (2010).

O Hospital Nina Rodrigues além de ser uma instituição de urgência e emergência para pacientes com problemas mentais, é um hospital de internação desses pacientes e ainda é o local de internação de presos de justiça que apresentam diagnósticos de doença mental, que ao viverem no hospital passam a ser classificados como psicopatas, diagnóstico não dado por um psiquiatra. Os presos de justiça são identificados como PJs dentro da instituição.

Uma das entrevistas realizadas foi com um jovem classificado como PJ (preso de justiça), que são indivíduos classificados como psicopatas e 24 horas vigiados por agentes penitenciários. Como eu gostaria de entender a dinâmica do Hospital e para isso precisei ouvir também os presos habitantes, a pesquisadora se aproximou de um agente penitenciário, chefe dos guardas, pedindo autorização para entrevistá-los dizendo que queria ouvir os jovens do PJ. Expliquei sobre do que se tratava a pesquisa para que ele pudesse compreender a necessidade da conversa. Ele aceitou o pedido e solicitou algumas informações: meu nome completo, atividade profissional, no entanto pediu a chave do carro a caneta e o caderno de campo. Eu disse que precisava do caderno para as anotações, ele disse que o caderno tinha arame e isso era perigoso e a caneta furava e ele estava tentando me proteger. Aceitas as exigências, fui ao encontro do interlocutor. Após as apresentações formais para com o interlocutor, chegaram dois agentes penitenciários com duas metralhadoras para fins de “segurança”, sendo que o interlocutor estava com algemas nas mãos e nos pés. A comunicação ficou inviável, eu com medo dos agentes e sem condições de fazer nenhuma pergunta ao entrevistado.

Houve tentativa em convencer os agentes de que não havia necessidade da presença deles, no entanto, eles afirmaram que não iam se retirar. Eu relatei que o entrevistado estava de pés e mãos algemados e que já não tinha mais caderno e caneta, então eles poderiam ficar distantes. O pedido foi em vão. Solicitei que eles ficassem, mas que as armas fossem retiradas. A proposta foi recusada. Em razão de tal constrangimento, a entrevista não se desenvolveu. Foi o primeiro momento em que percebi a complexidade do campo em não ser tão simples como imaginado e que emoções não serem manifestadas seria impossível.

São comuns aos trabalhos de pesquisa nesses contextos enfrentar tais dificuldades, como o que relata Karina Biondi (2010). Esta autora relata em sua etnografia do PCC as dificuldades enfrentadas ao realizar seu trabalho, onde não dispunha de nenhum instrumento como gravador ou caderno de anotações; somente ela e sua memória para apreender percurso,

eventos e cerimônias para desenvolvimento da pesquisa. Desse modo, os instrumentos de pesquisa aplicados no presente trabalho, para construção dos dados empíricos são a observação e o esforço da memorização, a fim de compor os relatos em cadernos de campo, após as visitas.

Ainda no que diz respeito à produção dos dados empíricos, o trabalho parte da perspectiva de que “as técnicas mais ‘empíricas’ são inseparáveis das opções mais ‘teóricas’ de construção do objeto” (BOURDIEU, 2011, p.24). O ponto de partida é o princípio segundo dos quais diferentes técnicas poderiam ser mobilizadas para construção teórica e empírica do objeto deste estudo, bem como alcançar os objetivos nele estabelecidos, passando por questionários, entrevistas, pesquisas históricas e etnográficas.

Para elaborar esse trabalho, além do tratamento analítico da literatura especializada que contribuiu para construir o capítulo I, para este mesmo capítulo foram necessárias pesquisas históricas e etnográficas.

Para o capítulo II, adotou-se estratégias metodológicas como observação direta e participante e entrevistas. No capítulo III e IV, utilizou-se observação direta e participante, entrevistas teoricamente orientadas pela perspectiva goffmaniana de analisar o hospital e os atores sociais pelas impressões que estes tentam construir de si mesmo.

Apesar da autorização aprovada pelo Conselho de Ética, a Secretaria de Estado de Saúde e a Plataforma Brasil, o trabalho enfrentou dificuldades quanto à obtenção das informações. Para superar esses percalços, foi preciso contar com ajuda graciosa da equipe profissional e administrativa do hospital. Durante o campo, trabalhou-se com entrevistas com a equipe médica, os pacientes, as famílias, os funcionários técnicos e a direção.

Como já dito, o trabalho encontrou muitas dificuldades, especialmente nas entrevistas em que os pacientes em sua maioria estavam dopados de remédios, ou contidos. Ressalta-se que algumas entrevistas foram realizadas em três dias, porque o paciente chorava muito durante o relato. Outras entrevistas foram feitas pela metade, porque não havia nenhuma condição do paciente falar sobre a internação. Com os familiares a dificuldade era diante de abordar lembranças traumáticas de um membro da família, principalmente quando o membro estava contido. Quanto à equipe médica a dificuldade foi por uma questão de agenda. Como o Hospital é de urgência e emergência, quase não havia tempo livre, por isso a rotina no Hospital era intensa. Às vezes, cumprindo plantão junto à equipe para compreender a demanda de internação e a rotina dos pacientes e entre um intervalo ou outro conseguia uma entrevista.

Todos os atores sociais envolvidos neste trabalho levam nomes fictícios ou o termo paciente e familiar, no caso os pacientes e familiares. A equipe médica está identificada com suas respectivas profissões. Este acordo foi feito juntamente com a Secretaria de Saúde do Estado, pacientes, família e equipe médica, e como orienta a deontologia do trabalho científico.

PLANO DO TRABALHO

Este trabalho está dividido em 4 capítulos: **O capítulo I** “Sociogênese das instituições psiquiátricas: nomenclaturas, classificações e transformações institucionais”, propõem uma sóciohistória das transformações das Instituições psiquiátricas dando ênfase no Brasil ao Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, no Manicômio Colônia, em Barbacena, em Minas Gerais e, no Maranhão, ao Hospital Nina Rodrigues, que de 1941 até os dias atuais, passou por transformações físicas, administrativas e de nomenclatura.

Em “dinâmicas de uma instituição total: o processo de internação e seus atores sociais”, **capítulo II**, apresenta-se uma etnografia do processo de internação do Hospital pelo olhar de um paciente da instituição. Neste, descreve-se tanto a estrutura física do hospital, quanto seu funcionamento e os processos de internação.

Em “a interação e suas representações sociais: famílias, pacientes e equipe médica” (**capítulo III**) apreende-se as representações dos pacientes e suas famílias e equipe médica sobre o processo de internação. E o **capítulo IV**, “A carreira moral do doente mental” revela que ordem da interação entre atores institucionais, famílias e pacientes implicam na produção de determinadas carreiras para aqueles classificados como “doentes mentais”.

A pesquisa evidencia, a partir de uma análise histórica, como o Hospital Nina Rodrigues reproduziu uma lógica manicomial observada nacionalmente e internacionalmente. Por sua vez, a análise etnográfica mostra que, apesar das reformas institucionais, algumas práticas manicomiais permanecem. Outrossim, os pacientes não são uma categoria homogênea, são plurais. Além disso, o silenciamento e a invisibilização dos pacientes os acompanha não apenas dentro do Hospital, mas também, quando estes saem dos hospitais, devido ao estigma social relacionado a passagem pelo hospital psiquiátrico. Por fim, a pesquisa demonstra que apesar de haver pouca margem para ação em uma instituição total, os pacientes elaboram estratégias de resistências às imposições institucionais, ressignificando uma série de práticas.

CAPÍTULO I

1. SOCIOGÊNESE DAS INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS: NOMENCLATURAS, CLASSIFICAÇÕES E TRANSFORMAÇÕES INSTITUCIONAIS.

Este capítulo traça um panorama do contexto histórico da psiquiatria no Brasil e no Maranhão buscando apreender o processo de identificação da loucura, o surgimento da Psiquiatria e as reformas para a mudança tanto estrutural quanto política do tratamento psiquiátrico. Trata de descrever a construção e as políticas adotadas pelo Hospital Nina Rodrigues, o único do Estado que atende toda a população maranhense. Para contribuir no atendimento, o Estado tem convênio com duas clínicas psiquiátricas: a Clínica La Ravardière, e a Clínica São Francisco de Neuropsiquiatria.

É necessário entender como se dão as relações entre essas instituições e suas diferenças, para que haja uma compreensão de como as mesmas estão inteiramente ligadas à construção da vida social de um indivíduo, seja ele paciente interno ou apenas paciente para consultas sem internação (que passaram por esses espaços), porque estas instituições carregam o peso de determinar aos indivíduos que passam pela equipe dirigente um diagnóstico que implica na construção de estigmas, enfatizando a “anormalidade” do agente social. Esses espaços marcam os indivíduos fazendo a distinção entre dois grupos: “normais” e “estigmatizados”

Dar-se-á ênfase na gênese sócio-histórica dos hospitais psiquiátricos no contexto nacional, buscando compreender as diferentes nomenclaturas dessas instituições e as funções sociais correspondentes. É importante salientar o contexto nacional, para entender como surgem os primeiros hospitais ou instituições adequadas ao tratamento de pessoas que sofriam de “problemas mentais”. Expor o contexto histórico dos hospitais psiquiátricos no Brasil permite mostrar como foram se transformando tanto as nomenclaturas das instituições quanto os agentes sociais destinados a elas. Entretanto, faz-se necessário uma breve passagem sobre a história da psiquiatria para se compreender todo o contexto nacional e a construção das reformas psiquiátricas.

Este capítulo está dividido em quatro seções. A primeira trata da história da psiquiatria. A segunda, da história da psiquiatria no contexto brasileiro dos casos mais emblemáticos: a criação do primeiro manicômio no país O Pedro II no Rio de Janeiro, e o caso de Barbacena-MG, para entender qual a funcionalidade dessas instituições. A terceira

trata de trazer alguns elementos históricos sobre a Reforma Psiquiátrica e o quarto reconstitui um pouco da história do Hospital Nina Rodrigues, em São Luís do Maranhão.

1.1. BREVE HISTÓRIA DA LOUCURA: PSIQUIATRIA E TRATAMENTO

A história da psiquiatria se inicia do final do século XVIII para começo do século XIX. Ela está entrelaçada à loucura, pois surge para dar uma resposta às pessoas que eram acometidas por doenças da mente. Não há como falar de psiquiatria sem iniciar um breve contexto sobre o que é a loucura, que ao longo dos séculos ora foi vista como algo demoníaca e outras vezes como algo divino. A Psiquiatria surge para enquadrar o que é normalidade e anormalidade. (AMARANTE, 2008)

Na Grécia antiga, acreditava-se que os “loucos” possuíam poderes divinos. A loucura era vista como manifestação dos deuses, aqui o “louco” era reconhecido e valorizado socialmente. Neste período, as palavras ditas pelo “louco” eram como um importante saber capaz de interferir no destino das pessoas. Na Idade Média, os “loucos” eram associados ao demônio e passavam seus dias acorrentados, expostos ao frio, passando fome e em casos extremos eram queimados na fogueira como hereges.

No final da Idade Média até a Idade Moderna, houve uma mudança radical desses conceitos e o doente mental passou a ser visto como um possuído pelo demônio. Dessa forma, o tratamento antes humanitário foi mudado para espancamentos, privação de alimentos, tortura generalizada e indiscriminada, aprisionamento dos doentes para que estes se livrassem dessa possessão.

Esse tipo de tratamento prosseguiu até o século XVIII. Nesse período, não se usava o termo doença mental, e como sempre, o desprezo pelas pessoas com problemas mentais persistiam. Todos que apresentavam um comportamento diferente, agitado, agressivo, andavam pelas ruas, abandonados, sem famílias, eram considerados “loucos”. A sociedade estava preocupada somente com sua segurança; permanecia com a mesma conduta e continuava colocando esses agentes em prisões e lá ficavam ao lado de outros excluídos até chegar à morte.

As instituições médicas surgem para “enclausurar” ou “limpar” o espaço urbano; elas seriam “prisões” para assegurar que nenhum espaço urbano fosse “contaminado” por indivíduos indesejados pela sociedade. Com isso, algumas pessoas que circulavam nos espaços ou faziam deles suas moradas passavam a habitar essas instituições que, com o advir

dos anos, passaram a serem classificadas como instituições psiquiátricas: manicômios, hospícios.

A figura do “louco” está associada a qualquer pessoa que apresente um comportamento anormal, diferente do comportamento estabelecido pela sociedade da época. No decorrer da história da loucura, o “louco” foi tanto aquele que apresentava problemas como histeria, mania-depressiva, esquizofrenia entre outros, como o bêbado, o morador de rua, o sem família, o excluído da família, etc. Com o aprisionamento do “louco” em leprosários, passou-se a associar a imagem do louco ao leproso.

No livro *a História da loucura*, Michel Foucault introduz a ideia de “estrutura de exclusão” quando se refere ao fenômeno da loucura. Essa exclusão começa com o esvaziamento dos leprosários no final da Idade Média, tidos como “lugares obscuros”, de segregação, cheios de “ritos que não estavam destinados a suprimi-la [a lepra], mas sim a mantê-la a uma distância sacramentada” (FOUCAULT, 2010, p. 6).

Com a lepra controlada, esses espaços começam a ser utilizados para tratamento das doenças venéreas no fim do século XV. Logo, os leprosários também passam a ser usados para tratar todo tipo de doentes, inclusive “loucos”. Foucault observa que a loucura, antes de ter sido “dominada” por volta da metade do século XVII, estava “ligada, obstinadamente, a todas as experiências maiores da Renascença” (FOUCAULT, 2010, p. 8). Naquele período, o tema da loucura circulava livremente pelas ruas e era recorrente nas diversas expressões artísticas, como peças de teatro e romances. Os “loucos conhecidos” eram tolerados, mas os “loucos estranhos”, com comportamentos desviantes e bizarros, incluindo os bêbados e os devassos, eram confinados em navios numa espécie de exílio ritualístico.

Para Foucault, a figura da Nau dos Loucos do século XV simbolizava a busca da razão, da purificação pela água. A Nau dos Loucos era um navio que levava os loucos, leprosos e outros agentes para longe do cenário urbano, eles atravessavam e deixavam esses agentes em florestas abandonados à própria sorte. No livro, o que Foucault quer saber é: quando, a partir de que momento, a loucura começa a ser pensada como uma patologia e por que antes não era assim?

Com o internamento nos antigos leprosários, os portadores de doenças venéreas e os “loucos” passam a compartilhar um “espaço moral de exclusão”, antecipando o fim do “grau zero” da história da loucura, época em que “predominava uma indiferenciação entre loucura e razão” (FREITAS, 2004, p. 77). Em dado momento, teria havido uma ruptura entre a razão e a loucura, pela qual a razão, cerca de 150 anos antes do surgimento da psiquiatria, “se separa da

loucura, esvazia a verdade da loucura para afirmar a si própria soberanamente” (FREITAS, 2004, p. 78). Essa separação dará origem à “estrutura de exclusão” mencionada por Foucault, e teriam sido dois os seus estopins: a fundação do Hospital Geral de Paris por decreto (1656), inaugurando a “grande internação dos pobres”, e a libertação dos acorrentados de Bicêtre (1794).

O Hospital Geral tinha como objetivo recolher e “hospedar” os pobres de Paris, suprimindo a mendicância e a ociosidade. Pessoas de qualquer sexo, de qualquer idade, válidas ou inválidas, “doentes ou convalescentes, curáveis ou incuráveis”, todos eram forçados a trabalhar como forma de “purificação”. O hospital era uma instituição sem caráter médico, apenas “uma espécie de entidade administrativa” semijurídica, com poder de julgar e executar, sem direito a apelações. Foucault (2010) observa que essas casas de internamento se espalharam por toda a Europa, especialmente na França, Alemanha e Inglaterra, muitas delas estabelecidas dentro dos muros dos antigos leprosários, e eram mantidas com dinheiro público.

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazarento (FOUCAULT, 2010, p. 6).

Para Foucault, então, a grande internação é “o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade” (FOUCAULT, 2010, p. 114). A loucura passa a se distinguir das outras categorias. Chega um tempo em que a pobreza não precisa mais ser encarcerada, mas a loucura sim. Até que, em fins do século XVIII e no século XIX, surgem os asilos com valor terapêutico, e a loucura passa a ser definida como “alienação mental”, como proposto por Philippe Pinel, sendo integrada ao campo da Medicina.

Na França, Pinel liberta os “loucos” de Bicêtre dos grilhões e defende sua reeducação por meio do controle social e, sobretudo, moral. Na Inglaterra, o principal responsável pela reforma, contemporaneamente a Pinel, é Samuel Tuke, que busca curar os doentes numa casa de campo, livre de grades e correntes. Tuke não era médico e nem Pinel psiquiatra, tampouco houve um rompimento com a prática do internamento. Este teria sido apenas humanizado. O asilo abrigaria “o poder moral da consolação, da confiança, e de uma fidelidade dócil à natureza” pela disseminação de valores como religião (principalmente no Retiro de Tuke),

família e trabalho (FOUCAULT, 2010, p. 487). O tratamento de Pinel incluía métodos como banhos de água fria e camisa de força, o que, na visão de Foucault, apenas internalizava a ideia de julgamento e punição entre os doentes.

Na Europa, entre os anos de 1657 a 1676, em um horizonte social e moral, o enclausuramento dos “loucos” ao final da idade clássica acompanha outros desviantes. A experiência da loucura manifesta-se institucionalmente por meio de uma política de isolamento, de um “grande confinamento” o que leva Foucault a classificar em uma mesma instituição, o “Hospital Geral”. Todos aqueles que representavam de alguma maneira um entrave para o estabelecimento da nova ordem social burguesa – o libertino, o alcoólatra, o vagabundo, o morador de rua, o “louco” –, são figuras tidas como incapazes de se adaptar aos valores de uma sociedade que enxerga no trabalho um valor supremo e que, pelo fato de estes não preencherem tais condições, a mesma sociedade decide banir toda forma de ócio do espaço urbano social (BERT, 2013).

Para Jean-François Bert (2013), essa seria a primeira ruptura entre o polo da loucura e o polo da razão, que assumiu a forma de um enclausuramento sistemático dos “associais” e que teve como consequência repelir a loucura para o lado do erro e do negativo. Séculos mais tarde, com as reformas de Philippe Pinel e Samuel Tuke, as reflexões que eles têm a respeito da loucura levam a “psiquiatria a recorrer a um novo tratamento moral e mudar a ideia de que a loucura era inteiramente culpável e que o médico não tinha nenhuma ação terapêutica”. Pinel passa a responsabilizar o “louco” por aquilo que em sua loucura vem perturbar a ordem moral. Assim, Pinel cria um espaço a partir do qual “o psiquiatra pode fazer atuar o conjunto das práticas psicológicas postas a sua disposição”. Assumindo o sentido médico, a loucura, transformada em “doença mental”, não pode mais ser curada, salvo no manicômio, convertido numa medicalização completa da loucura (BERT, 2015, p. 54).

O novo manicômio que Esquirol, discípulo de Pinel, torna obrigatório em cada região francesa, a partir de 1838, é tido como um lugar de infantilização, de punição e de responsabilização, onde se ensina o “louco” a viver com sua loucura. Tudo é organizado para que ele se reconheça nesse mundo do julgamento que o envolve por todos os lados; ele tem que se saber que é vigiado, julgado e condenado. Para Foucault, a forma de internar os “loucos”, “de diagnosticá-los, de tratar-lhes de excluí-los da sociedade ou de incluí-los em

lugar de enclausuramento, era decorrência de estruturas sociais, de condições econômicas, tais como desemprego, a necessidade de mão de obra” (BERT, 2015, p. 55)⁸.

Em 1801, inaugurou-se a psiquiatria como especialidade médica a partir do Tratado Médico-Filosófico sobre Alienação Mental elaborado por Pinel (RAMMINGER, 2002). De acordo com Elizabeth Roudinesco (1998), logo após a saída do universo da religião e da magia, o fenômeno da loucura começou a ser abordada a partir de três maneiras:

[...] a primeira consiste em introduzi-la no quadro nosológicos construído pelo saber psiquiátrico e considerá-la uma psicose (paranóia, esquizofrenia, psicose maníaco-depressiva); a segunda visa elaborar uma antropologia de suas diferentes manifestações de acordo com as culturas [...] a terceira, finalmente, propõe abordar a questão pelo ângulo de uma escuta transferencial da fala, do desejo, ou da vivência do “louco” (psiquiatria dinâmica, análise existencial, fenomenologia, psicanálise, antipsiquiatria) (ROUDINESCO, 1998, p. 478).

A loucura que antes era uma representação histórica, e também o conceito de loucura, estava intimamente relacionada ao surgimento dos manicômios – posteriormente chamados hospitais psiquiátricos –, ambos estão ligados aos períodos de diferentes épocas históricas: antiguidade clássica (pensadores gregos); séculos XV e XVI (exorcistas); séculos XVII e XVIII (enfoque médico); e o século XIX (manicômios). Agora passa a ser definida como o outro da razão, ou seja, popularmente aquele que é extravagante, perturbado ou que perdeu o juízo. Ou mesmo foi definida como “desarranjo das funções mentais, notadamente as intelectuais, rejeitando, inclusive, as explicações organicistas” (PINEL *apud* RAMMINGER, 2002, p. 113).

Na virada do século de XVIII para o século XIX surgem à clínica e os estudos sobre psiquiatria, graças a Pinel e seus seguidores que a loucura passa ser uma questão médica e os cuidados ao “louco” passam pela mão de profissionais como os médicos, que no momento não eram chamados de psiquiatras e sim alienista e os enfermeiros. Muitos profissionais vêm depois de Pinel entre eles Sigmund Freud (1856-1939), que no século XX ajuda a criar a psicanálise, campo de grande importância no avanço de uma melhoria na saúde mental.

Na história da loucura (2010), Foucault descreve como a hidroterapia era utilizada desde o século XVII: “fria, sob a forma de banhos, mas, sobretudo duchas, ela curava a mania” (FOUCAULT, 2010, p. 206). Nos casos graves, os pacientes ficavam de molho em

⁸Esta parte do trabalho foi parcialmente apresentada como comunicação oral no 19º Congresso Brasileiro de Sociologia, em 2019, em Florianópolis, intitulada “Dinâmicas de uma Instituição Total e os efeitos da classificação na produção social de agentes estigmatizados no hospital psiquiátrico Nina Rodrigues”, e foi publicado nos anais do referido congresso.

banhos-infusões. Já na medicina asilar do século XIX, na época de Pinel, a água era o que impunha um controle exterior ao louco, que a partir do banho reconhece a autoridade do médico e se reconhece como doente.

Se o louco chega a se reconhecer como doente, é porque ele não foi totalmente destituído de suas faculdades mentais. Ainda restam lampejos de razão. Isso permitiria, por exemplo, o retorno a um estado “normal” após um acesso de loucura. Freitas (2004) vai argumentar que Foucault errou ao não reconhecer a importância da mania intermitente na gênese da psiquiatria, considerando todo tratamento realizado na instituição psiquiátrica como excludente. Ao estudar a mania intermitente, Pinel concluiria que é possível ter acesso ao alienado mental e reintegrá-lo à sociedade. “A partir de Pinel, a loucura pode ser tratada porque é possível ‘dialogar’ com o insensato” (FREITAS, 2004, p. 88).

A alienação seria um “episódio” na vida do sujeito, ainda que cíclico, do qual é possível sair através do tratamento. Dessa forma, tanto para Pinel quanto para seu aluno Jean-Étienne Esquirol, o asilo era o melhor meio de garantir a segurança pessoal dos loucos e sua família, ao libertá-los de influências externas. Lugar de vigilância e de trabalho como principal meio de cura. É o trabalho que dignifica o homem e transforma o alienado em um ser útil e dócil. Esse modelo pineliano, sustentado no tripé isolar/conhecer/tratar, onde o hospital representa o principal espaço do saber-poder médico, até hoje tem seus críticos e defensores.

Como já foi dito anteriormente, a concepção de loucura sofreu diversas mudanças com o passar dos séculos. É no século XVIII, com a ideia de psiquiatria, que Pinel trouxe o diagnóstico implicado na observação prolongada, rigorosa e sistemática das transformações biológicas, mentais e sociais do paciente, que eram realizadas dentro do manicômio – que passou da condição de asilo onde se abriga, para a condição de cura/tratamento. Mas, apesar da rápida repercussão na Europa, a doutrina de Pinel foi logo ofuscada pelo emprego inadequado do tratamento, porém, aumentou-se o interesse pela explicação e tratamento da loucura a partir de modelos organicistas. Com a volta da visão organicista na prática psiquiátrica, o manicômio deixa de ser recurso terapêutico, e volta a ser um instrumento de segregação social (RAMMINGER, 2002).

Apesar de todo o avanço nos estudos sobre a mente, várias formas de tratamento e instrumentos foram beirando a barbárie; por mais de 50 anos utilizaram as camisas de forças, uma camisa de manga comprida que mobilizava o paciente, amarrando os braços e toda parte superior do indivíduo para que impedisse os movimentos violentos deixando o paciente

inofensivo. Este recurso muito utilizado nas instituições brasileiras foi substituído por celas, verdadeira solitárias, e outros tratamentos.

Outro tratamento foi a convulsoterapias. No primeiro momento fazia-se induções de inalação de cânfora nos tratamentos de quadros psicóticos, tudo isso centrado na crença de que a epilepsia e psicose seriam moléstias antagônicas e excludentes, no século XVI. No ano de 1917 empregou o tratamento de parasitas da malária que paralisava o paciente. Depois disso, em 1927, teve o choque insulínico e em 1933 teve as provocações de convulsões pelo cardizol em pacientes com psicoses, maníacos depressivos e algumas, esquizofrenia. Todos esses tratamentos de convulsoterapias surtiram efeitos em alguns casos, mas o tratamento era agressivo e em sua maioria trazia prejuízos ao paciente (AMARANTE, 2008)

Foi em 1937, em Roma, que Cerletti e Bini criaram o experimento de atingir o paciente psiquiátrico com uma descarga elétrica, o chamado eletroconvulsoterapia. Esse tratamento serviu para substituir as injeções endovenosas de cardizol. O procedimento acontecia com uma passagem de eletricidade, corrente elétrica que atingia o cérebro do paciente que passava a ter uma convulsão generalizada. Por ser de fácil aplicação, logo as instituições psiquiátricas adotaram tal procedimento. Este período foi conhecido na história da psiquiatria como a era dos eletrochoques. Esse tratamento na Europa teve fim com o final da II Guerra Mundial, enquanto que no Brasil esse procedimento teve fim somente na década de 1980 e ainda é utilizado em algumas instituições como recurso extremo ao tratamento de catatonia e depressão (AMARANTE, 2008).

Outra forma de tratamento que entra na história da psiquiatria é a lobotomia que era uma técnica cirúrgica que destrói as substâncias brancas dos lobos temporais do cérebro, provocando uma alteração de personalidade. Essa prática que era aplicada em casos extremos de pacientes muito agressivos e com extrema dor, ela provoca uma deterioração cerebral irreversível. Com o avanço da psicofarmacologia essa e as outras técnicas entraram em declínio. No Brasil, a lobotomia foi abolida em 1955, mas utilizada as escondidas por muitas instituições (AMARANTE, 2008)

A partir da década de 1950, surge uma nova forma de tratamento que persiste até os dias atuais que é a psicofarmacologia como uso de medicamentos para o tratamento de doenças mentais. Em 1952, os pesquisadores franceses Jean Delay e Pierre G. Deniker obtiveram sucesso com medicamento por causa de uma substância – a clorpromazina que ajudava na hibernação. O medicamento se mostrou capaz de acalmar pacientes com agitação psicomotora, alucinação e delírio. Essa ação da psicofarmacologia foi chamada de

neurolepsiae os novos medicamentos neurolépticos. Comaclorpromazina surge a nova era da história da psiquiatria (AMARANTE, 2008).

Sendo assim, resume-se que no início do século XIX o tratamento do doente era uma releitura distorcida do tratamento moral de Pinel e utilizava medidas físicas e higiênicas como duchas, banhos frios, chicotadas, máquinas giratórias e sangrias. Aos poucos, o que era considerado como uma doença moral passou também a ter uma concepção orgânica, de acordo com o pensamento de vários discípulos de Pinel. As técnicas de tratamento usadas pelos que defendiam as teorias organicistas eram as mesmas empregadas pelos adeptos do tratamento moral; todas com explicações e justificativas fisiológicas para sua utilização. A partir daí prevalecem às teorias organicistas da doença mental decorrentes de descobertas experimentais da neurofisiologia e da anatomia patológica. Mesmo assim, entrando no século XX a ideia de submissão do “louco” persistia.

Precisava-se mudar a história da psiquiatria, porque mesmo com todos os avanços o “louco” ainda era o prisioneiro, o isolado e o que precisava ser confinado. Entretanto, é importante ressaltar que essas instituições onde tratavam os “loucos”, ainda praticavam torturas. *Asile, madhouse, asylum, hospizio*, são alguns dos nomes que denominam as instituições cujo fim era abrigar, recolher ou dar algum tipo de “assistência” aos “loucos”. Essas nomenclaturas variam de acordo com os diferentes contextos históricos em que foram criados. O termo manicômio surge a partir do século XIX. O primeiro hospício conhecido é do século VII. Na Europa, os primeiros hospícios são construídos no século XV. Todas as medidas tomadas eram de torturas. Mesmo após a reforma feita por Pinel no século XIX, um dos primeiros a aplicar uma “medicina manicomial”, o tratamento dado ainda era mais uma prática de tortura do que uma prática médico-científica. Tanto a corrente organicista, quanto a que acreditava no tratamento moral, ainda assim não dispensavam o tratamento físico (FOUCAULT, 2010).

Desse modo, podemos perceber, a partir do histórico da loucura, as diferentes funções do manicômio. A função mais antiga é a de recolher os loucos, juntamente com outras minorias, isolando-os em edifícios antigos mantidos pelo poder público ou por grupos religiosos (RAMMINGER, 2002). Em seguida, surgiram as instituições hospitalares com objetivo de realizar tratamento médico, porém os funcionários responsáveis não tinham formação médica; muitas vezes eram religiosos. E a partir do século XIX surgiram as instituições que acolhiam apenas doentes mentais, oferecendo tratamento médico especializado e sistemático em instituições chamadas de manicômios.

As condições dessas instituições manicomiais eram precárias e a maioria dos pacientes não tinha diagnóstico de doença mental (loucura). Os pacientes eram, “[...] epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder” (ARBEX, 2013, p. 14). Além disso, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, eram espancados, morriam de frio, de fome, de doença (ARBEX, 2013). Paradoxalmente, essas instituições justificavam suas práticas com o argumento da necessária limpeza social, livrando a sociedade de sujeitos considerados como parte de uma categoria social de desprezíveis e desajustados cujos comportamentos eram indesejáveis. As instituições manicomiais, portanto, exerciam a função social de disciplinar corpos e comportamentos. Era uma tecnologia de poder que visava a atender aos padrões de civilidade produzidos na modernidade.

