

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

MARIANA CORREA SOARES MUNIZ

“ALÉM DE ÍNDIO, AINDA É DOIDO”: *o processo de internação de um indígena em uma Instituição Total*

São Luís - MA
2020

MARIANA CORREA SOARES MUNIZ

“ALÉM DE ÍNDIO, AINDA É DOIDO”: *o processo de internação de um indígena em uma Instituição Total*

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas para a obtenção do grau de mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Elizabeth Maria Beserra Coelho

São Luís - MA
2020

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

Corrêa Soares Muniz, Mariana.

"ALÉM DE ÍNDIO AINDA É DOIDO" : O processo de
internação de um indígena em uma instituição total /
Mariana Corrêa Soares Muniz. - 2020.
150 p.

Orientador(a): Elizabeth Maria Beserra Coelho.
Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Políticas Públicas/ccso, Universidade Federal do Maranhão,
SAO LUIS, 2020.

1. Instituições Totais. 2. Povos Indígenas. 3. Saúde
Mental. I. Maria Beserra Coelho, Elizabeth. II. Título.

“ALÉM DE ÍNDIO, AINDA É DOIDO”: *o processo de internação de um indígena em uma Instituição Total*

MARIANA CORREA SOARES MUNIZ

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Orientadora Prof^ª. Dr^ª. Elizabeth Maria Beserra Coelho

Prof^ª Dr^ª. Ana Caroline Amorim Oliveira

Prof. Dr^º.Emerson Rubens Mesquita Almeida

FOLHA DE APROVAÇÃO

Ao meu companheiro dessa e de tantas outras vidas, Ed.

AGRADECIMENTOS

Á Deus, a inteligência suprema, causa primeira de todas as coisas e aos meus guias de luz que até aqui me acompanham e rezam por mim.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

À Universidade Federal do Maranhão e ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas.

Agradeço à Banca de Qualificação composta pelos professores Ana Caroline Amorim Oliveira e João Marcelo de Oliveira Macena pelas importantes contribuições para este trabalho.

A minha orientadora, Elisabeth, ou como carinhosamente todos a chamam “Beta”. Minha inspiração como mulher, intelectual e professora. Seus comentários e correções neste trabalho foram fundamentais para o bom desenvolvimento desta dissertação, mas os seus conselhos, sua preocupação e sua empatia foram ainda mais importantes contribuições que pude colher no nosso convívio.

À Professora Socorro, por acreditar neste projeto desde o início, me incentivar a pesquisar coisas novas e por me apresentar a Prof. Beta.

Ao meu irmão Sérgio, por me fazer pensar fora da caixa, me apresentar à Antropologia, à Etnografia e por suas constantes provocações. Sem elas eu não teria questionado a mim como pesquisadora nunca.

Agradeço a acolhida do Grupo de Pesquisa Estados Multiculturais e Políticas Públicas, que através de suas reuniões proporcionaram a minha aproximação a importantes obras e textos que muito me serviram para construir o referencial teórico desta dissertação.

Á Ed, meu companheiro, meu amor, minha calma, meu mantra e minha esperança nesses tempos difíceis. Os dias só aconteceram porque eu tive e tenho você ao meu lado.

À minha avó, Dona Moça, que mesmo não tendo tido a oportunidade de estudar mais, sempre incentivou, financiou e acreditou que estudar é importante e que nunca devemos parar.

À Kátia, minha psicanalista. Sem ela não haveria saúde em mim para concluir este trabalho.

Aos meus familiares e amigos, pois ninguém vive sozinho.

Às minhas alunas e alunos por me tornarem uma professora e fazerem eu retornar a academia para retornar aos estudos.

E por último, a todos os sujeitos em sofrimento mental que conheci nos inúmeros atendimentos feitos por mim como assistente social na saúde mental. Que esta pesquisa possa incentivar mais pesquisadores (as) a pensar na situação dos ditos “loucos” que vivem isolados, abandonados, atacados e que são cotidianamente despídos de si, obrigados a esquecer quem são.

RESUMO

Esta dissertação discute a relação entre saúde mental e povos indígenas, no contexto de uma instituição total (GOFFMAN, 1974). Em 1999 a saúde mental indígena passou a ser uma pauta mais frequente com a implementação dos Distritos Sanitários Indígenas pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Alcoolismo, uso de drogas sintéticas, depressão e suicídio são fatores que nas últimas décadas vem contribuindo para que indígenas recebam cada vez mais diagnósticos de doença mental e sejam encaminhados para tratamento especializado fora de seus territórios. Nesse contexto, em 2007 foi criada a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas (PAISMPI) que aponta como diretriz assegurar a saúde mental destes povos através de medidas adequadas que respeitem sua especificidade étnica e garanta um atendimento específico e diferenciado. A análise aqui desenvolvida aborda duas questões: entender como políticas de ordem geral – particularmente as voltadas para a saúde mental - podem gerenciar ações destinadas a povos específicos; e compreender como se dá a dinâmica de atendimento em saúde mental para indígenas que são encaminhados para fora de seus territórios. Toma como base a situação de um indígena Tentehar/Guajajara internado em uma instituição manicomial cinco vezes entre os anos 2016-2019. Para entender a dinâmica de atendimento, analisa os prontuários de uma Clínica localizada em São Luís (MA). Também foram realizadas algumas entrevistas semiestruturadas com profissionais que tiveram contato com o indígena durante seu período de internamento. Conclui que a Clínica – como uma instituição total – produziu impactos destrutivos sobre a vida do sujeito indígena, distanciando-o de objetos e sentimentos que o ligam a dimensão do seu “eu”. A PAISMPI (2007) mostrou-se ineficaz no que tangencia o sistema de monitoramento em ações de saúde mental indígena e na formação permanente de recursos humanos.

Palavras-chave: Saúde Mental; Povos indígenas; Instituições Totais.

ABSTRACT

This dissertation discusses the relationship between mental health and indigenous peoples, in the context of a total institution. In 1999, indigenous mental health became a more frequent issue with the implementation of Distritos Sanitários Indígenas for the Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Alcoholism, use of synthetic drugs, depression and suicide are factors that, in the last decades, have contributed for indigenous people to receive more and more diagnoses of mental illness and to be referred for specialized treatment outside their territories. In this context, in 2007 the Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas (PAISMPI) was created, pointing out as a guideline to ensure the mental health of these people through appropriate measures that respect their ethnic specificity and guarantee a specific and differentiated service. The analysis developed here addresses two issues: understanding how policies of a general nature - particularly those aimed at mental health - can manage actions aimed at specific peoples; and to understand how the dynamics of mental health care for indigenous people are sent out of their territories. Based on the situation of an indigenous Tenetehara/Guajajara admitted to a mental institution five times between the years 2016-2019. To understand the dynamics of care, it analyzes the medical records of a Clinic located São Luís (MA). Some semi-structured interviews were also carried out with professionals who had contact with the indigenous people during their internment period. It concludes that the Clinic - as a total institution - produced destructive impacts on the life of the indigenous subject, distancing him from objects and feelings that connect him to the dimension of his self. The PAISMPI (2007) proved to be ineffective in terms of the monitoring system in indigenous mental health actions and in the permanent training of human resources.

Keywords: Mental health; Indian people; Total Institutions.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Casa de Saúde Indígena (CASAI)PAISMPI

Centros de Atenção Psicossocial – CAPS

Constituição Federal - CF

Coordenação de Saúde do Índio - COSAI

Distrito Sanitário Especial Indígena -DSEI

Equipes Volantes de Saúde - EVS

Fundação Nacional de Saúde - FUNASA

Fundação Nacional do Índio – FUNAI

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE

Política Nacional de Atenção Integral a Saúde Mental Indígena - PNAISMI

Política Nacional de Saúde Mental Indígena - PNSMI

Secretaria Especial de Saúde indígena – SESAI

Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais - SPILTN

Serviço de Proteção ao Índio - SPI

Subsistema de Atenção à Saúde Indígena - SasiSus

Serviços de Unidade Sanitárias Aéreas - SUSAs

Universidade Federal de Rondônia - UFRO

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1. A construção do objeto	14
1.2. Os caminhos e as bases da investigação	23
2. SAÚDE MENTAL E POVOS INDÍGENAS.....	30
2.1. Discursos sobre a loucura e o nascimento dos manicômios	30
2.2. Configurações acerca da criação da Política Nacional de Atenção à Saúde Mental Indígena	47
3. A CLÍNICA COMO INSTITUIÇÃO TOTAL E A CHEGADA DO “ÍNDIO”. 58	
3.1. A clínica sob o olhar “nativo”	60
3.2. Minha chegada	64
3.3. A admissão dos pacientes	71
3.3.1. A chegada do “índio”.	79
3.4. A rotina da Clínica	83
3.5. O “grupo médico”	90
3.6. A rotina do Serviço Social e o meu encontro com o “índio”.	95
4. “ELE NÃO É MAIS ÍNDIO NÃO”: os processos de mortificação do “eu Tentehar” em uma Instituição Total.....	102
4.1. “Chegou um índio aí” – como classificá-lo?	103j
4.2. A mortificação do “eu” tentehar	127
Considerações Finais	142
REFERÊNCIAS	145

1. INTRODUÇÃO

A realização de minha investigação acerca de saúde mental e povos indígenas – contextualizando esta relação em *instituições totais* - perpassou por motivações de ordem subjetiva e objetiva, pois, partindo da compreensão de Weber, considero que ideais de origem subjetiva não estão excluídos da discussão científica de modo que:

o tratamento científico dos juízos de valor não somente quer tornar compreensíveis e suscetíveis a percepção empática os fins buscados e os ideais subjacentes a eles como principalmente ensinar a avaliá-los criticamente. (WEBER, 2006, p. 15-17).

As inquietações que surgiram no exercício de meu ofício como assistente social em um grande hospital de psiquiatria da cidade de São Luís, Maranhão, compõe a dimensão subjetiva.

Em uma rotina diária que se dividia entre atendimentos individuais, preenchimento de prontuários e encaminhamentos, deparei-me com a notícia da chegada de um “índio”¹ de sobrenome Guajajara², advindo, como estava posto na documentação, do município de Arame (MA). Em sua ficha de anamnese – entrevista psiquiátrica cujo objetivo é esclarecer o diagnóstico (CORDIOLI, 2005) - havia a seguinte descrição:

Paciente apresentando sintomas de transtorno mental e comportamental devido ao uso excessivo de substância psicoativa (maconha). Nega uso de outras drogas. Ateou fogo em sua própria casa (sinais de psicose).” (Médico Plantonista/Assistente).

¹ “Genericamente, os povos indígenas que vivem não apenas em nosso país, mas em todo o continente americano, são chamados de índios. Essa palavra é fruto do equívoco dos primeiros colonizadores que, tendo chegado às Américas, julgaram estar na Índia. Apesar do erro, o uso continuado, até mesmo por parte dos próprios índios, faz da palavra, no Brasil de hoje, um sinônimo de indivíduo, pessoa indígena.” (ISA, 2018, p. 2). Nesta pesquisa optei por utilizar a denominação “indígena” e “povos indígenas”.

² “Além de guajajara, este grupo tem uma outra autodenominação Não é mais abrangente, é a autodenominação, Tentehar, que inclui também os Tembé. Guajajara significa "donos do cocar" e Tentehár, "somos os seres humanos verdadeiros" (Coloque a fonte de onde você retirou isso). Às vezes, os guajajara traduzem Tentehár por "índio", excluindo desta categoria os grupos Jê, como os Canela, que são chamados àwà ("selvagens, bravos"). Não se conhece com certeza a origem do nome guajajara, mas provavelmente foi dado aos Tentehár pelos Tupinambá. Tanto entre os próprios índios quanto na literatura científica, atualmente a denominação guajajara é mais usada do que Tentehár.” (ISA, 2018, p. 1).

Sendo eu a responsável pelo seu atendimento, dediquei-me durante 90 dias ao grupo de pacientes do qual ele fazia parte, preparando palestras e atividades dinâmicas que abordavam as consequências e perigos do abuso de álcool e outras drogas. O “índio” em raras vezes comparecia a estas atividades e parecia se esconder no hospital, isto quando não estava enclausurado, no que se chama de “ala azul”³, devido ao “mau comportamento”.

Dentro dos parâmetros avaliativos concebidos e reificados no campo hospitalar, ele era classificado como “pouco receptivo”, “hostil” e de “higiene precária”. Questionado acerca de sua não participação nas atividades desenvolvidas no hospital, durante atendimento individual sob minha supervisão respondeu apenas: *“Eu não entendo o que você fala. Você usa palavras que eu não entendo”*.

1.1. A construção do objeto

O “diálogo intolerante” expresso pela incompreensão do Tentehar⁴ constituiu-se no primeiro motivo de minha busca epistemológica, para além de questionar a mim e ao meu ofício, compreender a diversidade expressa naquela situação a qual Oliveira (1997) chamaria de *diálogo intolerante*. Este diálogo marca os sistemas interétnicos, pois são próprios desses sistemas as dificuldades de comunicação e aceitação do diferente. Segundo o autor, isso ocorre pela própria dinâmica das relações sociais, embasada em representações preconceituosas sobre o outro e pelo quanto este se distancia dos valores e parâmetros culturais do grupo hegemônico.

O segundo motivo que me instigou está inter-relacionado ao primeiro. Diante de minha inquietação profissional, busquei identificar se havia políticas públicas voltadas para a saúde indígena, mais especificamente a saúde mental,

³ A portaria nº 312/2002 estabelece a padronização e nomenclatura no âmbito hospitalar. (Ministério da Saúde, 2002. Todavia, meu intuito ao trazer a nomenclatura não é reificar a padronização hospitalar, possui um sentido mais simbólico. No hospital em questão, a “ala azul” é considerada a mais perigosa por abrigar pacientes recém-chegados ou agressivos.

⁴ Utilizo neste trabalho a forma Tentehar, segundo a convenção de escrita acordada pelos Professores Indígenas Tentehar durante os cursos de formação de professores realizados entre os anos de 1996 e 2001 Trata-se de cursos de formação de professores indígenas realizados pela Secretária de Estado da Educação – SEDUC-MA em convênio com o Ministério da Educação– MEC e, também, em curso realizado pelo CIMI-MA. Em ambos, os professores tentehar de todas as terras indígenas do Maranhão se reuniram em várias sessões para discutir aspectos escritos da língua materna, entre eles, o termo “tentehar”. (ALMEIDA, 2019, p. 21).

deparando-me com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI/2002) e com a Portaria 2.758/2007. Esta portaria estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas, sendo produto de deliberações constituídas a partir da IV Conferência Nacional de Saúde Indígena, II Fórum Amazônico de Saúde Mental, Carta de Saúde Mental Indígena na Amazônia Legal e Reunião sobre o Plano de Saúde Mental Indígena para os Distritos Sanitários Indígenas.

A portaria 2.759/200, em seu artigo 1º, estabelece os seguintes direcionamentos gerais:

- I - Apoiar e respeitar a capacidade das diversas etnias e das comunidades indígenas, com seus valores, economias, tecnologias, modos de organização, de expressão e de produção de conhecimento, para identificar problemas, mobilizar recursos e criar alternativas para a construção de soluções para os problemas da comunidade;
- VIII - garantir que o Programa de Formação Permanente de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, já em andamento, absorva, especialmente em regiões com grande concentração de comunidades indígenas, a problemática da saúde mental indígena.

Apesar da existência de uma portaria ministerial que trata sobre o tema, minha própria experiência como executora de um serviço da política pública de saúde mental – a internação prolongada -, tem me conduzido a percepção de que este direito não está sendo implementado.

No hospital onde eu trabalhava, por exemplo, os recursos humanos não estavam preparados para atender aos pacientes indígenas. Porém, ainda assim, estes eram admitidos, sendo tratados como pacientes comuns, sendo desconsiderados seus valores, economias, tecnologias e modos de expressão. Sua única distinção – relacionada a sua etnia – retirava-lhes o direito ao seu nome, pois eram designados apenas como “o índio”. Sua diferença mais dissuadia do que agregava direitos.

Ao debruçar-me sobre o tema, com o intuito de melhor conhecer os sujeitos sobre os quais direcionava minhas ações, notei que existem poucas e incipientes pesquisas relacionadas ao estudo “saúde mental e povos indígenas”. Essa lacuna me conduziu a construção objetiva da relevância de meu estudo.

Segundo o Instituto Socioambiental, a população indígena no Brasil corresponde a cerca de 896.900 mil indivíduos, distribuídos em 240 etnias, que estão espalhadas em 683 terras indígenas, isto, deixando de considerar os que estão vivendo em áreas urbanas. (ISA, 2017).

Neste cenário, diversas temáticas relacionadas às políticas públicas voltadas para os povos indígenas – tais como educação, saúde, território, meio ambiente e sustentabilidade – passam a compor uma agenda política indigenista no Brasil.

No que tange a questão da atenção à saúde indígena, a história da assistência que lhes tem sido prestada, rememora ao início da colonização portuguesa, quando era realizada por missionários ligados à Igreja Católica. No século XX, com os elevados índices de mortalidade por doenças transmissíveis ocasionadas pela expansão das fronteiras, é criado em 1910, o Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais -SPILTN, que mais tarde seria denominado de SPI – Serviço de Proteção ao Índio – que assume a responsabilidade pela prestação de serviços a estes povos. (BENEVIDES, PORTILLO, NASCIMENTO, 2014).

Os autores destacam que a assistência à saúde indígena não se dava de forma sistemática, estando restrita a planos emergenciais e ações “pacificadoras”, que começaram a ocorrer em 1956, com a criação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA).

Em 1967 o SPI é extinto, sendo criada uma comissão formada por indigenistas, antropólogos e profissionais do SUSA, a partir da qual se constituiu a Fundação Nacional do Índio (FUNAI)⁵, que em 1968 cria Equipes Volantes de Saúde (EVS) para prestar assistência médica aos indígenas.

Em 1986, a questão da assistência à saúde indígena ganha espaço no Movimento Sanitarista Brasileiro⁶. Foi deliberada, na VIII Conferência Nacional de Saúde, a realização da I Conferência Nacional de Proteção do Índio, evento no qual foi alicerçada a ideia de um sistema específico para a saúde indígena.

⁵ Benevides, Portillo e Nascimento (2014) salientam que “o trabalho da FUNAI foi diretamente influenciado pelo regime militar do governo brasileiro, que via no índio um obstáculo ao desenvolvimento do país, posição expressa no “Estatuto do Índio” divulgado em fins de 1970 e aprovado na forma da lei em 1973.” (p. 31). Esse estatuto funda a concepção de tutela do Estado em relação aos indígenas, sendo o destino destes impostos e determinado, a partir de então, pelo governo federal.

⁶ O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. (Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br>. Acesso em: 20/04/2019.).

Em sua concepção inicial, este sistema seria integrado ao sistema nacional e contaria com a participação indígena em todos os processos decisórios de formulação e implementação da política

Constrói-se assim um arquétipo que teria por desafio estabelecer uma nova relação entre o Estado e os povos indígenas, influenciando diretamente as diretrizes estabelecidas na Constituição Federal de 1988.

Segundo Benevides, Portillo, Nascimento (2014), sob estas diretrizes, deveria se constituir toda uma rede de instrumentos e estruturas burocrático-administrativas que reforçariam a ideia de um modelo diferenciado de saúde, sendo consideradas as especificidades de cada “comunidade” indígena. As ações de saúde indígena passariam então a ser executadas pela Coordenação de Saúde do Índio (COSAI) que, subordinada a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) passariam a implementar o novo modelo de atenção à saúde indígena.

Em 1994, através do Projeto de Lei 4681 – de autoria do deputado Sérgio Arouca – foi proposta a criação de um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena com o desafio de solucionar as problemáticas que se referiam a saúde destes povos, tornando-se este projeto uma lei em 1999.

De acordo com Benevides, Portillo e Nascimento:

A Lei Arouca se tornou o principal aporte legal para a saúde indígena juntamente com o Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas e transfere integralmente para o Ministério da Saúde a responsabilidade sobre o estabelecimento das políticas e diretrizes para promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio, e, para a Funasa, a execução dessas políticas e diretrizes. Ao atender os preceitos constitucionais relativos aos direitos dos índios, que definem como responsabilidade indelegável da União a sua assistência, a Lei Arouca possibilitou a realização de adaptações na estrutura e no funcionamento do SUS. Favoreceu também a criação de um subsistema de responsabilidade federal, em um momento em que o SUS fortalecia a descentralização da execução das ações de saúde para os estados e os municípios. É importante destacar que a resistência dos índios à municipalização da atenção à saúde indígena está relacionada à histórica divergência que define a relação entre ‘esses povos e a sociedade envolvente, caracterizada por disputas por terras e conflitos, permeados por interesses políticos e econômicos. (p. 33, 2014).