A partir da propagação dessas instituições manicomiais, percebe-se também a influência do pensamento de Descartes, que identificou o pensamento como condição para a existência. Ou seja, a razão e o juízo são condições para o homem cuidar de si. Com a Revolução Francesa, evidencia-se a valorização de uma sociedade gerida por homens e pela razão, e assim iniciam-se, segundo Pitta (PITTA 1996 *apud* VASCONCELOS, 2008, p. 50), “[...] a proteção da sociedade, calcada na ideia de periculosidade do “louco”, e a proteção do doente, asserção que os extremos da curva de normalidade necessitariam de assistência”. Desse modo, torna-se perceptível a desvalorização da desrazão, e a propagação de assistências, como os manicômios/hospitais psiquiátricos, aos ditos “loucos”.

Segundo Ramminger (2002), a partir do século XIX a defesa da existência de instituições manicomiais domina toda a Europa, e foi considerado como a modalidade terapêutica mais eficaz, apesar do reconhecimento dos pontos negativos como violência, isolamento e as práticas coercitivas que eram justificados como um mal necessário.

É a partir de 1960, com Kaplan e sua ideia de psiquiatria preventiva e com sua experiência em comunidades terapêuticas que foram implantadas na Inglaterra junto com as ideias de Franco de Basaglia no hospital psiquiátrico de Gorizia que começaram a se pensar no cuidado do paciente psiquiátrico. Foram com essas ideias e a partir da década de 1960, que surgem as políticas para uma Reforma Psiquiátrica. A proposta da reforma era dar aos doentes mentais uma assistência mais humanizada. O sujeito deveria ser visto como um todo e deveria ser respeitado (AMARANTE, 2008).

Somente a partir da década de 1960 que a história da psiquiatria começa a ter uma nova visão de humanidade, na Europa e em outros países do mundo. No Brasil, a história da

psiquiatria segue os modelos hospitalocêntricos da Europa. Não temos muita diferença do que aconteceu nesses países, entretanto, os tratamentos propostos para a melhoria do paciente e que foi visto como maléfico, no Brasil durou muitos anos e ainda hoje alguns persistem e alguns psiquiatras acreditam ser a solução para os pacientes acometidos de loucura.

1.2. HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA NO BRASIL: HOSPÍCIO PEDRO II E O MANICÔMIO “O COLÔNIA”

No Brasil, a loucura fazia parte do convívio social desde o século XVI até o início do século XIX. A partir desse ponto, começou a ser reconhecida como desordem e perturbação da paz social, passando a ser apropriada pelo discurso religioso (VECHI, 2004). Progressivamente, os “loucos” foram sendo retirados do contexto social e isolados nos porões das Santas Casas de Misericórdia e nas prisões públicas. Para os médicos da época, entretanto, essa situação não resolvia o problema da loucura. A segregação, a falta de higiene e de um tratamento físico e moral adequado tornavam a cura impossível. Os médicos, articulados com o então provedor da Santa Casa, José Clemente Pereira, começam a reivindicar a criação de um instrumento terapêutico específico para os “loucos”, o hospício. Até meados do século XIX, não havia qualquer forma de assistência específica aos doentes mentais. “Os ‘loucos’ erravam pelas ruas, eram encarcerados nas prisões ou reclusos em celas especiais das Santas Casas de Misericórdia” (FERNANDES, 2009, p.31-32).

Com a vinda da família real portuguesa para o Brasil, especificamente Rio de Janeiro em 1808, teve assim a criação do primeiro Jornal de medicina aqui no Brasil e a criação de escola de cirurgia criada pelo médico cirurgião José Correia Picanço (1745-1823). O jornal que teve como responsável José Francisco Xavier Sigaud (1796-1856) que exerceu um papel decisivo no desenvolvimento da cultura médica do país. Possibilitou a reunião de profissionais da medicina, contribuindo para o nascimento da “Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro” (FERNANDES, 2009).

Com esta sociedade foi sugerida a criação de uma casa de saúde ou hospício de “doidos” para abrigar aqueles trancados nos quartos de suas famílias, os que andavam livremente pela cidade e os que habitavam o Hospital da Santa Casa de Misericórdia. As reivindicações vinham com maior força dos médicos e higienistas vinculados à sociedade de Medicina e cirurgia do Rio de Janeiro. Segundo Fernandes (2009), era uma intenção da

sociedade daquela época organizar, disciplinar e normalizar a cidade em busca de uma salubridade da mesma.

Segundo os médicos da época, o manicômio seria, além de abrigo para tais desvalidos, um campo de úteis observações muito proveitosas ao doente. Acreditava-se que quanto mais se conhecessem as moléstias com mais habilidades elas seriam tratadas.

As condições da Santa Casa de Misericórdia, principalmente no que tange à área reservada aos loucos demonstravam muita insalubridade. Paim (1975) cita um trecho de um artigo da época escrito pelo doutor Luiz Vicente de-Simoni, publicado na Revista Médica Fluminense em setembro de 1839 onde ele trata sobre a necessidade da construção de um manicômio ou outro estabelecimento exclusivamente dedicado aos loucos. Segundo ele na Santa Casa de Misericórdia:

A parte reservada aos doentes mentais no Hospital da Santa Casa continha em um corredor estreito, situado sob uma sala destinada às aulas da faculdade. Os enfermos mentais ficavam separados dos outros doentes do hospital apenas por um assoalho de tábuas sem forro. O local em que se encontravam estava dividido em doze pequenas células, onde se acumulavam quarenta pacientes... Lá havia um tronco de madeira onde durante o dia, em uma casa religiosa e de caridade, prendiam os escravos do hospital que tinham que ser supliciados a chicote. Durante à noite, os guardas sempre se utilizavam de tão aviltante meio de contenção para imobilizar os doentes em acesso de delírio, por força furioso, aos quais também fustigam com a pretensão de acalma-los (PAIM *apud* DE-SIMONI,1975, p. 7).

Assim, o Hospício de Pedro II é criado por decreto imperial em 1841, inspirado no modelo francês elaborado por Pinel e Esquirol. Fundado, de fato, em 05 de dezembro 1852, sua construção e administração, no Rio de Janeiro, ficaram a cargo da Santa Casa. Por isso mesmo, Vechi (2004) observa que, apesar da existência de médicos nesse local, seu controle ainda permanecia objeto do discurso religioso. De acordo com Fonte (2011), até a proclamação da República (1889), outras instituições semelhantes seriam criadas em São Paulo (1852), Pernambuco (1864), Pará (1873), Bahia (1874), Rio Grande do Sul (1884) e Ceará (1886).

Era exigido que a construção do hospício devesse ser em um local específico, que ficasse afastado do centro urbano da cidade do Rio de Janeiro (nesse caso a Praia Vermelha), para abrigar os “loucos” recolhidos pela Santa Casa, que lá ficavam internados em locais vistos como impróprios e custosos. A criação dos primeiros hospitais psiquiátricos no Brasil

surgiu quase que exclusivamente com o objetivo de resolver o problema de estabelecimento de assistência das Santas Casas de Misericórdia ou nas ruas.

Com isso, ficava evidente a prática de exclusão tão presente nas diversas maneiras de lidar com as formas de loucura. Quando se trata da formação do espaço para o doente mental, há um princípio básico: um duplo afastamento do doente mental que seria do meio urbano e do social.

Somente na República é que a loucura é retirada do discurso religioso e encampada pelo discurso científico médico-psiquiátrico, propondo substituir o tratamento desumano e primitivo por valores humanitários. Viabiliza-se, assim, a implantação do projeto de medicalização da loucura e sua transformação efetiva em doença mental (FONTE, 2011). Na prática, há uma expansão da rede pública de hospitais psiquiátricos.

O isolamento nessas instituições é justificado, em primeiro lugar, pela separação do louco em relação às causas da doença (principalmente a família), e, em segundo, pela possibilidade de intervenção terapêutica. Não haveria cura sem isolamento. Machado (1978) descreve como a concepção arquitetônica do Hospício de Pedro II, por exemplo, foi pensada para regular a vida no hospício de modo a facilitar a vigilância pelos enfermeiros. “Tem a forma de um retângulo com um bloco central separando essas duas alas [masculina e feminina] laterais, cada uma contendo dois pátios internos” (MACHADO, 1978, p. 433). Essa divisão contempla a separação por classes e por estágio da doença (tranquilos e agitados, limpos e sujos, afetados por moléstias contagiosas etc.).

O hospício também não pode ser lugar de ócio. O trabalho é terapêutico e deve ser a principal ocupação dos internos. “A norma do trabalho impera no hospício e se materializa em oficinas de costura, bordados, flores artificiais, alfaiataria, estopa, alcochoaria, escovas, móveis, calçados” (MACHADO, 1978, p. 440). Uma mão de obra barata e capaz de gerar renda para a manutenção do próprio hospício. Àqueles sem aptidão para essas atividades era prescrita a jardinagem ou o trabalho como servente em obras, refeitórios e enfermarias.

No Rio de Janeiro, o Estado foi “engrenagem” para a formação de hospitais que atendessem esses grupos de indivíduos, que passaram a ser estigmatizados. A ideia de se criar um espaço de recolhimento mais adequado aos “loucos”, que se encontravam nas dependências da Santa Casa de Misericórdia e nas ruas, fazia parte de uma cadeia de transferência de responsabilidades que se iniciaram com a necessidade de se retirar estes agentes do espaço urbano, pois afetavam a sociedade, as ruas centrais da Cidade do Rio de Janeiro; ou seja, a imagem dos indivíduos estigmatizados como “loucos” manchava a imagem

dos ditos “normais”. A construção desses espaços não tinha como objetivo dar atendimento médico a estes indivíduos. A criação atendia aos interesses de limpar o espaço urbano carioca. Compreendemos melhor esse contexto na citação abaixo, do médico Luís Salvador Miranda de Sá Junior em uma entrevista à Revista de Psiquiatria, no ano de 2007, em que ele faz um breve histórico da Psiquiatria no Brasil:

O início da urbanização, premissa e consequência dessa transformação, mudou a fisionomia do Rio de Janeiro, de Ouro Preto e Salvador (únicas cidades brasileiras dignas de serem consideradas “urbanizadas”) e, por outro lado, criou, ampliou e expôs novos problemas sanitários. Um deles dizia respeito aos enfermos psiquiátricos, que, se eram inoperantes nas pequenas comunidades rurais, tornavam-se visíveis e perturbadores no meio urbano. Cuidar deles se transformou em um ônus difícil de ser suportado até pelas famílias, tanto no plano objetivo como no subjetivo (SÁ JUNIOR, 2007, p. 156).

Dessa forma que foi pensada a construção do primeiro hospital psiquiátrico no Brasil, com o objetivo de atender à classe de indivíduos indesejados que fazia parte da sociedade brasileira. Esses indivíduos, na maior parte dos casos, eram “pessoas pobres”, ou seja, sem família, ou abandonados pela própria família, sem assistência do Estado. Não havia diagnóstico. A maioria estava em estados de chagas, doenças como lepras, tuberculoses, infecções e como não havia um atendimento hospitalar adequado que atendesse a esses cidadãos e por serem moradores de ruas, expostos a mais doenças, alguns realmente andavam nus, falavam sós e isso acabou sendo um grande caos para a sociedade dominante, ocorrendo um desequilíbrio urbano, pois, para os governantes e grupos dominantes, estes indivíduos causavam perturbação à ordem social (SÁ JUNIOR, 2007).

Entendendo quem é este indivíduo que “perturba a ordem” da sociedade brasileira da época, “desequilibra os padrões urbanos” e mediante a superlotação das Casas de Misericórdia e considerando o atendimento precário da mesma, pensa-se na construção do primeiro hospital psiquiátrico no Brasil: o Hospício Pedro II. De acordo com Sá Junior, a questão da precariedade das Casas de Misericórdia mostra que serviam muito mais para abrigo que para um tratamento específico:

Não havia especialistas em psiquiatria, mas os hospitais da Irmandade da Santa Casa abrigavam mais que tratavam os enfermos mais necessitados. Sem casa e sem recursos – ou sem eira e sem beira, como se dizia na época. Sem eira porque não tinham propriedades rurais, nem beira, ou uma casa, um telhado com beiral sob o qual pudessem viver. Os mais pobres de todos não tinham onde cair mortos, ou seja, não tinham um túmulo em uma igreja onde

pudessem ser sepultados para fugir à vala comum. Os enterros decentes só começaram a ser feitos fora das igrejas no século XIX. Os hospitais, até o século XVIII confundiam-se com albergues para pessoas doentes que não tivesse quem cuidasse delas. Os hospitais das Irmandades das Santas Casas de Misericórdia acolhiam e albergavam esses doentes em condições sanitárias muito más, mesmo para aquele momento histórico-social. (SÁ JUNIOR, 2007, p. 156).

Em 15 de fevereiro de 1890, o Hospício de Pedro II, por meio do Decreto nº 206 A, passou a se chamar “Hospício Nacional de Alienados”, ficando sob a administração do governo federal, desvinculando-se assim da Santa Casa e ficando subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Nesse mesmo ano, foi instituída a Assistência Médico-Legal aos Alienados, criados e anexados ao Hospício Nacional as Colônias de São Bento e a Colônia de Conde de Mesquita, ambas somente para internação masculina na Ilha do Galeão, atual Ilha do Governador. As Colônias tinham por finalidade principal resolver os problemas de superlotação do hospício, que vai se agravando com o passar dos anos (AMARANTE, 1994).

As colônias ofereciam a estes pacientes uma forma de tratamento voltada às atividades de trabalho, principalmente a agropecuária e artesanatos, que caracterizavam os modelos de colônias. Havia dentro da instituição uma divisão de classes: os pacientes eram divididos em 03 classes, o que parecia ser um dado importante para a *anamnese* da época. Na primeira classe havia os brancos, moradores da corte; os cidadãos, funcionários ou funcionários públicos em um número menor que as outras classes. Na segunda classe, encontravam-se os lavradores, as domésticas, os brancos e livres e na terceira classe, os escravos, pretos, pertencentes a algum senhor, já que a identificação era primeiro nome seguido da identificação senhorial: escravo de tal senhor. Nessa época, a escravidão ainda não havia sido abolida. Os outros eram indigentes (AMARANTE, 2008).

Os tratamentos dados a eles eram, os de primeira e segunda ordem ficavam em quartos isolados ou duplos, com pequenos serviços manuais, artesanatos ou jogos. Os de terceira ordem, pobres indigentes, faziam trabalhos de manutenção como agropecuária, jardinagens, limpeza, trabalhavam na cozinha. Paradoxalmente, recuperavam-se mais rápido que os de primeira e segunda ordem que ficavam acamados.

A Colônia de Alienados, hoje o Centro Psiquiátrico Pedro II, surge primeiramente como forma de resolver um problema agudo, o da superlotação do Hospício Nacional e com o objetivo principal de isolar os “loucos” do convívio social e, cada vez mais, afastá-los do

centro urbano. Por mais que as justificativas pudessem ser de criar melhores condições de alojamentos, esses lugares rapidamente superlotavam e se deterioravam.

. Em face da superlotação de mulheres no Hospício Nacional, foi criada, pelo Decreto de 11 de julho de 1911, a Colônia de Alienadas, em terreno cedido pela Marinha, com o objetivo inicial de receber exclusivamente pacientes indigentes do sexo feminino que seriam transferidas do Hospício Nacional de Alienados. Foram feitas pequenas modificações no estabelecimento para receber 200 pacientes primeiramente, mas, no ano seguinte (1912), foram ampliados todos os seus serviços, construindo-se um pavilhão para outras 200 pacientes.

Em 1938, ocorreu a transformação da Colônia de Alienadas no Centro Psiquiátrico no Engenho de Dentro, para onde seriam transferidos os doentes do Hospício Nacional de Alienados, saindo da Praia Vermelha por ter-se tornado a Urca – um bairro residencial do Rio de Janeiro, voltando novamente à ideia de que o paciente mental precisa ser isolado. Espaços como esses não podem ser expostos em bairros urbanos, pois a colônia manchava a imagem do bairro, motivo da transferência do hospício, que, no entanto, só veio a ocorrer em 1943. Os prédios do antigo Hospício Nacional de Alienados foram anexados à Universidade do Brasil, inclusive o Pavilhão de Observação e Diagnóstico passou a se denominar Instituto de Psicopatologia, onde atualmente é o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ (AMARANTE, 1994).

Há grandes nomes de pessoas importantes que passaram pelo hospício Pedro II que fizeram muita diferença no tratamento que foi dado aos pacientes, entre eles temos Juliano Moreira e Nise da Silveira. Nise tem um destaque grandioso, pois aplicou um tratamento diferencial nos pacientes do Pedro II, influenciada pela teoria de Jung na prática clínica e psiquiátrica pôde constatar as concepções de Jung. Enquanto os psiquiatras ao seu redor utilizavam métodos torturantes como o eletrochoque, Nise tratava os pacientes principalmente os esquizofrênicos com terapias ocupacionais para aliviar a dor e o conflito desses pacientes. Seus pacientes frequentavam ateliês de pintura e de modelagem no Centro Psiquiátrico Pedro II e hoje leva o Nome de Instituto Municipal Nise da Silveira.

Para compreender o surgimento dos hospitais psiquiátricos no Brasil, e sua consequente história da loucura construída de forma violenta, estigmatizada e segregada, outra instituição emblemática no Brasil e com a finalidade igual ao Pedro II, mas que no decorrer dos anos tornou-se um instrumento de tortura, matança e cemitério, é o Manicômio de Barbacena, em Minas Gerais.

O hospital Colônia de Barbacena foi fundado em 12 de outubro de 1903 na cidade de Barbacena, Minas Gerais. Barbacena ganhou o título de “cidade dos loucos” devido a inauguração de sete instituições psiquiátricas. O Hospital Colônia que foi destinado ao tratamento de doenças mentais, com o tempo de uma instituição médica, tornou-se um matadouro.

O hospital que não atendia somente pessoas da cidade; recebia de todas as outras localidades. Vinha gente de toda parte do país, pessoas de todas as cores, de todas as idades, de todos os sexos. O hospital tinha procedências torturantes, os pacientes sofriam torturas físicas e psicológicas e isso era rotina no Colônia. Entre as torturas mais comuns estavam a ducha escocesa (banho por máquinas de alta pressão) e eletrochoque; há relatos de estupros constantes (ARBEX, 2013).

O manicômio tinha capacidade para 200 pessoas, mas chegou a receber 5 mil. Para atender tanta gente, a instituição trocou cama por capim para as pessoas dormirem. Faltava água e as pessoas passavam a beber água do esgoto, passavam frio, fome e muitos não resistiam. Os registros afirmam que o processo de superlotação se tornou um problema em instituições psiquiátricas e a solução seria a morte. No começo, a solução seria a transferência dos indivíduos, de um local a outro, isso no Rio de Janeiro. Em Minas Gerais, durante os anos de 1969 e 1980, “O Colônia”, passou a lucrar com a superlotação. Segundo Daniela Arbex, em seu livro “Holocausto Brasileiro”:

Os pacientes da Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos, que a sobre carga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo – e também de invisibilidade. Ao morrer davam lucro. Entre 1969 e 1980, 1853 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos para dezessete faculdades de medicina do país, sem que ninguém questionasse. Quando houve excesso de cadáveres e o mercado encolheu, os corpos foram decompostos em ácido, no pátio do “Colônia”, na frente dos pacientes, para que as ossadas pudessem ser comercializadas. Nada se perdia, exceto a vida (ARBEX, 2013, p. 14).

Refazer um contexto histórico é mergulhar e compreender as questões de poder ou micropoderes velados ou visíveis em demandas políticas, econômicas, sociais e outras. Porque o poder é determinante para construir saberes sobre determinados agentes sociais como o criminoso, o homossexual, o louco, fazendo destes e outros indivíduos produtos de pessoas que acreditam que tais indivíduos são “erros sociais”. O poder na questão da loucura é tão forte que no “Colônia”, de Barbacena, cerca de setenta por cento das pessoas que ali

estavam, não tinham problemas mentais, eram apenas indivíduos que se tornaram incômodos para alguém com mais poder.

Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava gente que se tornara incomoda 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 aos 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 (ARBEX, 2013. p. 14).

O Colônia, maior hospital psiquiátrico de Minas Gerais entra para a história em 1961, não apenas na história nacional, mas internacional, pela forma brutal pela qual os pacientes do Colônia foram tratados. Devido à superlotação, o local passou a ser uma verdadeira chacina. Foi na década de trinta que o “Colônia” começou a superlotar, mas foi durante a ditadura militar que os conceitos médicos simplesmente deixaram de existir, recebendo desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoólatras, mendigos, pessoas sem documentos e todos os tipos indivíduos indesejáveis, inclusive, doentes mentais (ARBEX, 2013).

De acordo com Arbex (2013), em 1961, a revista “O Cruzeiro” publicou uma série de imagens do manicômio e seus pacientes. Foi contada a rotina do hospício e as práticas que ali eram feitas. O título da matéria expressava um termo bem pesado, como: “A sucursal do Inferno”. Em 1979, outra matéria foi publicada no Jornal Estado de Minas, abordando as práticas ali apresentadas, como tema da reportagem: “Os porões da Loucura”. Ainda no ano de 1979, o documentário de Helvécio Ratton intitulado “Em nome da Razão” torna-se o símbolo da luta antimanicomial. Apesar de todas essas denúncias, a mudança só ocorre a partir da década de 1990 em que a Reforma Psiquiátrica começa a ganhar forças mediante tanto terror. Até o ano de 2013, restavam menos 200 sobreviventes dos cruéis “porões da loucura brasileira”.

Podemos perceber com a criação dessa estrutura manicomial, a preocupação com a criação de espaços de poder disciplinares por meio de hospitais ou clínicas especializados (CAPONI 2009, p. 96). A disciplina instituída nessas instituições também produzia socialmente a normalização de comportamentos, sendo estes passíveis de intervenção do saber psiquiátrico, atuando na higienização social. Nessa direção, outros dispositivos disciplinadores foram criados, a exemplo de nossas instituições de saber, leis e decretos, orientando práticas médicas no tratamento da loucura.

Em 1926, é criada a Liga Brasileira de Higiene Mental – importante testemunho do pensamento psiquiátrico brasileiro. Finalmente, em 1934, o Decreto 24.559 promulgava a segunda Lei Federal de Assistências aos Doentes Mentais [...] determinando o hospital psiquiátrico como única alternativa de tratamento (RAMMINGER, 2002, p. 114).

A partir de então, houve um aumento de 213% da população internada em manicômio/hospital psiquiátrico do Brasil (CERQUEIRA *apud* RAMMINGER, 2002). Essa concepção de saúde mental a partir de instituições manicomiais que instituíam um regime de disciplina de comportamentos indesejáveis à sociedade prevaleceu até os anos 1980 no Brasil.

Como dito no início desta seção, a história da psiquiatria no Brasil seguiu o modelo hospitalocêntrico das experiências europeias. A ideia da construção de manicômios era limpar o espaço urbano e isolar todo indivíduo que apresentasse qualquer comportamento anormal.

1.3. REFORMA PSIQUIÁTRICA: EXCLUIR, NÃO! CUIDAR, SIM!

A partir das experiências e reflexões de Franco Basaglia em Gorizia e Trieste, na Itália (1960), o que se entendia como Reforma Psiquiátrica passou por uma severa mudança. O hospital não era mais para ser visto como um local de reclusão e sim de cuidado e terapêutica. O hospital deveria ser negado e superado. Segundo Amarante (2005), o hospitalpsiquiátrico enquanto espaço de mortificação, lugar onde não existem trocas sociais, passava a ser denunciado como manicômio, por tracejar-se na tutela, na custódia, na gestão de seus internos, o que Erving Goffman denominou como instituição total. A psiquiatria que no decorrer da história acreditava que a grande reforma era a construção dos manicômios, pós Basaglia o ideal de Reforma Psiquiátrica seria uma sociedade sem manicômios, ou seja, uma sociedade em que fosse possível construir um lugar social aos “loucos”, os diferentes, os portadores de sofrimento mental. A ideia da reforma pós Basaglia era de inclusão e solidariedade (AMARANTE, 2005).

Assim, a Europa foi se transformando e se conscientizando de que havia uma necessidade de mudar o cenário e as políticas dos Manicômios. No Brasil, essa mudança chega no final da década 1980 para 1990, mas as mudanças ocorrem aos poucos. Algumas instituições deixam de ser chamadas de manicômios e passam a ser denominadas de hospital Psiquiátrico.

A Reforma Psiquiátrica tem como foco as intervenções e trabalhos específicos, equipes multi e interdisciplinares; e a mudança do conceito de loucura e de hospitais psiquiátricos como manicômios, sugerem melhoria na qualidade de vida e conquista ao que se refere em termos de cidadania aos pacientes psiquiátricos (RAMMINGER, 2002). Tal movimento trata-se, também, de uma produção social marcada pelas demandas atuais da saúde e sociedade em nosso tempo presente.

Antes da Reforma, as internações ocorriam de forma involuntária e arbitrária, uma verdadeira autorização de sequestro, privando o paciente de liberdade, mantendo-o em cativeiro. Com o decorrer das reivindicações, ainda nesse período, ocorreu um incentivo a multiprofissionalidade (atendimento multiprofissional) dentro dos hospitais psiquiátricos, sendo um ponto central a entrada do profissional de psicologia na saúde pública (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008).

No final da década de 1980, surgiram as opções assistenciais, ou seja, novos serviços, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), representando a Reforma Psiquiátrica Brasileira, proporcionando consultas médicas, atendimento psicológico, serviço social, terapia ocupacional, entre outros (VASCONCELLOS, 2008).

Com a Reforma, passou-se a ter um trabalho interdisciplinar, e não apenas a simples presença de psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, mas sim a valorização desses profissionais. A impossibilidade de solucionar tais problemas propiciou o surgimento de diversos modelos assistenciais, novas teorias e práticas (VASCONCELLOS, 2008).

O CAPS foi criado em 1987. O CAPS enquadra-se numa rede assistencial externa intermediária entre o hospital e a comunidade, ou seja, funciona como um filtro de atendimento entre hospital e comunidade a partir da prestação de serviços preferencialmente comunitária; buscando entender a comunidade e instrumentalizá-las para o exercício da vida civil (AMARANTE; TORRE, 2001).

O NAPS nasceu em 1989, tendo como eixo a desconstrução do manicômio, produzindo uma instituição que não segregue e não exclua. O NAPS possui algumas estratégias que são fundamentais para a realização de seus objetivos. Há a estratégia de regionalização, visando a ação de transformação cultural e conhecimento das necessidades; o percurso da demanda psiquiátrica; a estratégia da abertura do debate aos cidadãos, dialogando com a comunidade por meio das associações, sindicatos e igrejas discutindo as diferentes formas de compreender a loucura, e a exclusão social; a estratégia de projeto terapêutico,

envolvendo o cuidar do outro evitar o abandono, atender à crise (AMARANTE; TORRE, 2001).

Segundo Amarante e Torre (2001), a assistência é definida como de atenção integral, e o serviço propõe atividades psicoterápicas, socioterápicas de arte e de terapia ocupacional – enfoque multidisciplinar. O sofrimento psíquico deve ser pensado no campo da saúde coletiva, tendo em consideração os diversos contextos em que o indivíduo está inserido como a família, o trabalho, cultura, contexto histórico, entre outros. O serviço busca um cuidado/atendimento personalizado e um tratamento de intensidade máxima, gerando reflexões dos serviços e sistematização de informações e experiências (AMARANTE; TORRE, 2001).

Com a Reforma Psiquiátrica, a Lei 10.216 de 06 de abril de 2001 previa a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, e critica o modelo hospitalocêntrico. E com o estabelecimento de diretrizes e normas acerca da assistência em saúde mental, em 1992, surgiu a portaria ministerial nº 224, objetivando leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral, e estabelecendo quantidade de profissionais de áreas específicas para a formulação da equipe (GOULART, 2006).

Apesar do histórico da luta pela Reforma Psiquiátrica, e das conquistas de implementações de leis e propostas dos âmbitos governamentais, a reforma ainda é uma problemática atual. Anteriormente, os doentes mentais eram vistos como usuários dos serviços de saúde mental, ou seja, pacientes que eram objetos para técnicas terapêuticas e enquadrados como “loucos”. Porém, o que se busca, ainda hoje, é que esses sujeitos existam na condição de cidadãos, usufruindo dos serviços oferecidos por agências públicas que atendam aos princípios previstos a partir da Reforma Psiquiátrica (GOULART, 2006).

Os serviços substitutivos aos manicômios passaram a ter privilégio, como os CAPS e NAPS, os leitos psiquiátricos em hospitais gerais e oficinas terapêuticas (HIRDES, 2009). Os serviços substitutivos foram os principais avanços da Reforma Psiquiátrica, trazendo alternativas de tratamento com o objetivo de, principalmente, não reproduzir as bases teórico-práticas do modelo psiquiátrico clássico que “fundou a noção de doença mental como sinônimo de desrazão e patologia, que fundou o manicômio como lugar de cura e que fundou a cura como normalização” (AMARANTE; TORRE, 2001, p. 33). É notável, que a presença dos CAPS/NAPS refletiu uma mudança na concepção de tratamento dos pacientes psiquiátricos; em que antes a única instituição que receberia esses pacientes com a função de recolher e excluírem os manicômios/hospitais psiquiátricos.

Com a reforma as internações passaram a ser divididas entre: curta (15 dias), média (30 dias) e longa (45 dias). Depois desse prazo, o paciente deveria ser encaminhado ao seio familiar. A ideia agora era “cuidar, sim; excluir, não”. No Brasil criou-se o programa “volta pra casa”. A proposta é de reintegrar pacientes que passaram pela experiência de longa internação à sociedade. Aos pacientes que ficaram sem família ao longo da internação foram remanejados para as casas terapêuticas, que são casas, locais de moradia. Essas casas são mantidas com recursos financeiros que antes eram destinados a leitos psiquiátricos.

É válido ressaltar que para grandes mudanças e melhorias na Reforma Psiquiátrica, contou-se com o movimento de luta antimanicomial que é caracterizado pela luta pelos direitos das pessoas em sofrimento mental. A luta é contra o isolamento. Lembra que todo cidadão é livre e deve ter sempre seu direito de liberdade, de viver em sociedade. Dia 18 de maio é comemorado o dia da luta antimanicomial, o dia que visa tornar público o movimento, iniciado em meados do século XX, de resgate da autonomia daqueles que, anteriormente conceituados como “loucos”, viviam uma existência de exclusão nos hospitais psiquiátricos. O movimento veio para mostrar que “trancar não é tratar”.

1.4 ELEMENTOS HISTÓRICOS DA PSIQUIATRIA NO MARANHÃO: O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NINA RODRIGUES

A história da Psiquiatria no Maranhão coincide com a história da Psiquiatria no Brasil, embora a construção de instituições tenha acontecido tardiamente. O tratamento dos alienados do Maranhão esteve sob os auspícios da Santa Casa de Misericórdia até meados do século XIX. Essa demanda se iniciou em 1883 quando o presidente da Província resolveu tirar os loucos das ruas de São Luís e enviar ao hospital de Misericórdia.

A casa de irmandade criada com a finalidade de cuidar dos enfermos e pensionista, era custeada pela Província. No século XIX, a Casa de Misericórdia passou por um empobrecimento assim como o estado do Maranhão, mas mesmo assim, foram criadas alas na Casa de Misericórdia. A criação dessas alas era para abrigar os alienados da época. O que se percebe na Psiquiatria do Maranhão, é que as internações desses pacientes eram apenas por exclusão, era preciso a retirada deles do espaço urbano (OLIVEIRA, 2011).

As informações vindas dos registros do médico José Mario Barreto atestam que as Casas de Misericórdia abrigavam pessoas com problemas mentais, porém as condições eram precárias e o atendimento escasso⁹.

É prática antiga nesta província... Mandarem-se para o hospital da caridade todos os alienados, e muitas vezes ali vão parar por ordem da polícia. Quando estes enfermos são susceptíveis de cura, concebo que, como os outros necessitados, tenham direito de ser ali recolhidos para se submeterem ao tratamento apropriado; quando, porém, tais moléstias são reconhecidas incuráveis, entendo que não podem, nem devem ser ali conservados porque, além de não haver dentro do estabelecimento quartos próprios para tais doentes, ocupam lugares em que podem ser tratados indivíduos afetados de moléstias curáveis, e fazem diariamente uma gritaria tal, que não só incomoda muito os outros doentes, como pode agravar os padecimentos, e mesmo apressar a morte dos que se acha em perigo de vida (MARANHÃO, 1853 apud ODA e DALGALARRONDO, 2005, p.96).

Diante destes relatos do médico, o presidente da Irmandade¹⁰, na época Eduardo Olímpio Machado, levando em consideração os registros e que o hospital da Santa Casa não tinha condições de receber mais alienados mediante a superlotação, propôs destinar verbas para os alienados da cidade do Rio de Janeiro, a fim de receberem tratamento no Hospital Pedro II. A resposta veio em seguida de forma negativa, pois no Rio de Janeiro as superlotações também eram fatores predominantes.

De acordo com o Dr. Hamilton Raposo Filho, como forma de amenizar os problemas existentes aqui no Maranhão, em 1853, ganha-se a “Quinta da Boa Hora”¹¹, local onde seria construído o primeiro hospício do Maranhão. Entretanto, mediante a situação financeira da instituição, pois como abrigavam os alienados, a verba para a construção era depositada nas “mãos” do Presidente que era encarregado de tal tarefa. Todavia, devido uma série de impasses entre a Santa Casa e o Governo da Província maranhense, o Hospital de Alienados não foi construído, pois o Presidente considerava inviável a construção do hospital e propôs à Província a responsabilidade do empreendimento e os doentes mentais ficaram perambulando pelas ruas e os mais agitados sofrendo todo tipo de tratamentos cruéis na Santa Casa.

Com a Proclamação da República (1889), os pacientes mentais continuavam desassistidos e nenhuma medida pública era feita. A sociedade reclamava e temiam a

⁹Essas informações foram encontradas nos registros do médico Dr. José Mario Barreto sobre a história da psiquiatria no Maranhão.

¹⁰São Santas Casas de Misericórdia recebem este nome de “Irmandade” devido a sua relação de associação à Igreja Católica.

¹¹ Era uma propriedade do Barão de Anajatuba, onde tinha uma ermida de Nossa Senhora da Boa Hora, na Rua da Boa Hora, próximo ao canto Da João Barbosa, quase em frente as Fontes das Pedras - Centro de São Luís.

presença dos loucos pelas ruas da cidade, o que exigiu ao governador da época, Dr. Urbanos Santos e, em seguida, Dr. Godofredo Viana, a retirada imediata dos doentes mentais que estivessem pelas ruas da cidade para Cadeia Pública do Jenipapeiro. A cadeia foi desativada em seguida e com isso possibilitou a transferência dos doentes mentais para o Hospital do Lira, um enorme espaço que admitia tuberculosos, hansenianos, doentes mentais, bêbados, mendigos e todos os “problemas sociais” da cidade. Observa-se que, no Estado do Maranhão, também não houve preocupação com o doente mental; não havia uma “triagem” para saber quem era doente mental e quem sofria de outras mazelas. Por questões políticas e sociais a preocupação do estado era apenas limpar as “mazelas” da sociedade (ODA E DALGALARRONDO, 2005).

De acordo com o Dr. Hamilton Raposo Filho, médico do Nina Rodrigues¹², em 1937, justamente no golpe de Estado de Getúlio Vargas, colocando o Brasil em um regime ditatorial (Estado Novo), o Maranhão passa a experimentar um “processo de modernização” e de conquistas nas áreas sociais. Neste período, Paulo Martins Ramos, Interventor Federal no Maranhão, começa a realizar diversas obras, nas quais se encontravam a construção dos hospitais Nina Rodrigues, Getúlio Vargas e Colônia do Bomfim (antigo hospital especializado no tratamento da hanseníase). Após quatro anos, 25 de março de 1941, é inaugurado o Hospital Colônia dos Psicopatas, mais tarde nomeado Hospital Colônia Nina Rodrigues. A mudança é em homenagem ao maranhense, médico legista, psiquiatra, Raimundo Nina Rodrigues (RAPOSO FILHO, 2014).

Segundo Raposo Filho, os anos 1950 são de grande mudança na psiquiatria maranhense. O Dr. Edson Teixeira assume a direção do Hospital Nina Rodrigues e Dr. José Carlos Ribeiro assume a chefia do ambulatório de saúde mental. No final desta mesma década, iniciam-se as primeiras atividades das primeiras clínicas privadas de psiquiatria de São Luís. A primeira clínica chamava-se São José, cujo proprietário era o médico e político Dr. Ivaldo Perdigão; esta clínica funcionou até o final da década de 1960, utilizando “eletroconvulsoterapia”¹³. Nos anos 1960, chegaram ao Maranhão os psiquiatras que trabalhariam no Hospital Nina Rodrigues e no ensino médico: Edson Fontenele, Beectovem Matos Chagas, Maria Olímpia Mochel, Alfredo Luís Bacelar Viana, José Carlos Rodrigues e Raimundo Medeiros. Na década de 1970, a psiquiatria maranhense ganha novos médicos que

¹² Conferência pronunciada pelo doutor Hamilton Raposo Filho em março de 2014 por ocasião do início da residência em Psiquiatria em Hospital Nina Rodrigues Maranhão.

¹³ Era uma prática usada em instituições psiquiátricas, que consiste em uma passagem de corrente elétrica, em alta voltagem na região temporal, que provoca dessincronização traumática da atividade cerebral, conhecida comumente como “eletrochoque”.

foram incorporados ao corpo funcional do Hospital Nina Rodrigues; estes estavam terminando suas pós-graduações sendo: Júlio Salgueiro, José Agnaldo, Ana Lúcia Barata, Amarílis Toledo e Fátima Gonçalves. No final desta década é fundada a Associação Maranhense de Psiquiatria e seu primeiro presidente foi Dr. Alfredo Luís Bacelar Viana. Neste período (final da década de 1970), foi criada, por um grupo de psiquiatras liderado por Dr. Heraldo Gomes Maciel, a Clínica La Ravardière, conveniada ao antigo INPS¹⁴.

Em 1980, surgiram vários psiquiatras recém-formados em São Luís, vindos de suas residências em hospitais brasileiros como: Geraldo Melônio, Ruy Palhano, Lisieux Campos, Lúcia Bulcão, Raimundo Teodoro, Hamilton Raposo Filho, Francisco Frazão e José Roberto. Neste mesmo ano é criada a Clínica São Francisco de Neuropsiquiatria sob a direção do Dr. José Carlos Rodrigues.

Na década de 1980 é forte a presença de médicos psiquiatras com o surgimento de clínicas no Maranhão que não se concentram apenas na capital do estado, mas também em outras cidades como Bacabal e Imperatriz, que recebem médicos com novos estudos e técnicas para os tratamentos dos indivíduos que apresentam problemas mentais. Bacabal recebe os psiquiatras: Ivan Lima Reis e Denise Reis. Imperatriz recebe os pioneiros da psiquiatria na região tocantina: Dr. Moisés Santos e Dr. João Eli, iniciando assim as principais jornadas e seminários locais e regionais patrocinados pela Associação Maranhense de Psiquiatria e convidados.

Em 1990, o cenário maranhense começa a se transformar, com a aprovação da reforma psiquiátrica. O atendimento passa a melhorar, a preocupação com o indivíduo que sofre problema mental é manifesto, considerando que neste momento o indivíduo é visto, não mais como algo a ser retirado dos espaços sociais, mas como alguém que precisa de uma ajuda e sanar seus problemas. Com a Reforma Psiquiátrica, percebe-se que o indivíduo com doença mental deve ser tratado como quem possui problemas físicos, que nenhum preconceito deva se levantar contra ele, o que é afirmado pela lei antimanicomial, que trata da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. (Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001).

¹⁴Instituto Nacional de Previdência Social.

Sendo assim, o Hospital Nina Rodrigues passa pela sua primeira grande reforma depois de construído, tanto do ponto de vista físico como administrativo, no sentido de se adequar às novas regulamentações para a assistência psiquiátrica. A primeira clínica privada para atendimento a dependentes químicos, mas não exclusivamente, foi a Clínica Instituto Rui Palhano¹⁵. Neste mesmo período, incorporam-se a rede assistencial do Hospital Nina Rodrigues os psiquiatras Oscarina Melônio, Nemércia Pinheiro, Carlos Augusto, Afonso e Raimundo Viveiros. Registra-se também a presença das psiquiatras Maria José Rocha, Cláudia Duarte e Carla Penha.

A partir dos anos noventa, muita coisa mudou nas instituições psiquiátricas. Com a Reforma que se instalou no mundo, alguns atendimentos realmente passaram a ser acolhedores e deram aos pacientes a sensação de que havia vida após uma passagem por uma instituição. Com a reforma, as internações psiquiátricas passam a ser realizadas, somente, mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. As internações passam a ser de 03 tipos: a) internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do indivíduo; b) internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do indivíduo, mas a pedido de terceiro, seja eles familiares e/ou responsáveis; c) internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Em 2012, o Nina Rodrigues passou a funcionar como Serviço de Pronto Atendimento - SPA, ou seja, como urgência e emergência. Ele passou a funcionar nos moldes das Unidades de Pronto Atendimento - UPAs, 24/24h. Ao ser encaminhado, o paciente passa por uma triagem, que contará com as retaguardas de leitos com tempo de permanência de 72 horas. Após esse período de observação, o paciente é encaminhado aos CAPs, ambulatórios, unidades de saúde, além das clínicas conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). Mas é possível ter internações dentro do Nina Rodrigues.

No início do século XXI, o Maranhão perde muito. Era o único estado do Nordeste a não formar especialistas. Somente no dia 06 de março de 2014 foi implantada definitivamente, com matrícula realizada, a primeira turma de médicos residentes em psiquiatria. Ou seja, após 73 anos de fundação, o Hospital Nina Rodrigues recebe sua primeira turma de médicos residentes. Hoje, a cidade oferece vários cursos de especialização em saúde mental, que treina diversos profissionais para o trabalho nesses centros de tratamento.

As análises de Foucault (1978; 1997) mostram a importância de uma análise histórica e relacional, ou seja, de não tomar isoladamente o surgimento daqueles classificados como

¹⁵Localizada na Estrada da Raposa, nº 162, Farol do Araçagy, Raposa – MA.

“anormais”, mas pensar em relação ao surgimento de instituições e saberes específicos e especializados que detêm o poder e a legitimidade para classificar e intervir sobre os destinos de determinados atores sociais.

Dito isto, cabe retomar aqui a hipótese do início deste capítulo de que, até antes do surgimento das instituições especializadas para tratamento dos doentes mentais, as relações sociais no que tange ao trato daqueles que eram classificados como “loucos” se configuravam como sendo entre “estabelecidos e *outsiders*” (ELIAS, 2009). Norbert Elias utiliza esse par de categorias analíticas que nos permitem perceber numa relação social, as relações de poder e dominação daqueles que, por conta de seu vínculo com as instituições “legítimas” numa dada sociedade ou grupo, têm a prerrogativa de interferir nos destinos objetivos (retirando determinados agentes sociais de um local e colocando-os em outro) e subjetivos (classificar com eficácia social os agentes sociais como “loucos”).

Diante disso, é possível aferir que a história das diversas instituições que serviam de destino para aqueles classificados (sem diagnóstico) como “loucos” no Brasil, tratou-se de uma configuração em que diferentes *estabelecidos* – governantes, religiosos e outros agentes sociais políticos e economicamente privilegiados, etc. – destinavam diferentes *outsiders* – pobres, leprosos, desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoólatras, mendigos, etc., resultando na produção de diferentes agentes sociais, com ou sem doença mental, sendo estigmatizados como “loucos”, palavra que persiste historicamente como possuindo um valor social negativo, mesmo com as transformações da Psiquiatria.

Com as transformações institucionais decorrentes de uma série de lutas sociais, dentre elas as críticas ao modelo manicomial, assim como da institucionalização e reconhecimento social da psiquiatria como profissão legítima, temos uma nova configuração social formada por Hospitais e Clínicas especializadas, que no caso maranhense corresponde ao Hospital Nina Rodrigues e às clínicas La Ravardière e São Francisco de Neuropsiquiatria.

Nesse sentido, se considerarmos a configuração anterior, poderíamos interpretar essa transformação como necessária, tendo em vista que os Hospitais e Clínicas agora, de fato, atenderiam apenas àqueles agentes sociais que efetivamente possuem algum problema mental. No entanto, considerando que a “loucura” carrega consigo o peso histórico de um valor social inteiramente negativo, ou seja, um estigma para aqueles agentes sociais que se encontram ou que passam por hospitais ou clínicas psiquiátricas; propomos uma problematização sobre os processos sociais de construção dessas categorias classificatórias.

Em outras palavras, o mesmo processo que cria hospitais e clínicas psiquiátricas como locais que atendem exclusivamente doentes mentais (não mais os diversos *outsiders* da sociedade brasileira), ou seja, que reduz os estigmatizados a somente aqueles que têm problemas mentais, é o mesmo processo que reforça o estigma da “loucura”, porque agora a força desse estigma vem do reconhecimento social do veredito dos especialistas, do peso da passagem por estas Instituições Totais e da incompreensão do senso comum de que, assim como outras doenças, o doente mental não necessariamente (exceto em casos extremos) precisa ser excluído de suas atividades sociais.

CAPÍTULO II

2. DINÂMICAS DE UMA INSTITUIÇÃO TOTAL: O PROCESSO DE INTERNAÇÃO E SEUS ATORES SOCIAIS

Este segundo capítulo busca descrever as dinâmicas internas do Hospital Nina Rodrigues, que nasce em 1941 e com o passar dos anos sofre transformações estruturais e políticas. O capítulo I trouxe à lume a história do hospital e as mudanças enfrentadas antes e após a Reforma Psiquiátrica. Neste capítulo, a proposta é de descrever o Hospital tentando apreender sua estrutura e funcionamento, bem como as formas de tratamento e internação.

Para tanto, aplicou-se como aporte metodológico a etnografia, na tentativa de traduzir uma realidade específica com códigos sociais e uma história social específicos; ou seja, transformar o mundo do outro em um texto antropológico, sem negar, entretanto, as várias vozes que compõem esse texto. Como ferramentas para a coleta de dados foi aplicada a observação participante e a entrevista, entendida aqui como “a troca de informações e de percepções entre as pessoas que dela participam” (SILVA, 2006, p.41).

A etnografia apresentada foi construída a partir de entrevistas e observações participantes durante o primeiro semestre de 2019, no Hospital Nina Rodrigues, com os atores principais da instituição: pacientes, famílias e equipe médica. A pesquisa foi possível após a autorização da Secretaria de Saúde do Estado e da Plataforma Brasil, que emitiram um parecer favorável autorizando a pesquisa *in loco*. Esta foi realizada entre 13 de janeiro a 13 de junho de 2019.

As Narrativas aqui apresentadas permitem refletir como estes atores percebem o processo de internação no Hospital. Neste aspecto, boa parte das informações foi fornecida por um paciente em fase de reinternamento, nomeado aqui com um nome fictício para proteger sua identidade, de Emanuel¹⁶.

2.1. HOSPITAL NINA RODRIGUES: ESTRUTURA FÍSICA E FUNCIONAMENTO

Em visitas de campo e em entrevistas realizadas junto aos funcionários, paciente do hospital pôde-se entender de forma mais aprofundada como funciona, como diria Goffman (2015) “o mundo do internado”.

¹⁶Os atores presentes no trabalho apresentam nomes fictícios, opção utilizada para preservar suas identidades, acordo feito com eles durante as entrevistas

Como instituição total, considerando a definição de Goffman, os internos que ali se encontram, por mais diversas que sejam as suas biografias seguem “atividades diárias (...) estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em tempo predeterminado, à seguinte, e toda a sequência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais implícitas e um grupo de funcionários” (GOFFMAN, 2015, p. 18). Abaixo, imagem do espaço físico do Hospital Nina Rodrigues.

Dito isto o hospital apresenta uma estrutura de muros altos, cercas elétricas e compõe os seguintes setores: 1) Administração; 2) Ambulatório; 3) Quadra de esportes; 4) Serviço de Pronto Atendimento – SPA (urgência e emergência); 5) COREME (Comissão de Residência Médica); 6) Serviço de Nutrição e Dietética (SND); 7) Retaguarda Clínica ou Clínica Médica; 8) Enfermaria de Curta Permanência - ECP; 9) Prédio desativado por questões judiciais; 10) Pacientes com Transtornos Mentais em Conflito com a Lei (Os PJ); 11) Área livre; 12) Terapia Ocupacional; 13) Capela¹⁷.

Figura 1 - Espaço físico do Hospital Nina Rodrigues



Fonte: Google, 2019

A emergência, o SPA (Sistema de Pronto Atendimento) que fica no centro do hospital é como as emergências das UPAs, só que reduzida em tamanho, tendo menos leitos também. Chegam pessoas de todas as partes, alguns são levados pela família, outros chegam a ambulâncias (SAMU), outros pelos vizinhos. Os pacientes do SPA ficam internados por até 72 horas. Quando o paciente apresenta uma melhora ele é encaminhado para casa e com indicação de tratamento em algum ambulatório, CAPs que são setores que ajudam no

¹⁷ Ver apêndice

tratamento do paciente. Se o paciente não apresenta nenhuma melhora depois das 72 horas, ele é encaminhado à internação no Nina Rodrigues, ou para as clínicas psiquiátricas que têm convênio com o Estado. As internações geralmente são de 15 (curta), 30 (média) e 45 (longa), embora esse prazo não seja cumprido. Há pacientes que passam de 06 (seis) meses, 01 (hum) ano e os que vivem no hospital que são chamados de moradores.

Ao lado esquerdo do SPA tem a ECP (Enfermaria de Curta Permanência) onde ficam as pessoas internadas do hospital. Essas pessoas passaram pelo SPA e depois de 72 horas não apresentando uma melhora e sendo paciente de primeira vez no hospital é encaminhado à ECP onde ficam por um tempo determinado. Os pacientes que geralmente chegam em surto, somente depois de 6 (seis) meses a 1 (hum) ano recebem um diagnóstico.

Durante as visitas a ECP, ao entrevistar os pacientes e a equipe dirigente do Hospital, obtive a informação de que a ECP atende pacientes classificados como moradores (indivíduos de mais de 01 (hum) ano de internação), que são pessoas que foram trazidas de ambulância, pois estavam em situação de rua. Os casos de “situação de rua”, segundo a equipe médica do hospital, acontecem quando a instituição entra em contato com a família, algumas respondem positivamente e buscam o familiar, enquanto outras afirmam que não têm como cuidar delas. As razões são que esses indivíduos precisam de medicamentos e a família não tem como ajudar; logo, deixam a responsabilidade nas mãos do Estado. De acordo com o enfermeiro da ECP, os moradores do Hospital Nina Rodrigues são “remanejados para as casas residenciais que ficam no entorno do hospital ou para o anexo chamado de depósito”¹⁸.

Os internos do Nina Rodrigues são classificados em 03 (três) categorias: pacientes comuns, Presos de Justiça e Moradores. Os pacientes comuns são pessoas na faixa etária de 12 a 60 anos que sofrem algum surto psicótico e são encaminhadas por familiares ou vizinhos à emergência do hospital. Os PJ são os presos de justiça que por determinação de um juiz são encaminhados ao hospital, já que a instituição também integra um centro de custódia judicial que fornecem tratamento aos “infratores” ou “psicopatas”. Os PJ são presos de 18 a 50 anos. No hospital, há dois centros de custódia: um masculino com 64 detentos e um feminino com 06 (seis) detentas. O terceiro grupo de pacientes do hospital psiquiátrico são os moradores; estes estão no hospital há mais de dois anos, vivem nas enfermarias com os pacientes, dados como comuns. Esses internos estão na faixa de 40 a 60 anos.

Esses são os setores principais para tratamento dos acometidos de doença mental. O hospital ainda possui uma clínica médica para consultas “rotineiras”, que nada tem a ver com

¹⁸ Um anexo do hospital Nina Rodrigues fica localizado na estrada de São José de Ribamar, município da Ilha de São Luís, este local ficam as pessoas que não tem para onde ir, sem famílias ou abandonados pela família.

os setores da Psiquiatria. Dentro do hospital existe um ambulatório, que serve para consultas mensais com psicólogo e psiquiatra e entregas de remédios. Geralmente, quem recebe esses remédios e fazem consultas são pessoas que passaram pelo SPA e não precisaram de internação ou já saíram da internação e fazem o tratamento externo. Na entrada do hospital fica a direção, responsável por toda dinâmica administrativa do hospital.

Durante o período de observação etnográfica e de condução das entrevistas nessas instituições, descobre-se aos poucos os agentes sociais e suas diferentes funções pelo vestuário: assim, os que usam roupas comuns e sapatos sociais são os da direção do hospital. Eles ficam localizados bem na frente do portão central da instituição; o contato deles com os pacientes é limitado, ou quase nenhum. Pois estes são os responsáveis pela constituição dos dossiês dos ingressantes no Hospital. São os agentes do Estado, que recebem as informações, recursos e materiais do Estado para instituição.

Os vestidos de branco são os da equipe médica, entre eles estão: médicos psiquiatras, enfermeiros, técnicos, auxiliares, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, residentes, psicólogos, equipe de apoios (agentes do hospital que contém os pacientes “agitados”). Estes estão em contato direto com os pacientes, pois percorrem todos os espaços do Hospital: direção, ambulatórios, clínica médica, sala de residência, SPA, ECP, oficinas terapêuticas, almoxarifados, arquivos, restaurantes.

Outro grupo distinto do Hospital Nina Rodrigues são aqueles que portam uniforme azul. São os pacientes que chegam ao Hospital geralmente devido um surto, trazidos de ambulância, carro do Corpo de Bombeiros ou carro de familiar ou responsável. São chamados de pacientes.

Outro grupo, de uniforme laranja, são os PJ, que são encaminhados pelos carros da penitenciária, mais conhecidos como “camburão”; estes chegam ao hospital por ordem judicial. Os de uniformes, portando armas, são agentes penitenciários. Estes fazem a vigilância dos presos de justiça. O Hospital Nina Rodrigues também é uma instituição onde ocorre a perícia de algum preso que comete crime. A perícia é feita na direção do hospital, onde há uma sala específica, com três psiquiatras que conversam com o paciente e enviam um laudo deste para o juiz que solicitou que fosse realizada a perícia.

Após o laudo assinado pela equipe psiquiátrica do Hospital Nina Rodrigues, o preso volta ao Complexo Penitenciário de Pedrinhas, onde aguarda a análise do juiz. Depois da decisão jurídica, o preso permanece no complexo penitenciário tomando medicação. Se o juiz entende que o paciente possui comprometimento neurológico, o paciente passa a integrar o

Núcleo de Custódia Hospitalar Presos de Justiça (PJ) que fica localizado atrás do SPA, uma cela localizada no final do Hospital, que é destinada aos presos classificados como psicopatas. Há também um anexo dos presos de justiça, estes nem sempre estão algemados e são classificados como dementes e não apresentam perigos às pessoas que circulam pelo Hospital, observa o técnico que acompanha a perícia.

A segunda função dos agentes penitenciários no hospital é fazer a guarda dos presos no Núcleo de Custódia feminino ou masculino; e a terceira função é fazer a vigilância nos momentos de lazer dos PJs, que acontece todos os dias, tanto no turno matutino como no vespertino, na quadra de esporte, que fica ao lado da direção, em frente ao SPA. Primeiro as mulheres, que correm, jogam bola e conversam. E depois os homens. Outra função dos agentes no Hospital é no SPA, levando algum preso que precisa de atendimento de emergência, principalmente aqueles presos que passaram pela perícia com a equipe de psiquiatras, em que o juiz não entende como grave o suficiente para ficar interno no hospital. Apesar de o Hospital oferecer laudo de três psiquiatras, a decisão final é do juiz, que determina qual preso permanece na penitenciária ou são encaminhados ao hospital.

Há outras pessoas que circulam pela instituição que são os familiares, mas o percurso destes são das enfermarias ao restaurante ou pela diretoria, quando precisam falar com o diretor. Estes são como a equipe dirigente; conseguem caminhar em dois mundos, o mundo do interno e o mundo externo (GOFFMAN, 2015). Outros agentes que percorrem o hospital é a equipe multiprofissional que é composta por: psiquiatra, enfermeira, assistente social, médico residente, psicólogo e apoio (segurança), que atendem de 7h da manhã até às 19h. Esta equipe é substituída por outra que atende de 19h até às 7h. A equipe multiprofissional é responsável pela construção da carreira do paciente mental, desde admissão de uma internação até a sua saída. Eles acrescentam “notas” na vida do paciente, até fora da instituição e suas marcas são postas no paciente com o controle de receitas que determinam os dias e as horas da medicação (GOFFMAN, 2015). A equipe está presente no SPA e na ECP.

Goffman (2015) indica uma série de aspectos gerais das instituições totais. Há diferenças intergrupais relevantes que devem ser consideradas, como: a equipe dirigente e os pacientes, que não formam grupos homogêneos. Nos estudos das instituições totais é importante saber qual a diferenciação e semelhança típica dentro de cada um dos grupos principais. Outra questão fundamental no estudo de instituições totais como um hospital psiquiátrico é como o poder é repartido pela equipe médica. Esta é dividida da seguinte forma: temos os da direção, que são responsáveis pela representação do Hospital ou clínica

nos conselhos, nas reuniões burocráticas de fora da instituição, ou seja, com a sociedade mais ampla, o Estado. Outra parte dos membros da equipe deverá lidar com os visitantes e vínculos externos dos pacientes, em uma tarefa de relações públicas.

É válido ressaltar que nenhum desses membros exerce a função de outro. Cada função é dada na maior parte das vezes pela posição social que ocupa e cada agente age estrategicamente mediante demandas da instituição. Dentro dessa lógica, se conforma o nível alto da equipe dirigente.

Existe outro nível da equipe dirigente que é chamado de nível mais baixo, formados por empregados. Esses são vistos como um símbolo da instituição para os internos, tornando-se o elo entre os internos e a administração da instituição: são os técnicos, auxiliares de enfermagem, apoios, administrativos que estão no hospital por longo tempo, por serem próximos dos pacientes. Alguns são os mais veteranos na instituição. Esses, em maioria, são responsáveis pela tradição da instituição, diferente do grupo de nível superior que passam por uma rotatividade maior, com o grupo dos internos (GOFFMAN, 2015). O grupo de dirigentes de nível mais baixo é o que está mais próximo dos internos; logo, a insatisfação dos internos é maior. Devido a essa separação de nível baixo e alto, os internos/pacientes acreditam que o nível alto são “bons” e os de nível baixo são “maus”.

2.2. A INTERNAÇÃO

Para dar entrada ao Hospital Nina Rodrigues, o futuro paciente é encaminhado de ambulância, carro do Corpo de Bombeiros ou carro próprio de amigos, vizinhos ou familiares. Quando este indivíduo é encaminhado de ambulância ou Corpo de Bombeiros, ele apresenta uma situação grave, em que a família não consegue conter. Desse modo, a família faz apelo à emergência que encaminha profissionais treinados para esse tipo de atendimento. É comum, nesses casos, a atendente dar classificação de risco grave. Assim, na maioria das vezes, o paciente deve ser contido com panos, algemas ou cordas, e encaminhado ao Hospital. Quando ele chega nesse estado nem passa pela triagem ou classificação; é encaminhado para alguma enfermaria onde é contido com uma injeção em que o faz dormir. Entretanto, o mesmo só é “solto” depois que desperta e o enfermeiro percebe que ele não representa mais um perigo às pessoas. Esse tipo de internação que é dada como involuntária, não tem o consentimento do paciente, mas dos familiares.

O paciente, por sua vez, passa 08 (oito), 10 (dez), 15 ou até 24 horas dopado e ainda assim, permanece amarrado, porque ainda é classificado como “perigoso à sociedade”. Pacientes que chegam com surtos “leves” não ficam contidos, geralmente são dopados. Nos hospitais psiquiátricos, as equipes dirigentes acreditam que os pacientes podem agredir “sem razão” e machucar algum funcionário. Como observava Goffman: “alguns auxiliares acreditam que pacientes mentais podem ter efeitos contagiosos” por isso é necessário ser contido (GOFFMAN, 2015, p.71).

Quando o paciente chega ao hospital trazido por algum familiar, vizinhos ou amigos, ele passa pela sala de classificação onde deve responder a várias perguntas, que devem constar no sistema do hospital com informações sobre o paciente: nome completo, endereço, profissão, quantas vezes já deu entrada na instituição, idade, altura, cor de pele, etc. São perguntas de cunho pessoal, mas mesmo assim, em grande parte quem responde é quase sempre quem o trouxe, e nunca o próprio paciente, mesmo este em condições para responder a todas as perguntas. As perguntas constam no formulário usado durante uma entrevista no setor de classificação de risco. Em momento de pesquisa *in loco*, tivemos acesso ao referido formulário.

Todo paciente que dá entrada no Hospital Nina Rodrigues, inicia a primeira admissão no SPA. Em seguida, a equipe multiprofissional, após “conversa” com o paciente ou o familiar/responsável, o paciente é encaminhado para a enfermaria, onde toma a medicação prescrita pelo médico psiquiatra, que faz parte da equipe multiprofissional. O paciente passa de 24 a 72 horas na enfermaria do SPA. Caso apresente melhoras, é encaminhado para casa com a devida medicação para ser administrada na residência, seguindo o tratamento. Em um dos ambulatórios ligados ao hospital, caso o paciente não apresente melhoras, esse retorno é dado pela equipe multiprofissional, e logo ele é encaminhado para a ECP (Enfermaria de Curta e Média Permanência) para a internação de até 45/90dias¹⁹, como já mencionado. Ou até mais de 90 dias.

Ressalta-se, também, que antes do Paciente retornar à equipe multiprofissional, no SPA, uma equipe de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem passa de 24 em 24 horas em cada enfermaria, de leito por leito, analisando a situação do paciente. É esta equipe que avalia se o paciente pode retornar ou não à equipe multiprofissional, para saber se ele deve continuar internado no SPA até às 72 horas, encaminhado às clínicas conveniadas ou à ECP ou se ele terá alta.