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSus), faz parte do Sistema Único de Saúde - sendo uma referência em políticas públicas de saúde para os povos indígenas. Foi gerido pela Fundação Nacional de Saúde –

FUNASA até 2010, quando o movimento indígena passa a demandar a criação de uma secretaria específica, vinculada diretamente ao Ministério da Saúde, fazendo surgir a Secretaria Especial de Saúde indígena - SESAI, que passa a possuir como unidade gestora o Distrito Sanitário Especial Indígena -DSEI. Trata-se de um modelo de organização de serviços orientado para um espaço étnico-cultural que possui como pretensão ser dinâmico, geográfico, populacional e administrativamente bem delimitado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O SESAI possui como uma área técnica o atendimento em saúde mental, constituída por uma equipe multiprofissional, formada por psicólogos, assistentes sociais, médicos, antropólogos e outros. Langdon (2004) destaca que o Estado passa a ter um olhar mais atento sobre a saúde mental indígena a partir do crescimento dos índices de uso excessivo de álcool e outras drogas, bem como o aumento do número de suicídios⁷. Tais aspectos são fundamentais para que em 2007 seja elaborada a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas.

Ao fazer um levantamento de pesquisas nas principais plataformas científicas brasileiras, encontrei 11 produções acadêmicas – entre os anos 2011 e 2018⁸ - relacionadas ao tema saúde mental e povos indígenas. Destes, 4 situavam-se na área da Psicologia, 3 na área da Saúde; 2 na área da Antropologia, 1 na área de Serviço Social 1 na área do Direito. Todavia, apenas 8 destas produções tangenciam os objetivos da pesquisa que realizei.

No artigo *JURUPARI OU “VISAGENS”: reflexões sobre os descompassos interpretativos existentes entre os pontos de vista psiquiátrico e indígenas*, Ferreira (2011) tece alguns comentários interpretativos acerca de um estudo de caso onde um jovem indígena recorreu ao sistema de significados que opera no contexto sociocultural do qual faz parte para explicar, a uma equipe multiprofissional de psiquiatria, as crises que passou a sofrer quando se encontrou com um espírito chamado Jurupari. Todavia, os profissionais que

⁷ Há um elevado número de suicídios dos indígenas na etnia Guarani Kaiowá. Os números são preocupantes e colocam em risco a integridade física e cultural dos Guarani, um povo que há séculos resiste à invasão de seu território tradicional. (AZEVEDO, 1991).

⁸ Ao fazer o levantamento nas bibliotecas eletrônicas digitais usando como palavras-chave “saúde mental”; “povos indígenas” e “instituição total” as primeiras pesquisas datam do ano de 2011 e as mais recentes do ano de 201, somando 11 produções científicas com a temática.

realizaram o atendimento traduziram a narrativa indígena para os seus próprios termos, empregando para isso uma linguagem médica, transformando a narrativa do paciente em categorias diagnósticas universais da psiquiatria.

A autora afirma que a descrição de um sintoma deve levar em consideração o contexto no qual ele adquire um significado e que há um conflito entre a interpretação biomédica e o ponto de vista do nativo. Afirma, ainda, que “o discurso psiquiátrico demonstra que as causas e motivos identificados pelo paciente não são relevantes no processo de diagnose e prescrição da terapêutica, tampouco o conjunto de significados associados ao evento” (p. 12). Conclui assim que os profissionais de saúde empregam categorias estabelecidas *a priori* para classificar a experiência vivenciada por pacientes indígenas, não considerando a narrativa apresentada pelo jovem como expressiva de um sistema de significados culturalmente compartilhado que informou a experiência da doença.

Furine (2012) em seu trabalho de conclusão de curso intitulado *CONSTRUIR POSSIBILIDADES: a rede de atenção à saúde mental à população da terra indígena Guarita/RS*, reflete sobre a possibilidade de implementação de uma rede de atenção à saúde mental indígena conforme estabelece a Portaria 2759/07. Constata, a partir da análise dos dados coletados, que os indígenas que ocupam o território em estudo – mesmo após a portaria – permanecem descobertos no que tange aos atendimentos em saúde mental. Aponta que, não havendo a compreensão de que existem saberes indígenas que circulam no meio social e que precisam ser agregados aos saberes médicos, torna-se inviável a construção de uma rede de atenção à saúde mental indígena.

Em “*POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MENTAL DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS DE PORTO VELHO/RO: a voz das lideranças*”, Pereira, Cemim, Cedaro (2013) apresentam conclusões e recomendações a partir de quatro eixos de discussão desenvolvidos no Seminário sobre a Política de Atenção Integral à Saúde Mental da População Indígena, realizado pela Universidade Federal de Rondônia (UFRO) e o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Porto Velho/RO, a saber: 1) o respeito a concepção de normalidade a anormalidade; 2) o itinerário terapêutico e os tratamentos tradicionais; 3) a função das lideranças; 4) a avaliação dos serviços de saúde

sobre as quais recaíram as queixas pelas dificuldades em implantar políticas de atenção integral de saúde às populações indígenas.

O artigo conclui que entre os principais desafios - no que tange a implementação da portaria 2759/2007 – estão: o despreparo das equipes multiprofissionais para identificar padrões de normalidade e anormalidade e os sintomas de transtornos mentais definidos pelas comunidades indígenas; a terapêutica não considerar a narração do paciente indígena; os profissionais de saúde não buscarem investigar os significados culturais atribuídos aos eventos por aquele que informa, e que o maior desafio é pensar o processo saúde doença psíquica a partir da interpretação de cada “comunidade” cerca do que são transtornos mentais.

No artigo *SAÚDE MENTAL INDÍGENA: os desafios para uma resignificação do conceito e da política*, Oliveira e Rosa (2013) afirmam que o aparecimento de doenças mentais em povos indígenas está intrinsicamente relacionado as mudanças do mundo capitalista, que nos últimos séculos vem marcando sua história. As autoras destacam que os indígenas têm suas próprias concepções de saúde e adoecimento e que estas especificidades têm sido abaladas quando colocadas em um contexto global.

Neste sentido, as autoras compreendem que as políticas destinadas a esses povos se constituem em estratégias verticais e que, apesar de serem pensadas com foco nas especificidades locais, esquecem que “esse local é produto de uma realidade global e como tal, interativa”. Citam como exemplo a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002), que, segundo elas destaca a importância de se incorporar nos sistemas de saúde as especificidades étnicas, culturais, epidemiológicas e operacionais em relação a este segmento, esquecendo, porém, que essas especificidades estão situadas em um contexto global.

Teixeira, Nunes, Silva e Pereira (2016), no artigo *MANIFESTAÇÕES E CONCEPÇÕES DE DOENÇA MENTAL ENTRE INDÍGENAS*, refletem sobre as concepções indígenas de doença mental e suas manifestações. Partem não somente do que já foi escrito e publicado, mas da condição de indígena de uma das autoras e de sua vivência com essas situações, enquanto esteve, pelo período de três anos, entre 2009 e 2012, como coordenadora de enfermagem

da Casa de Saúde Indígena (CASAI), unidade integrante do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

As autoras afirmam que é necessário o entendimento acerca dos valores e conceitos do indígena nas práticas assistenciais de saúde, sendo necessária a contextualização destas práticas nas respectivas sociedades e culturas. Consideram ser preciso ampliar o foco de entendimento do processo saúde-doença para além da sua dimensão biológica e considerar que este processo sofre influências de crenças, conceitos e costumes impregnados de valores éticos e morais dos indígenas.

No artigo *CONFIGURAÇÕES DISCURSIVAS DOS SUJEITOS INDÍGENAS DIAGNOSTICADOS PARA TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO*, Sanchez e Ribeiro (2018) apresentam uma análise dos discursos de funcionários governamentais que trabalham com a saúde indígena no Sul e Sudeste do Pará, especificamente com relação ao diagnóstico e fornecimento de medicamentos psiquiátricos aos indígenas. As autoras concluem que o diagnóstico é sempre pensado a partir de uma visão ocidental, retirando do indígena o seu caráter social. Afirmam, ainda, que um dos maiores desafios para implementação de políticas de saúde para os indígenas está na falta de preparo do pessoal. Concluem que a saúde mental não pode ser pensada da mesma forma para o indígena e que os princípios da psiquiatria não podem ser universalmente válidos, pois pensar desta forma é assumir uma postura etnocêntrica.

A dissertação intitulada *POVOS INDÍGENAS E SAÚDE MENTAL: a luta pelo habitar sereno e confiado*, de autoria de Sousa (2018), se propõe a discutir as tensões presentes no diálogo interétnico em torno da questão saúde mental indígena. Toma como campo empírico os discursos produzidos por um lado pelo Estado – através das políticas públicas de Saúde Indígena – e por outro lado pela perspectiva indígena do povo estudado – os Mbya Guarani. Dentre os principais resultados concluídos, destaco a afirmação da autora de que grande parte do sofrimento mental vivenciado por este povo indígena é fruto de processos contínuos dos desdobramentos colonialistas e que os profissionais da área da saúde devem permitir-se ser afetados pelo outro no intuito de desenvolver estratégias de cuidado que possibilitem às ações da saúde voltadas para estes povos serem mais exitosas.

A partir da leitura da bibliografia apresentada, pude notar que um ponto comum entre eles é o entendimento de que as políticas e ações voltadas aos indígenas no âmbito da saúde mental são inadequadas, pois desconsideram as especificidades indígenas.

Quanto a abordagem metodológica, a utilização de pesquisas de campo que usam a entrevista como principal técnica para a coleta de dados está presente em 7 das 8 produções apresentadas. Nestas, os sujeitos entrevistados são os indígenas.

Existem três aspectos centrais que estão presentes nestas pesquisas e que considero úteis para minha problematização: 1) todas as pesquisas possuem um posicionamento crítico diante dos critérios empregados pela biomedicina para classificar as doenças mentais em indígenas. Consideram que estes critérios são reducionistas e universais e desqualificam os conceitos, costumes e linguagens indígenas no que tangencia o seu entendimento sobre o fenômeno; 2) observo que no maior número de artigos encontrados, os autores consideram que a falta de políticas públicas – ou a ineficiência das existentes – é um problema central, sendo a criação/implementação destas colocadas sempre como uma sugestão para lidar com os problemas presentes na relação saúde mental e indígenas. Por último, destaco que, 3) os artigos apontam um despreparo dos recursos humanos para lidar com os indígenas, mesmo atuando em serviços que – teoricamente – foram pensados pelo Estado para atender a estes povos considerados “culturalmente” diversos.

A pesquisa que realizei, assim como as outras aqui referidas, permitiu-me problematizar a ineficácia e ineficiência da PNAISMI - Política Nacional de Atenção Integral a Saúde Mental Indígena (2007). Todavia, o olhar que lanço sobre o objeto parte de um lócus diferenciado e as abordagens teórico metodológicas que utilizo também são diferenciadas.

No que diz respeito ao lócus de observação direta, investiguei o indígena que se encontra em uma “*instituição total*”, que segundo Goffman é

um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada. (GOFFMAN, 1974, p.11).

Nesta instituição todos os seus direitos são negados e o seu “eu” será mortificado. Este é “ponto final” no que diz respeito aos serviços prestados em saúde mental, ou seja, neste ponto, todas as estratégias para um atendimento diferenciado – promovido pelo Estado – foram vencidas, já houve o diagnóstico como “louco”. Tudo aquilo que o personifica como indígena passa a ser gradativamente destruído, o que demonstra uma inefetividade clara no que diz respeito a proposta da Portaria 2759/20007. Acredito ser este um aspecto original da minha abordagem.

No que tangencia a proposta teórico-metodológica, optei por compreender a situação aqui estudada a partir dos discursos biopsicossociais produzidos e registrados nos prontuários de atendimento aos indígenas, tentando que meu propósito era compreender a dinâmica do atendimento em saúde mental para indígenas.

1.2. Os caminhos e as bases da investigação

Nesta pesquisa tive a intenção de desenvolver um estudo sobre a atenção em saúde mental para povos indígenas, a partir da análise do atendimento multiprofissional oferecido para um indígena⁹ em uma instituição manicomial. Para tanto, a construção dos dados foi desenvolvida com base na construção de um referencial teórico e de uma referência empírica.

Para o referencial teórico, utilizei os conhecimentos produzidos relacionados às Políticas Indígenas de Saúde e Saúde Mental, com base em autores que discutem a problemática. Busquei entender o processo de construção de políticas públicas voltadas para os povos indígenas – com foco na política de saúde mental, compreendendo a relação histórica que o Estado Nacional visa estabelecer com estes sujeitos.

Tomei como referência os conceitos de loucura, doença mental e clínica partindo da desnaturalização (BOURDIEU, 2010) das noções, categorias e representações presentes, seja na dinâmica histórica e cotidiana da realidade

⁹ Apesar de haverem outros indígenas na instituição lócus desta pesquisa, a escolha por falar apenas sobre a vivência e atendimento de um partiu do fato de eu ser a assistente social que acompanhou este indígena especificamente, podendo, portanto, considerar memórias, conversas informais e cadernos pessoais de registro de atendimento como fontes de pesquisa.

pesquisada, seja nas relações produzidas pela própria pesquisa entre os seus diferentes sujeitos.

Por meio desnaturalização, a impressão de auto evidência foi substituída pela compreensão de que a realidade é um campo de disputa onde diferentes sujeitos estão em busca da efetivação e ampliação de suas 'verdades'. A partir de um levantamento das produções científicas relacionadas a temática busquei melhor compreender a relação saúde mental e povos indígenas, de modo a melhor construir o objeto, percebendo-o de forma ampla, rompendo com as pressuposições do senso comum vulgar e douto e buscando assim evitar interpretações espontâneas. (BOURDIEU, 2010).

Essas estratégias metodológicas gerais foram aplicadas em todo processo de realização da pesquisa, desde a formulação das questões problemas que este trabalho teve a intenção responder, da construção e análise dos dados (observações, conversas, documentos, instrumentos legais, trajetórias sociais e o que surgiu a partir dos imponderáveis da pesquisa). Elas foram aplicadas também no processo de transpor categorias presentes nos discursos dos interlocutores (do universo das experiências próximas) em categorias da dinâmica acadêmica.

Como fontes de pesquisa, utilizei os documentos produzidos pelo Estado: decretos, leis, portarias, relatórios governamentais, pois estes são essenciais para compreender os aspectos jurídico-formais lançados sobre o tratamento em saúde mental para indígenas. Procurei identificar nestes documentos as terapêuticas indicadas para as equipes de saúde e como estas devem ser executadas quando levadas em consideração sua aplicação em povos culturalmente diversos.

As principais fontes da pesquisa foram os prontuários onde são arquivadas todas as informações que são consideradas úteis pela equipe médica.

O prontuário é um registro em saúde, que na linguagem da medicina ocidental é:

definido como documento único, constituído de um conjunto de informações e imagens registradas, geradas com base em fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e a

continuidade da assistência prestada ao indivíduo. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

O prontuário conta o histórico de sintomas do paciente, e em um hospital de saúde mental contempla mais do que informações sobre o estado clínico daquele que está internado. É a partir das informações contidas neste arquivo¹⁰ que a equipe multiprofissional registra suas impressões acerca do usuário em atendimento, assim como, atesta sua capacidade – ou não – para o retorno ao convívio em sociedade. O que está prescrito ali, possui condição de verdade absoluta, posto que, todos aqueles que compõem a equipe dirigente, no hospital, assumem a condição de porta-vozes autorizados.¹¹

Também utilizei outros instrumentos de coleta de dados como entrevistas e diário de campo, assim como retomei registros pessoais escritos ainda na época em que era funcionária da instituição. Muitos dos dados postos são frutos destes “cadernos” onde eu anotava tudo o que considerava relevante em meus atendimentos.

A minha inserção no campo como pesquisadora aconteceu entre agosto de 2019 e janeiro de 2020. Confesso que a minha aproximação com o espaço me permitiu adentrar em todas as alas de forma facilitada. Eu não era vista como “pesquisadora”, mas como uma “ex-funcionária”.

A coleta de dados aconteceu mais em conversas informais do que em entrevistas semiestruturadas. Por se tratar de uma instituição total, com regras rígidas, havia um receio dos interlocutores em falar com o gravador ligado. Eles se sentiam mais à vontade em conversas. Muitas dessas inclusive aconteceram fora do hospital. Também foram realizadas conversas via aplicativo de mensagens.

Os principais interlocutores desta pesquisa foram: Maria do Carmo, ex-funcionária, auxiliar de enfermagem aposentada. Trabalhou na Clínica por 28 anos. Francisco, um sujeito se autointitula “faz tudo” (segurança, auxiliar de terapia ocupacional, captação de pacientes). Ele foi o principal mediador entre

¹⁰ O arquivo é a “instituição que canoniza, cristaliza e classifica o conhecimento de que o Estado necessita, tornando-o acessível às gerações futuras sob a forma cultural de um repositório do passado neutro” (DIRKS 2001:107).

¹¹ O porta voz autorizado consegue agir com palavras em relação a outros agentes e, por meio de seu trabalho, agir sobre as próprias coisas, na medida em que sua fala concentra o capital simbólico acumulado pelo grupo que lhe conferiu o mandato e do qual ele é o procurador. (Bourdieu, ANO, P. 89).

mim e o hospital. Me permitiu acesso livre aos espaços e possibilitou entrevistas. Dona Alzira é ex-funcionária. Trabalhou no hospital por 17 anos como auxiliar de farmácia. Através dela tive acesso a todos os prontuários do paciente indígena. Emília é técnica de enfermagem. Trabalha na Clínica há 15 anos. Era responsável pelos cuidados do setor específico onde o Tentehar ficou internado. Suzana é assistente social do Hospital Colônia (hospital de referência em saúde mental na cidade de São Luís, onde são feitos hospitais de urgência e emergência. Tivemos apenas uma conversa informal, porém muito produtiva. Por último, tive acesso ao médico que assistiu ao paciente indígena em suas cinco internações. Tivemos vários encontros e conversas, principalmente por aplicativos de mensagens, onde ele sempre estava a disposição para falar sobre o caso e tirar dúvidas sobre o atendimento.

A partir destes interlocutores, busquei apreender as especificidades do atendimento em saúde mental para os indígenas internados.

Todavia, para alcançar os objetivos propostos nesta pesquisa, foi necessário ultrapassar a leitura simplista e romper com a ideia de que os saberes médicos são absolutos. Parti assim da problematização do prontuário e das falas colocadas nas conversas e entrevistas, posto que os *multiconhecimentos* que compõem estes, formam um “sistema de enunciados, verdades parciais, interpretações histórica e culturalmente constituídas — sujeitas à leitura e novas interpretações (FOUCAULT 1986:149).

Na pretensão de bem mais que analisar as interpretações produzidas pela equipe dirigente a respeito dos indígenas internados no hospital, refletir sobre as práticas e perspectivas dos sujeitos que fazem o registro, busquei compreender de quais lugares e a partir de quais perspectivas as histórias contadas neste documento são produzidas, concebendo o arquivo como um campo de prática etnográfica.¹²

¹² A etnografia, segundo Geertz (2015) é uma “descrição densa” onde o pesquisador constrói seus dados a partir da construção de outras pessoas e do que elas propõem. Ou seja, para além de estabelecer relações, selecionar informantes, transcrever textos ou mapear o campo, a etnografia é uma atividade interpretativa. Fazer uma etnografia é – nas palavras do autor – “construir uma leitura de” um manuscrito estranho, desbotado, tendencioso, cheio de elipses e incoerências, emendas suspeitas e comentários tendenciosos, escritos não com os sinais convencionais do som, mas com exemplos transitórios do comportamento modelado” (GEERTZ, 2015, p.7).

Minha proposta, então, foi construir uma leitura interpretativa das experiências cotidianas vivenciadas pelos indígenas no hospital psiquiátrico, a partir da análise de prontuários produzidos pela “equipe dirigente” (GOFFMAN, 1974) no seu contato com os indígenas em situação de internação.

Meu objetivo foi observar, principalmente neste documento específico, a forma como esta equipe - executa a política pública de Saúde Mental para indígenas no estado do Maranhão.

A pesquisa foi realizada a partir de uma análise do arquivo de prontuários de uma “Clínica” localizada na cidade de São Luís. A clínica atende mais de 1.000 pacientes de todo o Maranhão e recebe cerca de 400 pacientes por mês, incluindo indígenas que dão entrada no hospital pelo intermédio da CASAI.

Destaco que o número de indígenas atendido é bem reduzido. Durante os dois anos em que acompanhei os atendimentos médicos, conheci apenas três, sendo dois Tentehar/guajajara e um Pukobiê/gavião. Nesta pesquisa privilegiei como fonte o prontuário de um destes indígenas, tendo em vista que estive presente em todo o seu processo de internação.

Sobre a organização do trabalho, a dissertação foi construída em cinco partes, sendo três capítulos, a introdução e as considerações finais. No primeiro capítulo mostro a trajetória da assistência prestada aos sujeitos ditos “doentes mentais” – dos asilos às clínicas privadas – contextualizando o Maranhão nesta história. Nesse contexto, especifico a criação da PNSMI - Política Nacional de Saúde Mental Indígena.

Fazer um paralelo deste momento com a construção das políticas de Saúde Indígena foi um desafio à parte, considerando que os espaços nos sistemas educacionais, jurídico-legais e na saúde elaborados para os indígenas são permeados por contradições e que o “pensar” saúde mental de indígenas em uma perspectiva política é algo recente na história brasileira.

“Saúde” e “doença” - pelo menos da forma que pensamos - são conceitos que pertencem a uma cultura ocidental-colonial, mas que, em um contexto de vulnerabilidade indígena – produzido pela violência dos “brancos” – atravessam o mundo dos índios. O exemplo está nos índices alarmantes de 2014, produzidos pelo Mapa de Violência do Brasil, que constataram que a taxa de suicídio entre indígenas foi dez vezes maior que a média brasileira entre os anos de 2008 a 2014.

Uma política de saúde mental voltada a um atendimento específico para indígenas surge 165 anos após as primeiras medidas assistenciais tomadas pela Colônia Brasileira no trato das “moléstias da mente”. Indígenas certamente foram internados em asilos, manicômios e hospitais, mas na maioria das vezes pelo fato de serem “índios”, o que não pode ser descartado ainda que no século XXI, haja vista as teorias sobre como o racismo influenciou – e certamente ainda influencia – às concepções de deficiência mental.

Posto isso, no primeiro capítulo, o caminho percorrido por mim está subdividido em dois movimentos, o primeiro tenta traçar uma descrição histórica e conceitual do fenômeno da loucura no mundo, sua reconfiguração em “doença mental” e sua apropriação como objeto de estudo e intervenção por parte do Estado. Tal descrição incorpora o Brasil e o Maranhão.

O segundo movimento problematiza a relação entre saúde mental e povos indígenas, abordando a saúde mental como um tema que possui múltiplas cosmovisões para além de imposta pela perspectiva ocidental. Contextualizo neste item a construção da PNAISMI em 2007 a partir das conferências e fóruns de discussão sobre a saúde destes povos e destaco que a ausência de uma agenda de ações estratégicas que visem implementar esta política, sendo a internação hospitalar de indígenas em instituições manicomiais um exemplo desta ausência.

No segundo e terceiro capítulos, adentro de forma mais específica em meu campo de estudo e análise. Abordo a relação entre indígenas e instituições totais no Maranhão, sendo o capítulo 3 uma interpretação etnográfica da Clínica a partir do meu olhar como parte da “equipe dirigente”.

No capítulo 4 descrevo um pouco sobre a vivência do Tentehar/Guajajara no hospital e os processos de despersonalização que incidem sobre este sujeito. Há um enfoque analítico nos prontuários, onde a equipe registra suas impressões e delimita diagnósticos para este indígena, assim como trago falas produzidas por interlocutores sobre o atendimento prestado a este indígena na instituição e suas observações acerca do comportamento dele.

Concluo que a Clínica é uma “instituição total” com características muito semelhantes das descritas em termos goffimianos e que a internação de indígenas nestes espaços – tomando como exemplo o caso do

Tentehar/Guajajara - produzem impactos destrutivos sobre a vida desses sujeitos.

O afastamento dos indivíduos sobre objetos que o ligam aos seus sentimentos e a dimensão do seu “eu” – seu corpo, seu pensamento e seus bens – produz o que Goffman definiu como “mortificação do eu” e a incidência deste processo em grupos étnicos é ainda mais perturbadora.

2. SAÚDE MENTAL E POVOS INDÍGENAS

Minha reflexão nessa dissertação percorre o cenário de um Clínica Psiquiátrica onde um indígena Tentehar/Guajajara vivenciou uma sequência de internações, durante as quais sua especificidade como indígena foi desconsiderada. Isso tem ocorrido, apesar de haver uma portaria – a 2759 de 25 de outubro de 2007 – que estabelece como diretriz a criação de uma política de atenção integral à saúde mental dos povos indígenas brasileiros, considerando um atendimento específico e diferenciado.

Compreender a relação entre indígenas e saúde mental perpassa entender que os conceitos de saúde e doença não podem ser representados somente em uma perspectiva, que geralmente é a formulada pela biomedicina ocidental. Tais fenômenos estão associados a fatores complexos que se associam a conceitos biológicos, sociológicos, econômicos e culturais.

Portanto, antes de falar sobre as vivências de um indígena em um manicômio, sinto a necessidade de contextualizar e problematizar as categorias que cercam o objeto estudado, tentando compreendê-las em suas múltiplas visões.

2.1. Discursos sobre a loucura e o nascimento dos manicômios

Há todo um debate que fundamenta a saúde mental e que atravessa a compreensão do fenômeno loucura e as formas de assistência pensadas para “os loucos”. Esse debate, tem como um de seus principais precursores Michel Foucault. O autor fundamenta como a “loucura” foi sendo apreendida e categorizada pelas sociedades ocidentais entre os séculos XVII e XIX, não conceituando-a, mas demonstrando como o dito “louco” foi sendo excluído destas sociedades a partir de justificativas que envolvem diferentes discursos.

As sociedades no século XVII e meados dos séculos XVIII comumente relacionavam as condutas desviantes¹³ da moral social como sendo expressões

¹³ Segundo Velho (1974, p. 30) o desvio social se define infração de uma regra grupal. A ideia fundamental é que o desvio é criado pela sociedade logo ao estabelecer essas regras grupais. Por outro lado, o diagnóstico do desvio depende do julgamento de um grupo que define alguém como desviante, segundo suas próprias normas, enquanto esse alguém pode, ao contrário, agir de conformidade com as regras de um outro grupo diverso daquele.

da loucura e o internamento como a solução única para lidar com estas expressões.

Todavia, Foucault (2017) nos mostra que as concepções de loucura estão presentes em discursos que foram construídos e desconstruídos a medida em que os contextos sociais e culturais se transformavam, até chegar no mais comumente hoje retratado – em uma perspectiva médico-ocidental – a loucura como “doença mental”¹⁴ que necessita de tratamento médico.

Cabe ressaltar que Foucault (2017) constrói sua análise tomando como referência as sociedades ocidentais, bem diferenciadas das sociedades indígenas. Mas o caso sobre o qual me debruço expressa uma situação de fronteira, em que um Tentehar/Guajajara adentra uma sociedade ocidental pela via de uma Clínica Psiquiátrica e, portanto, vai ter uma vivência marcada pelos valores ocidentais que o classificam como louco e, portanto, doente.

Ao reconstruir a história da loucura, Foucault contesta que internamento e loucura estão intrinsecamente relacionados desde a origem, logo o contrário, a loucura fascina o homem desde sempre:

As imagens fantásticas que ela [*a loucura*] faz surgir não são aparências fugidias que logo desaparecem na superfície das coisas. Por um estranho paradoxo, aquilo que nasce no mais singular delírio já estava oculto, como um segredo, como uma inacessível verdade, nas entranhas da terra. (FOUCAULT, 2017, p. 22).

O autor relata que na antiguidade o louco era visto como sábio, capaz de acessar a verdade.

A sabedoria, como as outras matérias preciosas, deve ser arrancada das entranhas da terra. Este saber, tão inacessível e temível, o Louco o detém em sua parvoíce inocente. Enquanto o homem racional e sábio só percebe desse saber algumas figuras fragmentárias – e por isso

¹⁴ As questões ligadas à saúde, especialmente, a doença e a cura, compreendidas enquanto resultantes de fenômenos biológicos, psicológicos, sociais e culturais, são explicadas diferentemente pelos paradigmas das Ciências Biomédicas e das Ciências Sociais. De um lado, observa-se uma dissonância entre esses dois paradigmas tanto na prática clínica quanto na prestação de cuidados, dando a impressão da existência de um permanente desencontro na compreensão dos fenômenos que envolvem o adoecimento, quando agem de maneira individualizada. De outro, percebe-se que o paradigma biomédico tem se mostrado insuficiente para abordar toda a problemática da doença mental, e muito mais ainda para as formas de assisti-la, fato que tem levado muitos profissionais de saúde a interessarem-se pelas dimensões sociais, culturais e, em alguns casos, até mesmo espirituais implicadas na saúde, na doença e nos próprios processos de cura. (Disponível em: <http://www.polbr.med.br/2019/05/02/doenca-mental-e-antropologia-mental-illness-and-anthropology/>).

mesmo mais inquietantes -, o Louco o carrega inteiro em sua esfera intacta: essa bola de cristal, que para todos está vazia, a seus olhos está cheia de um saber invisível. (FOUCAULT, 2017, p. 21).

Essa visão muda com o advento da Idade Média e, posteriormente, da Era Clássica, quando o discurso positivista produz a loucura como estado de desequilíbrio e doença mental.

Segundo Foucault (2017), loucura e internamento se associam no final do século XV, quando o problema da lepra desaparece do mundo medieval, causando um esvaziamento dos locais de confinamento construídos para os “leprosos”. Este vazio é preenchido por novos personagens que passam a ser os “loucos”, a partir de então separados do mundo.

A perspectiva do isolamento parte de processos de separação e purificação muito utilizados pelas Igrejas até o século XVII, período em que a loucura assume a condição de patologia¹⁵ de forma semelhante as doenças venéreas e outras moléstias contagiosas que eram simplesmente afastadas do meio comum. “A loucura, agora, conduz o coro alegre de todas as fraquezas humanas”. (FOUCAULT, 2017, p. 23).

Nesta perspectiva de isolamento, temos a figura da *Narrenschiff*¹⁶, aludida por Foucault. Esta imagem surge como uma alegoria dessa exclusão. A “Nau dos loucos” leva todos os indivíduos que não se encaixam nos padrões de normalidade impostos pela sociedade a destinos errantes, carregando sua loucura.

O “louco”, entregue a sua própria sorte, é levado pelas águas a destinos desconhecidos. Jogado na incerteza e sem poder atracar em terra alguma, embarcar nesta nau era um atestado de morte.

¹⁵ Desvio em relação ao que é próprio ou adequado ou em relação ao que é considerado como o estado normal de uma coisa inanimada ou imaterial.

¹⁶ A *Narrenschiff* é uma composição literária, emprestada sem dúvida do velho ciclo dos argonautas, recentemente ressuscitado entre os grandes temas míticos e ao lado de *Blauwe Schute* de Jacob Van Oestvoren em 1413, de Borgonha. A moda é a composição dessas Naus cuja equipagem e heróis imaginários, modelos éticos ou tipos sociais, embarcam para uma grande viagem simbólica que lhes traz, senão a fortuna, pelo menos a figura de seus destinos ou suas verdades. É assim que Symphorien Champier compõe sucessivamente uma Nau dos Príncipes e das Batalhas da Nobreza em 1502, depois uma Nau das Damas Virtuosas em 1503. Existe também uma Nau da Saúde, ao lado de *Blauwe Schute* de Jacop van Oestvoren em 1413, da *Narrenschiff* de Brant (1497) e da obra de Josse Bade: *Stultiferae erae naviculae scaphae fatuarum mulierum* (1498). O quadro de Bosch, evidentemente, pertence a essa onda onírica. (FOUCAULT, 2017, p. 13).

A substituição do tema da morte pelo da loucura não marca uma ruptura [...] trata-se ainda do vazio da existência, mas esse vazio não é mais reconhecido como termo exterior e final, simultaneamente, ameaça e conclusão; ele é sentido no interior, como forma contínua e constante da existência. E enquanto outrora a loucura dos homens consistia em ver apenas que o termo da morte se aproximava, enquanto era necessário trazê-los de volta a consciência, através do espetáculo da morte, agora a sabedoria consistia em denunciar a loucura por toda parte, a ensinar aos homens que eles não são mais que mortos, e que se o fim está próximo, é na medida em que a loucura universalizada formará uma só e a mesma entidade com a própria morte. (FOUCAULT, 2017, p. 21).

Até este momento histórico – descrito na Renascença – notamos que são produzidas duas experiências da loucura, uma como “trágica e cósmica” e outra “crítica”. Para Foucault (2017), a segunda abafou a primeira. Isto não se deu por uma questão positiva-evolutiva, mas por formas mais complexas que envolveram o jogo de forças da história.

O século XVI, portanto, marca o desaparecimento da imagem trágica da loucura, passando a ser compreendida somente à luz da razão crítica. É a partir desta experiência que acontecerá o enclausuramento e o internamento da loucura. Surge a figura do hospital, local capaz de racionalizar – do ponto de vista epistêmico – o desvio da loucura. Esta é retirada do âmbito religioso e colocada no âmbito da ciência.

Segundo Foucault (2017) loucura deixa de ser uma figura escatológica, apocalíptica, interpretada a partir de figuras místicas como a *Narrenchiff*. Forma-se o “inevitável cortejo da razão [...] Não existe mais a barca, porém o hospital”. (FOUCAULT, 2017, p. 42).

Para Foucault (2017) o internamento é considerado a estrutura mais visível da “experiência clássica da loucura” (p. 42), por isso mesmo, se ocupa de entender seus mecanismos e práticas. Segundo ele, aos grandes internamentos é conferido um poder de segregação que por mais coerente e ordenado que seja, não é simples.

O enclausuramento – em um contexto de gênese e acirramento da ordem burguesa - passa a ser associado a novas formas de se combater a miséria e a ociosidade. Os problemas econômicos, materializados na expressão do desemprego, aliados a uma nova ética do trabalho e ao “sonho de uma cidade onde a obrigação moral se uniria à lei civil” (FOUCAULT, 2017, p. 55) ajudam a

construir a ideia da necessidade do internamento que se justifica como benefício e punição.

É ao mesmo tempo recompensa e castigo, conforme o valor moral daqueles sobre quem é imposto. Até o final da era clássica a prática do internamento será considerada nesse equívoco: ela terá essa estranha convertibilidade que a faz mudar de sentido conforme o mérito daqueles a quem se aplica. Os bons pobres fazem dela um gesto de assistência, e obra de reconforto; os maus, pela única razão de serem maus, transformam-na num empreendimento de repressão. A oposição entre bons e maus pobres é essencial a estrutura e à significação do internamento. (FOUCAULT, 2017, p. 61).

Percebemos que a era clássica traz uma singularidade à concepção de loucura. Ao contrário do que foi propagado no advento da razão, o internamento não se configura como um estabelecimento médico, científico e racional. Insurge um novo discurso. “Pela primeira vez a loucura é percebida através da condenação ética da ociosidade e numa iminência social garantida pela comunidade do trabalho.” (FOUCAULT, 2017, p. 73).

O internamento é então caracterizado não como um procedimento médico, mas como “estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa” (FOUCAULT, 2017, p. 50) que, ao lado dos tribunais e outras instituições, decide, julga e executa quem está apto ou não para o convívio social. Esse julgamento é perpassado pela lógica do trabalho, colocado como “possível e necessário”, rito sem o qual ninguém considerado “são” pode viver.

Neste processo o internamento está desligado da ideia de um processo médico-científico, sendo, portanto, a ideia de uma “experiência crítica” apenas uma justificativa para a construção de novas possibilidades que correspondessem ao contexto de enclausuramento da pobreza.

Foucault (2017), ao localizar o discurso que é produzido sobre a loucura frente a necessidade de legitimação da ordem econômica, deixa claro que a relação entre loucura e internamento não é “natural” ou “neutra”.

O fato de os loucos terem sido envolvidos na grande procrastinação da ociosidade não é indiferente. Desde o começo eles terão o seu lugar ao lado dos pobres, bons, maus, e dos ociosos, voluntários ou não. Como estes, serão submetidos as regras do trabalho obrigatório; e mais de uma vez aconteceu de retirarem esses sua singular figura dessa coação uniforme. (FOUCAULT, 2017, p. 73).

O internamento possui significações econômicas, políticas, sociais, culturais, religiosas e morais. O louco é associado a miséria. Se na Idade Média, havia a segregação dos leprosos, tendo em vista a caridade, a cura e a libertação, o classicismo subtrai da sociedade o discurso de “segregar para acolher” e introduz o discurso de exclusão para a manutenção da ordem social.

A internação é uma criação institucional própria ao século XVII. Ela assumiu, desde o início, uma amplitude que não lhe permite uma comparação com a prisão tal como esta era praticada na Idade Média. Como medida econômica e precaução social, ela tem valor de invenção. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se a um grupo, o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade. As novas significações atribuídas a pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido. (FOUCAULT, 2017, p. 78).

A “institucionalização da loucura” desde já nos remete as descrições de Goffman (1979) acerca das “instituições totais”. Foucault e Goffman problematizam e pesquisam essas estruturas no século XX, modelos institucionais rígidos, imutáveis. Todavia, a abordagem de “goffmiana”, nas palavras de Ferreira (2012) buscam caracterizar a partir de uma abordagem sociológica – e etnográfica – o processo de deterioração destas instituições fechadas e o seu intercâmbio com o mundo civil, fazendo assim uma crítica à racionalidade das técnicas de tratamento de doenças mentais. Já o trabalho de Foucault utiliza o método histórico para narrar como se produz o discurso sobre a loucura no campo de conhecimento sobre os homens, haja vista que as ciências humanas ao se debruçarem sobre as instituições disciplinares, as problematizam a partir desse discurso.

De toda forma tanto Foucault quanto Goffman, em suas análises ponderam que os “loucos” – ditos desatinados – são historicamente misturados submetidos as regras do trabalho forçado, não sendo considerada sua real incapacidade de seguir o ritmo da vida coletiva fora destas instituições. Estes nem sempre são considerados enfermos. É a partir dessa experiência, que passa a ser notável a diferença entre o louco e o ocioso, mas que se reconhece o caráter do internamento como punitivo, colocando-o na condição de uma instituição total, assim como as prisões, à exemplo.

É somente no século XVIII, com a nascimento do capital industrial e a reintegração dos pobres ao meio social, que loucos e ociosos são separados. A política de internamento passa a ser vista como um equívoco econômico, considerando-se que a contenção da miséria limitava a produção da riqueza, pois os pobres eram necessários como mão-de-obra. Deixá-los livres era baratear os salários tendo em vista aumentar a quantidade de pessoas a disposição da sociedade para o trabalho.

Mas o louco não podia ser liberto. Este agora representava o perigo concreto – assim como a lepra na Idade Média - e não estava apto para servir às necessidades da indústria. Em suma: ele não servia para trabalhar. É inutilizável pelo e para o sistema do capital.

É neste momento que o discurso médico se aproxima da loucura, na distinção entre loucos, pobres e imorais. A loucura passa então a ser classificada como *doença* que precisa ser compreendida, excluída e tratada. Não se tratava de uma doença física gerada por um desequilíbrio orgânico, mas de uma moléstia da mente, gerada na “psiqué”¹⁷.

Foucault (2017) esclarece que é nesse movimento que nascem a psicologia e a psiquiatria, em uma tentativa de dissociar a ideia de loucura de “desvio moral”. O internamento ganha nesse contexto características hospitalares. Neste período, as estruturas de internamento são modificadas, são criados os asilos, voltados exclusivamente para receber os insanos. A loucura ganha então um lugar próprio.

Engana-se quem acredita que esses lugares foram melhores que as casas de correção e trabalhos forçados. Não estamos falando de uma evolução benevolente aos ditos loucos. A importância da criação dos asilos – enquanto fenômeno social – dá-se apenas no sentido de separar os loucos dos ociosos, desfazendo-se a mistura entre “desviantes” e “doentes”.

Foucault (2017) pontua que nestes novos espaços, os médicos podiam fazer seus experimentos inescrupulosos sem culpa, tendo como justificativa a

¹⁷ Palavra com origem no grego *psykhé* e que é usada para descrever a alma ou espírito. Também é uma palavra relacionada com a psicologia, e começou a ser usada com a conotação de mente ou ego por psicólogos contemporâneos para evitar ligações com a religião e espiritualidade. **PSIQUE** (in. *Psyche*. fr. *Psyché*. ai. *Psyche*. it. *Psiche*). Alma ou Consciência (ABAGNANO, 2007, p.813).

aquisição de conhecimentos médicos sobre a nova enfermidade. Nestes hospitais dar-se-á todo de tipo de castigo e violência.

Com a mesma intenção purificadora, as chicotadas, os medicamentos tradicionais e o sacramento da penitência. A intenção do castigo, e do castigo individual, torna-se então bastante precisa. O flagelo perdeu seu caráter apocalíptico: ele designa, de modo bastante localizado, uma culpabilidade. Mais ainda, o “grande mal” só exige esses ritos de purificação porque se origina nas desordens do coração, e porque pode ser assimilado ao pecado definido pela intenção deliberada de pecar [...] A percepção médica é de longe comandada por esta intuição ética. E mesmo, frequentemente, por ela apagada; se é preciso cuidar do corpo para eliminar o contágio, convém castigar a carne, pois é ela que nos liga ao pecado. (FOUCAULT, 2017, p. 86).

A “descoberta” da loucura como enfermidade e os estudos feitos pelos médicos nos locais de internamento fundam uma gama de conceitos ditos científicos que comporão a linguagem própria da psiquiatria, utilizada nos asilos.

A transformação das casas de internamento em hospitais psiquiátricos não representa, todavia, mudanças na forma de tratamento. O “comportamento desviante” (desemprego, condutas ditas imorais como homossexualidade e prostituição, à exemplo) permanecem sendo classificados como tipos ou sintomas de doença mental. Posso dizer que o estigma gerado por esses movimentos históricos permanece até os dias atuais.

Segundo Foucault (2017) durante anos tentar-se-á corrigir os “loucos”. É somente no final do século XIX que o chamado “valor terapêutico” – incentivado por uma conjuntura social, econômica e política – contribuirá para a construção de uma perspectiva humanizadora das práticas psiquiátricas em toda a Europa, ocasionando o progressivo esvaziamento dos asilos.