¹⁹ No ano de 2019 saiu uma medida provisória com o aumento do prazo de internação para 90 dias.

2.3. A VIDA DE UM INTERNO

O paciente da ECP, com os meses, passa a ter dimensão de que a instituição representa um aprisionamento. Quando chegam nela com uma “cultura aparente”, aos poucos se desfazem ou são forçados a se desfazer. Aqui, podia-se pensar na perspectiva goffmaniana de que a instituição psiquiátrica poderia ser pensada como total, já que o novato chega ao estabelecimento com uma concepção de si e do mundo em que vive e, ao adentrar a instituição é despido de todas as formas possíveis: o primeiro passo é abandonar suas roupas, substituídas por um uniforme da cor azul; seguida de uma passagem pelo salão para cuidar das unhas e cabelos. O segundo passo é saber que você deve seguir normas/regras que são estabelecidas pela instituição e que o não cumprimento delas acarretará sanções ao paciente. Lembrando Durkheim (2002), que como toda instituição, produto da sociedade, estabelecida antes do indivíduo, todo hospital, e no caso do Nina Rodrigues, possui um conjunto de normas e regras que devem ser observadas pelos indivíduos que nele são ingressados, sob pena de sofrer sanções.

Enfatizaremos aqui o processo de internação de Emanuel. Ele é um jovem de 23 anos, estudante de Direito, em uma universidade particular de São Luís, filho de mãe empregada doméstica e de pai motorista. Deu entrada no hospital por uma crise de transtorno bipolar, que, segundo ele, o diagnóstico somente saiu há um ano nesta mesma instituição. Essa é a quinta entrada de Emanuel no Hospital pelo SPA. Ele mutilou seu corpo e deu entrada no Hospital Nina Rodrigues pela primeira vez em fevereiro de 2016, passou quatro meses. Em 2017, esteve na clínica La Ravadière, passou seis meses. Em 2018, deu novamente entrada no Hospital Nina Rodrigues, passando quatro meses; e no segundo semestre de 2018 passou três meses na clínica São Francisco. Em 2019, mesmo não sendo a primeira internação, conseguiu por meio de contatos no hospital que permanecesse internado no Nina Rodrigues.

Emanuel saiu das 72 horas no SPA, ouviu um pré-diagnóstico, conheceu quem determinava as regras, depois saiu para a ECP que fica ao lado do SPA. Na ECP, ele dividiu o quarto que não era mais um quarto como no seu mundo anterior; agora era enfermaria com mais 10 pessoas. Ele teria que ficar deitado em uma cama, que não se chamava mais cama, mas, maca. Elas são enumeradas. Acima de cada maca havia um quadro de papel com o número do leito, nome completo do paciente e a data de admissão. Algo que chama atenção é

que, apesar do nome estar no quadro, nem sempre os pacientes são chamados por seus nomes; algumas vezes são chamados pelo número do leito.

A “nova casa”, na ECP, como o paciente chama, tinha quatro enfermarias, uma sala onde ficava a equipe multiprofissional, uma sala da assistência social, sala de reanimação, uma mesa com bancos e uma televisão, no corredor. Havia ainda uma recepção onde ficavam os enfermeiros com um quadro branco médio onde tinha o nome, o leito e a data de admissão de cada paciente. Nesta sala, tinha o controle dos remédios que deveriam ser administrados a cada paciente, por enfermeiros, técnicos e auxiliares. Esses contavam, também, com o apoio de seguranças para intervir em caso de necessidade, em situações de surtos por algum paciente.

Ao chegar à ECP, Emanuel soube onde seria seu lugar. Sabia que podia ficar em seu quarto o dia todo, porque lá teria suas refeições: café da manhã, seus lanches, almoço e janta. Os remédios eram tomados nos três turnos: manhã, tarde e noite. Esse processo ocorre com todos os pacientes da ECP. Emanuel ouviu de sua mãe que ele poderia andar pela instituição pela manhã e tarde e que poderia assistir televisão, mas ele aprendeu que nos primeiros meses seu único lugar seria o quarto, e sua única vontade era ir ao banheiro (quando tinha forças), senão tudo era feito na sua cama. Uma paciente companheira de Emanuel afirma que *“os remédios são muito fortes, eles controlam todo o seu corpo; você não tem mais controle sobre nada. São a cura da alma ou às vezes acho que é a mutilação da minha alma”*.

Passados os primeiros meses, Emanuel finalmente sai da sua enfermaria e começa a andar pelo hospital. Sua primeira visão é que todos ali possuem uniformes: uns usam roupas brancas, outros, roupas laranja, roupas comuns; mas os de roupas laranja, além do uniforme, eles usam algemas nas mãos e nos pés e os que não têm algemas são guiados por dois seguranças, que também usam uniformes, porém seus uniformes portam armas nos bolsos e metralhadoras nas mãos.

Conhecendo a história de Emanuel, e convivendo com ele dentro do Hospital, sabendo um pouco de sua trajetória, é possível entender como diferenciar o uso das algemas. Elas estão presentes no dia e na noite e elas determinam quem são os pacientes do SPA, ECP e o PJ. Em conversa reflexiva com Emanuel sobre os hematomas nas mãos dele, resultado de algemas e cordas, as algemas são como as “piscadelas” apresentadas por Geertz no texto “Uma descrição densa”. Uma algema dentro do Nina Rodrigues tem vários significados. É preciso observar bem cada algema, em cada paciente algemado. Se pensarmos nas “piscadelas”, cada contração de nossa pálpebra o sentido da algema muda, seu significado

muda. Para quem chega de primeira ou observa em um simples momento a algema, não a compreende com as mesmas significações. É preciso “consenso entre a comunidade de oradores e ouvintes” (SCHNEIDER, 2016, p. 143) para que entendam os reais significados. É necessário uma observação densa, estudos intensos e observações competentes e sistematizadas para compreender que no universo dessa instituição há vários significados para um objeto (GEERTZ, 2008; SCHNEIDER, 2016)

Schneider (2016) afirma que saber que uma palavra tem vários significados e saber os vários significados que essa palavra tem não é o suficiente. É importante saber quando esses vários significados de uma palavra se aplicam e se relacionam; é necessário observar as regularidades (SCHNEIDER, 2016, p. 16). Sentada em frente ao SPA, com Emanuel, observando a chegada de cada paciente, nos primeiros dias eu não compreendia para qual setor o paciente era inserido, onde ele habitava dentro do mundo institucional. Mas, só pela chegada, Emanuel dizia: “esse fica no SPA e vai sair logo; esse ECP; esse PJ”. Com o tempo vamos compreendendo que a forma como o paciente chega, diz muito do paciente e de seu período de internação. Pacientes com algema e andando, são pacientes que passam apenas 72 horas; pacientes algemados na maca são pacientes que vão para a EPC; pacientes algemados e amarrados na maca são EPC; pacientes algemados nas mãos e nos pés são presos de justiça; pacientes que chegam amarrados e algemados na maca acompanhados de agentes penitenciários são presos de justiça que logo voltarão para o complexo penitenciário. Essas observações regulares de comportamento vistas por determinado tempo fazem com que a chegada de pacientes a todo o momento no SPA indique qual caminho cada um deveria seguir.

2.4. UM CORPO MUTILADO

Emanuel passou por todas as fases de uma “carreira moral” de um “doente mental”, como propõe Goffman: foi pré-paciente no SPA, paciente na ECP, ex-doente e reinternamento de volta ao SPA e ECP. Em depoimento concedido, nosso interlocutor diz o seguinte: “*Olha para os meus braços, olha como estão roxos!*” Com o braço inchado e roxo, estendido à minha frente para ver como ele foi contido, Emanuel mostra entre lágrimas e alívio como é seu “processo de internação” no Hospital Nina Rodrigues. Ele recorda que a primeira foi muito mais difícil, porque ele não sabia o que realmente estava acontecendo com seu corpo. Em sua mente havia duas vozes, uma que dizia que ele deveria se machucar e outra

que afirmava que isso era errado. De 2016 até 2019, o Hospital passou a fazer parte da vida de Emanuel. É uma segunda morada. Em alguns momentos ele fala que os funcionários, médicos e a equipe de apoio são sua família; em outros, “a sua sentença de morte”. Ele relata que quando é cordial e faz tudo do jeito que a equipe médica quer, ele até se sente humano. Quando ele tece alguma opinião ou fala o que realmente sente ou precisa, é mutilado.

A mutilação não é só no corpo, às vezes ela é na alma; meu corpo às vezes não tem uma marca, mas minha alma é toda cortada. Aqui o que você quer, pode significar sua sentença. Então, o certo é aceitar sem questionar; é o balançar a cabeça sempre (Emanuel).

Segundo Gregory Bateson em seu livro *Naven: um exame dos problemas sugeridos por um retrato compósito da cultura de uma tribo da nova Guiné, desenhado a partir de três perspectivas* (2008), indivíduos neuróticos e pré-psicóticos devem ser ouvidos e analisados em todos os sentidos. Ele enfatiza que o psiquiatra ganharia muito mais se além de estudar a patologia individual em cada caso, prestasse mais atenção nas relações que o desviante tem com aqueles que o cercam. Para tanto, a fala do paciente é fundamental.

Emanuel relata que, entre um momento de lucidez ou outro, em consequência de remédio, o seu corpo é cortado desde o momento que sofre o surto até o momento que reside no hospital. Nesse momento de entrada no hospital ele se depara com alguns símbolos que têm um forte significado: os panos, as algemas, as seringas e os guardas. A presença desses símbolos remete a quem você é, onde você está e o que você fez e para onde vai. Usa-se aqui a ideia de signos e símbolo, para enfatizar, como o fez Marshall Sahlins: os símbolos são representações e os signos objetos concretos e palpáveis (SAHLINS, 2008).

Dito de outra maneira, o signo assume valores funcionais e implicativos em qualquer ação, tanto sincronicamente quanto diacronicamente. Todos esses símbolos mutilam o corpo e a alma, estigmatizam o indivíduo. Os “símbolos são sintomas, diretos ou mistificados da verdadeira força das coisas” (SAHLINS, 2008, p. 27). Assim, estes signos diferenciam os indivíduos dentro da instituição: quem entra no hospital com essas marcas é visto e tratado de forma distinta. O indivíduo que entra marcado não pode falar, ele deve ouvir, aceitar e acatar tudo que lhe é informado.

Emanuel não é ouvido, nem durante a *anamnese* psiquiátrica. Emanuel e muitos outros pacientes não são ouvidos. Segundo relata um médico psiquiatra: “*estamos sempre lidando com pessoas em surtos que já sabemos quais medicamentos passar; em alguns casos não precisamos conversar*”.

Emanoel já estava há cinco meses na mesma sala, na mesma maca e às vezes com a mesma roupa durante uma semana. Por vezes não tinha nenhuma condição nem de comer devido ao excesso de medicação.

O artigo sétimo da Lei antimanicominal ressalta que a pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento. Apesar de em muitas internações o indivíduo não ser nem mesmo questionado, o relato dos seus sintomas é ouvido por familiares e responsáveis que os trazem ao hospital. Isso é muito comum no Hospital Nina Rodrigues.

Emanoel passou por todo esse processo. Entretanto, ele chegou ao Hospital contido com panos em cima de uma maca trazido pelo Corpo de Bombeiros que o encaminhou direto para as enfermarias onde recebeu uma injeção com uma dose alta de calmante o que o levou a dormir por 24 horas. Permaneceu 24 horas amarrado, acompanhado de sua mãe que explicou toda situação na sala de classificação de risco. Segundo a mãe de Emanoel, ele não precisava ser contido, pois não estava quebrando as coisas. *“Ele gritava, mas não precisava ser amarrado; ele tinha condições de falar o que sentia”*. A mãe de Emanoel disse ainda que só ligou para o Corpo de Bombeiros porque não havia outra forma de levar o filho, mas pediu que não o amarrassem. Contudo, o agente de bombeiro responsável disse que era necessário, porque a qualquer momento ele poderia agredir alguém, que ele era uma ameaça à sociedade.

“Os vizinhos, as pessoas que passavam na rua viam toda aquela situação, alguns diziam que não havianecessidade, pois ele é um menino dócil, ele não fazia mal a ninguém. Mesmo assim, meu filho foi amarrado; amarrado de forma apertada que ao tirarem as amarras ele estava todo roxo, vários hematomas nas mãos, nas pernas, pescoço e barriga” (Dona Maria).

Depois das primeiras 24 horas, Emanoel acordou, pediu para ir embora, mas a equipe que passava nas enfermarias não olhou para ele; falaram com sua mãe e disseram que ela precisava falar com a equipe multiprofissional. Ela ainda insistiu para levar o filho, mas acharam melhor ele ainda ficar contido. Eles perceberam, então, que pessoas que chegam amarradas, algemadas, com guardas, essas são as pessoas “especiais”, são classificadas no olhar:

“[...] você já sabe o que é pelo olhar das pessoas. Eu não precisei de semanas para saber o que eu era. Eu só precisei abrir os olhos e olhar as pessoas ao meu redor, as que eram para me tratar, cuidar e ajudar. O que

eu não sabia é que essas marcas externas são também cruciais para a forma como você vai ser tratado durante toda a sua estadia no hospital”.

De acordo com Sahlins, “signos estão sujeitos a arranjos e rearranjos contingentes (...) todas essas inflexões de significado dependem do modo como o ator experiencia o signo como um interesse: o lugar do signo num esquema orientado de meios e fins” (SAHLINS, 2008, p.127).

Emanoel continuava contido e passava mais tempo dormindo que acordado, pois a medicação era dada quase que de três em três horas. Emanoel acreditava que era o lanche, “*o lanche da alma*”. Tudo que ele pensava é que a alma dele precisava ser alimentada. Essas ideias surgiram das conversas que a mãe de Emanoel teve com a equipe de enfermagem. Segundo ela, a enfermeira explica que Emanoel está doente da alma, do espírito e que ele precisa curar o espírito dele, para que o corpo possa se reerguer.

Sobre as doenças da alma, no texto “As dimensões psicológicas da doença”, de Doença Mental e Personalidade (1994), Foucault analisa as particularidades da patologia mental em relação à orgânica. Foucault questiona: será que se pode realmente usar o mesmo termo e falar de uma “doença” no âmbito psíquico? E, além disso, que relações poderia haver entre a doença no corpo e a doença de espírito, digamos, na alma do indivíduo? (FOUCAULT, 1994, p. 7).

Tal problema se colocaria ao menos desde o final do século XIX quando se teriam começado a definir “perturbações sem fundamento orgânico”, como a histeria (FOUCAULT, 1994, p. 7). Se não reside no corpo, qual o lugar da patologia mental e o que sua história nos diz sobre ela? Haveria uma espécie de “patologia geral”, um conhecimento metapatológico, a partir do qual todo e qualquer transtorno no corpo poderia ser identificado, sendo a doença concebida como uma unidade de manifestações, uma essência, uma “espécie botânica”, cujos sinais no corpo nos indicariam sua presença (FOUCAULT, 1994, p. 12).

A psicopatologia teria seguido, de acordo com Foucault, esses postulados e pressupostos herdados da medicina orgânica, e caminhado para uma apreensão errônea do fenômeno da doença mental. Errônea por considerar que haveria unidade onde, na verdade, residiria apenas um “paralelismo abstrato” (FOUCAULT, 1994, p. 13). Sabemos que a linguagem médica é muito erudita. Entretanto, quando há doenças do corpo, palavras simples como quebrar, cortar, ligamento, são compreensivas para a linguagem de uma população de classe baixa. Quando o tratamento é psíquico, a patologia mental exige métodos de análise diferentes dos da patologia orgânica e que é somente por um artifício de linguagem que se

pode emprestar o mesmo sentido às “doenças do corpo” e às “doenças do espírito” (FOUCAULT, 1994, p. 17).

Após 48 horas, Emanuel finalmente é “solto”. A sensação de liberdade das amarras não passou porque deixam marcas mais profundas e evidentes de que seu caminho pelo Hospital vai ser longo. As marcas no corpo são a representação de que o estigma não é apenas abstrato, ele também é concreto, é visível; e essa marca é um “mecanismo de controle” que o médico/instituição usa sobre o paciente. Se aquilo está em seu corpo é porque ele é responsável (GOFFMAN, 2015).

Passadas as 72 horas no SPA, todo paciente que não recebe alta, quando está entrando pela primeira vez na instituição, deve ser encaminhado para a ECP do Nina Rodrigues. Pacientes a partir da segunda internação ou usuários de bebida alcoólica e/ou drogas (O Hospital Nina Rodrigues não interna usuários de substâncias psicoativas) devem ser encaminhados para uma das duas clínicas conveniadas ao Hospital do Estado: a clínica La Ravadière e a clínica São Francisco. Eles passam pelo SPA e são logo direcionados às outras clínicas.

É importante ressaltar que o Nina Rodrigues não interna apenas paciente que estão indo às emergências pela primeira vez. No momento da pesquisa, acompanhando Emanuel, pôde-se observar outros pacientes afirmarem que, quando a família tem algum contato com alguém do Hospital, são sempre direcionados a ECP do Nina Rodrigues. Foi o caso de Emanuel, que diante de repetidas voltas, a família criou amizade com enfermeiros que têm influência com a direção até conseguir uma internação no Nina Rodrigues.

Até o momento não havia um diagnóstico. Emanuel só foi realmente visto pela equipe multiprofissional depois das 72 horas, sem cordas, mas na companhia de dois agentes da equipe de apoio do Hospital, por precaução. Se fizesse menção de levantar, era fortemente empurrado para se manter sentado.

A equipe apresentou um primeiro diagnóstico de transtorno bipolar a Emanuel, que só foi confirmado dois anos depois da primeira internação. Em 2019, é a quinta internação e a terceira no Hospital Nina Rodrigues. À noite ele não saía, ficava olhando a televisão na sala da ECP e foi lá que construiu várias amizades, principalmente com Sr. João, um senhor de 65 anos que está no Hospital há quatro anos, e é classificado como morador, não atendendo por paciente e nem interno. Sr. João chegou ao Hospital de ambulância e está lá porque se perdeu da família que mora em outro Estado. Ele é tratado igual a outro paciente, toma remédios, segue uma vida regrada e ordenada, usa uniforme, mas não possui diagnóstico. Nas conversas

entre funcionários e pacientes o Sr. João é alguém que precisava sair dos espaços urbanos da cidade. Esses casos de internação de pessoas que vivem circulando sem abrigo pela cidade, são comuns no Nina Rodrigues. É direito do Estado entrar em contato com a família. Quando estas respondem positivamente, o familiar retorna ao lar, caso obtenha uma resposta negativa esses pacientes passam a ocupar o hospital, clínicas ou casas terapêuticas.

2.5. TRATAMENTO E DIAGNÓSTICO

Segundo os antropólogos Sérgio Muniz e Rejane Silva o que Turner propõe com os “atos terapêuticos” (2005, p. 379) que são realizados no hospital, pensa-se ser necessário colocar a partir de que aportes teóricos estão sendo pensadas as noções de *tratamento* e *diagnóstico*. No primeiro caso, a noção de diagnóstico foi um termo que apareceu durante algumas incursões de campo e entrevistas realizadas com funcionários e estava relacionada²⁰ ao conhecimento médico-psiquiátrico utilizado pelos médicos do Hospital para classificar os pacientes. Nesse sentido, relaciona-se a prática da classificação com prática de controle sobre os corpos dos indivíduos e para isso tomamos emprestadas as contribuições de Foucault sobre tal discussão.

Para os antropólogos Sérgio Muniz e Rejane Silva Acerca da noção “tratamento”, que também aparece nas falas de alguns informantes, esta pareceu-ser tomada como uma atividade prática, ou técnica para administrar os corpos dos pacientes – por meio de atividade de terapia ocupacional e uso de medicamentos psicotrópicos como se verá a seguir. Nesse sentido, é pertinente utilizar abordagem de Turner quando trata das ações simbólicas voltadas para o tratamento de doenças entre os Ndembu em seu livro “Florestas de Símbolos: aspectos do ritual Ndembu”(TURNER, 2005).

O Nina Rodrigues trabalha com psicofarmacologia nos dias atuais. Antes da Reforma, a instituição trabalhou com camisas de forças, eletroconvulsoterapia entre outras formas de tratamento. Esses instrumentos demoraram muito a deixar o hospital, e ainda hoje são lembrados de forma positiva por alguns profissionais da saúde mental, inclusive os psiquiatras mais antigos.

A respeito dos tratamentos empregados no hospital um está relacionado ao uso de medicamentos psicotrópicos e atividades de terapia ocupacional. Em atividade de campo,

²⁰ Também pode-se relacionar a noção de diagnóstico com a de “processo de terapia” apresentado por Turner, que se trata de “um processo de fazer coisas ocultas e secretas ficarem visíveis e, logo, acessíveis (...)” (TURNER, 2005, p. 382). O diagnóstico nesse caso é a ferramenta usada para fazer uma coisa oculta se tornar visível, ou seja, encontrar, classificar e prescrever um tratamento adequado à doença.

teve-se acesso a informações sobre os principais medicamentos prescritos aos pacientes e seus respectivos efeitos. Entretanto, faltou o acesso às informações sobre a relação doença/medicamento/dosagens.

Dos medicamentos apresentados, todos são usados tanto por pacientes diagnosticados com doenças mentais como por aqueles que no hospital foram internados pelo uso de substâncias psicoativas e até pelos PJs, classificados genericamente como psicopatas. Entretanto, a quantidade, a dosagem e o tipo de medicamento utilizado por cada paciente leva em consideração, primeiro a doença ou tipo de substância que o paciente possui ou usava antes da internação.

Além do uso de medicamentos no tratamento dos internos, também são realizadas atividades que os funcionários designam de Terapia Ocupacional. Como já localizada anteriormente, a Terapia Ocupacional se divide em dois espaços – masculino e feminino –, sendo de responsabilidade, tanto o espaço como as atividades neste realizadas.

A respeito das atividades de Terapia Ocupacional, afirma-se que estas são responsáveis por ocupar os pacientes. Essa ocupação gera uma dinâmica de trabalho e de lazer entre os pacientes. Dentre as atividades de terapia ocupacional temos: 1) esportiva (realizada, sobretudo pelos presos de justiça); 2) artesanal (pintura e artesanato); 3) corte e costura (somente para as mulheres).

CAPÍTULO III

3. A INTERAÇÃO E SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: FAMÍLIAS, PACIENTES E EQUIPE MÉDICA

Propõe-se neste capítulo apresentar os principais componentes do Hospital Psiquiatra Nina Rodrigues: família, pacientes e equipe médica. Esses três agentes sociais estão presentes desde a história da psiquiatria.

A família sempre foi responsável por detectar o problema. Quando tinha condições isolava o “louco” em fazendas, casas de campo ou procurava a ajuda dos responsáveis pelas instituições médicas e aprovava o aprisionamento do familiar em manicômios e hospícios. O médico é o portador do conhecimento do tratamento e cura. Então, a ele ficou reservada a competência de tratar o doente e entender o problema que a doença causa; ao enfermeiro ficou o cuidar; no início da história da psiquiatria tínhamos apenas esses dois componentes do que mais à frente chamaria de equipe médica. Logo após a Reforma Psiquiatra, outros personagens compõem o que estamos chamando de equipe médica, como psicólogos, terapeutas, assistentes sociais e outros (AMARANTE, 2008).

O paciente é o foco de atenção. É o ser que vê o seu problema mental de diversas formas. O hospital para ele, pode ser um refúgio, uma libertação, ou um aprisionamento, um exílio. Pode aceitar bem sua condição de doente, apresentar incerteza sobre seu futuro, tornar-se passivamente resignado, perder a confiança ou sentir-se derrotado, irritado e rebelde. Quando hospitalizado, deixa de conviver com seus familiares, perde o privilégio de tomar decisões, tais como: quando trabalhar, quando divertir-se, quando alimentar-se e dormir, tornando-se dependente do regulamento do hospital. Cada paciente vai reagir a essa situação, de acordo com sua doença e com suas experiências anteriores de outras internações (COSTA, 1978).

O objetivo aqui é de apreender o ponto de vista dos pacientes e de suas famílias sobre o processo de internação e como a equipe médica é determinante neste processo e como essa mesma equipe passa a enxergar a internação pós Reforma Psiquiátrica. Assim, trata-se de algo semelhante ao que Geertz (2008) chamou de compreender “o ponto de vista dos nativos”. A etnografia para Geertz compreende um esforço intelectual para construir uma “descrição densa”, ou seja, um esforço para apreender estruturas conceituais múltiplas ou estruturas de significantes estratificadas hierarquicamente, que são compartilhados por um grupo, sem

reificar estes significados como sendo uma entidade superorgânica ou reduzi-los a simples comportamentos padronizados. Nesse sentido, os mesmos objetivos da descrição etnográfica podem ser alcançados por outros instrumentos de construção do objeto, como a entrevista, administrada nesta pesquisa.

O que é para Geertz não é uma descrição pormenorizada, mas a de significados, observar o comportamento, pois é através deste que os significados se articulam e onde são definidos seus papéis no contexto específico que são produzidos. Além dos comportamentos, os discursos devem ser interpretados, por meio do dito que é salvo e fixado “em formas pesquisáveis” (GEERTZ, 2008, p.15). Em suma, Geertz elege a descrição etnográfica, e eu elejo aqui a interpretação dos discursos, como um esforço intelectual que torna possível “ver as coisas do ponto de vista do ator” (GEERTZ, 2008, p.10) ou, em outras palavras, ver “o mundo do ponto de vista dos nativos” (GEERTZ, 2014, p. 61).

Este capítulo está dividido em três seções: a primeira seção diz respeito ao ponto de vista dos pacientes; a segunda trata do ponto de vista dos familiares e a terceira busca apreender o ponto de vista da equipe médica.

3.1. PACIENTES

No decorrer da história da loucura e da psiquiatria muitas vozes foram ouvidas: alienistas, psiquiatras, famílias, menos o agente principal de todo esse enredo, o “louco”. O “louco” sempre foi colocado no lugar de inferioridade, que precisava ser isolado e trancado. Demorou muitos anos para que o “louco” pudesse ser liberto dos manicômios, das correntes e levou mais anos para que ele pudesse ser ouvido. Com a Reforma Psiquiátrica, as internações seriam dialogadas com paciente e equipe multiprofissional, o que não é muito comum nas instituições, em especial no Nina Rodrigues. Embora alguns profissionais possam agir de forma humanizada seguindo à risca todas as políticas de melhoria psiquiátrica.

Neste tópico, em específico, busca-se enfatizar quem é o paciente psiquiátrico e como este compreende a internação em uma instituição total. O problema clássico do paciente psiquiátrico é a visibilidade como “paciente especial”, isto é, por várias razões ele não é tratado como um “paciente normal”, isso pode ser resultado da percepção do paciente sobre sua identidade atual, sobre seu relacionamento com a equipe ou sobre o seu comportamento que às vezes o faz radicalmente diferente da maioria dos doentes. Ou seja, o paciente psiquiátrico não é tratado ou não se vê como um paciente como os demais, ou se sente

“especial” porque a doença dele parece inferiorizá-lo, estigmatizá-lo, ou porque faz parte dele, do que ele é. Diferente da maioria dos pacientes cuja doença é vista como algo externo ao paciente e que ao ser tratada não fará mais parte desses indivíduos, além de produzir uma estigmatização (salvo alguns casos como os deficientes físicos).

Tem-se o paciente do Nina Rodrigues como um paciente “especial”, e este se percebe diferente, pelo tratamento recebido pela equipe médica e pela forma como é conduzida a internação com necessidades de contenção. Os pacientes do Hospital Nina Rodrigues são um grupo de pessoas entre 12 a 60 anos de idade que vivem isolados por um tempo indeterminado que levam os pacientes a passarem de 90 dias ou até mesmo 01 (hum) ano internados na instituição. De acordo com nossa objetivação do espaço, configuração e interação com essa população interna, postulamos que o paciente internado chega ao hospital com uma ‘cultura aparente’, como afirmava Goffman, derivada de um mundo familiar “uma forma de vida e um conjunto de atividades aceitas sem discussão até o momento de admissão na instituição”(GOFFMAN, 2015, p. 23).

O objetivo aqui é analisar os pacientes comuns que vivem juntos com os moradores na ECP. Em média, a ECP integra 40 pacientes, já que apresenta dez leitos/macas em cada enfermaria, duas masculinas e duas femininas. Desses 40 pacientes, 06 deles são moradores. Durante o trabalho de campo foram entrevistados 30% desses pacientes para fazer um levantamento de um perfil socioeconômico de quem são os internos do hospital. Dos pacientes entrevistados 5% desses 40 pacientes têm nível superior, 10% desses 40 pacientes têm nível superior incompleto, 10% nível médio e 5% nível fundamental. Dos que têm nível superior completo apenas um, tem pais com nível superior. Os de superior incompleto apenas um tem pais com superior completo. Dentre os entrevistados 20% não trabalham; isso se reflete em quem possuem ensino fundamental, médio e superior incompleto.

Quanto à escolaridade dos pais 15% desses 40 pacientes são do ensino fundamental, 10% são do ensino médio e 5% têm ensino superior. Quanto às profissões dos pais, em particular das mães, 20% são domésticas, 5% são funcionários de empresas privadas. Quanto à profissão dos pais, ela está bem diversificada, variando de professor universitário a autônomo.

Dentre os entrevistados há o grupo dos moradores; desses foram entrevistados dois que estão há mais de dois anos na instituição. Os moradores não trabalham. Isso vale para os que não foram entrevistados; eles vivem no hospital, com a possibilidade de serem encaminhados para casas terapêuticas e “depósito”. São filhos de mães domésticas. Um está

há 02 (dois) anos no hospital e o outro há 04 (quatro) anos. Ambos possuem ensino fundamental e são filhos de pais com ensino fundamental.

Segue o quadro com as informações dos pacientes e família:

Quadro 1 - Pacientes - famílias

Pacientes- famílias							
Classificação	Escolaridade	Profissão	Escolaridade do pai	Escolaridade da mãe	Profissão do pai	Profissão da mãe	Quantidade de internações.
Interno	Superior	Propaganda e publicidade	Superior	Superior	Administrador	Relações Públicas	05
Interno	Superior incompleto	Vendedor	Ensino Fundamental	Ensino médio	Autônomo	Faxineira	05
Interna	Ensino médio	Auxiliar de produção	Ensino fundamental	Ensino fundamental	Vendedor	Domestica	03
Interna	Ensino médio incompleto	Não trabalha	Ensino fundamental	Ensino médio	Pastor	Doméstica	01
Interno	Superior incompleto	Não trabalha	Ensino médio	Ensino médio	Micro empresário	Micro empresário	01
Morador	Ensino fundamental	Não trabalha	Ensino Fundamental	Ensino fundamental	Ambulante	Domestica	04 anos no hospital
Morador	Ensino médio	Não trabalha	Ensino fundamental	Ensino fundamental	Pedreiro	Domestica	02 anos no hospital
Interna	Superior	Assistente social	Ensino médio	Ensino médio	Mestre de obras	Enfermeira	06
Interna	Superior incompleto	Não trabalha	Superior	Superior	Professor universitário	Professora universitária	04
Interno	Ensino fundamental	Não trabalha	Ensino Fundamental	Ensino fundamental	Pedreiro	Domestica	02
Interno	Ensino médio	Não trabalha	Ensino Fundamental	Ensino Fundamental	Motorista	Domestica	02
Interna	Ensino médio	Vendedora	Ensino médio	Ensino médio	Vendedor	Domestica	02

Fonte: Da autora.