No contexto histórico de “nascimento da loucura” construído por Foucault, observamos três padrões de “enfrentamento” comumente relacionados ao “trato” destinado àqueles que apresentavam comportamentos diferentes do considerado aceitável.

O primeiro padrão remete-se ao *método de segregação*, que compreende a loucura como manifestação demoníaca e o louco é isolado da sociedade; o segundo padrão refere-se ao tratamento moral, caracterizado pelo isolamento daqueles que possuem comportamentos desviantes dos estabelecidos como “comuns” ou “normais” na ordem societária em vigor; e por último, sinaliza-se a loucura como doença, inerente ao organismo.

Este último padrão – que funda a assistência institucional - é construído no final do século XVIII, momento em que a loucura passa a ser considerada objeto de intervenção da medicina. Segundo Desviat (1999) a concepção de loucura a partir do saber médico está intrinsecamente relacionada às novas diretrizes sociais estabelecidas a partir da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789¹⁸.

Pensar os direitos universais dos homens, fossem estes individuais ou coletivos, perpassava por problematizar as formas iniciais de intervenção da sociedade no que tangenciava o fenômeno da loucura.

Segundo Amarante (1995, p.26):

nesse contexto inauguram-se práticas centradas no internamento asilar, estruturando uma relação entre medicina e hospitalização, fundada na tecnologia hospitalar e em um poder institucional como um novo mandato social: o de assistência e tutela.

Foucault (2019) relata que o nascimento do asilo para loucos representa uma alteração fundamental e exemplifica através do “*Hospice de Bicêtre*”.

Bicêtre inicialmente foi um hospital que alojava pacientes militares, passando somente em 1985 a ser considerado um hospício. O espaço passou a enclausurar homens em diferentes situações: indigentes, meliantes, enfermos, pobres. As mulheres, por sua vez, eram mandadas para *Salpêtrière*. (FOUCAULT, 2019). Nestes espaços todos eram mantidos isolados e acorrentados, sob orientação e aprovação médica.

A reconfiguração das formas de pensar a loucura e o seu estabelecimento como “doença mental” são repensadas a partir das ideias de Tuke, Wgnitz e principalmente Pinel¹⁹ – médico francês inspirado em movimentos como Iluminismo e a própria Revolução Francesa.

¹⁸ Documento elaborado durante a Revolução Francesa de 1789, e que iria refletir a partir de sua divulgação, um ideal de âmbito universal, ou seja, o de liberdade, igualdade e fraternidade humanas, acima dos interesses de qualquer particular.

¹⁹ Influenciado pelas ideias do Iluminismo e da Revolução Francesa, **Philippe Pinel** (1745-1826) foi pioneiro no tratamento de doentes mentais e um dos precursores da psiquiatria moderna. Formado em medicina pela Universidade de Tolouse (França), dirigiu os hospitais de Bicêtre e Salpêtrière. Na sua Biografia consta que se interessou por essa área depois que um amigo tomado de loucura, fugiu para uma floresta, tendo sido devorado por lobos. Da observação dos seus próprios pacientes, em 1801, publicou seu Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental, em que defende a doença mental Grupo 1 - Aposentadoria como resultado de uma exposição excessiva a situações de estresse e, também, a danos hereditários capazes de provocar alterações patológicas no cérebro. (Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br> Acesso em: 05/01/2020).

Pinel é um dos principais nomes ligado às mudanças nas práticas de “tratamento” dos doentes mentais. Apesar de ter iniciado seus estudos em Teologia, decidiu formar-se em medicina, seguindo a carreira familiar, tornando-se pioneiro na psiquiatria. Em 1793 foi nomeado Diretor de Bicêtre e uma de suas primeiras ações foi desacorrentar os doentes, transferindo-os para “manicômios”, modificando a condição de “asilados” para sujeitos em “tratamento”. (FIGUEIRÊDO; DELEVATI, TAVARES, 2014).

Pinel trouxe o diagnóstico implicado na observação prolongada, rigorosa e sistemática das transformações biológicas, mentais e sociais do paciente, que eram realizadas dentro no 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 apud FIGUEIRÊDO; DELEVATI, TAVARES, 2014).

Foucault (2017) destaca que a atitude de “libertar” os acorrentados de Bicêtre não culminou em uma inserção dos “loucos” na sociedade, apenas modificou a forma de aprisionamento. Os doentes agora seriam “acorrentados” como objeto de pesquisa na construção do conhecimento psiquiátrico.

O final do século XVIII marca a apropriação do fenômeno da loucura pela psiquiatria, emergindo assim um novo paradigma de tratamento, denominado *modelo asilar hospitalocêntrico*. Neste, o foco central era a internação dos então chamados “doentes mentais” e a medicalização de suas vidas. Todavia, Figueiredo, Delaviti e Tavares (2014) destacam que – assim como outrora – a maior parte dos pacientes internados em manicômios não possuía qualquer tipo de enfermidade mental diagnosticada, sendo estes: concubinas, alcoólatras, rebeldes, homossexuais.

As justificativas para internação destes assemelhavam-se às utilizadas no isolamento nas casas de trabalho forçado (*workhouses*) mencionadas por Foucault (2017): uma limpeza social que tirasse das ruas os inúteis e defeituosos. (FIGUEIREDO, DELAVATI, TAVARES, 2014).

Contudo, foram os manicômios que ganharam grande destaque por todo o mundo, considerado pelos médicos como tratamento terapêutico mais eficaz, mesmo que esta *eficácia* estivesse relacionada a atitudes como isolamento e violência.

Amarante (1994) destaca, no entanto, que – até mesmo antes do método progressista de Pinel – a sociedade e o meio acadêmico já produziam questionamentos acerca dos tratamentos produzidos para os “doentes mentais”. Havia uma minoria adversa aos métodos desumanos aplicados nas instituições manicomiais.

A psiquiatria clássica veio desenvolvendo uma crise tanto teórica quanto prática, detonada principalmente pelo fato de ocorrer uma radical mudança em seu objeto, que deixa de ser o tratamento da doença mental para ser a promoção da saúde mental. (AMARANTE, 1994, p. 24).

O autor destaca que a própria categoria de psiquiatras passa a questionar os asilos. Após experiência no tratamento de soldados que voltavam dos campos de batalha em “desgaste emocional”, alguns médicos observam que um possível tratamento podia consistir em uma aproximação menos violenta com o doente, aproveitando-se de suas melhores qualidades, havendo inclusive a possibilidade de tratamentos em grupo.

Segundo Amarante (1994), durante esse período de questionamentos e críticas surgem vários movimentos progressistas que visam discutir novas perspectivas de tratamento aos “doentes mentais”, assim como, o modelo asilar, a função dos hospitais e a própria produção do conhecimento psiquiátrico.

No final do século XIX é iniciada a utilização do método da psicanálise na França; no Reino Unido acreditava-se na “reeducação social” através do convívio cotidiano nas chamadas “Comunidades Terapêuticas” estabelecidas dentro dos próprios manicômios. Nos Estados Unidos, a “psiquiatria preventiva” apresentava modelos de atenção que não necessariamente utilizavam a internação manicomial. Todavia, é na Itália, com Franco Basaglia²⁰ que é construída a metodologia da “antipsiquiatria”. (AMARANTE, 1994).

²⁰ Franco Basaglia era médico e psiquiatra, e foi o precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano conhecido como Psiquiatria Democrática. Nasceu no ano de 1924 em Veneza, Itália, e faleceu em 1980. (AMARANTE, 1994).

Basaglia iniciou o processo de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos, destacando-se nesse contexto a cidade de Trieste na Itália, onde impulsionou a substituição do modelo de tratamento manicomial para um serviço de atenção territorial, promovendo também a recuperação de direitos sociais e políticos dos doentes mentais.

Impulsionada por críticas e pensamentos progressistas, vai se construindo o primeiro modelo de “Luta Antimanicomial” que ganhou grande destaque em outros países do mundo.

A “Luta antimanicomial” materializou-se nos estados nacionais através das denominadas “reformas psiquiátricas”. Tais reformas contribuíram para a construção de novos conhecimentos acerca da “saúde mental” e produziram questionamentos no que se refere a estigmatização do “doente mental” e as técnicas excludentes utilizadas pela psiquiatria até então.

Em países colonizados por europeus – como o Brasil – o tratamento designado aos “doentes mentais” e o asilamento manicomial possui características semelhantes às utilizadas entre os séculos XVII e XVIII na Europa, sendo a criação de “hospitais colônias” a forma mais recorrente. Estas estruturas surgem ainda no Brasil Império²¹ e foram expandidas entre as décadas de 1940 e 1950.

O primeiro hospital colônia fundando no estado do Maranhão é também inaugurado neste contexto. É importante destacar que entre as décadas de 1940 e 1980 o Maranhão está alinhado a um contexto nacional dos acontecimentos que caracterizam as políticas públicas de assistência aos doentes mentais. Nesse período, como afirma Amarante (2014), “a psiquiatria se torna mais poderosa e o asilamento mais frequente” (p.1189), o processo de

²¹A loucura vem a ser objeto de intervenção do Estado Brasileiro a partir da chegada da Família Real, no início do século XIX, posto que as mudanças produzidas neste período vão exigir medidas eficientes de controle social sem o qual tornar-se-ia inviável a perspectiva de ordenamento do espaço urbano. É nesse contexto que emerge o projeto de psiquiatria brasileira. Em 1830, uma comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro realiza um diagnóstico da situação dos loucos na cidade. É a partir desse momento passam a ser considerados doentes mentais, merecedores, portanto, de um espaço social próprio, para sua reclusão e tratamento. (AMARANTE, 1994. p. 1162). Anteriormente à criação dos hospícios, estes eram encontrados nas ruas, prisões, casas de correção, asilados com mendigos ou nos porões das Santas Casas de Misericórdia, sendo raro encontrar um louco submetido a qualquer tipo de tratamento.

“psiquiatralização” e “medicalização” – associado a emergência dos primeiros psicotrópicos²² - é fortalecido.

É na década de 1970 – com a chegada dos primeiros médicos concluintes da pós-graduação em psiquiatria realizada na cidade do Rio de Janeiro e a fundação da Associação Maranhense de Psiquiatria – que é criada a “Clínica” - lócus de pesquisa desta dissertação, onde o modelo asilar também é utilizado e mantido até os dias atuais.

A “Clínica” segundo relato da ex-funcionária Maria do Carmo²³ chegou a abrigar até 1000 pacientes por mês, homens e mulheres, durante as décadas de 1970 e 1990. Os exorbitantes números de internações na Clínica dão-se no contexto de ampliação da privatização da saúde brasileira, onde o número de pacientes internados estava associado a quantidade de recursos recebidos.²⁴

No intuito de aumentar seus lucros e rendimentos, era prática comum da instituição buscar os ditos doentes em suas casas ou até mesmo retirá-los das ruas, como afirma Maria do Carmo:

Tinha paciente que ficava andando pela rua e não tinha um destino de pra onde ir, não tinham família que procurasse eles, a Clínica ia buscar. Levava pra lá, procurava a família. As vezes eles ficavam, como diz, abandonados, porque muitas vezes não encontrava a família. Como o Nina Rodrigues, tinha muitos pacientes que ficavam no Nina Rodrigues e não tinham família, eles viravam moradores de lá. A Clínica pegou muita gente na rua, ali pelo Monte Castelo, Bairro de Fátima, muito mesmo. Fez muito esse trabalho. Hoje que eles não fazem mais. Não sei o porquê, mas não faz. (Entrevista com Maria do Carmo em 30/11/2019).

A “Clínica” conduziu processos de internação de muitas pessoas que não possuíam nenhuma doença mental, eram mendigos, bêbados, pessoas que andavam pelas ruas, pobres. Sem muitas divergências do que se definia por louco na era clássica descrita por Foucault – o louco no Brasil – e mais

²² Psicotrópicos são: “substâncias”, que atuam sobre o cérebro, modificando o seu funcionamento, podendo provocar alterações no humor, nas percepções, nos comportamentos e nos estados da consciência ou da mente. (ALFENA, 2015, p. 8).

²³ Nome fictício criado para preservar os nomes dos entrevistados. Maria do Carmo trabalhou durante 28 anos como auxiliar de enfermagem na Clínica onde se aposentou. Foi a segunda auxiliar de enfermagem contratada pelo hospital.

²⁴ Este modelo privatizante (em todo o setor saúde, e não apenas no subsetor saúde mental) é de tal forma tão violento, concentrador, fraudulento e ganancioso, que contribui com parcela significativa de responsabilidade para a crise institucional e financeira da Previdência Social que se deflagra no início dos anos 1980. (AMARANTE, 1994, p. 1254).

especificamente no Maranhão - também era classificado por um viés moral concebido pela ordem social vigente, do que se consideravam comportamentos “adequados” ou “desviantes”.

Dentre os sujeitos que foram enclausurados em manicômios brasileiros, algumas referências como Amarante (1994), Venâncio (2004), Arbex (2019) e Lobo (2008) já indicam a presença de indígenas, sempre associando o internamento destes indivíduos à justificativas eugenistas.

o movimento eugênico brasileiro do início do século XX, apostava em medidas preventivas para o melhoramento da raça, como: (a) higienização da população por meio do exame e do certificado pré-nupcial; (b) esterilização dos anormais. E não eram só negros e mestiço que ofereciam riscos para o futuro da nação, mas os “anormais” e todos os pobres, que sempre foram responsáveis pela miséria moral e material e agora, pela degeneração da espécie. Em resumo, a grande preocupação dos médicos cientistas era com as elites, na reformulação da organização familiar (de origem colonial). O projeto científico evolucionista era assegurar uma prole sadia, evitando a reprodução das taras hereditárias que também degeneravam as raças (LOBO, 2008. p. 203-204).

Arbex (2019) ao contar a história do Hospital Colônia de Barbacena²⁵ - onde mais de 60 mil pessoas morreram no denominado “holocausto brasileiro” afirma que no mesmo período não havia critérios médicos para internações, sendo rotina a padronização de diagnósticos. Segundo a autora, a estimativa é de 70% dos atendidos não sofressem de doença mental, sendo apenas diferentes ou considerados ameaças a ordem pública.

Por isso, o Colônia tornou-se destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos. A teoria eugenista, que sustentava a ideia de limpeza social, fortalecia o hospital e justificava seus abusos. Livrar a sociedade da escória, desfazendo-se dela, de preferência em local que a vista não pudesse alcançar. (ARBEX, 2019, p. 25).

Segundo Amarante (1994) camponeses e indígenas também estavam entre os classificados como perigosos para a ordem pública “retirantes que, de

²⁵ Fundado em 1903, o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, Minas Gerais, conhecido apenas por Colônia recebia centenas de pessoas para serem internadas. A maioria delas não tinha diagnóstico de doença mental, eram homens e mulheres que haviam se tornado incômodas para gente com mais poder: homossexuais, prostitutas, epiléticos, mães solteiras, meninas problemáticas, mulheres engravidadas pelos patrões, moças que haviam perdido a virgindade antes do casamento, mendigos, melancólicos, ou simplesmente tímidos. Essas pessoas foram submetidas a condições desumanas com o consentimento do Estado. Morreram de fome, de frio, doenças e todo tipo de maus tratos. Mais de 60 mil internos morreram e um número incontável de vidas foi marcado de forma irreversível. (ARBEX, 2019).

alguma forma ou por algum motivo, padecem de algo que se convencionou englobar sobre o título de doença mental. (AMARANTE, 1994. p. 1163).”

Tendo em vista a formação da sociedade brasileira, não é inédita a aproximação que a sociedade faz do indígena a qualquer patologia de ordem mental, posto que o mito de sua incapacidade foi intensamente reproduzido sociedade brasileira. (VIETTA, 2002).

É válido lembrar que até a primeira metade do século XVI ainda se questionava a possibilidade de sua inclusão na categoria “seres humanos” e é somente em 1537, com a publicação de uma bula papal que este é considerado “homem” por possuir “alma”. Lembro-me de que quando eu era criança meu bisavô costumava contar a história bíblica da Arca de Noé comentando que apenas dois bichos não foram chamados para entrar na arca: o jabuti e o índio.

A imagem dos indígenas como selvagens, primitivos e sua necessidade de serem “civilizados” foi utilizada ao longo da história e difundidas por teorias das ciências sociais e biológicas. (VIETTA, 2002).

A aproximação entre ideologias eugênicas – que no Brasil assumem uma particularidade racista voltada aos negros e índios – corrobora para o aumento do processo de enclausuramento e internação destes sujeitos nos hospitais colônias. Isso é relatado também na Clínica onde minha pesquisa foi realizada.

Seu Francisco, funcionário da Clínica desde 1991, conta que sempre houve a presença de índios no hospital:

Sempre teve índio aqui, não muitos, mas sempre teve. Agora mesmo tem dois que estão internados. Quem dá uma assistência mesmo pra eles é a FUNAI. De vez em quando vem a assistente social de lá fazer visita pra eles. Mas isso hoje em dia. Antes eles vinham normal, como os outros pacientes. Era internado direto aqui. Agora que o pessoal da casa do índio que traz. (Entrevista com Francisco em 08/02/2020).

Ao dizer que “antes eles vinham normal”, seu Francisco se refere as burocracias institucionais e estatais que se modificaram a partir da promulgação da Lei Antimanicomial no Brasil. Datada de 2001, ela estabeleceu regras de proteção e direitos as pessoas com transtorno mental. “A Lei 10.216/2001 estimula a permanência do doente mental em casa, recebendo tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial, CAPS, por exemplo.”. (SENADO FEDERAL, 2018).

A partir dessa lei é proibida a criação de novas instituições com características asilares e manicomiais no Brasil e a internação de pessoas nas já existentes só pode ser realizada com expressa autorização do Estado, responsável por emitir a Guia de Solicitação de Internação (GSI) com parecer de médico especialista justificando o pedido de internação.

Para a internação de indígenas em hospitais psiquiátricos – ou quaisquer outros hospitais - as burocracias também foram modificadas na última década. Seu Francisco fala que “agora [...] o pessoal da Casa do Índio que traz”, isto acontece porque o encaminhamento de indígenas para uma rede de tratamento especializado a partir de 2002 – com a Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas – deve ser feito sob os cuidados da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIS) onde a atenção primária e os serviços de referência se situam e da Casa de Saúde Indígena (CASAI), esta responsável por receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes quando necessário que estes saiam de suas localidades para receber atendimento médico especializado.

No caso dos indígenas que foram internados na Clínica – e ainda são internados lá – estes são encaminhados do Posto de Saúde de sua aldeia para um Pólo-Base, do Pólo-Base para um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), do CAPS para o Hospital Colônia mantido pelo poder estadual, do Hospital Colônia para as clínicas de tratamento psiquiátrico.

Ressalto que os não-indígenas podem ser levados diretamente para o Hospital Colônia por seus familiares, sendo, portanto, o “roteiro” mencionado acima uma característica do tratamento “específico e diferenciado” proposto pela política nacional de saúde indígena.

Apesar de haver vários pacientes que se auto declaram índios internados na Clínica, as mudanças estabelecidas a partir desse marco normativo que é a PNASPI/2002, fazem como que, atualmente, para os funcionários, índios sejam somente aqueles que são trazidos e acompanhados pela CASAI, sendo estes classificados como “índios” e os demais classificados como “os que se dizem

índios”. Essa classificação²⁶ é percebida nas conversas com vários funcionários que trabalham na Clínica.²⁷

Percebo, portanto, que o internamento de indígenas em manicômios não é algo novo, sendo apontado em nível de Brasil e Maranhão, nos estudos que retratam a assistência aos doentes mentais e nas falas de informantes que rememoram a presença destes sujeitos em uma das maiores Clínicas de Psiquiatria do estado do Maranhão.

Os motivos de sua internação são o que me chamam atenção para esta pesquisa. Foucault (2017) nos alerta para os discursos que são produzidos sobre a loucura ao longo da história e nos faz refletir sobre como o “diferente” pode ser classificado como “estranho” e como são construídos muros para enclausurar todos aqueles que pertencem a esfera do desconhecido.

O Brasil, que dentre outras estruturas coloniais reproduz muito bem o arcabouço manicomial, reproduzindo “Bicetrês” e “Salpêtriers” agrega um elemento perverso as justificativas para o enclausuramento: o racismo. Barros (2014) ao investigar sob uma perspectiva racial moradores de hospitais psiquiátricos concluiu que preconceito e racismo ainda são fortes tendências no processo de exclusão e apartamento social de negros e índios.

No que concerne aos indígenas, a visão ocidental construída de que esses são menos “evoluídos”, que seus hábitos e tradições são estranhos e anormais, do questionamento sobre a eficácia de suas terapêuticas no que concerne ao tratamento de doenças, tudo isso se reflete nos processos que vem culminando no encaminhamento de indígenas para tratamentos de referência fora de suas aldeias.

As doenças produzidas pelo mundo externo como o alcoolismo, uso de drogas sintéticas, suicídio e depressão também são fatores que vem contribuindo para que indígenas recebam diagnósticos de doença mental e

²⁶ “Os que se dizem índios” também são classificados a partir a partir de um processo de estigmatização do que é “ser índio”, onde os funcionários identificam o sujeito indígena a partir de “certos atributos seletivamente reconhecidos pelo sujeito classificante como “negativos” ou desabonadores” [...] uma forma de relação social impessoal ou despersonalizante, uma vez que deriva não da consideração do outro como individualidade empírica, mas apenas como representação circunstancial de certas características tipicamente associadas à sua classe de estigma. (VELHO, 1979, p. 30).