Uma das questões levantadas na pesquisa de campo foi a quantidade de internações que cada entrevistado enfrentou. Dos 30% de entrevistados quase 25% já passaram por mais de uma internação. Os internos que possuem ensino superior completo e incompleto apresentam o maior número de internações. Um paciente enfatiza que:

Muita gente acredita que só quem está aqui são pessoas pobres, negros e analfabetas. Aqui tem todo tipo de gente; a sociedade quer pessoas “perfeitas”, produtivas. Quem apresenta algum problema e vai contra os padrões da sociedade é excluído e isolado. O primeiro grupo a privar e excluir é a família. (Paciente)

Muitas pessoas, com diferentes perfis, dão entrada à instituição. Contudo, se fizermos um levantamento pela variável étnico-racial, é predominantemente o número de negros que acessam a instituição. E se incluirmos a variável gênero, as mulheres que aparecem em maior número. Quando a questão é condição de classe, é predominante a presença de pessoas pobres no hospital. Mas esse contingente de negros maior que brancos, de mulheres maior que homens e de pobres maior que ricos, não é tão disparate assim. Há grande presença de brancos, homens e ricos no hospital; esses brancos e homens em sua maior parte são pobres. Os ricos que aparecem são conhecidos dos diretores e optam por ficar na instituição por ter um atendimento mais humanizado que as outras.

Há divergência entre os pacientes quanto à visão sobre a instituição. Para alguns a instituição é vista como humanizada porque não nega comida, uniformes, banhos, passeios e oficinas; nas visitas da equipe médica, “a equipe olha com compaixão”. Para outros o hospital ainda os olha como “monstros a serem combatidos”. Geralmente esses relatos são dos pacientes que ficam contidos. É como descreve o paciente abaixo:

Eles falam sobre políticas de acolhimentos, aconselham a família a entender e amar o paciente do jeito que é, mas eles não nos tratam como um paciente; tratam a gente como monstros. Tem paciente que faz suas necessidades na cama, porque eles não deixaram o Apoio retirar os panos; às vezes é um paciente calmo, mesmo assim eles obrigam a cortar as unhas porque acham que vamos atacar, eles sempre justificam as atitudes deles, cogitando que vamos atacá-los(Paciente).

Enquanto outros pacientes, afirmam como são tratados de forma mais humana:

Eu passei por várias internações e o tratamento aqui é diferente do tratamento das outras clínicas. Já fiquei sem comer, já passei dias sem banhar, já dormir em macas vomitadas, e ninguém olhou para mim. Aqui sou tratado como humano, pode ser que aqui seja diferente devido à escola de medicina, mas aqui eu tenho cama limpinha, eu vejo meus parentes. Lá eu era sozinho(Paciente).

No depoimento deste paciente, ele fala da escola de medicina. Ele está se referindo à residência em psiquiatria que é localizada no Hospital Nina Rodrigues. A comparação é feita com as clínicas psiquiátricas presentes no estado (já mencionadas aqui). Os dois depoimentos servem para mostrar que os sentimentos e as apreciações dos pacientes em relação à instituição são particulares. Cada um sente e pensa de forma diferente; não há um consenso uniforme de todos os pacientes sobre o hospital. Ressalta-se que comida, banhos, uniformes,

passeios e oficinas são essenciais e que toda instituição deve garantir o mínimo exigido por lei.

A reação dos pacientes em relação aos critérios da equipe médica varia. Alguns pacientes aceitam as decisões médicas sem questionar, outros questionam. Os questionamentos partem em geral de pacientes que possuem uma escolaridade de nível superior. Esses mesmos pacientes questionam a decisão do familiar tanto no processo de internação, quanto de medicação. Vejamos o seguinte depoimento de um paciente.

“[...] tinha noção de tudo, mas estava descontrolada, eu não conseguia controlar os impulsos, mas sabia de tudo. Em 2008, primeira, por estar há semanas tendo crises histéricas, nas quais eu me agredia, agredia aos outros e quebrava tudo o que tivesse acesso, no auge da crise, no dia do internamento, eu consegui me trancar no meu quarto e comecei a quebrá-lo todo. Temendo pela minha vida e sem ter mais o que fazer, meus pais resolveram me internar no Nina Rodrigues, o que relutaram por bastante tempo. Na segunda vez, eu posso dizer, que, embora eu tenha voltado a me automutilar, não havia motivo suficiente para a internação ocorrer; pelo menos, não as razões que a emergência requer: agressividade, histeria, tentativa de suicídio, entre outros. Desde esse dia, eu me questiono seriamente sobre o modelo de internação contra a vontade do paciente e o quanto ela pode ser benéfica, como o foi na primeira vez em que eu realmente precisava e o quanto ela pode ser prejudicial, como foi na segunda vez. O quanto esse modelo ainda precisa ser ajustado à realidade de cada caso e como as pessoas encarregadas de implementá-lo precisam entender que nem todo mundo que interna alguém é um parente angustiado e preocupado; sobretudo, que não é porque a pessoa protesta à internação que as suas razões devam ser emudecidas e a pessoa que vai ser internada marginalizada de início; até que se finalize o processo, essa pessoa deve e merece ser ouvida. Se for para ser um processo unilateral de escuta dos familiares ou outrem apenas, está se tratando de qualquer pessoa, menos do paciente (Paciente).”

Os internos que questionam estão em um nível de escolarização mais avançado e seu conhecimento e consciência de lugar os levam a criticar o posicionamento da equipe médica e são os mais relutantes durante o tratamento e são os primeiros a compreender que é necessário se encaixar na dinâmica hospitalar para que sua passagem ao hospital seja mais curta. Durante seu processo de internação uma paciente, filha de pais de professores universitários, comenta que na internação, ela foi negligenciada pela equipe médica:

A primeira vez em que eu dei entrada era bem tarde da noite e eu não me lembro de muita coisa. Só de um médico; não me lembro o que ele falava com meu pai. Foi breve. Mas ele não falou comigo, só me olhou rápido, e já me passou para medicação. Na segunda vez, quando nós chegamos para eu ser internada, pelo menos quando aconteceu comigo, diante dos

profissionais e demais pessoas que ali estavam, o que o meu “internando”, por assim dizer, falasse, era tido como verdade inquestionável; a mim não cabia sequer o benefício da dúvida enquanto eu dizia aos quatro cantos que estava bem, que gostaria de sair dali e ir me consultar com o meu médico. Porém, meu pai fazia ouvidos de mercador e nem meu choro, de desolação por imaginar tudo o que eu iria passar de novo, tudo o que eu iria ver... O período da minha faculdade que eu perderia se eu fosse, de fato, internada... Até esse choro, eu tive que prender porque podia ser visto como surto! Por fim, adivinhe? Eu fui internada e entrei chorando... Já não tinha nada a perder mesmo. Fui internada lúcida no Nina Rodrigues! Ocupei um leito que poderia ser de uma pessoa como eu, anos atrás! Eu tinha feito uma promessa ao sair dali: nunca mais voltar àquele lugar daquela forma... mas de uma outra maneira, daí o curso que escolhi: psicologia. E quando eu ia sendo internada, repetia isso... Contudo, naquele momento e durante muito tempo, me senti fracassada, humilhada e impotente. Hoje eu sei, porém, que fraco e doente são os “profissionais” que sequer fizeram questão de olhar na minha cara ao me internarem. Por eu ter me recusado a entrar na sala de triagem, somente meu pai entrou e mesmo assim eu fui internada! Eu sei que ele queria me proteger, mas e se ele fosse uma pessoa de má fé? Se nem fosse meu pai? Parece fantasioso demais, mas internação contra a vontade do paciente é coisa séria! Geralmente em último caso. Séria demais para só se ouvir um lado das partes. E a minha parte sofre até hoje com isso (Paciente).

“Eu sou um ser humano” essa foi à frase que se ouvia-se em quase todas as entrevistas. Daí pode-se concluir que o paciente psiquiátrico, reivindica de maneiras possíveis um lugar de humano, de pessoa e essa reivindicação perpassa os muros institucionais. A luta do paciente é dupla, porque ele precisa se ver como humano e fazer com que as pessoas o vejam como humano, como pessoa. Apesar de ser um ambiente complexo, já que dentro do hospital o ser humano é diminuído e mortificado, perde algumas características próprias de pessoa como nome, roupa, voz e outros fatores. Eles passam a ser chamados pelo número do leito. Goffman retrata que as instituições totais exigem uma perda de propriedade. Talvez a mais significativa dessas perdas não seja física; a grande mutilação do eu é a perda do nome (GOFFMAN, 2015).

Os pacientes querem ser ouvidos e tratados de forma humanizada. Mesmo internados e compreendendo o seu papel na internação, eles demonstram que precisam ser respeitados nesse momento de isolamento:

Os enfermeiros não entendem quando choramos, quando gritamos, quando andamos; para eles estamos falando coisas sem sentido, mas às vezes é a nossa forma de dizer o que sentimos; eu sei que tem momentos para isso, sei que tem uma equipe que nos ouve, mas é o dia a dia, as coisas que acontecem no momento que queremos dizer o que pensamos. Não me vejo como inválido, sei que estou doente e que minha doença não tem cura, mas tem tratamento. Eu sei que posso levar uma vida normal e quero que me

vejam como uma pessoa normal, pessoas normais choram, gritam, aqui isso é entendido como surto, mas é só eu querendo dizer que sou normal (Paciente).

Não estou doente; eu tenho uma condição que em alguns momentos se agrava, em outros fica normalizada. Eu devo tomar remédio para me manter equilibrado, mas isso não quer dizer que eu não seja normal, eu sou normal. Sei que coisas que são simples para ti, são complicadas para mim, mas eu sou normal, entende isso?

Pesquisadora: eu entendo, mas quem disse que você não é normal?

Entrevistado: não dizem, não precisa dizer, a forma como me tratam já diz o que sou?

P: mas o que você é?

E: eu sou normal, eles me tratam como louco, tem gente aqui que ainda pensa que aqui é manicômio e que podem fazer o que quiser com a gente; tem gente que ameaçar a gente com os choques, as camisas de força, mas a gente sabe dos nossos direitos e é por isso que a gente grita.

O paciente psiquiátrico precisa ouvir e ser ouvido. Ele sabe quem ele é e como deve ser tratado como paciente normal. Deve-se deixar de olhar o/a paciente psiquiátrico/a como “especial” e tratá-lo como humano:

Conheço a história da loucura e como ela se constituiu, sei da reforma e a luta do movimento antimanicomial. Não estamos mais no século XIX, não estamos mais em um manicômio, não somos os loucos que foram isolados e aprisionados por camisas de força ou receberam choque-elétrico; não somos e nem queremos ser, devemos lutar por eles, por nós e pelos que ainda virão. Somos pessoas com problemas mentais, mas somos pessoas, entende isso? Devemos ser tratados como humanos, não só porque está na constituição, mas porque somos humanos. O Paciente do Nina Rodrigues sabe quem ele é e o que ele quer. Queremos tratamentos dignos e respeito por todos os profissionais. Eu faço psicologia e sei da importância do curso para a instituição psiquiatra e me questiono: será que os profissionais levam a sério o que estudam ou só querem repetir a história (Paciente).

O paciente do Nina Rodrigues, em particular os entrevistados, acreditam que a internação é um processo de tratamento, não de cura, mas que devem ser tratados como humanos. A internação é um momento difícil, complexo e que leva tempo. Alguns reagem bem, logo a internação é curta; outros levam um período bem mais longo. Os pacientes acreditam que a internação deve estar alinhada com o que a Reforma Psiquiátrica propõe, mesmo que isso não aconteça na prática cotidiana do hospital.

3.2. FAMÍLIAS

Os familiares são os primeiros a perceber as alterações de comportamento do indivíduo. Geralmente são aqueles que conduzem o paciente para avaliação psiquiátrica e aos que podem realizar o acolhimento adequado durante o período de estabilização dos sintomas agudos.

A família quase nunca está preparada para esses eventos que podem envolver o sofrimento psicológico descontextualizado do ente querido, seus fracassos dramáticos nas relações sociais e na área profissional, bem como a ocorrência de comportamentos de risco, como exposições morais, financeiras e físicas. Algumas das reações mais comuns são: a negação, a rejeição pelo julgamento moral ou a superproteção, criando uma “zona de conforto”. A estigmatização da psiquiatria ainda existe e pode levar o familiar a essas posturas de camuflagem primitiva: *“é o jeito dele”, “ele sempre foi uma pessoa preguiçosa”, “tem filhos que nasceram para não dar certo”, “é bom que ele fique com a gente aqui em casa, assim seremos a companhia um do outro”*.

A família é a primeira instituição de um indivíduo, ela também será a primeira a identificar um comportamento “anormal” do indivíduo e também é a primeira a dar um “diagnóstico” tanto que encaminha ao agente social e à clínica e já apresenta uma pré-classificação do problema. Em entrevista com a equipe dirigente, questionou-se sobre quem trazia essas pessoas para o Hospital Nina Rodrigues. Eles respondiam que a *“Família na maioria dos casos, mas também, amigos, vizinhos e programas de reabilitação”*(Médico Residente). Segundo uma assistente social *“os familiares de primeiro grau são mais habilitados a fornecerem informações sobre os pacientes, porém existem exceções, quando trazem os pacientes”*. Para a psiquiatra do SPA:

A família é crucial no processo de internação. Na verdade, o SPA tem um bom funcionamento por causa do familiar, ele fala quando o paciente está impossibilitado, ele conversa conosco nos dando o retorno das primeiras 24 horas e ele que nos ajuda a dar o melhor procedimento ao paciente (Psiquiatra).

Os familiares entrevistados têm algo em comum: a ideia de que a família era um sinônimo de “cuidar”: *“A família deve estar nos melhores e piores momentos da vida de cada parente”*, ressalta um familiar. Outro familiar expressa o sentimento de que *“se você está sozinho você não tem família”*. Schneider (2016) em seu estudo sobre “parentesco americano” discutia que é preciso estar junto para ser família, o estar sozinho significa que a unidade não está completa; então, não pode ser colocada como família.

É na família que é possível observar os primeiros processos de autoridade e hierarquia. É nesse espaço de convivência afetiva e sanguínea que ocorrem as primeiras trocas simbólicas de integração social, apesar das transformações, os valores familiares serão mais permanentes em todo processo de socialização.

O familiar pode ser qualquer pessoa. Schneider afirma que família “pode significar todos os parentes de uma pessoa”. Essa família pode ser feita por sangue, por afinidade ou por conveniência. O autor pontua que a família é singular, e não plural. Assim, independente de quem seja, o importante é que esteja em comunicação direta com a equipe médica.

O termo família, portanto, reúne certos tipos diferentes de parentes de uma única unidade cultural; esse significado é bastante diferente da pluralidade simples de parentes sem levar em consideração o seu tipo ou o seu relacionamento uns com os outros. (SCHNEIDER, 2016, p.17).

Goffman pontua que “os direitos negados a um doente mental são usualmente transferidos a um parente [...] que então se torna a pessoa legal cuja autorização precisa ser obtida para as numerosas questões que surgem fora da instituição” (GOFFMAN, 2015, p.40).

Para compreender as representações sobre internação é necessário partir da família, pois no processo de internação a família é a primeira a formar o elo com a instituição, porque se ela não faz contato com as instituições para que busquem o paciente, ela é quem o leva. No primeiro momento, pelo paciente, a família é vista com “maus olhos”: *“no momento em que a gente chega ao hospital, ou quando estamos a caminho, o único culpado e causador de nossa dor é a família, ela é quem nos coloca aqui”*, testemunha um paciente.

A família é fundamental no momento da internação. É ela quem recebe as informações sobre o estado do paciente, o pré-diagnóstico e diagnóstico. Entretanto, essa relação é contrária em partes ao que propõe a Reforma Psiquiátrica e o movimento antimanicomial. Estes propõem que deve haver uma relação de comprometimento com o paciente; ele deve ser ouvido e ouvir onde está situado e a real condição do seu problema.

A família dentro do hospital se entende como um elo entre a direção, a equipe médica, o apoio(segurança) e os pacientes. Eles sabem que sem eles a vida dos pacientes seria total isolamento com o mundo exterior ou na perspectiva goffmaniana, sem a família o indivíduo seria despido de toda influência do mundo externo. A família passa a ser o informante do paciente sobre o mundo de fora.

Entre os pacientes, encontramos os que necessitam da presença do familiar para tudo: falar, comer, ir ao banheiro, passear... Estes passam 24 horas com o paciente revezando com

outro familiar; há aqueles mais independentes em que os pacientes passam o dia todo e o familiar passa a noite com ele ou o inverso, a família vem nas horas de visitas ou pela manhã ou tarde, mas não está o tempo todo com o paciente. Entretanto, há aqueles que não têm familiares nenhum, mas sempre tem um representante de ONGs, casas terapêuticas, asilos, orfanatos. Existem, ainda, os pacientes que não têm nem familiar e nem representantes. Esses são os moradores (nome dado pelos funcionários do hospital).

Dos pacientes que passam muito mais tempo sob regras, temos o grupo de moradores. São os que não têm expectativa de sair da instituição. Sr. João morador do hospital, durante a entrevista, considerava o hospital como casa, chamava a enfermaria de quarto e o leito de cama. Em alguns momentos ele dizia:

Eu não tenho mais esperança de sair; aqui é uma casa para mim, eu estou há mais de quatro anos. Eu tenho quarto, cama, comida, me dão roupa...O hospital me disse que ia entrar em contato com minha família que está na Paraíba, mas nunca apareceu ninguém (Morador).

Sr. João é um caso que demonstra que com a intensidade de dias, a aceitação às normas se torna comum. Não há resistência, a obediência ocorre de forma automática. Os moradores têm famílias distantes. A estes o Estado manda os seus agentes, a fim de compreender o porquê do abandono do familiar. Diante da situação uns voltam ao seio da família outros, de acordo com a lei antimanicominal que reflete sobre as leis da Reforma Psiquiátrica, deveriam ser mandados para suas residências terapêuticas, que ficam ao redor do hospital, onde têm outras pessoas na mesma situação. Entretanto, esse paciente permanece no hospital. Algumas justificativas são de que as residências estão superlotadas, ou que no hospital ele recebe toda assistência possível.

Para os moradores a não presença de um familiar acarreta uma série de problemas. Primeiro que para alguns, como no caso de Sr. João, ele é um *outsider* no mundo dos *outsiders*, pois o “*não ter família também exclui e não há quem o interceda; o não ter família é ver pessoas indo e vindo e você permanecendo no mesmo lugar*”, ou você ser estigmatizado por não ter família.

A presença do familiar em uma instituição é um signo importantíssimo. A presença dela tem um grande significado na vida do paciente; a presença dela exclui ainda mais quem já é excluído e torna invisíveis os que já são invisíveis perante a sociedade.

Outro aspecto que chamou atenção em relação aos pacientes moradores é o isolamento. Eles são afastados de sua rede de familiares e quando chegam ao hospital as teias

de interdependência são rompidas. É claro que isso não acontece com todos os pacientes. Esse rompimento é visto com os PJ, com moradores e com 60% dos pacientes comuns. O isolamento é consequência de uma relação que perpassa o espaço do hospital. O acometido por doença mental é em grande parte rejeitado pelos seus. O isolamento ocorre no seio familiar (ELIAS, 2001).

É importante ressaltar que a família tem um papel duplo: o cuidar no momento de internação e o cuidar pós-internação. Embora seja um processo doloroso, o retorno do paciente ao convívio familiar não deve ser pelo isolamento. A volta requer um apoio condicional da família; a família será responsável para que ele se sinta útil e reinserido na sociedade. A família é responsável pelo cuidar, e colocar os limites devidos. É também quem sinaliza as recaídas.

3.3. A EQUIPE MÉDICA

As instituições totais funcionam como depósito para os pacientes, mas para o público é visto como organizações racionais, conscientemente, planejadas, como máquinas eficientes para atingir determinadas finalidades oficialmente confessadas e aprovadas (GOFFMAN, 2015, p.70). Dentro das instituições há um representante de toda atividade diária que é a equipe dirigente. A primeira coisa a dizer a respeito da equipe dirigente é que seu trabalho se refere às pessoas, apenas às pessoas. A equipe dirigente tem objetos e produtos com que trabalha, mas esses objetos e produtos são pessoas (GOFFMAN, 2015, p. 75). A equipe dirigente muitas vezes trabalha num sistema de oito horas por dia e está integrada ao mundo externo [...] os participantes da equipe dirigente tendem a sentir-se superiores e corretos. (GOFFMAN, 2015, p.19).

Diante disto vê-se que um grupo de pessoas configurado com certo grau de superioridade, porque detém o poder naquele espaço. Nesta perspectiva, tratar-se-á de um grupo de indivíduos com característica de superioridades, que vê o grupo dos pacientes como: “amargos, reservados e não merecedores de confiança” (GOFFMAN, 2015, p. 19) e “os internados tendem [...] a sentir – se inferiores, fracos, censuráveis e culpados” (GOFFMAN, 2015, p. 19). Tem-se uma relação de poder entres esses grupos e vemos uma configuração em que um passa a aceitar a dominação do outro sem hesitar. No hospital psiquiátrico, a equipe dirigente deixa marcas na carreira do paciente, desde a admissão até o túmulo. Muitos tipos de dirigentes acrescentam uma nota ao seu registro de caso (GOFFMAN, 2015).

No Hospital Psiquiátrico Nina Rodrigues, a equipe dirigente está dividida em duas equipes: a equipe administrativa e a equipe clínica. A equipe administrativa é responsável por toda a demanda burocrática do hospital, toda documentação para melhorias estruturais, como a compra de aparelhos, leitos, alimentação e etc. A equipe clínica é um grupo homogêneo que está relacionado ao paciente. Esta equipe trabalha diretamente com as pessoas internadas no hospital. Trataremos aqui da equipe clínica aqui classificada como equipe médica ou dirigente, no sentido goffmaniano do termo.

A equipe médica é composta por psiquiatras, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, técnicos em enfermagem, auxiliares de enfermagem e a equipe de apoio (ou segurança). Todos esses profissionais têm por finalidade, o diagnóstico, o acompanhamento terapêutico, a medicação e a alta do paciente.

Durante o trabalho de campo, foram entrevistados alguns desses profissionais, assim como alguns dos pacientes. Buscou-se apreender o perfil socioeconômico da equipe médica. Ela é formada hierarquicamente. Em primeiro lugar vem o psiquiatra que coordena toda a equipe. É o primeiro a dar entrada do paciente ao hospital e o que pode decretar sua liberdade também. A equipe médica, como já mencionado, em especial o psiquiatra, deixa marcas profundas no indivíduo que adentra uma instituição total (GOFFMAN, 2015).

Dos profissionais entrevistados quase todos possuem nível superior. Dos que possuem ensino médio e fundamental são os que ocupam as posições mais baixas na equipe médica: os técnicos em enfermagem, auxiliares e a equipe de apoio. Os profissionais que possuem níveis superiores, seus pais (pai ou a mãe) possuem nível superior. Os que são médicos geralmente são filhos de pais com nível superior completo e têm profissões, como médico, o que leva ao interesse do filho a estudar medicina, ou empresários ou professores universitários.

O psicólogo é uma figura importante na equipe. Ele é responsável pelo tratamento terapêutico do paciente, tendo apoio do terapeuta ocupacional que oferece oficinas de pinturas, costuras e construção de vassouras ao paciente durante toda sua estadia na instituição. O enfermeiro é o responsável pelas medicações e escalões dos auxiliares e técnicos de enfermagem que fazem o acompanhamento do dia-a-dia do paciente.

A equipe de apoio vive em prol do paciente. Ela é que acompanha a equipe médica nas visitas ao paciente, acompanha os terapeutas ocupacionais nas oficinas que são dadas ao paciente e circulam por toda instituição para vigiar as “andanças” do paciente.

A equipe de apoio é solicitada por qualquer membro da equipe médica. A solicitação é feita quando algum paciente precisa ser contido. Segundo o hospital, conter o paciente requer

força e resistência. Diante disso a equipe de apoio formada por homens se queixa que não há um treinamento para tal função para saber exatamente como agir. Por isso, na maioria das vezes eles acabam machucando o paciente, com uso excessivo de força. 20% dos médicos ou residentes que completam o quadro da equipe médica pontuam que suas escolhas por psiquiatria são influenciadas por familiares que também exercem a medicina psiquiátrica, e outros 80% dos médicos escolheram a psiquiatria por considerarem uma área mais cautelosa, um ambiente mais calmo e sem sangue.

No quadro abaixo a lista da equipe médica entrevistada.

Quadro 2 - Equipe Médica

Equipe médica							
Função	Escolaridade	Escolaridade do pai	Escolaridade da mãe	Profissão do pai	Profissão da mãe	Sexo	Localização
Médico, especialidade psiquiatria	Superior	Ensino médio	Magistério	Comerciante	Domestica	Masculino	SPA/ Ambulatório
Psicóloga	Superior	Superior	Ensino Médio	Agente dos correios	Administrativa	Feminino	SPA
Assistente social	Superior	Superior	Magistério	Técnico em contabilidade	Domestica	Feminino	SPA/EPJ
Enfermeira	Superior	Ensino fundamental	Pós-graduada	Motorista	Professora	Feminino	SPA/ECP
Medico Residente	Superior	Superior	Superior	Médico	Professora Universitária	Masculino	ECP
Medica residente	Superior	Superior	Superior	Empresário	Empresário	Feminino	ECP
Técnico em enfermagem	Ensino Médio	Ensino fundamental	Ensino Fundamental	Zelador	Domestica	Masculino	ECP
Auxiliar em enfermagem	Ensino Médio	Ensino fundamental	Ensino Fundamental	Serviço Geral	Domestica	Masculino	SPA/ECP
Apoio	Ensino superior incompleto	Ensino fundamental	Ensino Médio	Gari	Serviço Geral	Masculino	SPA/ECP
Apoio	Ensino fundamental	Ensino fundamental	Ensino Fundamental	Serviço Geral	Domestica	Masculino	SPA/ECP
Enfermeiro	Superior incompleto	Ensino médio	Ensino médio	Motorista	Domestica	Masculino	Direção/Perícia
Médica, especialidade psiquiatria	Superior	Superior	Superior	Médico	Professora universitária	Feminino	ECP

Fonte: Da autora.

Na hierarquia da equipe médica temos: médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiro, que classificamos como integrantes de “alto nível” ou “alto escalão”; no “nível baixo” ou “baixo escalão”, temos: os auxiliares de enfermagem, os técnicos de enfermagem e a equipe de apoio.

O papel dos profissionais que ocupam o espaço psiquiátrico é atender, observar, identificar, tratar e diagnosticar. A internação é um momento difícil, mas que pode ser visto como um processo humanizado. O pensamento não é mais isolar e aprisionar, agora é tratar e é de competência primordial da equipe médica. A equipe médica acompanha o paciente desde a admissão até o paciente receber alta. Saber o que o paciente tem; observar seu comportamento é função dos profissionais no dia a dia: “*o paciente mental precisa ser visto todos os dias, a sua melhora depende desse processo e seu diagnóstico vem da observação diária*”, comenta um enfermeiro.

O grupo é formado por vários profissionais e todos sabem sua função. Trabalhamos em sintonia, cada atitude com o paciente é anotada e comentada para que possamos aplicar as medicações e tratamento correto. Precisamos de todos os profissionais para a melhora do paciente; as decisões da equipe multiprofissional do SPA são seguidas minuciosamente aqui na ECP, e completamos o tratamento do paciente com todas as precauções. Acreditamos no retorno do paciente à sociedade. Um paciente tratado e capaz de exercer suas atividades (Psiquiatra).

A equipe médica acredita que todas as suas medidas são tomadas em vista da melhoria do paciente. Estão cientes de que estão fazendo o melhor, e que esse trabalho em equipe é fundamental para que o paciente obtenha sucesso no tratamento e uma rápida recuperação.

A função do profissional da saúde é tratar a doença com remédios, oficinas e terapias. Assim se constrói um caminho de “cura” para o paciente. É verdade que alguns pacientes se queixam da forma como são tratados, mas esse é o melhor tratamento em todo Maranhão; nós somos referências. Cuidamos com amor e com compaixão (Técnico em enfermagem).

A internação é um dos piores momentos na vida do paciente, mas fazemos o possível para que esse momento tenha atividades de lazer, para que a vida dele não seja só a enfermagem e remédios. Cuidamos do corpo e da mente com atividades lúdicas e físicas, queremos que eles tenham o melhor tratamento nessa passagem difícil e contamos com a ajuda do familiar. Sem eles não temos como dar um tratamento humanizado (Terapeuta Ocupacional).

A internação psiquiátrica é um momento dolorido a família e ao paciente. São dias de isolamento do seio familiar e da sociedade. Nosso papel é dialogar com a família e o paciente para que este momento seja o menos penoso possível. Quando há esta relação de diálogo entre nós e a família com o paciente, o tratamento é mais eficaz e o mais rápido possível. Este paciente estará na sociedade, executando suas atividades como qualquer outro indivíduo (Psiquiatra).

Os profissionais da saúde mental do Hospital Nina Rodrigues, buscam oferecer um tratamento humanizado. É isso que boa parte deles descrevem na entrevista; acreditam que os procedimentos dados aos pacientes são os mais justos e corretos, propõem um tratamento com atividades lúdicas que ajudam a melhorar corpo e mente, mas o principal, para um resultado positivo é o apoio da família que é fundamental.

Pensando na perspectiva médica, a família é importante sempre que acene positivamente ao que é colocado pelo médico. Ao questionar o posicionamento do médico, o discurso de que o papel da família é importante muda de figura. Aqui vale pensar quem são essas famílias que questionam o parecer médico. Não é qualquer familiar que questiona a forma de tratamento. Geralmente são pessoas com nível escolar superior, ou que apresente um capital econômico e cultural mais elevado. São empresários, professores universitários, entre outros. Logo, a discordância supõe todo um conhecimento que a família pode mobilizar quanto ao processo de internação e ao tratamento terapêutico. Ou melhor, para discordar ou questionar o posicionamento de um médico é necessário ter uma noção deste conhecimento. Claro que em um caso ou em outro há um questionamento de um familiar de classe mais simples, entretanto, o médico sabe manejar este tipo de situação.

Na classe baixa o poder médico é manifestado mais fortemente devido algumas barreiras como o discurso médico. A linguagem médica é quase que inacessível. O médico em várias ocasiões a utiliza como forma de mostrar e manter seu saber e poder. No que diz respeito à autoridade do poder médico, esse quando se trata das classes populares quase não há um questionamento, suas indicações são dadas e recebidas de forma confiante, ingênua e modesta. Boltanski (1984) compara com o poder religioso, ou seja, o médico detentor do conhecimento e dos segredos que são inacessíveis aos profanos. Os médicos usam de estratégias possíveis, mas em diferentes graus quando segundo a classe social do doente, fazendo reconhecer sua autoridade como médico e que o doente e familiares aceitam a sua toda poderosa vontade médica (BOLTANSKI,1984).

As barreiras linguísticas separam o médico da família e do doente de classes populares e marca o predomínio médico. O vocabulário especializado do médico o distancia da classe popular. As palavras incompreensivas do médico, podem evitar que este dê algum tipo de explicação, ou uma explicação rápida e mostra uma segregação que, no caso das classes superiores, os médicos dão uma explicação mais longa já que para os das classes superiores são bastantes evoluídos para compreender o que vai ser explicado (BOLTANSKI, 1994, p.25).

Há várias formas de interpretar tal dominação. No entanto, é relevante para este trabalho trazer aqui um esboço da perspectiva de Bourdieu (2008). De acordo com este autor, a instituição escolar institui fronteiras sociais, ou mesmo uma ruptura ritual, uma fronteira mágica entre aquele que possui o título escolar e aquele que não possui, e que separa estes dois grupos por uma diferença quase que de natureza, marcada pelo direito de usar um título. Nesse sentido, a classificação escolar é sempre um ato de ordenação do mundo social, onde pessoas são separadas por uma diferença que se apresenta como uma essência e, por conseguinte, são legitimadas para dominar.

A partir dessa perspectiva de Bourdieu, pode-se afirmar que um dos fundamentos da dominação da equipe dirigente ou equipe médica sobre os internados é justamente a legitimidade e reconhecimento social. Assim como o prestígio social das profissões e instituições médicas, advindas do título escolar, que legitima o exercício e a autoridade de um veredito profissional.

Por outro lado, ao analisar estes grupos e as relações de dominação estabelecidas entre eles, tomando por base Norbert Elias, é possível afirmar que dentro de uma instituição total existe uma configuração polarizada entre Estabelecidos - *Outsiders*, já que há relações de poder dentro desta “comunidade”, onde o “grupo dos estabelecidos atribui a seus membros características humanas superiores” (ELIAS, 2009, p.20). Ao relacionar com o que afirma Goffman, o grupo de dirigente pode ser classificado como os Estabelecidos mediante aos pacientes – *os outsiders*. Elias afirma que os Estabelecidos “excluíam todos os membros do outro grupo do contato social” (ELIAS, 2009, p.20) e o grupo dos estabelecidos criam uma estigmatização do grupo dominado, que se torna possível porque “um grupo só pode estigmatizar outro com eficácia quando está bem instalado em posições de poder das quais o grupo estigmatizado é excluído” (ELIAS, 2009, p.23). O grupo estabelecido “tende a se modelar em seu setor exemplar mais “nômico” ou Normativo – na minoria de se seus “melhores” membros” (ELIAS, 2009, p.23).

Sobre o diagnóstico pôde-se observar que ele é aceito com facilidade e sem questionamento do paciente e seu familiar. Em discurso de muitos familiares de paciente eles dizem: “*é o médico; o que podemos fazer? Só nos resta aceitar, por mais que doa, ele estudou para isso*” (familiar). Essa situação revela e faz pensar no que Foucault já havia afirmado:

O diploma serve apenas para constituir uma espécie de valor mercantil do saber. Isso permite também que os não possuidores de diplomas acreditem não ter direito de saber ou não serem capazes de saber. Todas as pessoas que adquirem um diploma sabem que ele nada lhe serve, não tem conteúdo, é

vazio. Em contrapartida, os que não têm diploma dão-lhes um sentido pleno. Acho que o diploma foi feito precisamente para os que não têm (FOUCAULT, 2011, p. 35).

A equipe médica de “nível alto”, seus membros são mais qualificados, pois são mais escolarizados. Por disporem de um poder superior aos outros, estimam que seus discursos não devem ser questionados; que o médico é detentor de todo conhecimento, e por isso legitimidade para aplicar qualquer diagnóstico. Quando há resistência por parte de algum familiar eles são enfáticos em manifestar suas posições.

“A família deve compreender que toda medicação dada, toda forma de conduzir a internação são qualificados por anos de estudos. Nenhum parecer médico é dado sem capacidade; são dados por um conhecimento vasto. O papel da família é apoiar, não questionar; questionamentos atrapalham o tratamento” (Psicóloga).

“Somos qualificados a dar diagnósticos, passar receita e indicar o melhor tratamento, seja uma internação curta ou longa, seja só medicamentos. Somos capacitados a proceder assim. Eu coloco até como imaturidade da família questionar qualquer procedimento nosso. Primeiro porque nós temos o conhecimento, segundo, temos o aval que nossas medidas são tomadas de acordo com as leis cabíveis” (Médico Psiquiatra).

Durante a pesquisa, a equipe médica foi questionada sobre seus pontos de vista sobre o diagnóstico de “loucura”, as dificuldades que se passa, a questão do convívio depois da passagem pelo hospital. Os relatos de um médico e de um enfermeiro transcritos abaixo buscam responder nossas indagações.

“Louco” virou uma palavra pejorativa e de certo modo genérica para todo indivíduo que foge, por menor que seja dos padrões considerados “normais”, estabelecidos pela sociedade. A partir do momento em que o indivíduo começa a proporcionar prejuízo pessoal, familiar e social, aí sim! Ele é um portador de transtorno mental. A criação da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) está fazendo com que cada vez mais, portadores de transtornos mentais voluntariamente estão procurando os serviços e reconhecendo sua situação e fazendo parte de um processo de diminuição do preconceito e da intolerância. O sucesso do tratamento fará com que ele melhore sua situação social (Médico Psiquiatra).

...Tem aqueles pacientes crônicos impossíveis de ressocializar e outros em que aplicando o tratamento adequado e corretamente têm a possibilidade de voltar à sociedade sem oferecer perigo. O preconceito ainda é muito presente na sociedade. A função de um hospital psiquiátrico é proporcionar meios aos pacientes que possam ajudá-lo a entender junto à família o que está ocorrendo e assim estabelecer medidas de melhoras e fazer com que esses indivíduos tenham algum papel na sociedade. Então, a função social é

de suma importância e tem que ser aplicada junto à Reforma Psiquiátrica que vem ocorrendo a passos lentos ao longo dos anos. No entanto, alguns hospitais têm funcionado como um depósito de pacientes com os mais diversos tipos de problemas psiquiátricos sendo entupidos de remédios e dopados (Enfermeiro).

Os discursos desses dois agentes sociais entrevistados, membros da equipe médica, revelam algumas questões de extrema relevância para esse trabalho quando se trata do processo de internação. Em primeiro lugar, médico e enfermeiro usam palavras diferentes – “prejuízo” e “perigoso”, para tratar da relação que um paciente com transtorno mental pode estabelecer com a sociedade mais ampla.

Essa perspectiva mostra que aqueles classificados como doentes mentais são *outsiders* numa configuração mais ampla, ou seja, em relação aos “normais” – estabelecidos – da sociedade de forma geral. Quando transpostos para o mundo dos hospitais ou clínicas psiquiátricas, ou para o mundo das Instituições Totais, esses mesmos agentes sociais continuam a ser *outsiders*, desta vez em relação aos estabelecidos da equipe médica. A questão central aqui é que as categorias “prejuízo” e “perigoso” revelam que retirar esses agentes sociais do convívio social mais amplo é uma forma de preservação da ordem social que está posta.

Além disso, retornando aos discursos dos dois membros da equipe médica, outras duas questões merecem destaques. Uma diz respeito à perspectiva dos dois sobre a possibilidade da volta do paciente para o convívio social após o tratamento adequado. Em nenhum momento é uma questão para a equipe médica os efeitos sobre o paciente de uma passagem por uma clínica ou hospital psiquiátrico.

A outra questão concerne ao preconceito. Para os dois, este é fruto da sociedade, não havendo responsabilidade ou contribuição da classificação médica para isso. No entanto, a questão que precisa ser colocada aqui é a legitimidade e autoridade do discurso científico que vêm tanto do título escolar quanto da linguagem especializada que só é compreendida pelos profissionais. Ou seja, esse monopólio de um saber é parte da força da autoridade do discurso, ao mesmo tempo em que impede que uma compreensão mais adequada seja generalizada, o que contribui com ideias preconceituosas ou para que os estigmas sejam reforçados socialmente.

Cabe agora algumas reflexões sobre a medicação. Mesmo o paciente não estando no processo de internação, ele tem comportamento similar ao de quem passa pela internação, pois em casa segue regras, planejamentos e vive em dependência de remédios, seja por um

período longo ou curto, assim como dentro do hospital o internado passa por este processo similar. Na maioria das vezes o remédio é uma maneira que a equipe dirigente tem de ter controle sobre o paciente mesmo distante:

Ainda pela manhã eu sinto a ação dos remédios e é difícil me manter acordada para fazer as atividades para as aulas à tarde. E à noite não dá mesmo por causa do rivotril. Também sinto um cansaço frequente, como se dormir não repusesse minhas energias. Não sei se tudo isso se deve a medicação ou só a ela, mas recordo-me de quando não tomava e eu era uma pessoa bem mais disposta, não precisava me esforçar tanto para fazer tarefas simples como cuidar da casa ou pegar um ônibus. No mais, eu acho que a medicação me ajuda mais do que atrapalha (Paciente).

Neste relato, é claro o discurso de quem tem a vida regrada e controlada direta ou indiretamente por uma equipe que aplica uma determinada medicação. Para tal melhoria, porém, o paciente sente-se completamente indisposto, mas tem um discurso a favor do remédio, porque foi passado pela equipe profissional do hospital.

Essa postura ambígua do paciente em relação à medicação pode suscitar outras questões relevantes. Primeiro, pode ser interpretado como uma reprodução num aspecto microcômico que segundo Weber (2012), de forma mais geral, nas sociedades modernas predomina a “crença na legitimidade no papel”. Dito de outro modo, na construção típico ideal de Weber sobre três tipos puros de dominação legítima, aquela que se enquadraria nesta situação onde temos uma instituição com um quadro administrativo seria aquela que ele chamou de dominação legal/racional. O poder médico é legal. O paciente acredita fielmente na legitimidade do papel do médico; a dominação do médico é baseada em uma legitimidade de estudos, títulos e certificações.

Essa situação social corrobora também com a perspectiva de Bourdieu (2011) de que as relações de comunicação, que são ao mesmo tempo relações de poder que dependem do poder material e simbólico que os agentes possuem, são instrumentos de imposição e legitimação da dominação, que, por sua vez, não podem ser vistos como autossuficientes ou autogerados, tendo em vista que são produzidos e reproduzidos por especialista e apropriados e reapropriados pelos não especialistas.

CAPÍTULO IV

4. A CARREIRA MORAL DO DOENTE MENTAL

Conforme Goffman, o conceito de “carreira” permite considerar mudanças temporais básicas e comuns aos participantes de uma categoria social, embora ocorra de modo independente para cada um deles. Nos termos do autor, a carreira está, de um lado, ligada à esfera íntima do sujeito, à imagem projetada de si para si mesmo; e, de outro, à posição oficial que ocupa no interior das relações sociais e jurídicas, por meio de um estilo de vida que compõe um complexo institucional acessível ao público, exprimindo sua condição formal. Assim ela transita do público ao privado e vice-versa, entre o sujeito e sua sociedade significativa (GOFFMAN, 2015a, p.112).

A carreira moral de um indivíduo determina uma “sequência padronizada de mudanças em sua maneira de colocar os “eus”. Estes “eus” sofrem fortes influências do sistema institucional, como de um hospital psiquiátrico, e pelas relações de poder das pessoas e profissionais, que contribuem para uma produção de estigma que marca fortemente o “eu”. O “eu”, segundo Goffman, “se insere nas disposições que um sistema social estabelece para seus participantes” (GOFFMAN, 2015a, p. 140). Assim, compreende que: “Eu” não é uma propriedade da pessoa à qual é atribuído, mas reside no padrão de controle social que é exercido pela pessoa e por aqueles que a cercam. Pode-se dizer que esse tipo de disposição social não apenas apoia, mas constitui o eu (GOFFMAN, 2015a, p.142).

Logo, a passagem do ator social pela instituição leva à construção da carreira moral a uma mudança no “eu” deste ator, mostrando que em nossa sociedade, a instituição total “são estufas para mudar pessoas, cada uma é um experimento natural sobre o que se pode fazer ao “eu”” (GOFFMAN, 2015a, p.22).

Dessa maneira, Goffman apresenta que o termo carreira tem sido apresentado tradicionalmente no intuito de caracterizar indivíduos que esperam “atingir postos ascendentes de uma profissão respeitável”. Esse termo tem sido ampliado por diversos autores. No caso goffmaniano é cunhado no sentido de trajetória percorrida por um indivíduo durante toda vida. Não se trata aqui de fazer uma comparação com a trajetória de Bourdieu que neste é incluído os *habitus* adquiridos e de origem, os campos e capitais e disposição. Cabe, contudo, estabelecer uma aproximação entre Bourdieu e Goffman no sentido que a trajetória de Bourdieu pode vim de uma ascensão ou de um declínio, assim como, a carreira

do Goffman pode ser brilhante ou decepcionante e é nesses aspectos que Goffman considera a carreira do “doente mental”. A carreira moral é um o processo individual do estigmatizado de ajustamento “de mudança na concepção do seu eu e aponta para a semelhança que existe na carreira moral das pessoas que possuem um mesmo estigma” (GOFFMAN, 2015b, p.32).

A carreira do doente mental será entendida em um sentido rigoroso. Nesta concepção a “interpretação psiquiátrica” que o indivíduo passa a ter de si, torna-se significativa, no momento que essa interpretação altera seu destino social. Essa alteração passa a ser fundamental quando o indivíduo passa pelo processo de internação. Isso nos remete à ideia de que o sentido de carreira de Goffman é ambivalente, porque permite que o indivíduo percorra o público e o privado, “entre o eu e sua sociedade significativa, sem precisar depender manifestamente de dados a respeito do que a pessoa diz que imagina ser” (GOFFMAN, 2015a, p. 112). Percebe-se nessa concepção uma diferença entre a forma que os “doentes mentais” enxergam a sua relação com a “doença mental” e a forma com que o senso comum mais cristalizado e generalizado “percebe” aqueles com problemas mentais.

Ao destacar o conceito de carreira, a pretensão do autor é analisar a carreira moral do “doente mental”. Pode-se ver esta análise em dois momentos: *Manicômios, prisões e conventos* (2015a) e *Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (2015b). Goffman enfatiza “os aspectos morais da carreira – isto é, sequência regular de mudanças que provoca no eu da pessoa e em seu esquema de imagens para julgar a si mesma e aos outros” (GOFFMAN, 2015a, p.11).No que tange à carreira do doente mental, este autor apresenta três fases: pré-paciente, internamento e ex-doente, podendo ainda haver um reinternamento (NUNES, 2009). Pessoas que não passaram por esse percurso, apenas tomam remédios, ou consultas rotineiras, não se encaixam na categoria de carreiras de “doentes mentais” analisadas pela perspectiva goffmaniana. A carreira do doente mental é pautada por esse eixo. Neste processo ocorrem os estigmas que estão vinculados à carreira moral do ator. Uma das principais características para a carreira do “doente mental” é lidar com o estigma que é muitas vezes produzido e reforçado na instituição e que no momento do pós-internamento é intensificado. (GOFFMAN 2015a; GOFFMAN, 2015b).

Existe um ponto importante para o estudo das sociologias das carreiras: é a “interpretação que o indivíduo constrói quando olha retrospectivamente para seu progresso”. Para Goffman um ator categorizado como “doente mental” em todas as fases da carreira faz uma interpretação de sua passagem na instituição psiquiátrica, mesmo como apenas pré-paciente. Aquele que adentra ao hospital passa por uma triagem, devendo responder uma série

de perguntas e um pré-diagnóstico, uma quantidade de medicamentos, até ser instituído como interno (GOFFMAN, 2015a, p.125).

Para atentar-se na carreira moral do doente mental é preciso entender que ele é possuidor de um estigma, que é adquirido após a entrada na instituição. Claro que muitos estigmas não precisam da certificação institucional para se constituir, mas o estigma “doente mental” é reforçado e confirmado na internação. Logo, pacientes e familiares tentam esconder este processo. Em alguns casos extremos esconde: a internação e o paciente, mas em boa parte dos casos é a internação a principal característica que deve ser escondida, por ela reforçar e legitimar o estigma mental.

Nos muitos casos em que a estigmatização do indivíduo está associada com sua admissão a uma instituição de custódia, como uma prisão, um sanatório ou um orfanato, a maior parte do que ele aprende sobre o seu estigma ser-lhe-á transmitida durante o prolongado contato íntimo com aqueles que irão transformar-se em seus companheiros de infortúnio (GOFFMAN, 2015b, p. 34).

Para Goffman o estigma é um termo que representa marca ou impressão como indicativo de uma degenerescência, como mal, loucura e doença; na Antiguidade clássica, o estigma avisava nitidamente quando se era um escravo, criminoso ou um ser humano que deveria ser evitado; na era Cristã o estigma partia por dois vieses: um de natureza divina em que o estigma era graça divina, outro em que era uma alusão médica de distúrbio físico. Com o passar do tempo a palavra estigma passou a ser classificada como categoria vista antes para degradação, exclusão e identificação para qualquer defeito (GOFFMAN, 2015b, p.8).

O termo estigma, portanto, será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo, mas o que é preciso, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos. Um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto ele não é, em si mesmo, nem horroroso nem desonroso (GOFFMAN, 2015b, p. 6).

Analisando esta afirmação de Goffman passa-se a compreender a relação estigmatizado-normal, onde “os papéis de estigmatizado e normal não são simplesmente complementares, mas exibem ainda paralelos e semelhanças surpreendentes” (GOFFMAN, 2015b, p.144).

Assim a carreira moral definida por Goffman trata-se de um conceito especialmente útil para a compreensão de como a trajetória dos doentes mentais pelas instituições de enfrentamento da loucura realiza uma espécie de reordenação moral. Assim, o conceito de

carreira moral reflete a observação de que o percurso de homens e mulheres por instituições, tais como instituições psiquiátricas e seus serviços exercem impacto significativo sobre a reconstrução da pessoa – por intermédio da construção gradual de sua identificação como indivíduo- doente e da loucura como doença.

Este quarto capítulo tem como objetivo perceber os efeitos da passagem por uma Instituição Total, especificamente clínicas ou hospital psiquiátrico, na produção de agentes sociais estigmatizados e como essa passagem afeta a carreira moral deste ator social. Para isso serão analisadas aqui entrevistas realizadas com agentes que já estiveram uma ou mais vezes em situações de internação.

Assim, este capítulo está dividido em três seções: na primeira seção tratar-se-á de acrescentar algumas notas sobre a carreira dos entrevistados dentro e fora do hospital; na segunda seção, das resistências para sobreviver à internação e como alguns pacientes passam por um processo de mortificação ou semimortificação; e na terceira seção, de estigma e medicação.

4.1. CARREIRAS

Estes agentes que passaram pelo processo de internação e receberam o diagnóstico de “doente mental” deixam claro em suas falas, o problema que os levou à internação. Eles relatam sobre suas medicações e apresentam problemas diferentes, mas com medicações semelhantes. Quando perguntados por que estão ali, as respostas são: “problemas mentais”.

É um aspecto relevante o fato de que os entrevistados utilizam o termo “portadores” de doença mental, o que pode indicar uma percepção compartilhada da “doença mental” como algo que não faz parte da sua “natureza”, ou seja, como algo passageiro na vida desses agentes. Assim como outros tipos de doenças são vistas como exteriores ao corpo dos agentes sociais e, portanto, passíveis de serem tratadas ou eliminadas, essa percepção parece ir à contramão da percepção do senso comum sobre os “loucos” ou “doentes mentais”, que tende a considerar a “doença mental” como algo quase como inato a esses agentes sociais.

Essa forma de interpretar, para além de sugerir a substituição de uma percepção de um senso comum (mais geral e cristalizado historicamente na sociedade) por outro (dos próprios agentes sociais estigmatizados), pode indicar que num espaço social interpretado analiticamente como um espaço hierarquizado onde diferentes agentes sociais lutam pelo monopólio das classificações legítimas (BOURDIEU,2011), os agentes sociais estigmatizados

buscam ao utilizar o termo “portador”, apresentar sua autoimagem de forma positiva (GOFFMAN, 2015b), tentando reverter o estigma, consciente ou inconscientemente, ao menos no nível do discurso.

Durante as entrevistas buscou-se analisar cada perfil para entender o processo de classificação médica. Durante o processo de observação pode-se perceber que grande parte dos internados demonstra ser de classes variadas, mas essa avaliação foi feita por observação e conversas com os pacientes selecionados.

Para compreender o processo de classificação e como este influencia diretamente na produção do estigma, partiu-se da análise de cada agente, começando por sua identificação, escolaridade, família e idade, para compreendermos o processo de identificação daquele agente social que sai de uma sociedade ampla, por não ser caracterizado como normal e começa a participar de uma sociedade mais restrita onde está com os seus iguais, porque essa sociedade ampla mostra características que devem ser seguidas, e caso o agente se torne anônimo ele é incluindo em uma “Instituição Total” que serve para corrigir este sujeito.

Para este capítulo foram selecionados três interlocutores que acrescentam muito sobre a carreira do “doente mental”. Quando entrevistado, para falar de sua condição após as internações, um interlocutor disse: *“A vida não é a mesma depois de uma internação, minha vida mudou muito depois que fiquei internado, as pessoas me julgam pela minha doença”* (Pedro). Outra se lamentando das marcas deixadas pelo Hospital Nina Rodrigues, enfatiza: *“Elas podem ser invisíveis, mas são reais e existem as marcas visíveis que também são mais reais, elas mostram a dor, a presença e a ausência”* (Patrícia).

Tanto Pedro quanto Patrícia falam de um lugar muito particular e suas carreiras morais foram construídas em quatro fases: foram pré-pacientes, internados, ex-doentes e reinternados. De acordo com eles, a fase mais difícil é a de ex-doente, na maioria das vezes é decepcionante: *“estamos de cara a cara com alguém que sempre nos evidencia nossa anormalidade”*. Patrícia uma jovem de 31 anos, na sua terceira internação, era estudante de Psicologia na Universidade Federal do Maranhão e filha de professores universitários. Ela ressalta que sua maior aflição é a de alguém saber que ela já foi internada. *Está internada é mais fácil do que ser uma ex-interna. Não que seja fácil estar internada, mas você sabe onde está e sabe que está entre iguais. Ninguém sabe da tua “anormalidade”, ou melhor, aqui [hospital, grifo meu], eu sou normal* (Patrícia).

Pedro, um jovem de 35 anos, formado em Publicidade, em Brasília-DF, veio para o Maranhão em 2014, na finalidade de ajudar os pais que já estavam morando em São Luís. Sua

mãe é formada em Relações Públicas e o pai é administrador. O jovem deu entrada no hospital por causa de um surto psicótico. Segundo ele, o termo não é esse. Ele estava agressivo, mas os médicos precisam de um pré-diagnóstico. O dele foi emitido como sendo o de surto psicótico. Pedro veio para o Hospital Nina Rodrigues pelo Carro de Bombeiros, não precisou de algemas e nem ser amarrado, mas foi dopado. Perguntado sobre o depois, ele disse:

O depois vem os olhares, vem os preconceitos. Está aqui não é ruim, porque aqui tu sabes quem tu és e faz parte da tua vida. O depois é outra vida, outro ciclo. Eu chamo de inferno, mas acho que só é a vida, a vida real, em preto e branco. Aqui tu és regrado por normas, lá fora você é regrado pelo preconceito; aqui não se vê os remédios, lá fora tu és identificado e marcado (Pedro).

Esses depoimentos durante a pesquisa de campo nos levaram a pensar a partir de Goffman em “Manicômios, prisões e conventos” (2015a) e “Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada” (2015b), no conceito de ‘carreira moral’. Para quem tem uma carreira como a carreira do “doente mental” estar com os seus é mais fácil de viver do que com os que são diferentes de você, mesmo que seja a família. Um grupo interage de forma mais dinâmica quando estes estão com os seus, mesmo se esse grupo de internos, não pode ser comparado com uma equipe, como a equipe dirigente. Dentro da instituição psiquiátrica, os pacientes não são considerados uma *equipe*, pois na perspectiva goffmaniana para ser *equipe* é necessário apoio, união e reciprocidade. Na equipe médica sempre há um acordo no grupo. As decisões tomadas sobre qualquer paciente por uma equipe são sempre respeitadas pelo grupo de um novo turno. Esta equipe apoia uns aos outros, concorda entre si, os internos/pacientes utilizam de expertises para conviver e viver dentro da instituição. Apesar de estarem entre iguais alguns deixam claramente evidente sua vontade de ter uma condição melhor dentro da instituição (GOFFMAN, 2015a).

O esforço aqui é tentar mostrar como que a passagem pela instituição contribui na construção da carreira moral do indivíduo. Todo homem nasce, cresce e morre durante esse processo. Vários ciclos constituem a trajetória desse homem. A carreira moral, forjada por Goffman, como vimos, encontra sua herança nos trabalhos de Everett C. Hughes (2005). Este propõe uma percepção de carreira moldada por ciclos, atrelada à ideia de que a vida do indivíduo é realizada por fases, começando pelo próprio homem que nasce, vive e morre. Assim, na sociedade, a vida do ser humano está definida por suas relações com outros mundos, como escola, trabalho, lazer, que geram um ciclo escolar, universitário, trabalho e aposentadoria. Nesse sentido, segundo Hughes tais adições da vida do homem com grandes

ou pequenos eventos, formam sua carreira singular e são responsáveis pela causa de muitos de seus problemas. Portanto, para o referido autor, carreira “trata das fases e dos pontos de inflexão de toda a vida de um homem” (HUGHES, 2005, p.164).

Outra percepção que o autor coloca para dar ênfase à ideia de carreira de um homem são os calendários que demarcam os ciclos e determina as relações do homem com os meios institucionais. O “calendário incorpora a memória social”. Para Hughes “O calendário é a urdidura do tecido social, percorrendo longitudinalmente o tempo e carregando e preservando a trama, que é a estrutura das relações entre os homens e as coisas que nós chamamos de instituições” (HUGHES, 2005, p.169).

No Hospital Nina Rodrigues o calendário está onipresente. Ele está em todos os espaços internos e marcando o ritmo de vidas das pessoas, sendo visto na direção do hospital para marcar datas das reuniões importantes; no ambulatório para orientar os dias de consultas e doação dos remédios; no SPA para controlar a administração dos remédios; e na EPC, para que a equipe médica possa saber o dia de entrada e de saída de cada paciente. Vale observar, ainda, que os pacientes possuem seus próprios calendários. Para estes o calendário pode servir para contar os dias e prever quando terão alta; para outros pode representar preocupação: é o momento de “enfrentar o mundo real”. Para os considerados moradores é o pior símbolo do hospital, pois quanto mais o tempo passa “mais preso a gente fica”.

Eu estou muito feliz, pois amanhã é quinta, dia 20; eu vou sair daqui. Foram 50 dias, os piores da minha vida. Não sei como será lá em casa, não sei como será no serviço. Eu volto na segunda à minha vida normal de serviço, faculdade e casa. Eu preciso disso para viver; aqui não é vida, você só dorme, come e toma remédio. A televisão é no canal que eles querem; os passeios são limitados porque tem os PJ. Aqui é horrível, eu preciso da minha vida (Cristiane).

Cristiane passou 50 dias no hospital e relata: “vivi e vi de tudo que este local pode oferecer, não tenho vergonha de ter estado aqui, mas eu tenho medo do que as pessoas vão pensar de mim”. Ao receber alta, ela aceitou manutenção de contato para informar como tem sido depois dos 50 dias de internação. No primeiro reencontro Cristiane se apresentou com um sorriso meio forçado. Ao perguntar-lhe como estava ela respondeu que estava bem, mas que ao mesmo tempo é estranho esse encontro fora do Hospital. Para Cristiane, minha pessoa passou a ser uma dolorosa lembrança. Apesar disso, concedeu uma entrevista com depoimentos sobre o pós-internação:

Alívio! Eu saí da prisão. Eu não recomendo o lugar a ninguém. Olha que existem instituições piores! Mesmo dopada, contei os dias, as horas e os minutos para sair de lá. Os médicos foram maravilhosos; mas ali, a gente vê de tudo. E ainda dividimos espaços com o PJ, com policiais armados, outras pessoas que merecem estar ali (Cristiane).

Perguntada sobre de que forma a vida teria mudado, ela me respondeu:

Claro que muda! Tudo muda! Lá eu me sentia diferente dos demais. Aqui os outros acham que eu sou diferente deles. No serviço as pessoas repetem as coisas umas três vezes para ver se eu entendi. Eu já passei a responder: gente, eu sou louca, não sou surda (Cristiane).

É em tom de “brincadeiras” que Cristiane leva a vida depois de uma internação: “o estar quase livre aqui é muito melhor que o estar presa lá dentro”. Nesse sentido, a vida de Cristiane é diferente de Patrícia que vive escondendo a todo custo a sua passagem:

Já é difícil pra mim, a minha família saber, eu não posso alterar a voz, ou falar algo que me desagrade, que eles já acreditam que é um surto, ou resultado da minha loucura, as pessoas me acham um pássaro delicado, que a qualquer momento posso tirar a roupa e sair correndo (risos) (Patrícia)

Cristiane relata que às vezes em uma reunião de trabalho é preciso provar sua competência o quádruplo de vezes, por ser mulher, negra, da periferia e louca. Como se já não fosse difícil ser mulher e negra.

4.2. RESISTÊNCIAS E MORTIFICAÇÃO

Tanto dentro quanto fora do hospital os pacientes usam formas de resistências. As formas de resistências são várias, desde o silêncio, ou a obediência restrita à equipe médica dentro do hospital. Adotar o tratamento pessoal dispensado à equipe dirigente usando o termo ‘senhor’ ou ‘senhora’, demonstra uma aceitação das regras. Esse aspecto se torna uma forma de resistência, pois diminui os dias na instituição. Dispensar atenção ao que a equipe médica diz nas horas das visitas, dispor-se sentado na cama, responder o que é perguntado ao familiar, nunca ficar deitado durante as visitas, tomar o seu próprio banho, ler, conversar, passear, são expressões do caminho de como essas criatividade podem ser consideradas formas de resistência.

Resistência aqui é tomada como possibilidade de criar sentido para vida. Pessoas com problemas mentais resistem como estratégias de continuar a ter minimamente uma vida. Pacientes psiquiátricos em períodos de internação utilizam de criatividade para resistir; resistir é, neste aspecto, o oposto de reagir. Ao reagir, dá-se a resposta àquilo que “o poder” quer de nós; mas ao resistir, criam-se possibilidades de existência a partir de composições de forças inéditas. Resistir é, neste aspecto, sinônimo de criar.