²⁷ Tratarei sobre isso no Capítulo IV ao relatar como se deu o tratamento do indígena Tentehar/Guajajara sob o meu olhar de equipe dirigente.

sejam internados em hospitais psiquiátricos, como é o caso do indígena Tentehar/Guajajara aqui sujeito deste estudo.

Nesse contexto, as políticas públicas voltadas para a promoção da saúde indígena vêm buscando atuar sobre estas demandas. Em 2002, a própria Política Nacional já cita alcoolismo e suicídio como doenças que vem acometendo estes povos e que precisam de uma atenção especial.

Em 2007 é criada a Política de Atenção a Saúde Mental Indígena, como dito anteriormente, esta busca assegurar a saúde mental dos povos originários através de medidas adequadas as suas especificidades, respeitando sua cultura e seu modo de vida. Todavia, não é o que vem acontecendo.

A relação entre povos indígenas e o Estado Brasileiro, mediada por políticas públicas, é marcada por um distanciamento entre discursos e práticas, distância apontada no que tangencia não somente à saúde mental, mas a saúde como um todo.

2.2. Configurações acerca da criação da Política Nacional de Atenção à Saúde Mental Indígena

A maior dificuldade sentida por mim na sistematização desta pesquisa foi encontrar interlocuções entre a construção da assistência aos doentes mentais e sua relação com povos indígenas. A literatura que pude consultar trata “saúde indígena” de modo geral. Outra dificuldade está relacionada ao fato de que saúde e doença são conceitos ocidentais e quando incorporados pelos povos indígenas assumem significados diferentes do meu olhar sobre estes. Por último, rememoro uma pergunta feita a mim na qualificação do projeto de pesquisa por um dos membros da banca: por que indígenas?

Esse último ponto está subjetivamente relacionado ao meu encontro com o indígena e o respectivo processo de reconhecer meu total estranhamento sobre estes povos, suas línguas, culturas e costumes, assim como, meu desconhecimento sobre as políticas públicas construídas pelo Estado brasileiro para estes povos.

Em certo sentido, isso demonstra minhas limitações como assistente social que - segundo os parâmetros do código de ética da profissão - deveria

garantir atendimentos que respeitassem à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e a discussão das diferenças – eu sequer havia conhecido um indígena até meu primeiro encontro com um Tentehar/Guajajara na Clínica.

Logo, o objetivo deste item é compreender a relação entre Estado, Povos Indígenas e Políticas Públicas, destacando o processo de construção de uma política específica e diferenciada no âmbito da saúde mental indígena, pondo em discussão como esta última se torna parte de uma agenda governamental pública²⁸ brasileira.

O contato interétnico entre colonizadores, segundo Coelho (1990) a despeito das contradições que sempre marcaram a ação indigenista no Brasil, expressa uma continuidade histórica no que se refere a uma oposição estrutural. Nesta relação, sempre foi clara a ótica que o Estado nacional lança sobre a diferença: algo que deve ser superado. A ação colonizadora através dos diferentes sistemas políticos: Colônia, Império e República, tem assumido um modo de intervenção na vida dos povos indígenas que prioriza sempre os modos de organização e valores dos colonizadores.

O Estado só passa a considerar os *direitos* que buscam respeitar as especificidades dos povos indígenas na medida em que começa a fomentar legislações que partem de uma perspectiva de cidadania multicultural (KYMLICKA, 1996) criando órgãos responsáveis pelas ações relacionadas a questão indígena. Se no passado, a perspectiva política era de “assimilação” - e porque não dizer “conversão” dos índios à tão almejada perspectiva civilizacional - a partir de transformações no contexto econômico, social e histórico são alteradas as relações entre o Estado e os indígenas.

Estas alterações começam a ser pensadas a partir da Constituição Federal de 1988. No que tangencia à questão indígena, passa a substituir o discurso da “assimilação” pelo discurso do respeito as diferenças e especificidades dos povos indígenas. O artigo 231 da CF/88 “reconhece” aos

²⁸ “A agenda governamental é definida como o conjunto de assuntos sobre os quais o governo, e pessoas ligadas ele, concentram sua atenção num determinado momento” (KINGDON apud CAPELLA, 2005).

indígenas “sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam”.

Para além destas alterações, os indígenas são inseridos no recém-criado Sistema Nacional de Saúde que – ao garantir o acesso universal da população brasileira aos serviços de saúde – inclui os povos indígenas como público destas ações, tendo em vista que estes são considerados *cidadãos brasileiros* pela Constituição.

Assim, em 2002, é criada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI/2002) – que dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), visa reconhecer aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais.

É somente em 1999 que a saúde mental indígena passa a ser uma pauta mais recorrente com a implementação dos Distritos Sanitários Indígenas pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). A partir de outubro de 2007, com a instituição da Portaria 2759 do Ministério da Saúde, esta discussão gradativamente ganha espaço, tendo em vista o estabelecimento de diretrizes gerais para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Mental Indígena (PNAISI).

Este documento é um marco regulatório no que tange aos direitos indígenas, tendo em vista que prevê o atendimento diferenciado a estes povos no que diz respeito a saúde mental, sendo necessário para isto a valorização dos saberes tradicionais indígenas e o respeito as especificidades de cada povo.

Pensar uma política pública específica para indígenas requer compreender, num primeiro momento, porque os indígenas recebem – ou deveriam receber - um atendimento diferenciado pelo Estado e qual a perspectiva de cidadania conjecturada para estes povos. Neste caso, penso que para entender esta relação entre Estado e povos indígenas, precisamos discutir como se constitui a “*cidadania indígena*”.

A noção de cidadania remete a noção de sociedade civil e a emergência de direitos civis, políticos e sociais. (MARSHALL, 1992). Ela nasce territorializada, circunscrita a ideia de lugar e nacionalidade. São os estados-nação que mantêm a ligação entre cidadania e território. A nacionalidade começa na realidade por ser o direito de proteção interna e externa das pessoas e seus

bens. Num sentido hobbesiano corresponde a entrega da soberania ao Estado em troca de segurança.

Com o desenvolvimento dos direitos sociais – a partir das ideias de Keynes²⁹ – a inclusão econômica e a proteção social foram sendo assumidas como pilares do Estado, a partir da formulação de políticas públicas de segurança, saúde, educação, entre outras, que possuem como objetivo o desenvolvimento da cidadania, a partir, principalmente, da noção de inclusão social.

Kymlicka (1996) ao discorrer sobre o conceito de cidadania multicultural compreende que - em se tratando de países onde há coexistência de mais de uma nação – pode-se dizer que não se trata somente da ideia de um “estado-nação”, mas de um “estado multinacional”.

Para o autor,

Nação significa uma comunidade histórica, mais ou menos completa institucionalmente, que ocupa um território e uma terra natal determinada e que compartilha uma língua e uma cultura diferenciada. A noção de nação [...] está estreitamente relacionada com a ideia de povo, ou de cultura [...]. (KYMLICKA, 1996, p. 10 -11).

Neste sentido, os povos indígenas brasileiros compreendem povos, nações, o que torna o Brasil um Estado Multinacional que, enquanto tal, deve garantir direitos diferenciados em função destes grupos.

Kylimcka (1996) discute três principais formas de direitos diferenciados para o que ele chama de “minorias étnicas”: o direito de autogoverno, os direitos poliétnicos e os direitos especiais de representação. O direito de autogoverno é o direito *reconhecido* dos grupos nacionais a sua autodeterminação, onde o Estado transfere a competência do controle social para os membros da minoria nacional, que se circunscrevem enquanto “pátria” em seu território. Os direitos poliétnicos são as medidas específicas em função do grupo/minoria; e os direitos especiais de representação “se definem como respostas a algumas desvantagens ou barreiras sistêmicas presentes no processo político, que impedem que as opiniões e os pareceres do grupo em questão estejam devidamente representados”. (KYMLICKA, 1996, p. 26).

²⁹ Conjunto de teorias e medidas propostas pelo economista britânico John M. Keynes (1883 - 1946), que defendia, dentro dos parâmetros do mercado livre capitalista, a necessidade de uma forte intervenção do Estado com o objetivo principal de garantir o pleno emprego e manter o controle da inflação. (BEHRING, BOSCHETTI, 2010).

Ainda de acordo com o autor, a maioria das democracias liberais pode ser considerada multinacional ou poliétnica, porém são poucas as que se reconhecem como tal. Isto se dá, principalmente, pela noção tradicional de cidadania, que utiliza como base a noção de igualdade e inclusão entre/dos indivíduos, desconsiderando, todavia que os indivíduos são diferentes.

Coelho (2002) destaca que – apesar da CF/88 reconhecer o Brasil como um “Estado multicultural”, não reconhece a sua multinacionalidade. Sob esta perspectiva, o Estado brasileiro não vem promovendo direitos a partir da ideia de uma cidadania diferenciada aos indígenas, mas os coloca na condição de “cidadão brasileiros”, contradizendo a perspectiva do respeito as diferenças, que encabeça as diretrizes das políticas públicas formuladas para os povos indígenas.

A partir desta perspectiva, levanto as seguintes questões: 1) se os indígenas são considerados “cidadãos brasileiros” por que criar políticas públicas específicas e diferenciadas para estes povos? 2) Como é possível inserir os indígenas no Sistema Único de Saúde se suas diretrizes apresentam uma lógica diversa daquela dos indígenas na compreensão do fenômeno saúde/doença?

Concordo com Coelho (2002), que submeter os indígenas às mesmas concepções e diretrizes de uma política pública de ordem nacional sugere uma estratégia de controle desses povos.

Na prática, as ações indigenistas antes executadas por um órgão indigenista, passam a ser gerenciadas por instituições voltadas ao atendimento dos não índios e reguladas pelos parâmetros do “Estado Nacional”. (COELHO, 2002, p. 16).

Neste sentido, parto do pressuposto de que é um grande desafio implementar ações específicas e diferenciadas que contemplem à diversidade étnica. Com isto, não estou afirmando que as políticas públicas voltadas para os indígenas devam ser invalidadas, mas questiono como políticas de ordem geral podem gerenciar ações de forma específica para os indígenas.

No que particulariza a questão da saúde mental, o problema se torna ainda mais complexo, pois existem diversas definições de saúde e doença presentes no imaginário e nas representações sociais. O discurso biomédico atualmente é o principal paradigma de pensamento sobre as terapêuticas em saúde mental, inviabilizando por vezes os tratamentos ditos “alternativos” que se

embasam na crença, nas práticas sobrenaturais, representações do invisível e curandeirismo. (JÚNIOR, MUHAMANA, JESUS, 2014).

Teixeira, Nunes, Silva e Pereira (2016) em seu estudo sobre manifestações e concepções de doença mental entre indígenas afirmam que as doenças mentais para estes povos estão relacionadas originalmente aos planos físico, mental, espiritual e social e que os comportamentos individuais esperados emergem de um código de conduta pensado em uma perspectiva de coletividade, sendo a “anormalidade” não necessariamente uma doença “pois pode representar uma tentativa de ajuste e acomodação frente à situações desorganizadoras da vida física, espiritual, individual e coletiva”. (TEIXEIRA, NUNES, SILVA E PEREIRA, 2016, p. 4).

Segundo os autores, entre os indígenas, o que chamamos de “sintomas de doença mental” podem se expressar por isolamento, fragilização da autoimagem, perda do equilíbrio individual entre corpo, mente, espírito e natureza. As mudanças ambientais, alterações dos papéis sociais, conflitos entre lideranças ou eventos que fogem aos padrões da normalidade das práticas cotidianas podem ocasionar tais “sintomas”.

O diagnóstico indígena para as doenças mentais está estruturado em uma prática social, pela qual os conhecimentos e conceitos de saúde, doença e cura são incorporados e desincorporados no consenso coletivo, a partir de crenças e saberes individuais, da família, da comunidade, e de suas normas de conduta. É no processo consensual mediado pelas lideranças, que o diagnóstico e o melhor itinerário terapêutico são definidos. (TEIXEIRA, NUNES, SILVA E PEREIRA, 2016, p. 4).

Os povos indígenas, como povos de culturas, costumes, línguas e tradições diferenciadas, possuem suas formas de pensar o que ocidentalmente concebemos como “doença mental” e “loucura”. Neste sentido, promover um atendimento específico e diferenciado nos espaços de saúde não indígenas requer formar profissionais que poderão construir uma perspectiva de prevenção, tratamento e cura a partir da mediação entre saberes biomédicos e saberes da medicina tradicional indígena.

Ressalto ainda que a concepção de doença mental é algo bastante específico para cada povo indígena, envolvendo uma série de elementos culturalmente relacionados à forma de “diagnosticar” e “tratar” a “loucura”. Este fenômeno ultrapassa a noção biopsíquica ocidental e para compreendê-la é

preciso inicialmente desnaturalizar o conceito de loucura que vem sendo produzido historicamente pelos discursos apontados por Foucault (2017).

Segundo Júnior (2014) os contextos em que vivem os sujeitos são complexos e heterogêneos, com aspectos diferentes no que tangencia particularidades como gênero, etnicidade, práticas religiosas entre caracteres. Portanto, para compreender e classificar “sintomas” é significativo antes de tudo, entender a “própria estrutura da vida comunitária” (p.17), suas cosmologias e significados.

Para o autor o entendimento de tais cosmologias e significados perpassa pela noção das pessoas do que significa para elas estar saudável ou doente, influenciadas diretamente por sua dimensão cultural. Assim, a cosmologia ocidental obscurece os critérios pelos quais os sujeitos de cada comunidade definem como estar saudável ou não.

Todavia, a constante aproximação e mistura dos povos indígenas com o mundo “não-indígena” vem provocando dilemas e pondo em risco a sua sustentabilidade, tais como: conflitos territoriais, genocídios, abuso de substâncias psicoativas como o álcool e o crack, suicídio e problemas de saúde.

No enfrentamento destes problemas, os indígenas ressignificam e transformam seu modo de vida, passando a utilizar outras cosmologias. Essa transformação não indica que “Índios” estão se transformando em “brancos”, não se trata de reproduzir a perspectiva evolucionista, onde seus costumes e visões devem ser superados.

A ressignificação de seus costumes trata-se muito mais de estratégias de sobrevivência de suas práticas culturais e modos de vida e é nessa perspectiva que os povos indígenas vêm se inserindo em meio as lutas sociais e exigindo a construção de políticas públicas que possuam como escopo a sua sustentabilidade.

A Política de Atenção à saúde mental não é diferente, sendo um desdobramento da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, fruto de dois grandes encontros que discutem a temática indígena: I) IV Conferência Nacional de Saúde Indígena; II Fórum Amazônico de Saúde Mental e as diretrizes da Carta de Saúde Mental Indígena na Amazônia Legal.

A IV Conferência Nacional de Saúde Indígena aconteceu em julho de 2005, sendo parte integrante da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Teve como

tema central “Distrito Sanitário Especial Indígena: território de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições” e como eixos temáticos I. Direito à Saúde; II. Controle Social e Gestão Participativa; III. Desafios Indígenas Atuais; IV. Trabalhadores indígenas e não indígenas em saúde; V. Segurança Alimentar, Nutricional e Desenvolvimento Sustentável.

Entre as resoluções aprovadas relacionadas ao eixo temático I consta:

O Ministério da Saúde redefinirá aspectos epidemiológicos da saúde indígena, **incrementando e consolidando áreas como saúde mental** (com ênfase no alcoolismo) e doenças crônico-degenerativas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 99, *grifo da autora*).

No ano seguinte, 2006, em Palmas (TO) aconteceu o II Fórum Amazônico de Saúde Mental, que teve como objetivo discutir os rumos da política de saúde mental na região amazônica tendo em vista fortalecer a implementação do SUS na Amazônia Legal. A saúde mental indígena também foi discutida neste evento, sendo problema como alcoolismo e suicídio os mais mencionados.

Em 2007 a FUNASA, então responsável pela saúde indígena, produziu as bases para a Portaria 2759 do Ministério da Saúde, estabelecendo as diretrizes gerais para Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas. O documento é um marco no atendimento à indígenas no âmbito da saúde mental e indica que para sua efetivação há expressa necessidade de formação de recursos humanos e desenvolvimento de pesquisas na área.

Trago na íntegra suas oito diretrizes gerais:

- I - Apoiar e respeitar a capacidade das diversas etnias e das comunidades indígenas, com seus valores, economias, tecnologias, modos de organização, de expressão e de produção de conhecimento, para identificar problemas, mobilizar recursos e criar alternativas para a construção de soluções para os problemas da comunidade;
- II - apoiar a organização de um processo de construção coletiva de consensos e de soluções, que envolva a participação de todos os atores sociais relevantes, em especial o movimento social e as lideranças indígenas, que considere e respeite as especificidades e a cultura de cada comunidade indígena envolvida, que respeite e convoque os conhecimentos da medicina tradicional das comunidades, e que crie alternativas viáveis e consensuais para a abordagem dos problemas de saúde destas comunidades;
- III - considerar como atores sociais imprescindíveis para a construção deste processo, os etnólogos e a comunidade acadêmica, na medida em que vem acompanhando sistematicamente o impacto do contato destas comunidades com as sociedades envolvidas, apontando a complexidade dos problemas das comunidades e das intervenções do Estado brasileiro e produzindo conhecimento acerca da heterogeneidade destas comunidades;
- IV - garantir ações integradas, através da articulação institucional entre as diferentes esferas de governo (União, Estado e Municípios);

V - garantir acessibilidade, sobretudo através da potencialização das ações de construção coletiva de soluções para os problemas de saúde mental no nível da atenção básica, e da potencialização dos CAPS na construção coletiva de ações em seu território, sobretudo em regiões com grande concentração de comunidades indígenas;

VI - considerar como fundamento das propostas de intervenção a estratégia de pesquisa – ação participativa, que permita sistematizar informação epidemiológica, assim como os modelos explicativos e sistemas de ação que os indígenas implementam para a superação de seus problemas;

VII - garantir a criação de um sistema de monitoramento e avaliação das ações, que além de inquéritos epidemiológicos específicos, inclua estudos qualitativos de avaliação das estratégias de intervenção, sejam estas intraculturais ou externas à cultura local; e

VIII - garantir que o Programa de Formação Permanente de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, já em andamento, absorva, especialmente em regiões com grande concentração de comunidades indígenas, a problemática da saúde mental indígena.

O Ministério da Saúde a partir dessa portaria reconhece os indígenas como vulneráveis, assim como a elevada incidência de problemas biopsicossociais que atingiram estes povos nas últimas décadas. Segundo Whyhs, Bento e Quadros (2019) como exemplos deste problema estão a dependência química, o uso inadequado de psicotrópicos, suicídio e violência.

Entre 2010 e 2017, houve um aumento de 55,7% de mortalidade por suicídio entre os indígenas, com uma taxa média de 12,3 óbitos por 100 mil habitantes – três vezes maior do que na população geral. Desses, 67,9% eram do sexo masculino e 47,7% tinham entre 10 e 19 anos (transição para a vida adulta). As regiões com maior taxa são Norte e Centro-Oeste. O aumento é decorrente da crescente vulnerabilidade, bem como da maior notificação de casos (Brasil, 2017b; Brasil, 2018b). Orellana, Souza C. C. e Souza M. P. S. (in press) afirmam que esses casos, principalmente na região Norte, ainda são subnotificados - portanto, o número pode ser ainda maior. (WHYHS, BENTO E QUADROS, 2019, p. 03).

Segundo Batista (2010) os índices de suicídio têm uma intrínseca relação com o caráter destrutivo do contato interétnico com a sociedade envolvente que se dá desde o processo de colonização. De acordo com a autora, entre todas as comunidades étnicas do mundo, os povos indígenas no Brasil possuem as piores estatísticas em relação ao suicídio.

No que se refere ao uso de álcool e outras drogas pelos indígenas, o problema atinge diversas etnias e maior incidência está entre os jovens. Segundo Batista (2010) o aumento do uso dessas substâncias está associado ao descaso do Estado em relação ao contato excessivo entre índios e não-índios.

O contexto de crescimento dos índices relacionados aos problemas mencionados acima demonstra que, apesar da divulgação da Portaria 2759, há uma carência de plano executivo desta, o que restringe – em uma dimensão operativa – o desenvolvimento de suas diretrizes.

O descaso com a promoção da saúde mental indígena pode ser exemplificado na situação expressa como problema central desta pesquisa: indígenas³⁰ internados pelo Estado em manicômios, com autorização da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e sob responsabilidade da Casa da Saúde Indígena (CASAI).

A PNASPI afirma ainda que:

Com o objetivo de garantir o acesso à atenção de média e alta complexidades, deverão ser definidos procedimentos de referência, contra-referência e incentivo a unidades de saúde pela oferta de serviços diferenciados com influência sobre o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas (como os relativos a restrições/prescrições alimentares, acompanhamento por parentes e/ou intérprete, visita de terapeutas tradicionais, instalação de redes, entre outros) quando considerados necessários pelos próprios usuários e negociados com o prestador de serviço. Deverão ser oferecidos, ainda, serviços de apoio aos pacientes encaminhados à rede do Sistema Único de Saúde. Tais serviços serão prestados pelas Casas de Saúde Indígena, localizadas em municípios de referência dos distritos a partir da readequação das Casas do Índio. Essas Casas de Saúde deverão estar em condições de receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames complementares ou **internação hospitalar**, providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso. (PNASPI, 2002, p. 15).