Propõe-se, desse modo, pensar resistência na perspectiva foucaultiana e deleuziana, já que Foucault propõe pensar resistência como uma atividade da força que se subtrai das estratégias efetuadas pelas relações de forças do campo do poder. Esta atividade permite à força entrar em relação com outras forças oriundas de um lado de fora do “poder”. Forças do devir, da mudança do novo, que engendra possibilidades de vida (FOUCAULT, 2013).

Durante a observação, percebia-se que os pacientes na frente da equipe médica agiam de maneira diferente e pediam aos outros companheiros de enfermagem que agissem de maneiras estratégicas e criativas. Uma das principais atitudes dos pacientes era no momento da visita da equipe médica. Eles prontamente sentavam na maca, não de qualquer forma, sempre eretos, sempre vestidos, e olhando nos olhos da psiquiatra, sempre nos olhos dela, só mudavam o olhar se outro membro da equipe fizesse uma pergunta, o que é bem raro; quando a psiquiatra perguntava algo ela sempre dirigia o olhar ao familiar, o paciente sempre fazia questão de dizer algo, esperava o familiar falar primeiro para não dá a impressão de desespero e ao falar tentava ser o mais comedido e compreensível na fala. Às vezes brincava e sorria ponderadamente; jamais tentava rir demasiadamente.

Por isso é preciso dizer que as resistências são sempre mutáveis. Estão sempre se refazendo segundo os poderes que se atualizam na atualidade. Nesta inflexão, resistir é criar, para além das estratégias de poder, um tempo novo. Isso implica que as resistências devem ser avaliadas sempre a partir dos jogos que se efetuam na atualidade. Uma fala comum e sempre presente nas conversas era sobre o sono. Falar do sono é uma forma de ser tratado como “alguém”; o sono é a palavra chave para um olhar mais humano ao paciente, é sinal de melhora:

“Eu demorei muito para entender como as coisas funcionavam aqui; já estava há mais de 180 dias e não sabia o que fazer. Eu comecei a analisar as falas dos médicos e algumas frases eram repetidas em todas as visitas. Eu precisava sair daqui e usei isso como forma de conseguir minha alta, e consegui; até passaram a me tratar melhor. Este meu segredo, eu passei aos companheiros, sempre digo, destaque a bela noite de sono” (Pedro).

Resistir é criar, é possibilidade de estratégias para mudar. A resistência sustenta-se e reivindica a liberdade para seu exercício de criação e recriação ainda que apareça, na forma simplória, de uma recusa. Apoiar-se não em um lugar imaginário (ainda que o imagine), não em uma situação ideal, mas assenta-se na circunstância a qual combate. Apoiar-se na própria realidade. A resistência “não confronta o inimigo para impor a derrota”. Se a resistência é um combate, então, ela “é um combate particular”. Por isso, ela “luta com a adversidade, da qual o adversário é somente um substituto para enfraquecê-la e tornar fraco seu suporte”. A resistência “não busca a vitória, não se empenha em batalhas”. Mas, “através de uma dupla e lateral estratégia, desarma o inimigo com as próprias armas do inimigo” (FOUCAULT, 1994, p. 21).

Para Deleuze, resistência é re-existência. Resistir para existir. Assim, as pequenas atitudes dos pacientes do Hospital Nina Rodrigues, podem ser consideradas formas para resistir e reforçar sua existência. O simples fato de preferir tomar o banho sozinho, se vestir sozinho, conversar sobre seus problemas com a equipe médica, a forma de andar, sentar, falar são formas ou experiências subjetivas para experimentar uma liberdade futura (DELEUZE, 1996). Resistência, segundo Deleuze, é algo que vem de fora e nos atravessa, requer coragem, a resistência, se move como as artes, abrindo o caminho do possível, criando continuamente a vida. Esse sentido não se completa, não se encerra em si mesmo. É algo que se pratica (DELEUZE, 1992; 1996). Podemos encontrar eco dessa assertiva nos depoimentos de uma informante:

Todos os dias é uma luta diária. Eu preciso provar todos os dias o quanto eu estou apta a sair; criei uma rotina aqui no hospital. Minha rotina, sobrevivência, e isso é bom, recebo elogios constantemente. A minha tão sonhada liberdade chegou, mas não pensa que foi fácil chegar nesse momento, eu criei estratégias para sobreviver e viver (Patrícia).

Deleuze acrescenta ainda em suas obras quando trata de resistência, que esta palavra pode ser afetada por várias formas de criatividade, porque a criatividade leva à possibilidade de uma liberdade. Deleuze não pensa apenas na resistência coletiva, ela é importante e necessária, mas estuda também a resistência individual. A criatividade por pessoa, o que se pode observar no cotidiano do hospital, são pequenas criatividade para o re-existir.

Resistência não se reduz a uma reação ao poder, porque ela é efetiva ao criar as possibilidades de vida fora do poder (DELEUZE, 2009; 1996). A vida, enquanto potência é contrária ao poder. Essa noção é explanada por Stengers (2000, p.1): “Se a resistência se torna

poder de vida, poder vital, segundo Deleuze, ela pode ser resistência ao poder, mas não pode se deixar definir por um objeto que seria o poder”.

Resistência é agenciada como criação das possibilidades de vida que não se deixa definir pelo poder ou em relação a ele. “Esse sentido não se completa, não se encerra em si mesmo. É algo que se pratica. Não é definido de uma vez por todas e de modo consensual”. (VIEIRA, 2015, p.15).

Deste modo, pode-se entender melhor as “figuras de resistência” selecionadas por Deleuze, tanto quanto – algumas vezes – por Foucault. Estas não são figuras de revolta heroica “contrárias à injustiça, ou figuras de combate contrárias à opressão”. São figuras de uma existência anônima e originária, as quais são trazidas, apesar de elas mesmas, para uma visível ou nãovisível confrontação com o poder. Essas figuras “são restauradas ou dissolvidas pelos infinitos e impessoais escritos de uma vida” (DELEUZE, 1998 p. 27).

É possível afirmar que dentro de uma instituição total como um hospital psiquiátrico, formas simples que para fora dos muros podem ser vistas como obediência, comportamento, controle, são formas de resistir para sair ou sobreviver. São formas de reconexão com o mundo e com as pessoas. O indivíduo precisa se despir do mundo anterior, mas esse despir não é total, ele não se torna aculturado, ele resiste para voltar a esse mundo do qual é afastado por um determinado tempo (GOFFMAN, 2015a).

Patrícia, Pedro e Cristiane mostram as várias facetas de como é uma vida pós-internação. Pedro afirma que “*é necessário esconder quem é, mas ser um ex-interno é melhor que interno*”. A vida fora do Hospital Nina Rodrigues tem suas limitações, mas também tem suas vantagens: “*Preso. este é o sentimento de estar lá [Hospital Nina Rodrigues, grifo meu]; tu não sai a hora que quer e lá somos presos duas vezes, estamos presos pela doença e presos na enfermaria, porque não temos como sair quando os pjs estão passeando.*”

Cristiane usa de pequenas artimanhas para continuar a viver empregada em um país tão desigual. Mais uma vez podemos postular que indivíduos com transtornos mentais usam determinadas formas de resistência. Cristiane ressalta que para se manter empregada, usa de estratégias como chegar cedo, a ser a última a sair; procura estar sempre arrumada, e sorridente. São estratégias de resistências para continuar empregada depois de um período em que sua sanidade foi questionada.

Para Pedro, nosso outro entrevistado, “*Toda vida é afetada, quando se passa por uma situação dessas*”. Para Patrícia: “*Não se apaga; isso faz parte da tua vida*”. Em toda a trajetória pode ocorrer uma ascensão ou um declínio. Toda carreira pode ter sucessos e

fracassos, não há como considerar a passagem pela instituição brilhante, mas há de considerar decepções e fracassos. O primeiro e o mais fatal fracasso na carreira do “doente mental” é a “mortificação do eu” (GOFFMAN, 2015a).

Durante muito tempo, nas clínicas de internações, uma das principais características de uma instituição total é a mortificação do eu do indivíduo internado. A mortificação “são reduções do eu”, segundo Goffman:

A mortificação seja complementada pela automortificação, as restrições pela renúncia, as pancadas pela autoflagelação, a inquisição pela confissão. Como os estabelecimentos religiosos se interessam explicitamente pelo processo de mortificação, tem um valor específico para o estudioso. Nos campos de concentrações algumas mortificações parecem ser organizadas apenas ou principalmente pelo seu poder de mortificação. Em muitas outras instituições totais, as mortificações são oficialmente racionalizadas com outros fundamentos tais como, por exemplo, higiene, responsabilidade pela vida, capacidade de combate, seguranças (GOFFMAN, 2015, p.44).

Antes da Reforma Psiquiátrica, todo indivíduo internado passava por um processo de mortificação. Todo o eu era desfeito, o indivíduo perdia o seu ser, completamente afastado de família, amigos, ele era desmembrado. Um desmembramento mental e, em alguns casos, físicos. O desmembramento do indivíduo internado começava com o afastamento do lar, depois “medidas médicas” que comprometiam o raciocínio lógico. O indivíduo acabava sem nenhuma condição de vida, viviam em condições sub-humanas sem roupas, sem comidas, sem mente.

Depois da Reforma Psiquiátrica, por volta da década de 1990, em que o lema era “*libertar e lembrar*” dos anos de desmembramento para que nunca mais voltasse a acontecer, pode-se considerar que a mortificação do eu em alguns casos ainda persiste. Em outros, ocorre o que pode-se chamar aqui de semimortificação. Durante a pesquisa de campo pode-se observar que no Hospital Nina Rodrigues ocorre uma semimortificação. Os pacientes resistem e insistem em um devir. O momento da internação é uma transformação em sua vida, mas não apaga totalmente o eu do que foi sua vida antes da internação. Como relata nossa informante: “*Eu preciso voltar à vida que deixei. Voltar à minha rotina, voltar para as coisas que eu tinha antes. Mesmo com todos os olhares, eu preciso voltar. A minha vida continua, meu trabalho está lá, precisam de mim e eu preciso do trabalho*” (Cristiane).

A resistência funciona para manter a reconexão com a vida passada. O contato com a família, a alimentação vinda do familiar, a consciência do bom comportamento para uma internação mais curta, o banhar sozinho, o ouvir a informação da visita da equipe médicas,

uso de celulares, tudo isso faz com que o indivíduo não seja totalmente mortificado. Postula-se aqui que o Hospital Nina Rodrigues semimortifica os pacientes.

Segundo Benelli (2014) as instituições totais, de acordo com Goffman, não promovem uma substituição cultural completa, mas a permanência do interno na instituição. Disso ocorre uma perda de vivência cultural que o torna temporariamente incapaz de enfrentar alguns aspectos de sua vida diária na vida cotidiana. Para o interno a significação de estar dentro não existe independentemente de estar fora. “As instituições totais mantêm um tipo específico de tensão entre o mundo doméstico e o propriamente institucional, usando essa tensão persistente como uma força estratégica no controle dos homens” (BENELLI, 2014, p. 27).

Entretanto, é importante ressaltar que em São Luís do Maranhão ainda existem ambientes que contribuem para a mortificação nestes ambientes. O indivíduo perde toda a sua capacidade de ter uma relação com o “lado de fora”; há uma extinção do seu mundo externo. Não há uma possibilidade de volta ao seu mundo doméstico. Encontra-se a “mortificação do eu” nas clínicas conveniadas, casas terapêuticas e o “depósito” (anexo do Hospital Nina Rodrigues). Nesses locais enxerga-se de forma clara a mortificação total do “eu” do indivíduo:

O Nina Rodrigues é muito bom com os pacientes. Eu acho que nem se deva reclamar daqui; aqui a pessoa tem liberdade de andar, pode comer a comida trazida de casa, usar só uma parte do uniforme. Enquanto nas outras instituições as pessoas não têm nem consciência de si, vivem num mundo completamente diferente. Lá são abandonados pela família, vivem sujos, vivem transtornados, não reconhecem ninguém; lá é um hospício (Médica residente em psiquiatria).

Eu trabalhei nessa clínica e posso afirmar: é uma verdadeira barbárie. Aqui é muito bom, deixamos o paciente falar o que sente, o que pensa. Lá não se ouve ninguém, olhamos os pacientes babando, nus, dormindo no chão... (Médica psiquiátrica)

Alguns pacientes, que hoje estão internados no Hospital Nina Rodrigues, mas que já passaram por outras internações e em outros lugares como nas clínicas particulares do Estado, ressaltam a dificuldade de estarem nessas clínicas e enfatizam que elas não aplicam um tratamento humanizado. Há vários relatos de maus tratos, medicação exagerada e internação de longa duração, ou sem possibilidades de volta do paciente para a família; ou pacientes que moram nas clínicas em que não há esperança de um retorno ao ambiente familiar. Diante de vários relatos é possível perceber que a forma de tratamento desumaniza o paciente e fortalece a mortificação dos indivíduos nesses ambientes.

As clínicas particulares daqui é uma porcaria, tem uma que é uma porcaria, é uma porcaria. Lá eles fazem de tudo para a pessoa surtar, para a pessoa passar mais tempo internado. Não aceitam acompanhantes que é para justamente não ver o que eles estão fazendo com os pacientes; eles dopam os pacientes e por aí vai... Não gosto nem de lembrar(Patrícia).

As clínicas particulares? Todo mundo fala mal desses lugares. Aqui, para mim essa é a melhor. Tenho todas as condições e é a clínica da minha doutora. É ela que me atende em seu consultório e aqui fico perto dela. Ser tratado por quem já conhece seu problema é melhor para não correr um risco de extrapolar na medicação, como já fizeram comigo nessa clínica, eu quase não volto nunca mais para minha casa (Pedro).

Analisando os depoimentos sobre as clínicas particulares do Estado, passou-se a perceber que dentro do Hospital psiquiátrico do Maranhão, também ocorre um processo de mortificação. Há um paciente específico, em que é privado do seu mundo doméstico: o grupo de “moradores”. Os moradores que vivem internados no Hospital apresentam características comuns e relevantes ao que Goffman compreenderia como indivíduos marcados pelo processo de “mortificação do eu”. Os moradores não são chamados pelos nomes, são classificados como “Morador” ou pelo leito, não possuem roupas próprias, usam uniformes, a estética depende dos funcionários do hospital e dependem exclusivamente da equipe médica. Diferente dos pacientes comuns, que têm contato com o seu mundo doméstico, eventualmente criam uma rotina, utilizam suas próprias roupas e outros materiais de higiene, tudo é vindo do seu mundo particular. Estes podem ser classificados como semimortificados, ou seja, não há um rompimento completo com o mundo externo; não há uma “aculturação” destes pacientes comuns, e suas internações têm tempos determinados, há sempre a esperança da “saída” (GOFFMAN, 2015a).

Os moradores ficam aqui sozinhos, sem família. Nós damos roupas, fazemos corte de cabelo, de unhas. A alguns, nós que damos o nome, já que chegam aqui sem documentos. Estes usam o uniforme completo, sem peças íntimas porque eles não têm roupa. Somos nós que damos tudo. Os moradores que aqui existem que são 6 não têm para onde ir. Alguns dizem que a família vem buscar, outros desceram para o “depósito” ou casas de residências (Técnico de enfermagem).

A vida dos moradores é conduzida completamente pelas regras do hospital e mesmo que apresente um mínimo de resistência não há uma esperança de saída, ou até há, mas para as casas terapêuticas ou o “depósito”. Alguns ainda conseguem voltar ao seio da família, mas geralmente o que ocorre é permanência integral nos locais conveniados ao Nina Rodrigues.

Existe outro grupo no Hospital que passa por esse processo de mortificação: os presos de justiça. Estes têm uma vida como a dos moradores, com a diferença que são algemados constantemente. Dentre os PJs há os que depois de quatro a seis anos de tratamento recebem uma condicional e voltam ao seio familiar. Geralmente são os mais jovens. Estes podem ser considerados em estado de semimortificação, como os pacientes comuns. Os mais velhos e que são genericamente dados como psicopatas, vivem no anexo do PJ dentro do Hospital e estes estão como os moradores “mortificados totalmente”, sem uma esperança ao mundo externo. (GOFFMAN, 2015a)

4.3. MEDICAÇÃO E ESTIGMA

A produção do estigma, que já tem sua origem no senso comum, é recriada e reforçada na instituição e passada para fora dela. Após passar pela instituição vem os símbolos da passagem por lá, a “famosa medicação” e a necessidade do voltar ao hospital por saber que não há espaço para esse indivíduo em uma sociedade ampla. O retorno à instituição é quase sempre mais aceitável e menos dolorido a esse indivíduo, apesar de compreender que por decorrência deste local ele sofre estigmas, porém é mais “tranquilo” está com os seus, que em um mundo onde ele não é aceito. Em “manicômios, prisões e conventos” Goffman diz que o internado absorve um tipo de alienação com relação à sociedade civil e que às vezes se exprime em não desejar sair do hospital (GOFFMAN, 2015b).

O uso de medicamentos psiquiátricos, psicofarmacos ou psicotrópicos são grupos de substâncias químicas que trabalham no sistema nervoso central. Ajudam nos processos mentais, alteram a percepção, emoções e comportamentos dos pacientes. O uso de psicofarmacos no tratamento dos transtornos mentais, a partir dos anos 1950, mudou radicalmente a falta de perspectivas que até então prevalecia no campo da psiquiatria e da saúde mental, provocando uma ampla reformulação das concepções e práticas vigentes, de tal forma que na atualidade, conhecer os medicamentos existentes, as evidências que embasam seu uso, são essenciais para um efetivo trabalho nestas áreas, mesmo para aqueles profissionais que se dedicam preferentemente à prática psicoterápica (CORDIOLI, 1990).

A decisão de utilizar ou não um psicofarmacos depende antes de tudo do diagnóstico que o paciente apresenta, incluindo eventuais comorbidades. Para muitos transtornos os medicamentos são o tratamento preferencial, como na esquizofrenia, no transtorno bipolar, em depressões graves ou no controle de ataques de pânico. Em outros, como nas fobias

específicas, transtornos de personalidade, problemas situacionais, as psicoterapias podem ser a primeira opção. E em muitas situações o ideal talvez seja a combinação de ambos os métodos.

Entretanto, após uma internação, a medicação se transforma em um instrumento que reforça a presença, força e controle da instituição psiquiátrica sobre o indivíduo. Como se já não fosse difícil a internação, ainda acrescenta mais uma demanda que são os psicofarmacos. Goffman em sua obra *Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (2015b) apresenta que pacientes psiquiátricos têm tendência a esconder a passagem pela instituição, por evidenciar seu estigma. Logo, é compreensivo entender a força controladora da medicação e a negação do indivíduo a ela. A medicação é evidentemente um produto que reforça o estigma da “loucura”. Não se pode dizer que não se deva tomar estes medicamentos. Ressalta-se ainda mais que a equipe médica é fundamental para o tratamento psiquiátrico. Estudos comprovam que a psicoterapia é uma solução humanizada e com índices de melhora de 90% no estado mental do paciente, o que comprova que pacientes psiquiátricos têm toda possibilidade de viver “normalmente” como qualquer ser humano (CORDIOLI, 1990).

A questão da medicação nos casos dos pacientes do Hospital Nina Rodrigues é que muitas vezes ela é dada ao paciente sem uma explicação. Geralmente é dada baseada somente em fala de familiares, vizinhos ou responsáveis; não há uma explicação sobre o remédio em relação à doença. Nem toda medicação funciona perfeitamente. Há algumas reclamações sobre os efeitos colaterais e os médicos têm negligenciado as angústias dos pacientes ou reforçam um milagre que com o tempo o remédio fará. Medicamentos psicotrópicos trazem muitos efeitos: inquietude, nervosismo, taquicardia, insônia, agitação, ataque de pânico, fraqueza, cefaleia, fadiga, dores musculares, tremores, náuseas, vômitos, diarreia, câibras, palpitações, tonturas, hipersensibilidade a estímulos, fotofobia, perturbações sensoriais, despersonalização, desrealização. Quando esses fatores são apresentados é necessária uma mudança na medicação ou até suspensão. A questão é que nem sempre isso acontece e o paciente continua tomando por ser uma determinação médica. Doenças mentais para serem diagnosticadas precisam muito do contato direto entre médico e paciente. Conversas são fundamentais, porque o diagnóstico e tratamento dependem dessa relação. Sem diálogo ocorrem diagnósticos e tratamentos imprecisos. As doenças da mente são diferentes das doenças “físicas” que são visíveis. Para compreender as doenças mentais, o que causam no indivíduo, é preciso conversar sobre os sentimentos que essas doenças causam no ser do indivíduo para se ter um resultado.

Patrícia: *tenho medo destes diagnósticos incertos; é um olhar distante e sempre um remédio. No final das contas sempre aguardamos o milagre do efeito milagroso da medicação.*

Pesquisadora: *Mas isso é comum em todo hospital; os médicos dificilmente nos olham.*

Patrícia: *Sei! Mas aqui é um hospital para cuidar da mente. A mente é complicada, um passo em falso você pode até se matar e os remédios são bem diferentes. Eu tomo rivotril, Neozine, Amato. Você sabe o que é?*

Pesquisadora: *Sim! Mas você toma a medicação corretamente?*

Patrícia: *Tomo. Tenho que tomar, se não tomar direto, eles aumentam a dosagem, sabe? É uma espécie de dependência, uma prisão em que você aceita ficar, porque me controla, me põe nos eixos, me deixa normal; tanto que estou aqui falando com você, né?*

Para alguns internos quando passam pelo psiquiatra e recebem a receita com a medicação, ficam temerosos com a reação de amigos, familiares e conhecidos. Na verdade, a relutância maior vem da ideia de tomar uma medicação prescrita por psiquiatra, que se apresenta como assustadora a alguns pacientes. As reações são das mais diversas...

Quando vi que precisava tomar remédio controlado, caiu a ficha que eu era louco; é assustador! Chorei, chorei diversas vezes. Imaginei as brincadeiras voltadas para mim, as piadinhas... e o que mais ia doer: as pessoas iam justificar qualquer comportamento meu pela doença; tudo seria motivo de brincadeira. Se meus pais se assustaram, até para me trazer eles relutaram, era inadmissível eu ir a um hospital psiquiátrico. Com o tempo minha mãe me escondia, minhas amigas vinham me visitar, minha mãe dizia que eu não estava. Eu já estava deprimida demais, me vendo obrigada a depender de medicação, meus pais agindo assim, eu só me enterrei (Patrícia).

Para a pessoa estigmatizada percebe-se que a medicação talvez seja o símbolo mais marcante para o doente mental: *“Eu compreendi a dimensão do meu problema com a medicação; se está em uma clínica é dolorido, você já sofre com a situação, imagine saindo da clínica com a prova da sua loucura!”*(Paciente).

Outros deixam de tomar a medicação assim que possível, apesar de compreenderem que o remédio é, em alguns casos, necessário e bem eficaz. Não se questiona aqui, a medicação e nem se está afirmando que o indivíduo deva parar de usá-lo. Mas é importante questionar como foi construído o preconceito, em relação àqueles que dependem de medicação regular prescrita por um psiquiatra. A falta de explicação médica ao problema apresentado, somada ao estigma construído, fazem muitos desistirem da medicação, e, em

alguns casos, levam à morte. Diante das diversas doenças que acometem a mente humana, a falta de remédio pode ser extremamente perigosa.

Eu tomei por um tempo, depois larguei, estou tomando remédios naturais. Não quero enlouquecer; esses remédios nos deixam dependente, nos tiram o prazer de viver. Eu não sou doido, sabe? Só aqueles que não saem do hospital que devem tomar. Eu, eu não (Pedro).

O uso de medicamentos ainda está atrelado a preconceitos e julgamentos equivocados sobre transtornos mentais. As pessoas que os consomem geralmente não gostam que os outros saibam. Há quem, no entanto, esconda os psicofarmacos da família, amigos e parceiro por medo de julgamento. Também existem casos em que as pessoas se recusam a tomar, o que as levam a um reinternamento. Geralmente o motivo de uma reinternação é a ausência do psicofarmacos, pois ele gera dependência. Outra questão da recusa de tomar estes medicamentos é a forma pelo qual estes são conhecidos no senso comum: “controlado”, “gardenal”, “remédio de doido”; isso só deixa o estigma da “doença mental” mais cristalizado. Outra recusa são as consequências do uso deste tipo de medicação que com o tempo deixa sequelas mentais e físicas.

Outros pacientes apesar de enumerar diversos problemas depois do uso do remédio como físicos, emocionais e até mesmo financeiros, continuam a fazer uso da medicação:

Tomo atualmente, por dia, rivotril2mg; Amato 300 mg; Aristab 5 mg. Essa é uma das partes mais difíceis para quem temesse problema de saúde. Me afeta tanto fisicamente, emocionalmente como financeiramente. Eu tenho 28 anos e tenho pouquíssima disposição. Sinto meu corpo pesado e meus pensamentos lentos. O psiquiatra me disse que isso se devia à minha dependência do rivotril; tomo desde o ano 2000. São muitos anos de ação no cérebro. Fora o gasto financeiro constante e alto. Desses três, o único em conta é o rivotril. Uma caixa de Amato (eu tomo uma e meia, mais ou menos, por mês) é mais de 100,00 reais; de Aristab, é um pouco mais cara. Se acontece de ter um mês em que eu não posso comprar, os efeitos de abstinência aparecem logo, afetando minhas relações, fazendo voltar as crises E o ciclo recomeça. Doença, paciente, remédios... É uma relação delicada, mas necessária em muitos casos, como no meu. Difícil é conciliar tantas variáveis (Patrícia).

Esses relatos nos remetem ao que Goffman (2015b) afirmava sobre o fato de que, quando uma regra é quebrada, surgem medidas restauradoras; o dano termina e o prejuízo é reparado, quer por agências de controles quer pelo próprio culpado.

Durante este trabalho pôde-se observar a necessidade do encobrimento e acobertamento do estigma (GOFFMAN, 2015b). O encobrimento é conhecido somente pela pessoa que o possui, que não conta nada a ninguém sobre seu estigma; o acobertamento é uma maneira utilizada pelo estigmatizado para disfarçar seu problema. Entretanto, quando o estigma se torna visível e público, o estigmatizado passa a se isolar.

“Eu cursava psicologia e ali sofri preconceito não só uma vez e não só por alunos. Isso me fez trancar o curso, não só uma vez”. Uma vez uma aluna, como eu, disse em voz alta, na frente de outros colegas de curso, em um debate de trabalho: “Que você é doente todo mundo já sabe, agora vê se procura se tratar. Com um ar bem debochado. Isso vindo de alguém que logo mais estará no mercado de trabalho, atendendo todo tipo de demanda... Eu me entristeço por essas pessoas. Somente me lembro dos maus profissionais aos quais já fui... Também já fui em excelentes, que fique registrado! O fato é que o preconceito bateu mais forte porque veio de onde eu esperava inclusão e acolhimento. Qualquer outra atitude que não essa (Patrícia).

Essa percepção do ponto de vista dos estigmatizados desvela a riqueza sociológica e social de apreender um fenômeno social em suas múltiplas dimensões, fundamentalmente, numa sociedade hierárquica, desigual, com múltiplas formas de violência simbólica e nos convida a ouvir aqueles que estão em posições desprivilegiadas. Nesse sentido, a fala da paciente ilustra essa discussão de forma magistral:

Desde o infeliz incidente na última internação no Nina, em 2014, minha vida mudou completamente. Eu tenho sofrido de depressão e fobia social. Tranquei meu curso e há um ano e meio eu praticamente não saio de casa. Tenho dificuldades para cuidar de mim, ou do lugar onde vivo, devido à falta de disposição total. Tenho sentido uma espécie de medo das pessoas, logo, não vejo e mal falo com amigos há tempos. Vivo enclausurada, presa no passado, no “se”. Felizmente, há alguns dias, consegui retornar ao meu médico e ele fez uma mudança na minha medicação; essa tem me feito um bem maior do que minha desesperança acreditava. Tenho me sentido melhor há uma semana. Há uma semana eu voltei a olhar para o futuro e a acreditar que eu não sou uma fracassada. Ontem, eu consegui ir à praia e não sentir medo ou ter um ataque de pânico. Sabe o que significa isso para mim? Um recomeço! (Patrícia).

A fala da paciente revela a importância dos papéis sociais (estudante), das relações sociais (amizade e outras) e das interações cotidianas “normais” no controle e na gestão da identidade do eu de atores sociais estigmatizados. Por outro lado, a esperança subjetiva, talvez necessária para suportar as imposições, exclusões e silenciamentos que a experiência de ser estigmatizado impõe, parece fazer parte do ponto de vista destes atores sociais.

CONCLUSÃO

Tentar seguir a pista dos conceitos e categorias locais que articulam uma série de práticas e configuram, por sua vez, territórios e vidas singulares, parece muito mais produtivo que adotar as explicações “pré-fabricadas”, que geralmente são reafirmadas com dados ou informação que se coleta em campo. Assim, uma das contribuições deste trabalho, mais que apresentar informação nova, é tratar de evidenciar as formas como meus interlocutores conectam práticas, tradições, ideias, histórias e experiências de uma maneira particular.

Este trabalho intitulado “Dinâmicas de uma Instituição Total e Carreira Moral: famílias, equipe médica e “doentes mentais” no Hospital Nina Rodrigues em São Luís do Maranhão”, fez surgir questões cruciais que a problemática da pesquisa propôs. A problemática que visava compreender como transformações e dinâmicas institucionais podem contribuir para produzir determinadas carreiras morais para atores sociais classificados genericamente como “doentes mentais” desvelou que as transformações e dinâmicas contribuíram para produção de carreiras morais dos atores sociais que passam por uma internação psiquiátrica no Hospital Nina Rodrigues.

As análises históricas geralmente mostram como a realidade social é dinâmica e estão em constante transformação, tanto as instituições quanto as palavras, que vão ganhando sentidos diferentes ao longo do tempo. A história da loucura está concomitantemente relacionada à história da psiquiatria. A psiquiatria surge como uma resposta ao problema da loucura que desde a Grécia antiga é mencionada, mas nunca tratada por um especialista. Somente no final do século XVIII para início do século XIX, com a contribuição de Pinel, a loucura passa a ser identificada como doença e passa a ser tratada.

Várias formas de tratamento apareceram, tais como: camisas de força, eletrochoques, indução de convulsões e o que permanece até hoje, os psicofarmacos que surgiram nos anos 1950 e perdura como forma primordial no tratamento junto com a psicoterapia. No Brasil seguiu os modelos hospitalocêntricos da Europa, já que os manicômios foram construídos para que pudessem abrigar e isolar o dito “louco”, já que a proposta para criação era limpar os espaços urbanos das cidades. Manicômio era sinônimo de exclusão e apagamento. Uma maneira de proteger a cidade das pessoas consideradas indesejadas, bêbados, moradores de ruas, sem famílias ou abandonados por elas. Essa situação teve o apoio das Santas Casas de Misericórdia que também abrigou os alienados, mas que logo ficaram superlotadas.