A “Clínica” – espaço onde esse estudo foi realizado – é classificado como um serviço de média-complexidade, por tratar-se de um local onde há promoção da internação hospitalar.

Todavia, suas limitações no que se refere aos recursos físicos e humanos, estão distantes tanto do que propõe a Política de Saúde Indígena quanto a que visa promover a saúde mental destes povos.

Se consideramos os dois objetivos da política de saúde mental destacados logo na introdução deste trabalho, que tratam do respeito a capacidade dos diversos povos indígenas e a formação de recursos humanos

³⁰ Os registros da Clínica mostram que entre 2016 e 2019 foram internados cinco indígenas diagnosticados como doentes mentais.

permanentes, as observações feitas na “Clínica” – que estão sistematizadas no capítulo subsequente – demonstrarão que estes intentos tornam-se inviáveis em uma espaço manicomial.

Manicômios, como caracteriza Goffman (1974) são espaços que provocam uma mortificação sistemática do “eu” caracterizada por mudanças progressivas de suas crenças e pela destruição do respeito que o internado tem por si mesmo e pelos outros. A ele é imposto um contato interpessoal e conseqüentemente uma relação social. Essa mortificação também é produzida pela mistura de grupos etários, étnicos e raciais, que se sentem contaminados pela sua exposição ao contato com estranhos, violando assim a relação pessoal e íntima do internado consigo mesmo.

A “Clínica” sendo um espaço que compartilha de muitos atributos com os manicômios descritos por Goffman (1974) não coaduna com os princípios e diretrizes de uma atenção específica a saúde mental indígena.

Os capítulos 3 e 4 problematizam – através de um estudo etnográfico – esta relação entre indígenas e instituições manicomiais, caracterizando a dinâmica de atendimento feito para um indígena diagnosticado como doente mental e a trajetória de sua internação em um hospital psiquiátrico.

3. A CLÍNICA COMO INSTITUIÇÃO TOTAL E A CHEGADA DO “ÍNDIO”

Desde que comecei minha pesquisa na temática da “Saúde mental e povos indígenas” compreendi que entender a dinâmica e complexidade da presença destes povos em instituições manicomiais exigiria de mim o exercício de aproximações sucessivas do campo estudado, para assim descrevê-lo com o rigor metodológico que uma investigação científica exige.

Em minha carreira de pesquisadora, iniciada em 2011 como aluna da iniciação científica pelo curso de Serviço Social, nunca havia realizado pesquisas cuja minha inserção no campo fosse necessária, sendo, portanto, a “observação empírica”, a “entrevista” e o “diário de campo” instrumentos de pesquisa distantes da minha prática acadêmica.

Neste sentido, um outro desafio desta pesquisa foi utilizar a “descrição” como um possível caminho na construção do meu objeto de pesquisa: o processo de internamento dos indígenas em hospitais psiquiátricos e as rotinas e relações que são estabelecidas neste campo³¹. Para tanto, optei pela utilização da etnografia.

A escolha pela etnografia como recurso metodológico se colocou quando retornei³² ao hospital e percebi a necessidade de descrevê-lo³³, não com o olhar de profissional da saúde, mas em uma perspectiva analítica. Buscava realizar uma “atividade racional” e “pôr em causa os objetos pré-construídos” (BOURDIEU, 2010, p. 21 e 22) anteriormente, considerando a necessidade de desnaturalizar conceitos como “saúde-doença”, “loucura”, “hospital”, “tratamento”, e outros do universo pesquisado.

Para tanto, foi necessário distanciar-me do universo – que a mim era tão comum – e reconstruí-lo, como sugere FONSECA (1998) - em termos sociológicos e culturais para assim interpretar as relações sistêmicas construídas no ambiente hospitalar.

³² Fui assistente social do hospital nos anos 2015 e 2016 e retornei a este para execução desta pesquisa no ano de 2019.

³³ A descrição densa tem como objetivo “o alargamento do universo do discurso humano” (Geertz, 1978, p.24), viabilizando o diálogo entre a cultura do pesquisador e a cultura do grupo pesquisado.

Esta, contudo, não foi uma tarefa fácil. Segundo FONSECA (1998), etnografia é uma ciência do contato que se dá através da interação entre o pesquisador e seus objetos de estudo, “nativos de carne e osso”. (p. 58).

O pesquisador – como agente – busca entender o que está sendo dito pelo seu interlocutor e utiliza a observação empírica, o registro de fatos, entrevistas e outras formas de coletar dados para sistematizar os símbolos e significados da *cultura* que pretende estudar.

Segundo Geertz (2015), o conceito de “cultura” – marcante ao início dos estudos antropológicos – pode ser compreendido a partir de várias acepções, sendo este essencialmente semiótico, posto que a antropologia é uma “ciência interpretativa” à procura do significado.

Por “interpretativo”, o autor indica que - mesmo nos escritos etnográficos acabados, onde as técnicas e procedimentos adotados empreendem uma “descrição densa” – os dados obtidos configuram-se como uma construção do pesquisador feita a partir das construções de outras pessoas.

Resumidamente

[...] os textos antropológicos são eles mesmos interpretações e, na verdade, de segunda e terceira mão. (Por definição, somente um nativo faz a interpretação em primeira mão: é sua cultura). Trata-se, portanto, de ficções; ficções no sentido de que são “algo construído”, “algo modelado” – o seu sentido original de fictio – não que sejam falsas, não fatuais ou apenas experimentos de pensamento. (GEERTZ, 2015, p. 11).

Percebo que o olhar que produzo sobre o hospital é marcado por dois movimentos, o de afastar-me e o de aproximar-me: de um lado há uma iminente necessidade de um distanciamento do lócus pesquisado tendo em vista mergulhar no universo simbólico da clínica, espaço complexo, recheado de particularidades íntimas que – à luz do olhar científico – devem ser reconfiguradas em categorias de análise, do outro, um olhar “nativo” – e afetivo - de quem frequenta o campo desde a infância e possui aproximações pessoais e profissionais com o espaço e com os sujeitos em análise.

3.1. A clínica sob o olhar “nativo”

Em São Luís existem três hospitais psiquiátricos, um de urgência e emergência – a “Colônia” - e dois de internação prolongada. O hospital em que fui estagiar era o maior e o segundo mais antigo da cidade, sendo fundado na década de 1970 pelos primeiros médicos maranhenses que concluíram a residência em psiquiatria no Rio de Janeiro.³⁴

A “Cínica” – como é de forma mais comum chamada pelos funcionários e como optei chamá-la aqui afim de preservar sua identificação – não representava para mim apenas uma experiência de trabalho, pois sou neta da primeira auxiliar de enfermagem que integrou a equipe deste hospital e meu pai minha e mãe trabalharam lá durante anos – ele como atendente de enfermagem, ela como auxiliar de farmácia.

Todos os meus tios maternos trabalharam e ainda trabalham lá – também na função de atendente – e, mais recentemente, três parentes próximos foram internos desta mesma clínica para tratar “males causados pelos vícios”, um tio, um primo e meu irmão mais velho.

Minha primeira memória do hospital, data do ano de 1998, quando fui levada pela minha mãe para conhecer o prédio da administração. Para isso, tínhamos que atravessar uma pequena parte do pátio, passando então pelos “doentes”. Um deles tocou minha mão e aquilo me provocou profunda repulsa, e imediatamente comecei a me coçar. Minha mãe passou álcool e disse que aquela coceira era “psicológica”. Segundo ela, “ser doido não pegava”. Sentia um profundo medo de ser contagiada por aquela “loucura”. Porém, era necessário ter coragem e enfrentar os pavores da clínica. Naquela ocasião, ainda criança, eu parecia saber que um dia trabalharia ali, pois era “o destino” de todos da minha família.

Durante toda a infância e adolescência, passear na clínica era algo frequente. Caminhava livremente pelo pátio, sempre acompanhada do meu tio

³⁴ O Estado do Rio de Janeiro possui uma relevância histórica no que diz respeito ao desenvolvimento da psiquiatria no Brasil. Tendo em vista ser a sede/capital do Império Português, é no Rio de Janeiro que em 1830 é realizado o primeiro diagnóstico da situação dos loucos no Brasil. Em 1852 é fundado o primeiro hospício do Brasil, denominado Hospício Dom Pedro II. Lá também são fundados os primeiros hospitais-colônias. E em 1948 surge o primeiro programa de residência médica na área da psiquiatria no Brasil. (AMARANTE, 1994).

ou da minha mãe, isso quando não estava na farmácia ajudando-a a montar “potinhos” de medicações para os “pacientes”. Outras vezes, minha ida ao hospital era para visitar algum parente, principalmente o meu irmão que entre os anos de 2006 e 2017 passou por 4 (quatro) internações motivadas pelo uso abusivo de substância psicoativa (crack).

Foi a partir dessa experiência que optei pelo curso de Serviço Social em 2010, tendo em vista ajudar minha família na lida com o meu irmão e outras famílias que passavam pelo mesmo problema. Ser assistente social sempre significou “abrir portas” para minha família, principalmente em hospitais.

Como profissional do serviço social eu teria facilidade para conseguir internações e transferências rápidas da “Colônia”³⁵ para a Clínica. Poderia também autorizar a entrada de alimentos e materiais de higiene e garantir um melhor tratamento para ele. Em suma, eu teria acesso a todo um “sistema de privilégios”³⁶.

Em 2016, após um ano de estágio na referida Clínica, eu assumi o setor de serviço social. A par de todas as rotinas e burocracias – oficiais e não oficiais, conhecia cada ala, funcionário e paciente, sendo responsável por todo o setor masculino – que tinha em média 300 pacientes, sendo metade destes internados por uso abusivo de álcool e outras drogas.

Minha função era, principalmente, intermediar o contato entre família e paciente internado, cuidando para que nas visitas os pacientes estivessem “apresentáveis” para receber seus parentes; ligar para as famílias solicitando roupas e material de higiene e avisando-os – quando fosse o caso – que o paciente já se encontrava de alta hospitalar.

Em poucos meses, minha “eficiência” espalhou-se no hospital. As famílias estavam satisfeitas com o meu atendimento e o enfermeiro-chefe – que também era o diretor administrativo – me promoveu a coordenadora da Comissão de Cuidados aos Pacientes. Eu era então responsável por cada arranhão que aparecesse nos internos.

³⁵ Hospital Colônia dos Psicopatas no Maranhão, fundado em 1941 e mais tarde renomeado Hospital Nina Rodrigues.

³⁶ Pequeno número de prêmios claramente definidos, obtidos em troca de obediência, em ação e espírito a equipe dirigente. (GOFFMAN, 1974, p. 50).

O trabalho era feito de forma multidisciplinar, a equipe de atendimento ao paciente era formada por um médico psiquiatra, um (a) enfermeiro(a), um (a) psicólogo (a), um (a) terapeuta ocupacional e um (a) assistente social.

Por ser a mais nova, todos sempre se espantavam com o que consideravam meus vastos conhecimentos acerca do hospital e dos tratamentos. Conhecia os diagnósticos, as terapêuticas, sabia classificar os sintomas e – a minha experiência com a minha mãe fez com que eu conhecesse cada medicação e sua serventia. O espanto cessava quando descobriam minhas relações de parentesco com funcionários que eram mencionados como “antigos”. Eu me sentia parte do hospital.

O meu olhar da infância e o meu olhar como assistente social eram diferentes. Durante toda a graduação eu estive envolvida com atividades de pesquisa e o campo empírico onde eu estava inserida sempre me sugeriu problemáticas que, em uma perspectiva dialética, levavam-me a buscar compreender os fenômenos observados tendo em vista a totalidade estrutural e econômica na qual estavam imersos.

Atentava-me principalmente às condições precárias sob as quais viviam pacientes e famílias, às negligências do Estado em relação a efetivação da Política Nacional de Saúde, sempre fazendo o exercício de “encaixar” as particularidades vividas no hospital – como a falta de leitos (à exemplo) – ao contexto de desigualdades proporcionados pelo sistema capitalista vigente e seus ordenamentos de minimização dos recursos estatais no que tangencia o implemento de políticas públicas e sociais.

Todavia, havia singularidades para as quais os meus procedimentos metodológicos se tornavam um entrave. Apesar dos poucos recursos investidos na clínica, de sua aparente desorganização e suas condições precárias para a manutenção e reprodução das condições de vida dos sujeitos internos, observei que o internamento de um paciente era considerado um “alívio” para a família acompanhante.

Diferentemente dos outros hospitais, onde os familiares buscam uma solução rápida para o problema de saúde do enfermo e onde a internação por numerosos dias torna o processo de adoecimento mais angustiante, na clínica, as famílias solicitavam – e por vezes até imploravam – para que os pacientes passassem a maior quantidade de dias em reclusão.

Para pensar o hospital como lugar de pesquisa, seria necessário compreendê-lo para além de categorias prontas como a de “bem-estar”, “direitos sociais”, “saúde-doença”. Pensar a dinâmica da clínica exigia compreender as categorias concebidas a partir dos agentes que nela estavam inseridos, do seu sistema de símbolos e significados. Porém, o meu olhar de assistente social sempre me fez naturalizar esse sistema. Essa perspectiva foi alterada com “a chegada do índio”.

Quando – ao realizar o atendimento ao indígena – ele comentou que não entendia o que eu falava. Esse comentário me fez compreender que todo esse sistema, por mim naturalizado e reificado – representa apenas uma dimensão da realidade, uma interpretação engendrada a partir do meu “olhar nativo” e subjetivo.

Essa situação clara de diálogo “intolerante”³⁷– e porque não dizer, de “violência simbólica” (BOURDIEU, 2010) onde eu sou o sujeito que a pratica - alenta em mim a necessidade de pensar o hospital como um lócus de pesquisa, distanciando-me deste ponto de vista “nativo” produzido a partir do meu lugar de “equipe dirigente”.

A “chegada do índio” me conduz a pensar o campo a partir de um olhar de estranhamento, pois é a partir desse acontecimento que passo a pôr em xeque o meu cotidiano no hospital, deslocando-me parcialmente da condição de assistente social e colocando-me na perspectiva de observadora que enxerga esse “cotidiano” como uma “relação sistêmica”.

Essa nova condição exige de mim um esforço de distanciamento para que eu possa “construir a tessitura da vida social” (FONSECA, 1998, p. 63) do hospital, em uma tentativa de compreender o “pensar, agir e sentir” do indígena na clínica.

O indígena deixa de ser “paciente” e passa a ser sujeito pesquisado. As categorias produzidas no hospital, tais como “loucura”, “doença mental”, “sintomatologia”, “diagnóstico”, o próprio “hospital”, foram sendo gradativamente desconstruídas e pensadas sob um novo prisma epistemológico.

³⁷ Utilizo a expressão intolerante no sentido dado por Roberto Cardoso de Oliveira (1998). O autor se refere ao resíduo de incompreensão na relação dialógica quando a interlocução envolve membros de culturas absolutamente diferentes, quando tem lugar entre índios e não-índios, marcada por horizontes teoricamente incomensuráveis.

O que será exposto a partir de agora é a sistematização destas observações, construídas à luz do método etnográfico. Ciente de que, por mais detalhado que o campo possa parecer, ainda assim ele não passará de uma “simplificação grosseira da realidade” (FONSECA, 1998, p. 76). Na análise apresentada, busco distanciar-me do meu próprio universo para construí-lo em termos sociológicos e culturais.

3.2. Minha chegada

Era março de 2015, estava com 23 anos e faltava apenas um ano para eu concluir o meu curso de Serviço Social. Sentia-me a postos para o trabalho no local onde iria estagiar: jaleco, prancheta e todas visões de mundo construídas na universidade. Estava pronta para fazer atendimentos sociais, perícias técnicas, palestras, visitas domiciliares entre outras atividades que são atribuições específicas das assistentes sociais. Tudo aquilo que me fosse requisitado. Mas antes, eu precisava não perder o ônibus.

A “Clínica” fica próxima a uma praia da cidade de São Luís e em dias de semana – quando comumente não se vai à praia – era reduzido o número de ônibus para este destino. O estágio começava às 8h e o meu ônibus passava 7:10h. Seu Francisco, um “gato”³⁸ do hospital – meu colega de trabalho que viera a se tornar um dos principais informantes da minha pesquisa - havia me alertado para não perder o horário, pois outro ônibus só passaria novamente às 9 horas.

Considero relevante o registro desse percurso de ônibus pois a entrada no hospital não se inicia na passagem pelo portão da recepção³⁹, mas naquele ônibus. Uma grande parte das pessoas que utiliza esse transporte na linha Centro-Praia em dias de semana está indo para a Clínica. São tantas pessoas que, ao se aproximar desse local o cobrador sempre pergunta quem vai saltar na Clínica, pois dependendo da quantidade de pessoas, o motorista estaciona na porta, fora do ponto regular.

³⁸ G.A.T.O. é uma sigla institucional para Grupo de Apoio da Terapia Ocupacional, um nome técnico para um funcionário que pode ser considerado um “faz-tudo” na Clínica.

³⁹ Na Clínica existem três portões: o portão da recepção, por onde entram funcionários e visitantes; o portão da internação; onde entram os pacientes recém-chegados; e o portão central, que separa o mundo do internado do mundo externo. Apenas funcionários e pacientes podem atravessar este último portão.

Entre os sujeitos que fazem essa viagem estão funcionários, familiares de pacientes e pessoas em busca de informação sobre como fazer a internação em um hospício, os mais diferentes sujeitos: parentes, vizinhos de idosos que foram abandonados pela família, usuários de droga ou alcoólatras que rondam pelas proximidades de seu bairro.

A maior parte das pessoas que buscam esse tipo de informação são mulheres que sempre relatam “querer ajudar” outras mulheres⁴⁰ (mães, esposas, irmãs, primas) quem possuem algum tipo de problema com pessoas que, segundo elas, apresentam comportamentos agressivos – sejam com os outros, sejam consigo mesmo.

Ali no ônibus era comum escutar conversas de familiares sobre os parentes que haviam deixado na Clínica e que estavam indo visitar. Compartilhavam entre si o que seus familiares haviam “aprontado” para serem internados, o tempo que o parente já estava recluso, as “artimanhas” para fazer a internação durar mais⁴¹. E sempre carregavam muitas sacolas, com lanches, roupas e material de higiene pessoal. Às quartas – dia em que visita era autorizada pela equipe dirigente – era o dia em que o ônibus estava mais cheio.

A Clínica logo na entrada possui dois portões e duas placas, uma apagada e outra mais nítida. Na primeira placa – a mais apagada - está registrado o nome, os números dos telefones e o comunicado de que este é um espaço que possui convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS); a segunda placa – a mais nova – indica o setor particular onde são atendidas pessoas que possuem planos de saúde ou podem pagar. Nela, além do nome e telefone, estão contidos alguns

⁴⁰ Em 2015 a Clínica possuía 400 leitos para pacientes homens e 100 para pacientes mulheres. A maioria das responsáveis por assinar o “Termo de Responsabilidade” pelos pacientes internados são mulheres. No registro do livro de visitas, a maioria das assinaturas encontradas são de mulheres – geralmente mães dos pacientes. Na Clínica o cuidado é uma atribuição feminina. Sobre essa temática Guedes e Daros (2009) afirmam que a atribuição do ato de cuidar às mulheres é inerente à sociabilidade burguesa que atribui diferentes valores e morais para homens e mulheres. Segundo as autoras, há uma incorporação no cotidiano das mulheres das atividades relacionadas ao cuidado de outros seres humanos. Isso pode ser observado no contexto da Clínica.

⁴¹ A guia de internação dada pelo Estado garante a permanência de, no mínimo, 45 dias e no máximo 90 dias, no hospital. Para que o período seja alongado é preciso recomendação médica. Muitas famílias pedem aos médicos que seus parentes fiquem mais dias internados, por motivos diversos. Alegam que os doentes mentais “dão muito trabalho”, “quebram as coisas dentro de casa”, ficam “agressivos” ou, em muitas situações, que não possuem condições (estrutura física da casa, renda familiar) para cuidar dessas pessoas em suas casas.

exemplos dos tratamentos ali realizados: “depressão, transtorno bipolar, dependência química”.

Na recepção muito ventilada devido à proximidade do prédio com a praia, há um quadro de sua antiga arquitetura, pintado em 1987 por um ex-paciente em uma das oficinas da terapia ocupacional. Assim que cheguei perguntei para a recepcionista que trabalha lá há 26 anos se a Clínica antes tinha aquela arquitetura e, ela respondeu que sim, que dos leitos era possível ver o mar e achava isso muito “chique”.

Figura 1 - Foto de pintura da primeira arquitetura da Clínica.



Fonte: Acervo da autora

Era uma construção semelhante aos padrões de arquitetura colonial, com janelas e portões grandes, decorada por azulejos de cor azul-piscina. Sua estrutura passou por várias modificações e reformas nas últimas décadas. Atualmente, sua fachada não está mais localizada de frente para o mar, deu lugar para um muro de três metros de altura coberto por uma cerca de arame na qual foi enrolada uma fiação elétrica.

Sobraram da antiga recepção as seis mesas de atendimento, os bancos de espera acolchoados, as portas de madeira maciça e o largo balcão de mármore, marcas de um serviço que na década de 1970 fora totalmente privado⁴², de uma era onde se havia ganhado muito dinheiro com a psiquiatria

⁴² Atualmente o serviço ofertado pela Clínica, no que concerne ao seu financiamento, é do tipo “público-privado”. Modelo de saúde complementar institucionalizado na Constituição Federal de 1988, momento a partir do qual passaram a ser formalizados convênios e contratos para pagamento de serviços médicos mediante credenciamento na rede pública de saúde.

no Maranhão, onde a Clínica era considerada um local de referência no tratamento aos “doentes mentais”.

Ao adentrar a Clínica, a recepcionista me apresentou à minha preceptora⁴³, assistente social que trabalhava no hospital há 2 anos. Ela ficou responsável por me mostrar a estrutura física do hospital e me repassar a rotina do Serviço Social.

Começou mostrando-me papéis, documentos que – nas palavras dela – eram “mais importantes que tudo”, pois eles “comprovavam” as atividades realizadas durante o plantão de 6 horas e as intercorrências. O registro na Clínica era fundamental para que a Direção do Hospital soubesse o que acontecia durante o dia e a noite.

Desde quando estagiei até os dias atuais, são três os principais instrumentos de registro utilizados pelo serviço social: o primeiro é o **Livro de Ata** do Serviço Social, onde tudo o que acontece durante o dia precisa estar cuidadosamente relatado. Cada atendimento social, telefonema, reunião, encaminhamento, tudo o que acontece no plantão precisa estar descrito ali.

O segundo é o **Livro de Visitas** – utilizado nas quartas, sábados e domingos. Nele precisam ser registrados o nome do visitante, sua relação de parentesco, número de identidade, endereço e telefone para contato. Minha preceptora explicou que todas essas informações são relevantes pois, em caso de “abandono do paciente”, entraríamos em contato com aqueles que o visitaram em busca de pistas do paradeiro dos responsáveis.

Em uma dessas visitas conheci a assistente social da CASAI, à época responsável somente por um indígena, o Pukubiê/Gavião, paciente de muitas internações, classificado como esquizofrênico. Eu já havia encontrado-a em outras visitas, mas nunca tínhamos nos falado até aquele momento, posto que o seu contato maior era com a minha preceptora.

A visita da assistente social da CASAI era muito pontual. Ela pedia para falar com uma assistente social, perguntava como os indígenas estavam e pedia que assinássemos um papel registrando que ela havia estado na Clínica.

⁴³ Assistente Social designada para me orientar e ensinar sobre as práticas do Serviço Social na área da psiquiatria.

Deixava sempre algum dinheiro para que o interno pudesse lanchar algo na cantina⁴⁴, mas raramente pedia para ver o paciente.

Aproximamo-nos mais durante a internação do Tentehar/Guajajara. Certa vez perguntei a ela como era feito esse acompanhamento aos indígenas, posto minha curiosidade e ignorância sobre o modo de vida destes povos. Ela resumidamente respondeu – se referindo ao Tentehar “esse aí não é mais índio não” e que o fato dele há tempos ter perdido seus costumes, destacou como justificativa para o comportamento do Tentehar em sua aldeia. Concluiu dizendo que assim como ele, havia muitos outros que já não preservavam mais o jeito de ser indígena.

Ainda sobre os documentos, o terceiro – e o mais importante na dinâmica do hospital segundo minha preceptora – era o **Prontuário**. Era a partir dele que cada paciente passaria a ser identificado por um número e uma cor (azul, verde ou rosa). Azul para os pacientes recém chegados e considerados agressivos. Verde para os pacientes mais calmos e Rosa para as pacientes do sexo feminino.⁴⁵

O prontuário era composto pelos seguintes instrumentais⁴⁶: Guia de Internação – documento emitido pelo Estado que justificava a internação prolongada de no mínimo 45 dias, assinado pelo médico plantonista da Colônia; Folha de Admissão da Enfermagem – onde era registrado o peso, altura, pressão arterial, índice glicêmico e marcas encontradas no corpo do paciente no momento de sua entrada no hospital; Histórico do Paciente – registro da história contada pelo familiar ou responsável que fundamentassem o pedido de internação prolongada; Diagnóstico Provisório – a ser indicado pelo médico assistente; e Folha de Evolução – onde todos os profissionais da Equipe Multiprofissional (Médico, Enfermeiro, Psicólogo, Assistente Social e Terapeuta Ocupacional) relatavam a cada 7 dias suas impressões sobre os comportamentos do paciente e sua receptividade⁴⁷ ao tratamento.

⁴⁴ Havia uma cantina na clínica. Os pacientes cujas famílias depositavam dinheiro na recepção estavam autorizados a comprar lanches nela.

⁴⁵ Travestis e transexuais eram indicados para as alas masculinas.

⁴⁶ Folhas que só podem ser preenchidas pela equipe dirigente e que devem estar devidamente assinadas e carimbadas pelos profissionais.

⁴⁷ Ser receptivo ao tratamento é aceitar todas as abordagens utilizadas pelos profissionais que compõem a equipe dirigente

Todos esses documentos são anexados a uma pasta identificada pela cor da enfermaria na qual o paciente está acomodado. No caso do Tentehar ele era o paciente 2333927, designado para a “ala azul”.

Destaco que os prontuários devem ser guardados em armários com chave que ao final do plantão é entregue à recepcionista ou passada para o próximo profissional. Essa é uma regra expressa que, caso descumprida, deixa o funcionário exposto a punições (advertência, suspensão ou até mesmo demissão por justa causa).

Logo compreendi que os documentos representam a vida burocrática do hospital, não sendo expressões ou “comprovações da verdade”, mas interpretações, ou, nas palavras de Cunha (2004, p. 1) “construções culturais cuja compreensão é fundamental para entendermos como certas narrativas profissionais foram produzidas”.

Após me mostrar “a vida burocrática”, minha preceptora apresentou-me a estrutura física interna do hospital, localizada após a passagem do portão central ao qual apenas os funcionários possuem acesso.

Figura 2 - Foto do “Portão Central” da Clínica.



Fonte: Acervo da autora.

No que tangencia a sua divisão de espaços, a Clínica é dividida em 7 setores: S.A.M.I, sigla para Sistema de Atendimento Médico, Ala Azul, Ala Verde, Ala Rosa, Espaço para Terapia Ocupacional – que chamamos de T.O., “Unidade” e prédio da Administração.

Logo após a recepção está localizado o SAMI, onde é realizado o primeiro atendimento do paciente recém-chegado. Este é composto por 5 salas de atendimento que estão distribuídas na seguinte ordem: Sala do Serviço Social/Psicologia, Sala de Admissão da Enfermagem, Consultório Médico, Farmácia e Sala do Grupo Terapêutico – que todos os funcionários chamam de “Sala do Grupo Médico.”, pois só é aberta quando os psiquiatras chegam. Este é o percurso que todo paciente – recém-admitido -, percorre até passar pelo portão central.

Figura 3 – Estrutura do S.A.M.I. Da esquerda para a direita: Serviço Social/Psicologia; Admissão da Enfermagem; Farmácia; Consultório Médico; Grupo Terapêutico.



Fonte: Acervo da autora

Compreender a função de cada um dos sujeitos que compõe a equipe dirigente e a rotina dos internados foi fundamental para que eu entendesse como funcionava o hospital e pudesse também analisar como se dava o atendimento aos indígenas internados. A Clínica era um espaço muito diferente do *mundo externo* onde pessoas extremamente díspares se viam obrigadas a conviver entre si, misturando seus mundos e culturas a partir de um ponto comum: o extremo controle de suas vidas e necessidades por parte da equipe dirigente.

Esse aspecto era ainda mais danoso para os indígenas internados, haja vista que o *mundo externo* deles era diferente no que tangencia a sua cultura, ao seu modo de vida.

Foi a partir da observação do cotidiano rígido – expressado pelo número de regras a serem seguidas tanto pelos funcionários quanto pelos pacientes e

do caráter de isolamento do hospital em relação ao mundo - que insurgiu a hipótese primeira desta pesquisa, de que a Clínica pode ser definida como “Instituição Total”, considerando não apenas o seu estrato manicomial, mas as características manifestadas pela sua rotina.

Goffman (1974) define uma instituição total como:

um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada. (GOFFMAN, 1974, p.11).

Ao observar a Clínica durante dois anos como profissional de sua equipe dirigente - e repensá-la a partir do meu olhar de pesquisadora - percebo que o seu caráter de “total” pode ser encontrado na narrativa de seu cotidiano.

Sem perder de vista diferenças significativas – sendo estas históricas, culturais e contextuais - ao descrever a rotina de um hospital localizado no nordeste brasileiro, encontro interlocuções com os escritos *goffmianos* que – apesar de relatarem uma estrutura manicomial estadunidense da década de 1960 – apresenta elementos comuns ao campo por mim observado.

Partindo da própria ideia de Goffman (1974) de que nenhum desses elementos é peculiar às instituições totais, assim como, nenhum é compartilhado por todas, entender o meu espaço de pesquisa a partir dessa categoria sociológica foi considerar como ponto chave os atributos comuns, que como serão sistematizados a partir de agora, não são poucos.

3.3. A admissão dos pacientes

Todos os dias, por volta de 9 horas, três funcionários da Clínica – um motorista, um “gato” e um técnico de enfermagem – eram enviados para o “Hospital Colônia” para “pegar pacientes”. Neste local muitas famílias ficam em dúvida sobre a decisão de internar e cabe aos funcionários convencê-las de que a Clínica é uma boa opção.⁴⁸ Outra situação muito comum era a reação negativa

⁴⁸ Existem duas Clínicas de internação prolongada em São Luís autorizadas pelo SUS. Essas lucram pela quantidade de pacientes internados o que gera uma disputa entre os hospitais para captar pacientes. Cada uma, então, envia funcionários para convencer às famílias sobre qual Clínica é melhor.

dos pacientes ao serem informados que iriam para a Clínica, o que poderia necessitar de pessoas fisicamente fortes para “segurar o paciente”, caso os sedativos não fizessem o efeito esperado. Esse processo era denominado “*captação de pacientes*”.

Pacientes e famílias eram colocadas em uma van e levados para a Clínica onde seriam entrevistados por todos os profissionais da equipe multidisciplinar e os responsáveis assinariam vários documentos a fim de comprovar que estavam de acordo com a internação. Costumavam chegar na instituição por volta de 12 horas.

Quando a captação era “ruim” chegavam dois ou três pacientes, quando era “boa”, chegavam bem mais. Em um plantão agitado, eram feitas cerca de 11 internações. A equipe nunca gostava quando chegavam muitos pacientes, pois o processo de admissão era trabalhoso, requeria atenção, orientação, explicação das rotinas, cuidado com o que era escrito e com o que era falado. Nesse sentido, três admissões era o máximo que conseguíamos fazer com a devida cautela.

Todavia, a administração do hospital considerava que quanto mais pacientes, melhor, pois isso representava o lucro efetivo do hospital. Em várias reuniões escutávamos que precisávamos “segurar os pacientes na casa” por no mínimo 45 dias, pois eram as internações que pagavam nosso salário e caso “perdêssemos” pacientes – ou seja, se eles fugissem ou se a família “pedisse pra tirar” – procedimento denominado de “alta pedida” - teríamos descontos nos vencimentos. As admissões eram assim o momento mais importante do plantão.

Quando a van chegava, os interfonos de todas as salas tocavam para que os profissionais pudessem se encaminhar para o ambulatório – local onde o médico realizava a entrevista de admissão -, pois havia chegado internação. A assistente social é a única que acompanha todas as etapas de uma admissão, pois é a profissional responsável pela entrada e alta hospitalar de cada paciente.

Até os dias atuais a admissão pode ser realizada de duas formas, envolvendo três ou quatro momentos. A primeira forma é quando família e pacientes são entrevistados três vezes: 1) ao fazer a ficha na recepção; 2) no exame físico na sala de enfermagem e; 3) na entrevista com todos os profissionais no ambulatório.

Essa forma é menos cansativa para as famílias, pois estas precisam contar a história apenas uma vez para todos que compõem a equipe. Médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas podem preencher o histórico do paciente ao mesmo tempo, fazendo perguntas específicas quando for o caso. Paciente e família têm acesso a todos os profissionais e podem esclarecer todas as suas dúvidas.

Todavia, esse tipo de admissão só ocorre quando a equipe presente possui alguma afinidade entre si, gosta de trabalhar uns com outros, o que é difícil, posto que cada plantão é formado por uma equipe diferente, o que não permite a construção de laços para além dos espontâneos e momentâneos.

A segunda forma de admissão é sempre a mais utilizada. É realizada em cinco momentos, para além do preenchimento da ficha na recepção e do exame físico na enfermagem. Família e paciente são encaminhados para um percurso de mais três atendimentos, onde terá que contar a história e os motivos da internação por pelo menos mais três vezes para os seguintes profissionais respectivamente: assistente social; enfermeiro e médico.

A primeira etapa é o preenchimento da ficha e assinatura dos documentos na recepção. Família e paciente aguardam ser chamados enquanto dois técnicos de enfermagem fazem a segurança do portão da recepção e do portão lateral por onde entram os pacientes recém-chegados. Alguns pacientes chegam com as mãos amarradas, outros, por estarem muito agitados são amarrados na recepção, outros caminham livremente – ou porque foram enganados e pensam que irão apenas fazer uma consulta ou porque já passaram por outras internações e estão acostumados.

É comum o encontro caloroso e receptivo entre funcionários e pacientes de internações consecutivas. Aperto de mãos, perguntas como “você por aqui de novo?”, pedidos como “posso ficar na ala que estava da vez passada?”, e promessas – tanto dos funcionários quanto dos pacientes - de que nessa internação as coisas serão melhores e dará tudo certo.

A recepcionista pede os documentos de identificação da família e do paciente. São coletados o endereço, três números de telefone e de imediato é solicitado a assistente social que está na admissão que ligue para os contatos de modo a confirmar se os números realmente existem e quem são as pessoas do outro lado da linha.

Esse procedimento é utilizado porque no momento da internação muitos familiares e responsáveis dão números falsos para não serem localizados e abandonarem os pacientes no hospital. Muitos trocam o número de telefone assim que saem da clínica. Por isso, a assistente social sempre liga para os contatos, se identifica e esclarece que poderá ligar outras vezes solicitando visita ou comparecimento para o momento da alta hospitalar.

Logo após essa etapa, o paciente é encaminhado para a mesa da assistente social que fica ao lado da recepção. A assistente social pergunta sobre os motivos da internação e pede que a família conte um pouco da história do paciente, o que havia acontecido, como fora parar no Hospital Colônia, se o paciente aceita ser internado, se está sendo internado à força ou por ordem judicial.

Existem três tipos de internação: “voluntária”, “involuntária” e por “ordem judicial”. Voluntária quando o paciente pede para ser internado – o que é muito incomum; involuntária quando ele é internado contra sua vontade – a mais comum; por medida judicial é quando um juiz determina a internação do sujeito – muito utilizada com usuários de álcool e outras drogas.

A internação involuntária é tão comum que em São Luís existem grupos que se autodenominam “Resgate” – serviço privado feito por enfermeiros e técnicos de enfermagem que pegam o paciente à força dentro de sua casa ou na rua e conduzem-no para o Hospital Colônia.

A maioria das internações da Clínica era de ordem involuntária, logo a família precisava assinar um “Termo de Responsabilidade”, onde declarava que o paciente estava sendo internado por vontade da família e que o responsável pela internação se responsabilizava pelo ato.

À assistente social cabia esclarecer que o responsável pela internação deveria comparecer às visitas semanais – caso o paciente fosse residente em São Luís – e quinzenais – se o paciente fosse do interior do Maranhão. E que estes deveriam comparecer ao hospital sempre que fossem solicitados.

A assistente social também verificava se o material de higiene e as roupas estavam sendo entregues no ato da internação. Para a higiene do paciente era solicitado uma barra de sabão de coco, desodorante “roll-on”, creme dental, escova de dente e para as mulheres, além desses itens, absorventes.

Perfumes e desodorantes do tipo “aerossol” não eram permitidos pois poderiam ocasionar intoxicação. Para os 45 dias eram pedidas três mudas de roupas (parte de cima, parte de baixo e íntimas) e um par de chinelos. Eram proibidos cintos, toalhas, lençóis e qualquer item com o qual o paciente pudesse atentar contra sua própria vida.

Orientávamos às famílias a deixarem as roupas mais velhas e produtos baratos, pois artigos mais novos provavelmente seriam roubados por outros pacientes ou até mesmo pelos próprios funcionários. Na entrega era colocado o nome do paciente no objeto que o pertencia com uma caneta de tinta permanente, para identificar principalmente as roupas.

Outro fato comum era a permuta de roupas entre os pacientes em troca de fumo. O cigarro era de uso proibido na Clínica, mas alguns pacientes conseguiam ter acesso ao que eles chamam de “fumo caipora”, principalmente nas visitas, quando vinham escondidos dentro dos lanches em saquinhos de plástico. O fumo era a principal moeda de troca dentro do hospital. Além de roupas e chinelos, podia ser trocado por uma cama melhor, um lençol mais novo, café na cantina entre outras “regalias”.

A conversa com o serviço social era sempre a mais demorada, marcada por um caráter acolhedor e ao mesmo tempo ameaçador. “Acolhedor” porque nós éramos as responsáveis por cuidar do “bem-estar do paciente” durante a sua estadia na Clínica, o que de alguma forma fazia com que as famílias sentissem que poderíamos protegê-los; “ameaçador” porque tínhamos que deixar bem claro que aquela era uma instituição com regras rígidas e definidas – tanto para os pacientes quanto para os responsáveis – e que caso fossem descumpridas haveria sanções. A partir desse atendimento o familiar tinha as informações necessárias para prosseguir com o processo de internação ou dele desistir. Quase todos prosseguiam.

A admissão pelo setor de enfermagem acontecia logo em seguida, realizada pelo enfermeiro-chefe e dois técnicos de enfermagem. Neste momento eram coletadas informações que comporiam o histórico clínico do paciente assim como eram observados e registrados os sintomas que o paciente relatava sentir no momento da internação.

O sujeito a ser internado era sentado em uma maca ou cadeira onde suas roupas eram retiradas⁴⁹ para que fosse feito um exame físico afim de detectar marcas, cicatrizes, ferimentos, alergias ou qualquer doença infectocontagiosa que pudesse ser transmitida pelo contato ou compartilhamento de objetos. Era aferida sua pressão arterial, medido o índice de açúcar em seu sangue e seu peso corporal. Isto para saber se o doente tinha condições físicas de ser internado, pois, caso não tivesse, não seria aceito pelo hospital.⁵⁰

Cabelos e barbas – esta última no caso dos homens – eram cuidadosamente analisados para saber se existia fungos, caspas ou piolhos. Caso fosse constatado que sim, o paciente seria encaminhado para a barbearia para tirar a barba e raspar o cabelo. Isso também valia para as mulheres.

A equipe de enfermagem examinava também a condição da higiene com que o paciente estava dando entrada no hospital. Sujeiras no corpo e na roupa, tamanho das unhas, condição dos dentes, orelhas e odor. Era solicitado também que o paciente erguesse os braços, tentasse alcançar os dedos dos pés e caminhasse em linha reta.

Os antecedentes familiares no que tangencia a agravos mentais ou doenças de ordem clínica são questionados pela primeira vez ainda na anamnese da enfermagem, pois a equipe considera importante saber se havia história de doenças na família, as denominadas hereditárias ou genéticas – que são aquelas caracterizadas por serem transmitidas de geração à geração.

Em minha experiência na Clínica ouvi vários profissionais afirmando que transtornos mentais são facilmente associados a condições genéticas, principalmente patologias como esquizofrenia e transtorno bipolar. Na clínica era comum pais e filhos, pares de irmãos e primos serem internados, ou na mesma época ou em períodos diferentes, classificados com a mesma patologia.

⁴⁹ O processo de admissão pode ser caracterizado como uma despedida e um começo, e o ponto médio do processo pode ser marcado pela nudez. Ao ser admito numa instituição total, é muito provável que o indivíduo seja despido de sua aparência usual, bem como os equipamentos e serviços com os quais a mantém, o que provoca uma desfiguração pessoal. (GOFFMAN, 1974, p. 27-28).

⁵⁰ Óbitos por doenças que não estão relacionadas a mente têm causado complicações de ordem jurídica que, ao longo dos anos, fizeram com que a Clínica adotasse o protocolo de não admitir pessoas “doentes”. É comum ver familiares questionando: “Mas isso aqui não é um hospital?” e a resposta da equipe é: “Sim, mas um hospital de cuida de cabeça”.

Conheci muitas mães que foram internar seus filhos após longos anos de cuidados com o marido, acometidos pela mesma doença. Com visível desgaste físico, marcado pelo aspecto envelhecido de seus rostos, em seus discursos sempre referenciavam os problemas com doentes mentais na família como “lutas”, “batalhas” e “cruzes” as quais tinham a obrigação de enfrentar e carregar. Era comum ver acompanhantes adoecidos, mas incomum que a equipe enxergasse isso como um aspecto relevante.