Diante de tanto “terror” nos manicômios e hospícios do mundo houve a necessidade de uma reforma e foi com a iniciativa de Franco Basaglia que surgiram as primeiras medidas para um tratamento mais humanizado ao paciente psiquiátrico. No Brasil foi ao final da década de 1980 para o começo da década de 1990 que as reformas psiquiátricas começaram a ter vigência. A ideia era que os manicômios e hospícios não mais excluíssem e sim libertassem o “louco”. Um dos lemas da Reforma Psiquiátrica era que “trancar não é tratar”. Juntamente com a luta antimanicomial esse lema tomou conta de quase todos os manicômios e as pequenas medidas foram sendo tomadas, como as reduções na internação, a construção do CAPS—Centros de Atenção Psicossocial, NAPS—Núcleos de Atenção Psicossocial, casas terapêuticas que apoiassem os hospitais e que pacientes pudessem ter um retorno imediato ao lar.

A história da psiquiatria no Maranhão coincide com a história da psiquiatria no Brasil, assim como na Europa. Este trabalho buscou reconstituir a história do único hospital psiquiátrico do Estado do Maranhão, o Hospital Nina Rodrigues, localizado em São Luís, fundado em 1941 com a mesma finalidade que os manicômios brasileiros, a saber, retirar as pessoas do espaço urbano de São Luís e liberar as alas das Santas Casas de Misericórdia que estavam superlotadas. O hospital, que inicialmente era chamado de Colônia abrigou todo tipo de pessoas como bêbados, moradores de ruas, doentes físicos, todos classificados como “louco”.

O Hospital psiquiátrico Nina Rodrigues tinha práticas manicomialistas como os outros hospitais do Brasil. O “louco” era trancado e isolado, havia uma separação real do indivíduo acometido de loucura com a sociedade. Indivíduos improdutivos eram afastados da sociedade mais ampla; manicômios eram locais de sujeitos improdutivos.

Consideramos fundamental para não cair nas oposições “clássicas” das ciências sociais, que opõe, por exemplo, as análises diacrônicas ou históricas às análises sincrônicas, ultrapassar uma compreensão que seja apenas sócio-histórica e analisar a dinâmica interna do Hospital psiquiátrico Nina Rodrigues, classificado aqui como Instituição Total (GOFFMAN, 2015), visando compreender as dinâmicas de internação do doente mental e como esta contribuiu na produção social do estigma. Para tanto, foi necessária uma descrição pormenorizada da estrutura física e do processo de internação nos dias atuais. O trabalho revelou que o hospital que antes tinha por finalidade apenas internar o paciente psiquiátrico, que antes trafegava ruas e Casas de Misericórdia, agora passa a ter outras finalidades, como local de perícia, emergência e urgência, ambulatório e clínica de especialidades médicas.

Durante a pesquisa me apropriei de uma descrição etnográfica como estratégia metodológica que me permitiu reconhecer as práticas cotidianas como formas, figuras e modos de criar o mundo do internado, e configurações que nos ensinam sobre outros horizontes possíveis. Nesta perspectiva, entendo a etnografia como um caminho de aprendizagem das diferenças, não como um projeto baseado em ideias como as de “inclusão” ou “visibilização”.

A dinâmica interna do hospital mantém-se como uma instituição total. E que isso implica que apesar das reformas ele segue reproduzindo práticas manicomial. Então, as transformações institucionais formais não bastam para modificar completamente nem a estrutura física nem suas práticas. Parece que esse “novo” hospital, pós reformas, foi construído sobre o “velho” e mantém algumas práticas do velho modelo. Sobre as práticas manicomial é no processo de internação que se revela essa dinâmica de manicômio, práticas tais como: contenção, imobilização do indivíduo com cordas e panos, utilização de algemas, altas e superdosagem de medicamentos para “tranquilizar” o paciente que em algumas vezes não apresenta agressividade, mas apenas crise de pânico ou choro.

Os pacientes do hospital são vistos como plurais. Dentro da instituição há vários tipos de pacientes, o que diferencia esse trabalho com o de Goffman em “Manicômios, prisões e conventos” (2015) que analisa apenas um tipo de paciente. E as relações dos pacientes com a instituição são diferentes. O hospital não interna somente pessoas em surtos. Na internação constam os PJs (presos de justiça) que são pacientes classificados como psicopatas e os moradores que são pacientes que residem mais de dois anos no hospital, pois foram abandonados pela família ou aguardam resposta da instituição de possíveis contatos com a família. Segundo a Reforma Psiquiátrica e a luta manicomial, os moradores deveriam seguir para casas terapêuticas que foram criadas para essa finalidade. Contudo, identificou-se que eles permanecem no Hospital Nina Rodrigues.

Outro ponto a ser enfatizado neste trabalho é o ponto de vista da equipe médica, dos pacientes e da família do Hospital Nina Rodrigues sobre as representações sociais que eles têm sobre a internação. Os pacientes são a categoria que sente profundamente as marcas de uma internação, pois estes sentem no corpo e na “alma” todo o processo de internação e, conseqüentemente, de estigmatização. Alguns enfrentam as medidas tomadas pela equipe médica, discordam e tentam um diálogo, outros concordam, pois para esses a autoridade médica não pode ser questionada. A família está ao lado do paciente e algumas vezes é ela quem tenta entender as medidas médicas e as questiona, mas em outras vezes a família apoia

decisão médica. A família é uma espécie de agente médico do Estado, uma vez que ela faz a triagem dos cuidados e do tratamento.

Pode-se observar que pacientes com um nível de escolaridade superior compreendem melhor a linguagem médica, diferente dos que possuem baixo nível de escolaridade que em sua maior parte acata a decisão da equipe médica, muitas vezes por falta de compreensão do problema. A percepção dessa desigualdade de acesso ao saber médico foi possível graças à possibilidade de entrevistar alguns pacientes e familiares nos permitindo acesso a alguns dados socioeconômico, que nos ajudam a entender como esses pacientes e suas famílias percebiam o processo de internação e o tratamento dos profissionais da saúde e o quanto o nível escolar engendra uma diferença no processo de internação. O grau de escolaridade do paciente e do familiar reflete muito na forma como o paciente será tratado, como o diagnóstico será aplicado e como a medicação será recebida. A equipe médica concorda que para um tratamento digno ao paciente psiquiátrico é necessário o apoio incondicional da família. O trabalho nos permite compreender ainda, que a equipe médica, destaque aqui para os psiquiatras, acredita que seus diagnósticos são precisos e inquestionáveis; consideram-se competentes e legitimados porque são portadores de um título materializado num diploma chancelado por uma instituição de ensino superior, que comprovam o poder de administrar qualquer medida psiquiátrica.

Outro resultado obtido nessa pesquisa foi apreender os impactos na carreira moral do indivíduo que passou pela internação em um hospital psiquiátrico. Compreendeu-se como estes atores sociais foram impedidos, de diferentes formas e em diferentes graus, tanto de exercer diferentes papéis sociais, de profissional, de estudante, bem como de possuírem certa autonomia que a vida adulta deveria relativamente possibilitar, para decidir sobre seu próprio destino. Esses atores sociais, tanto dentro quanto fora do hospital são por diversas vezes silenciados, ignorados, desconsiderados em suas opiniões, invisibilizados quando necessário decidir algo sobre si ou sobre outros.

A carreira moral do paciente é dividida em quatro formas: pré-paciente, paciente, ex-paciente e uma possível reinternação. Foi possível compreender não somente essas fases, mas também, como elas são afetadas na instituição e como a vida de ex-doente mental se torna a fase mais difícil, porque é carregada de estigmas. Estes vêm reforçados e legitimados com a presença do remédio que muitas vezes é administrado sem um diálogo do médico com o paciente; apenas como uma imposição médica.

Diante disso é possível afirmar que o estigmatizado tanto sofre os efeitos do estigma na vida cotidiana quanto aceita e internaliza o estigma, contribuindo inconscientemente para a reprodução deste, por estar numa posição de poder hierarquicamente inferior. Mas também, porque ele compartilha do senso comum que foi construído historicamente sobre a loucura e porque acredita no veredito do psiquiatra, certificado pela legitimidade social do saber escolar e pela legitimidade social e institucional do profissional médico; e por fim, atestado pela força social e simbólica de uma Instituição Total. Tudo isso respaldado pela psicofarmacologia que é um símbolo que ressalta e fortalece o estigma do doente mental. Os psicotrópicos apresentam uma nova forma de tratamento para o doente mental, mas quando aplicado em altas dosagens leva o paciente a ter problemas físicos e mentais. Diante destes fatos o remédio é uma legitimação e certificação do estigma e implica em decepções na carreira moral do paciente.

Pudemos ainda perceber que o internado é resistente. Ele utiliza de algumas estratégias para resistir dentro da instituição e fora dela. Apesar de todo estigma que o envolve, o paciente mental possibilita a luta por uma sobrevivência por manter e continuar a viver. Na internação psiquiátrica atitudes como o modo de falar, desentar durante as visitas médicas, evidenciar a boa noite de sono, tomar o próprio banho, responder às questões da equipe médica, são consideradas formas de criatividade para resistir. Esse tipo de resistência é para continuar a sentir-se humano.

Isso revela que mesmo em situações onde há um rígido controle institucional e pouca margem para ações, reforçada ainda por uma estigmatização, ainda assim, os atores sociais não são meros “expectadores” ou apenas peças de uma engrenagem que os constrange completamente. Eles agem, ressignificam práticas, e criam formas de resistir às imposições.

Por fim, cabe dizer que de forma semelhante ao que Norbert Elias mostrou, o estigma numa configuração estabelecidos-*outsiders*, em que os dois grupos analisados eram iguais do ponto de vista socioeconômico, essa pesquisa indica que a loucura enquanto estigma está constituída sob uma configuração estabelecidos-*outsiders*²¹. Apesar de todos, independentemente de classe, sofrerem os efeitos da estigmatização, visto que a posição de classe não anula os estigmas ligados à doença mental, pude observar que aqueles com origens e posições mais “elevadas” têm mais recursos para lidar com os processos internos do hospital e possivelmente com isso atenuar (mas não eliminar) os efeitos dos estigmas fora do hospital.

²¹Na sociedade mais ampla esta configuração segrega e cria uma relação social de dominação entre “normais” e “doentes mentais” que no microcosmo de uma Instituição Total reproduz essa segregação e dominação entre equipe médica e pacientes.

Este trabalho desvela que os pacientes são considerados *outsiders*, mas dentro do hospital existe uma diferenciação no interior dessa categoria. Os pacientes não são vistos de forma homogênea. Entre os pacientes comuns, os que entram no Hospital por surto, são mais escolarizados. Esses últimos de certa forma têm uma vantagem sobre os demais pacientes. Por obterem capital econômico e cultural conseguem se sobressair e são os primeiros a manifestar uma resistência. Os chamados pacientes comuns, mas menos escolarizados, têm um tratamento diferente do PJS e moradores. Um exemplo é que, mesmo em período longo de internação, o paciente comum de baixa escolaridade tem a possibilidade de um retorno ao mundo externo.

Os PJs e moradores são os *outsiders* dos *outsiders*, pois estão abaixo na escala, são tratados diferentes. Os PJs mais jovens recebem uma condicional ou voltam para o complexo penitenciário e os mais idosos são mantidos no hospital assim como os moradores. A esta esperança de retorno ao mundo externo é quase impossível, geralmente permanecem no hospital ou são encaminhados ao “deposito” ou casas terapêuticas. Em resumo, os pacientes do Hospital Nina Rodrigues são plurais. Existem diversas categorias e os efeitos do Hospital sobre essas categorias são diferentes, em função da condição de interno de cada um, segundo o nível de escolaridade e de recursos econômicos e sociais.

Em entrevistas e observação percebi que muitos profissionais eram a favor de tratamentos como eletroconvulsoterapia, acreditavam que assim era mais fácil de resolver o problema do paciente mais “agitado”. Percebo que pensamentos assim são violentos e quem os possuem agem com medidas agressivas sobre o paciente. Geralmente esses pensamentos são dos profissionais mais antigos do hospital, que vivenciaram o período manicomial e incorporaram como sendo o melhor período da psiquiatria. Isso revela uma continuidade histórica com o período do manicômio, onde os manicômios eram depósitos. Os funcionários que estão a mais de 30 anos no Hospital Nina Rodrigues, ainda usam termos como “manicômios”, “depósito”, “hospícios”, etc., para se referir ao Hospital. Acreditam que os pacientes devem ser amarrados, isolados e falam de um passado saudoso e correto. Essas palavras, a linguagem “antiga”, também seria um exemplo de que a lógica manicomial e de instituição total permanece.

Para a realização dessa pesquisa a fim de entender e explicar a dinâmica do Hospital Nina Rodrigues nos dias atuais me apropriei de dois instrumentos de pesquisa que foram fundamentais para a elaboração deste trabalho: a etnografia e a entrevista.

Este trabalho foi construído a partir de um ponto de vista diacrônico com base em documentos oficiais, trabalhos historiográficos, materiais de revistas e jornais, transformações legais, registros sobre reformas etc. Entrevista com ex-dirigentes, ex-diretores e demais atores sociais que foram membros da equipe dirigente do Hospital.

Para compreender as práticas atuais da instituição foi fundamental lançar mão da observação direta munida de uma perspectiva etnográfica a fim de apreender os diferentes espaços internos do Hospital. A ênfase da etnografia foi nas dinâmicas de funcionamento interno, nas funções, nos papéis sociais, nos ritos internos, nas cerimônias institucionais, nos processos de internação, nas interações cotidianas, nas técnicas de manipulação de impressão da equipe médica e da equipe dirigente, nos lugares reservados aos internados, nos objetos, nas fachadas e portes cotidianos dos diferentes atores sociais, nas representações (no sentido goffmaniano) e, por fim, nas técnicas corporais que incidem sobre os diferentes corpos dispostos no interior das instituições. Foi a partir da perspectiva etnográfica com os recursos de observação participante e direta que percebi que algumas práticas manicomiais persistem dentro da internação. Percebi, também, como a estrutura física do hospital sofreu pequenas alterações e como a passagem por uma instituição marca a carreira moral do paciente. Grande parte desses aspectos etnográficos elencados acima foram aplicados para observar os espaços urbanos onde estão localizadas as instituições e as residências. Considera-se que a localização nos espaços urbanos e residenciais não é aleatória nem gratuita e implica em hierarquias espaciais, valores que se conferem as pessoas, formas específicas de integração ou segregação, formas de socialização e sociabilidade, tipos de interações possíveis ou impossíveis, entre outras coisas (BOURDIEU, 2008).

Outro recurso utilizado foram as entrevistas. Estas foram realizadas com os atores sociais profissionais, com os pacientes e com os familiares destes últimos. Sobre a entrevista com os profissionais, sobretudo com a equipe médica, apreendi as fachadas, as formas de manipulação de impressão e o porte (referentes à própria situação da entrevista), bem como as representações destes sobre o Hospital, os processos de internação, os pacientes, as doenças e as famílias.

A entrevista com os pacientes, por sua vez, visou apreender sua carreira moral, os acontecimentos decisivos para a forma como estes se enxergam e enxergam os outros (profissionais, familiares, amigos etc.), a descrição de situações pré, durante e pós-internação. O mesmo vale para os diferentes atores sociais que compõe as famílias dos pacientes, onde também buscou-se apreender suas representações sobre o processo de internação, sobre a

equipe médica, sobre os pacientes, bem como seus relatos sobre os acontecimentos que consideram determinantes na vida dos pacientes.

Em todo trabalho científico, e isso acontece nas Ciências Sociais, as dificuldades são inevitáveis. Com este trabalho não foi diferente. Antes mesmo de a pesquisa ocorrer, encontramos dificuldades como o da autorização das instituições competentes às quais ofícios de solicitação e projeto foram submetidos. Uma das questões levantadas na plataforma Brasil sobre como essa pesquisa implicava na vida dos pacientes e familiares, tornou-se real durante as entrevistas. Relembrar momentos angustiantes geralmente abala o emocional de qualquer pessoa e com os pacientes e familiares do Hospital Nina Rodrigues não foi diferente. Algumas entrevistas exigiram às vezes interrupção e precisavam de três a cinco dias para serem realizadas, porque o paciente estava muito deprimido ou foi contido; ou no meio da entrevista chorava, fato que ocorreu diversas vezes e na maioria eles me abraçavam chorando copiosamente, o que para mim como entrevistadora e muito sensível à causa também acabei cedendo ao choro.

Outra dificuldade encontrada foi diante de situações em que os pacientes estavam amarrados e mesmo já dopados não eram soltos. Mesmo eu pedindo para que o paciente fosse solto para ter uma conversa melhor, a equipe médica dizia que eles poderiam me agredir (mesmo dopados). Outra situação era quando o paciente sentava pra falar comigo e estava com diversas marcas no corpo e mostrava pedindo que eu fizesse alguma coisa, que denunciasse os maus tratos e eu impossibilitada, não podia fazer nada.

Com os moradores a dificuldade era de falar de família, sendo que a maioria não ia ver mais a família, porque o Estado não conseguiu entrar em contato com elas. Eles pediam roupas que fossem iguais às dos pacientes comuns para não se sentirem diferentes. Eles usavam sempre o mesmo uniforme; acham feio e acreditavam que o que os diferenciavam dos pacientes comuns eram as roupas.

Quanto aos PJs, a maior dificuldade era com os agentes penitenciários que ficavam ao redor com armas apontadas para nós e eu não conseguia prosseguir com as entrevistas. Foram diversas tentativas para compreender o universo dos presos de justiça, embora eu tenha conseguido um material relevante, considero que faltou muita coisa. Alguns passaram a me confundir com algum agente do Estado e contavam de todos os maus tratos como forma de denúncia e mais uma vez me sentia impotente por não poder fazer nada.

Quanta à equipe médica a dificuldade era questão de horários no SPA, uma unidade com caráter de urgência e emergência do hospital, que tinha paciente a todo momento. Isso me

levava a passar dia e noite para encontrara equipe no final do turno e com eles cansados. Durante a entrevista ouvi de vários profissionais que eram a favor de práticas manicomiais, geralmente de psiquiatras e os mais antigos do Hospital. Pude ouvir diversas vezes a frase “louco tem que ser tratado como louco” e que tratamentos como eletroconvulsoterapia era uma boa alternativa para tratar os pacientes mais severos. Teve médico que relatou que a lobotomia²² resolveria todos as questões que a psiquiatria enfrenta. Coloco isso como dificuldade, pois ouvir isso de profissionais que deveriam resolver os problemas psiquiátricos, mas que aprovam medidas que causam um dano neurológico é um retrocesso absurdo a tudo que propõe a reforma e a luta manicomial.

Quanto à elaboração do texto, eu encontrei dificuldades em textos ou estudos de Ciências sociais sobre a loucura, a maioria dos textos e arquivos encontrados foram em áreas de psicologia e psiquiatria. Poucos pesquisadores de Ciências Sociais sobre essa temática o que me limitou na utilização de mais autores que discutem a loucura. O trabalho se limitou muito a atores como Goffman e Foucault que são necessários, mas que poderiam ser explorados com outros autores até mais contemporâneos.

Neste trabalho não pretendeu esgotar e nem dar por encerradas as diferentes dimensões aqui esboçadas, ao contrário, ele pretende abrir espaço para reflexões de extrema relevância social e acadêmica para as Ciências Sociais brasileiras e, especialmente, para as Ciências Sociais no Maranhão, que não tem explorado ou tem feito isso de forma periférica. A pesquisa de campo revelou, mas em ser tratada aqui, a questão do recorte de raça e gênero muito presente na instituição. Para uma pesquisa futura a possibilidade de entender por que mulheres ainda são mais internadas que homens e quem são essas mulheres? E como a questão racial está sendo analisada no Hospital psiquiátrico, quais os motivos que os levam a serem internados e em sua maioria mulheres negras.

²² É uma intervenção cirúrgica no cérebro na qual são seccionadas as vias que ligam as regiões pré-frontais e o tálamo. A técnica foi criada em 1933 para solucionar uma cura a casos como de esquizofrenia.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, maio/ago. p. 26-34, 2001.

AMARANTE, Paulo. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

AMARANTE, Paulo. **Memória da loucura: reforma psiquiátrica**. Brasília-DF. Ministério da Saúde, 2008.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração, 2013.

BASAGLIA, Franco. As instituições da violência. *In*: AMARANTE, Paulo (Org.). Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, p. 91-149, 2005.

BATESON, Gregory [1936]. **Naven**: um exame dos problemas sugeridos por um retrato compósito da cultura de uma tribo da nova Guiné, desenhado a partir de três perspectivas. São Paulo: EDUSP, 2008.

BENELLI, Silvio José. Goffman e as instituições totais em análise. *In*: **A lógica da internação: instituições totais e disciplinares (des) educativas** [online]. São Paulo: Editora UNESP, p. 23-62, 2014.

BERT, Jean-François. **Pensar com Michel Foucault**. Tradução Marcos Marcionilo. São Paulo, SP: Parábola, 2013.

BIONDI, Karina. **Junto e misturado. Uma etnografia do PCC**. São Paulo: Terceiro Nome, 2010.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

BOURDIEU, Pierre. A identidade e a representação: elementos para uma reflexão crítica sobre a ideia de região. *In*: BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. 15. ed. Rio de Janeiro; Bertrand Brasil, 2011.

BOURDIEU, Pierre. Introdução a sociologia reflexiva. *In*: BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. 15. ed. Rio de Janeiro; Bertrand Brasil, 2011.

BOURDIEU, Pierre. Modos de dominação. *In*: BOURDIEU, Pierre. **A produção da crença: contribuição para uma economia dos bens simbólicos**. 3. ed. Reimp.-, Porto Alegre, RS: Zouk, 2008.

BOURDIEU, Pierre. Sobre o poder simbólico. *In*: BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. 15. ed. Rio de Janeiro; Bertrand Brasil, 2011.

CAPONI, Sandra. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, 2009, p.95-103.

CORDIOLI, Aristides Volpato. **Psicofármacos nos transtornos mentais**. Rio grande do Sul. 1990.

COSTA, Alcinéia Eustáquia. Características do paciente psiquiátrico considerado problemático. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 31, n.1, Brasília 1978.

DELEUZE, Gilles. Como criar para si um corpo sem órgãos. *In*: MIL, Platôs. **Capitalismo e esquizofrenia**. 3. ed. São Paulo: Editora 34, 1996.

DELEUZE, Gilles. **Foucault**. 1998. 2 ed. Lisboa, Vega, 2ª ed.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **O que é a filosofia?** São Paulo: Editora 34, 2009 [1992]

DURKHEIM, Emile. Regras relativas à Distinção entre o Normal e o Patológico. *In*: Durkheim, Emile. **As regras do método sociológico**. 17. Ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2002.

ELIAS, Norbert. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994.

ELIAS, Norbert. **Introdução a sociologia**. Lisboa: Edições 70, 2008.

ELIAS, Norbert. Questões de envolvimento e alienação. *In*: ELIAS, Norbert. **Envolvimento e alienação**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

ELIAS, Norbert; L. S COTSON, Jonh. **Os estabelecidos e os outsiders**: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Rio de janeiro: Zahar, 2009.

FERNANDES, Flora. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, 2009.

FONTE, Eliane Maria Monteiro. As sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DA ASSOCIAÇÃO LATINOAMERICANA DE SOCIOLOGIA, 28., **Anais...**, Recife, 2011.

FOUCAULT, Michel “Nós, vitorianos”. *In*: **História da Sexualidade vol.1**. Rio de Janeiro: Graal, 1988, p. 9 -18.

FOUCAULT, Michel. **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Ed. Tempo brasileiro-1994.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva S. A, 2015.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2013.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais (1974-1975)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed,2010.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Editora Vozes, 1987.

FREITAS, Fernando Ferreira Pinto de. A história da psiquiatria não contada por Foucault. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, jan./ abr. 2004, p. 75-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v11n1/04.pdf>.

GEERTZ, Clifford. Do ponto de vista dos nativos: a natureza do entendimento antropológico. *In*: GEERTZ, Clifford. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. 14. ed.– Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

GEERTZ, Clifford. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. *In*: GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. 1. ed., 13.reimpr. – Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada/ Erving Goffman**; [tradução de Márcia Bandeira de Melo de Leite Nunes]. – São Paul: perspectiva, 2015 b.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos/ Erving Goffman**; [tradução de Dante Moreira Leite]. - 4. Ed.- [Reimpr.]. – Rio de Janeiro: LTC, 2015 a.

GOULART, Maria Stella Brandão. A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v.1, n.1, São João Del-Rei, jun. 2006.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, 2009, p.297-305.

HUGHES, Everett. C. **Ciclos, pontos de inflexão e carreiras**. Teoria e pesquisa 46.2005, p.163-173.

MACHADO, Roberto. Aos loucos, o hospício. *In*: MACHADO, Roberto et al. **Da nação da norma a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978, p. 423-443.

MAUSS, Marcel. “Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a de *eu*”. *In*: **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac Naify, 2003, p. 367 -397.

MUNIZ, Sérgio; SILVA, Rejane. **O corpo como fronteira: etnografia dos tratamentos psiquiátricos em uma clínica em São Luís/ma**. Universidade Federal do Maranhão- UFMA. São Luís – MA, 2014.

NASCIMENTO, Emanuelle; CARVALHO FILHO, Juarez. Dinâmicas de uma Instituição Total e os efeitos da classificação na produção social de agentes estigmatizados no Hospital Psiquiátrico Nina Rodrigues. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA. 07/2019. Florianópolis. **Anais do 19º Congresso Brasileiro de Sociologia- SBS**. 2019.

NIZET, Jean; RIGAUX, Natalie. **A sociologia de Erving Goffman**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

Norbert, Elias. **A solidão dos moribundos: seguido de envelhecer e morrer: alguns problemas sociológicos.** Tradução Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

NUNES, Everardo Duarte. Goffman: contribuições para a sociologia da saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 173-187, 2009.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **Historia, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v 12, n.3, p. 983-1010, set-dez.2005.

OLIVEIRA, Eduardo Gomes de. **Assistência a alienados na Santa casa de misericórdia do Maranhão (1882-1892).** 2011. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro. Casa Oswaldo Cruz- FIOCRUZ- Programa de pós- graduação em História das Ciências e da Saúde. 2011

PAIM, Isaiás. **Primórdios da psiquiatria no Brasil.** Thematika, Brasília. 1975.

RAMMINGER, Tatiana. A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. **Bol. da Saúde**, v.16, n.1, 2002.

RAPOSO, Hamilton. História da Psiquiatria: hospital Nina Rodrigues e a História da psiquiatria maranhense. **Psychiatryonline Brasil**. Março de 2014- vol, 19- Nº 3. Acesso em <HTTP://www.polbr.med.br/ano14/walo314.php> as 11h:54min no dia 24/03/2020.

ROUDINESCO, Elisabeth. **Dicionário de Psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SÁ Jr, Luís Salvador de Miranda. Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. **Revista Psiquiátrica RS**; v. 29, n. 2, p. 156-158, 2007.

SAHLINS, Marshall. **Metáforas históricas e realidades míticas: estruturas nos primórdios do reino das ilhas Sandwich.** Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2008.

SCHNEIDER, David. **Parentesco americano. Uma exposição cultural.** Petrópolis: vozes, 2016.

SILVA, Vagner Gonçalves da. “Minhas perguntas, suas tartarugas”. *In: O antropólogo e sua magia: trabalho de campo e texto etnográfico nas pesquisas antropológicas sobre religiões afro-brasileiras.* São Paulo: Edusp, 2006, p. 41 -58.

STENGERS, Isabelle. **A proposição cosmopolítica.** Revista do Instituto de Estudos Brasileiros, Brasil, n. 69, p.442-464, abr. 2018.

TURNER, Victor. “A medicina lunda e o tratamento das doenças”. *In: Floresta de Símbolos: aspectos do Ritual Ndembu.* Niterói: Eduff, 2005, p. 379 -447.

VASCONCELLOS, Vinicius Carvalho de. **A dinâmica do trabalho em saúde mental: limites e possibilidades na contemporaneidade e no contexto da reforma psiquiátrica brasileira.** 2008. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ Mestrado em Saúde Pública, 2008.

VECHI, Luís Gustavo. Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 3, sept./dec. 2004, p. 489-495. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n3/a11v09n3.pdf>.

VIEIRA, Suzane Alencar. **Resistência e Pirraça na Malhada: Cosmopolíticas Quilombolas no Alto Sertão de Caetité**. Tese (doutorado) Museu Nacional. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2015.

WEBER, Max. **Economia e sociedade**. Santo André, São Paulo: Editora Unb, 2012.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicologia em Revista**, v.14, n.1, Belo Horizonte, 2008, p.131-150.

APÊNDICE

<p>Administração Recepção Sala dos diretores (Geral, Administrativo e Clínico) Sala de Perícias Médicas – o médico atende os presos de justiça e outras pessoas que agendaram laudos psicológicos para aposentadoria ou concurso, por exemplo. Jurídico Núcleo de Tecnologia da Informação – NTI Recursos Humanos Núcleo de Educação Permanente em Saúde – NEPE; Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH e Ouvidoria. Regulação Médica</p>	<p>Ambulatório Salas de atendimento médico (consultas médicas previamente agendadas) Enfermagem Terapia Ocupacional Psicologia adulto e infantil Auditório Faturamento Oficina de culinária terapêutica Psicanalista Serviço Social Marcação de consultas Arquivo de prontuários Check out Farmácia Ambulatório</p>	<p>Quadra de esportes</p>
<p>Serviço de Pronto Atendimento – SPA (urgência) Classificação de Risco Serviço Social Posto de Enfermagem Enfermarias Observação Enfermaria Pacientes com Transtornos Mentais em Conflito com a Lei (apelidados de PJ – Presos de Justiça) Farmácia SPA</p>	<p>COREME(Auditório, biblioteca, sala de reuniões e copa utilizados nas aulas da Residência Médica em Psiquiatria)</p>	<p>Serviço de Nutrição e Dietética – SND (cozinha do hospital) Cozinha Refeitório Almoxarifado Setor da Rouparia Setor de Higienização</p>
<p>Retaguarda Clínica ou Clínica Médica(anteriormente ligada ao Hospital Carlos Macieira, mas já incorporado ao HNR. Não atende paciente psiquiátricos, somente paciente em pré ou pós-operatório). Enfermarias Pré-posto Laboratório Clínico Unidade de Cuidados Intermediários – UCI Postos de Enfermagem Almoxarifado farmácia central Farmácia Retaguarda Clínica</p>	<p>Enfermaria de Curta Permanência Enfermarias Posto de enfermagem Psicologia Terapia Ocupacional Sala dos médicos Serviço Social</p>	<p>Prédio desativado por questões judiciais(funcionou como SPA, foi desativado pelo risco de desabamento, está sendo usado na Oficina de Vassouras de Garrafas PET) Malharia Enfermaria das Pacientes com Transtornos Mentais em Conflito com a Lei</p>
<p>Pacientes com Transtornos Mentais em Conflito com a Lei(local onde ficam presos os pacientes internados com comprovadas doenças psiquiátricas)</p>	<p>Área livre (está sendo construído novo prédio para os Pacientes com Transtornos Mentais em Conflito com a Lei, extraoficialmente para 100 pacientes)</p>	<p>Terapia Ocupacional (local onde são realizadas oficinas com os pacientes, além da produção de recursos) Capela</p>