Após a anamnese da enfermagem era a vez do atendimento médico. Este poderia ser imediato ou demorar horas, dependendo se houvesse ou não médico na Clínica.

A admissão médica era feita na última sala, pois era a maior, a qual chamávamos de ambulatório, onde também acontecia o grupo médico. Atrás de um largo balcão de mármore que parece ter sido projetado para garantir segurança para os médicos, ficavam posicionadas quatro cadeiras, sendo três de plástico e uma acolchoada. É nesta que senta o médico.⁵¹

Oito médicos atendiam na Clínica em 2016, todos na função de psiquiatras, mas apenas quatro haviam se especializado na área. Três eram clínicos gerais e um era ginecologista.

Familiares e responsáveis sempre se mostram ansiosos pelo momento de falar com o médico. Se nos momentos anteriores há uma certa pressa e descuido com o relato, é na frente do médico que a família narra em detalhes mínimos a vida do paciente, fazem perguntas e pedidos, depositam fé na esperança de escutar uma solução ou a operação de um milagre. Há ali uma relação de “crença” e “confiança” onde tudo o que se ouve é tratado como absoluta verdade.

A anamnese médica era feita a partir da classificação de sintomas identificados no discurso apresentado pelas famílias e na observação de como fala e age o paciente no ato da internação, como ele se encontra.

Apesar de haver nomenclaturas específicas, os médicos buscavam utilizar palavras que fossem mais fáceis de ser compreendidas pelas famílias, ao

⁵¹ Não há uma exclusividade no uso desta cadeira, todos os profissionais por vez ou outra se sentam nela, mas é comum levantarem-se e dar o lugar aparentemente mais confortável para o médico, que nunca recusa.

mesmo tempo em que transcreviam suas respostas em uma linguagem técnica e, por vezes, inacessível, até mesmo aos outros profissionais da psiquiatria.

Os médicos perguntavam o porquê de a família querer internar o paciente, quando ele começou a apresentar comportamentos diferentes, anormais e que comportamentos eram estes para identificar a *queixa principal*.

Comportamentos anormais para os médicos estavam associados a “ver coisas que não existem”, “ouvir vozes”, “andar nu”, “falar muito”, “falar muito sobre um assunto específico”, “falar muito sobre sexo, deus, anjos”, “não falar”, “andar sem rumo ou propósito”, “pensar em morte”, “pensar em matar”, “tentar matar alguém”, “tentar se matar”, “movimentos repetitivos”, entre outros.

Para entender o *histórico da doença* perguntavam qual havia sido o tipo de parto, se a criança chorou ao nascer, se houve alguma queda quando ainda recém-nascido, até quando se alimentou de leite materno e se já tinha feito alguma cirurgia e conseqüentemente utilizado anestesia.

Sobre os *antecedentes pessoais e familiares* o médico questiona se há histórico de doença mental na família, quem mora com o paciente, quem são seus familiares, se possui mãe e pai vivos, se o paciente mantém relações sexuais, afetivas, se é casado, se já namorou, se gosta muito de sexo.

No caso de mulheres, indagam com quantos anos a paciente teve sua primeira menstruação e – dependendo da idade – se ainda fica menstruada. Perguntam se já possuía filhos (parto normal ou cesariana) e se demonstrava afeto por eles, se fazia uso de algum contraceptivo.

Eram feitas perguntas também sobre os hábitos de vida recentes do paciente para saber se ele utilizava bebida alcoólica, cigarros, drogas ilícitas, se toma outros medicamentos e quais seriam estes, se já era proveniente de outras internações e o que gostava de fazer.

Por último são feitas perguntas sobre outras doenças possíveis, de ordem clínica e, de acordo com relato da família, os pacientes poderiam ou não ser encaminhados para realizar exames ambulatoriais, sendo sua internação aceita mediante o compromisso do responsável em realizar tais exames.

Preenchidas todas as fichas de ordem burocrática, o paciente seria designado a passar três dias em observação e depois seria encaminhado para

uma ala, onde seria constantemente vigiado⁵² por técnicos de enfermagem e onde vivenciaria grande parte de seu tempo e experiência na clínica.

3.3.1. A chegada do “índio”.

O processo de admissão do paciente indígena não se deu de forma específica ou diferenciada em relação ao processo descrito acima. Poderia dizer que para mim era algo novo, pois em minha recente experiência como profissional que acabara de chegar na Clínica, eu nunca havia atendido um indígena. Todavia, para os demais funcionários do hospital, era uma situação comum, posto que, mesmo em quantidade reduzida, sempre havia algum indígena em situação de internamento.

Era 04 de setembro de 2016 quando o motorista da clínica entrou pelo segundo portão da recepção – destinado somente a entrada de pacientes - Seu Francisco (o Gato) - desceu da van e se encaminhou para a recepcionista com as “guias de internação” e indicou a quantidade de pessoas que conseguira “captar” na Colônia e de que tipo de paciente se tratavam, se eram de “primeira internação” ou “da casa”, “fujões”, “usuários de droga”, “doentes mentais”, se estavam sabendo que seriam internados ou se a família havia contado alguma história para convencê-los a entrar na van. Seu Francisco então exclama “*Chegou um índio aí!*”.

Lembro-me muito bem deste momento porque este seria um assunto que eu poderia levar para casa e partilhar com um de meus irmãos, que é antropólogo e possuía extremo interesse nesse fenômeno de “indígenas internados em “instituições totais”. Ele havia ficado sabendo da história do indígena Gavião e estava muito intrigado com o assunto. Inclusive fora ele o primeiro a identificar essa relação como um possível objeto de investigação e me apresentar a categoria “instituições totais”.

⁵² Numa instituição total [...] os menores seguimentos da atividade de uma pessoa podem estar sujeitos a regulamentos e julgamentos da equipe diretora; a vida do internado é constantemente penetrada pela interação de sanção vinda de cima, sobretudo durante o período inicial de estada, antes de o indivíduo aceitar os regulamentos sem pensar no assunto. Casa especificação tira do indivíduo uma oportunidade para equilibrar suas necessidades e seus objetivos de maneira pessoalmente eficiente, e coloca suas ações a mercê de sanções. Violenta-se a autonomia do ato. (GOFFMAN, 1974, p. 48).

O indígena adentrou a recepção do hospital acompanhado por um técnico de enfermagem e uma assistente social da CASAI – identificada facilmente pelo crachá que utilizava. Na época eu não conhecia a estrutura da assistência à saúde indígena, desconhecendo quaisquer legislações voltadas para estes povos. Tampouco sabia que havia uma legislação específica no que tangenciava a questão da saúde mental, era então o meu primeiro contato com profissionais que trabalhavam com políticas públicas voltadas para indígenas.

O fato de uma instituição – a CASAI - se responsabilizar pela internação de um paciente me causara algum estranhamento, todavia eu considerava isso um alívio, posto que como profissional, eu confiava mais em profissionais de outras instituições do que em parentes, que, de quase certo, viam a internação como uma forma de se livrar do paciente.

Assim como eu, aos profissionais da CASAI também cabia apenas cumprir o que estava designado pelos regimentos institucionais: deixar e buscar o paciente. Para eles isso não implicaria em “levar o doido de volta pra casa”⁵³, pelo menos não para sua casa.

Na recepção foi realizada a primeira etapa do atendimento: a ficha. Ao indígena foi designado o número 2333927⁵⁴. Este número definiria o paciente em todas as internações que estavam por vir.

Abaixo tabela com as informações mais relevantes encontradas na ficha do indígena:

Quadro nº 1: Resumo das informações na ficha do indígena

Prontuário:	2333927
Nascimento:	06/10/1995 (21 anos)
Endereço:	Aldeia Creuli
Cidade:	Arame (MA)
Sexo:	Masculino
Est. Civil:	Solteiro
Tipo de Paciente:	Comum
Religião:	Católico
Profissão:	Lavrador
Naturalidade:	Santa Luzia (MA)
Observação:	Não recebe benefício do INSS
Responsável:	Casa do Índio (CASAI).
Entrada:	04/09/2016

Fonte: Prontuário do Paciente

⁵³ Frase muito utilizada por familiares e funcionários – em conversas não oficiais - para definir a alta hospitalar.

⁵⁴ Número gerado aleatoriamente pelo programa de computador que emitia as fichas.

Logo em seguida, paciente e responsáveis foram encaminhados para o atendimento junto ao Serviço Social, onde eu fiz a primeira etapa da anamnese e repassei para a funcionária da CASAI todas as instruções acerca dos procedimentos de internação do hospital.

Ao solicitar o material de higiene pessoal do paciente, notei que não estava completo, faltava o creme dental, escova de dentes e desodorante. Solicitei que fossem comprados e indiquei um comércio que ficava localizado ao lado da Clínica. A assistente social atendeu ao meu pedido prontamente. O paciente foi então encaminhado para a sala de enfermagem, onde fez o exame físico.

Durante a anamnese do enfermeiro contatou-se que o indígena não possuía alterações de pressão ou diabetes. Em relação as informações referentes ao histórico, os relatos do prontuário afirmam o que segue:

Parto Eutócito⁵⁵. Atermo⁵⁶. Chorou ao nascer. Pai e mãe vivos. Décimo filho de uma prole de 10. Sendo 4 homens e 6 mulheres. É tabagista, etilista e faz uso de drogas ilícitas (maconha). Não possui alergias. Não possui doenças pré-existentes. Não possui passado cirúrgico. Foi encaminhado ao Hospital Psiquiátrico do Estado (MA) [Hospital Colônia] apresentando “insônia”, “andarilho pelos matos”, “alucinações visuais e auditivas”. Tempo de doença: 10 anos. Fatores desencadeadores: uso de drogas. Queixa principal: Agressividade. Estatura: 1,60m. Peso: 50 kg. No momento da internação encontra-se “calmo, pouco receptivo a abordagem”. (Prontuário 2333927, Anamnese do Enfermeiro. Data da admissão: 04/09/2016).

Logo após a entrevista com o enfermeiro, o indígena e seus acompanhantes foram encaminhados para o consultório médico onde foram atendidos pelo psiquiatra que se encontrava na Clínica no momento da admissão. Este foi também designado como o médico que deveria assistir o indígena ao longo dos próximos 45 dias.

Neste momento o médico tentou coletar informações específicas para entender a história do paciente e poder definir um diagnóstico para o caso. Obter a “história do paciente” foi uma das partes mais difíceis desta internação, pois quem costuma descrever a vida da pessoa são seus familiares e não havia nenhum acompanhando o indígena.

⁵⁵ Trabalho de parto normal.

⁵⁶ Comumente chama-se parto a termo aquele que ocorre entre 37 e 42 semanas (258 a 293 dias) de gravidez.

A assistente social da CASAI relatava apenas o que viera descrito por outros médicos, funcionários do CAPS de Arame (MA). Utilizava também informações que procurava em uma ficha, anexada a uma prancheta. O indígena respondia pontualmente e de forma sucinta algumas questões e negava veementemente usar outras drogas além de maconha. O que despertou a desconfiança do médico e a minha.

Eram incomuns internações motivadas pelo uso de maconha, tendo em vista que, para alguns médicos, esta é uma substância que nem é considerada uma droga, devido aos seus efeitos não serem potencializadores de situações como as descritas pela assistente social da CASAI ao falar sobre o indígena.

Trago abaixo um trecho retirado do prontuário do paciente em que o médico transcreve o relato da assistente social que acompanhava o indígena:

Responsável relata que o mesmo é usuário de maconha desde os 13 anos. Ao utilizar apresenta alterações no comportamento, pensamento delirante, alucinações visuais e auditivas, e solilóquio. Nega uso de outras substâncias psicoativas. (Prontuário 2333927. Anamnese do Médico. Data da admissão: 04/09/2016).

A assistente social da CASAI relata que o paciente estava “dando muito trabalho” na localidade onde ele residia e que havia tentado “pôr fogo” na sua própria casa, o que o indígena negava ter feito.

Após ouvir e registrar o atendimento feito, o indígena foi designado para a “Ala Azul” do hospital, onde passaria alguns dias em observação até que tivesse condições de participar das atividades da terapia ocupacional e dos outros atendimentos.

O médico prescreveu nesta ocasião medicamentos que o ajudariam a controlar a vontade de usar maconha e a dormir. Não foram indicados antipsicóticos, pois o médico considerou à época que as alucinações eram reflexo do uso abusivo de substância psicoativa.

Hoje, ao rememorar a admissão do indígena, percebo que não houve nenhuma diferença em seu atendimento em relação aos outros pacientes que ali eram internados diariamente. Até o “tipo de internação” registrado na sua ficha de entrada está descrita como “comum”. Em minha pesquisa, só foi possível identificar sua etnia pelo seu sobrenome: Guajajara.

Ele não era o único de sobrenome Guajajara internado no hospital. Mas ele era um dos poucos a serem levados pela CASAI e para a equipe

multidisciplinar – principalmente para os mais novos -, só era “índio de verdade” quem estava acompanhado por esta instituição. “São índios porque vem da Casa do Índio”, essa frase era compartilhada por muitos funcionários da Clínica.

Nos 90 dias em que o Tentehar esteve internado, ele seguiu as rotinas habituais da Clínica. A única diferença de tratamento que este recebia no hospital estava relacionada ao apagamento de seu nome. Sempre que este era chamado para os atendimentos ou grupo médico, a equipe dirigente dizia: “Chama o índio lá”.

3.4. A rotina da Clínica

Os funcionários da Clínica iniciam sua rotina às 7:30 horas, momento em que todos se encontram no vestuário para trocar de roupa, deixando suas características pessoais e assumindo sua identidade profissional. As recepcionistas usam fardas vermelhas; os servidores da limpeza e cozinheiras colocam suas fardas azuis, os assistentes da terapia ocupacional suas camisas verdes, a equipe de técnicos de enfermagem se equipa com camisas, calças, jalecos, toucas e sapatos brancos.

Terapeutas ocupacionais, enfermeiros-chefes, assistentes sociais e psicólogos devem usar jalecos e podem escolher cor de sua preferência. Todavia, todos devem usar sapatos fechados. Não é indicado uso de brincos grandes, pulseiras ou anéis que não sejam alianças, batons ou unhas pintadas em tonalidade forte para as mulheres, pois, segundo o Diretor do Hospital, joias e bijuterias podem ser puxadas pelos pacientes e cores fortes podem deixá-los “agitados”⁵⁷. Médicos não usam jaleco ou qualquer tipo de uniforme.

As cores dos uniformes ou a ausência destes já deslinda a estrutura hierárquica de poder entre os membros da equipe dirigente. O médico é o agente ao qual é atribuída maior força intelectual e moral nessa lógica.

⁵⁷ A agitação, ou agitação psicomotora, é definida por movimentos agressivos e violentos, muito comuns durante episódios de crise de alguns transtornos psiquiátricos. (REINALDO, 2016). Na clínica, negativas dos internados em relação a comandos da equipe dirigentes também podem ser classificados como agitação.

Saar; Trevizan (2007) ao investigarem a visão que os profissionais de uma equipe de saúde têm a respeito do papel desempenhado por seus companheiros de equipe concluíram que o médico é visto – tanto por profissionais como por pacientes e familiares – como “o todo poderoso” pelo fato de ter a atribuição de produzir diagnósticos e realizar os encaminhamentos terapêuticos.

Foucault (2000), ao analisar o nascimento da medicina ocidental aduz que, historicamente, cabe ao médico desempenhar:

o papel de prognosticador, árbitro e aliado da natureza contra a doença. Esta espécie de teatro, de batalha, de luta em que consistia a cura só podia se desenvolver em forma de relação individual entre médico e doente (FOUCAULT, 2000, p. 60).

A função de poder classificar o que é ou não doença e designar os “caminhos da cura” confere ao médico status de poder que se acirra ainda mais em modelos hospitalocêntricos – como é o caso da Clínica – onde o paradigma biológico-curativo - que define os internos a partir de suas doenças - é o elemento central na determinação de indicações terapêuticas.

Isso pôde ser verificado nas próprias terapêuticas indicadas ao Tentehar. Em momento algum o médico considerou sua etnia, costumes ou crenças de seu povo na prescrição do tratamento. Para o psiquiatra, o interesse está nos seus sintomas e na descrição de seu comportamento. O indígena estava internado por uso abusivo de maconha e entre os comportamentos estranhos, seu prontuário diz que, segundo relatos dos acompanhantes, ele estava “andarilho pelas matas”.

O médico não considerou o contexto do indígena ou orientou a equipe multidisciplinar a investigar acerca de seu modo de vida, tendo em vista que o paciente praticamente não falava e sentia extrema dificuldade de responder aos questionamentos feitos durante a admissão.

“Usar maconha” e “andar pelas matas” são sistematizados então a partir de uma classificação ocidental biomédica do que pode ser considerado “normal” ou um sintoma de “doença mental”. As terapêuticas indicadas seguem assim a mesma linha de raciocínio. Não há tratamento específico para o “índio”.

É o médico, também, quem define o momento da alta hospitalar. Em um hospital para doentes mentais, a alta não representa, todavia, um indicativo de cura, mas uma permissão para sair, a liberdade de ir, o que confere ainda mais

poder para este agente. Assim como os outros internos, a indicação de permanência para o indígena era de no mínimo 45 dias.

Retomando às rotinas, após a troca de roupas dos profissionais da Clínica, é feita a passagem do plantão onde todos os funcionários da equipe multidisciplinar se dedicam a ler rapidamente os relatórios feitos pela equipe anterior afim de saber o que aconteceu no plantão noturno: brigas, fugas, recusa da medicação, óbitos. Um bom dia para a equipe dirigente era quando os relatórios apontavam que nenhuma intercorrência havia acontecido.

Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional eram setores que não funcionavam no período da noite, logo, seus relatórios davam conta apenas dos acontecimentos diurnos.

Perguntei a minha preceptora por que o Serviço Social não funcionava no turno da noite, já que na Colônia - hospital que designa a internação prolongada – estes são setores que funcionam 24 horas. Ela relatou que a administração alegava que a nossa presença “agitava” os pacientes, que ficam insones na busca por um atendimento, tendo em vista que o Assistente Social é responsável em comunicar para a família que o internado se encontra apto para o retorno à convivência familiar e social, o que para o paciente é um indicativo de que ele finalmente pode deixar aquele espaço.

No entanto, meses depois, em conversas mais informais, disse que assistentes sociais e psicólogos eram vistos pelos enfermeiros como profissionais muito “bonzinhos” e incapazes de entender “o trabalho que dava” para manter os pacientes calmos e quietos, sendo também pouco firmes na hora de tomar medidas mais drásticas, ou seja, medidas que exigem a autorização do curso da força física e dos castigos na promoção de um plantão tranquilo e sem intercorrências.

Destaco que é durante a noite que os pacientes relatam sofrer os maiores abusos – físicos, psicológicos, sexuais. A lista de queixas vai desde remédios administrados por enfermeiros sem prescrição médica até estupros coletivos. Estes relatos são negados nos discursos presentes em relatórios⁵⁸ e prontuários.

⁵⁸ Todos os profissionais que compõem a equipe dirigente devem relatar em ata específica do setor todos os eventos que ocorrem no plantão. Estes devem ser relatórios minuciosamente descritos e são examinados pelo Diretor do Hospital entre as 9h e as 11h da manhã do dia seguinte. Observo que o “minucioso” não indica “verdadeiro”. Cada profissional representa o plantão à sua maneira, de acordo com o que este considera um problema ou não. Para um

O máximo de registro que pude encontrar é “Dorme bem, não apresentou queixas”.

Quando acontecia algo que era considerado grave pela equipe de enfermagem pois deixava “provas” – marcas físicas que não podiam ser escondidas por vestimentas ou curativos – havia um protocolo “não-oficial”⁵⁹ de registrar o mínimo possível, nunca deixando claro o que de fato ocorrera. Isso acontecia principalmente com os pacientes classificados pela equipe como “desorientados”, pois seus discursos nunca são considerados como “verdade”,

Desorientados são pacientes que na entrevista realizada durante o grupo médico⁶⁰ não conseguem responder as seguintes perguntas: I) “Qual o seu nome?”; II) “Você sabe onde você está?”; III) “Você sabe o que está fazendo aqui?”, IV) “Em que dia, mês e ano estamos?”.

Se o paciente reponde com agilidade e corretamente ele é classificado como orientado, se ele demora para responder está “confuso”, ou com “pensamento letárgico”, se ele erra alguma das questões, está “parcialmente orientado”, se ele erra todas, está totalmente “desorientado” e neste último caso, tudo o que ele fala é invalidado pela equipe dirigente.

Por algumas vezes, o Tentehar foi classificado pela equipe como “pouco receptivo” pela equipe multidisciplinar, pois ele não respondia às perguntas feitas, permanecendo calado em muitos atendimentos e se recusando a ver o médico. Ele só não recebia a classificação de desorientado porque nos relatos da enfermagem este aparecia sempre como “calmo” e recebia bem medicação e alimentação. Atendia a comandos simples, como descer para o banho e se sentar para ver palestras. Em geral participava das atividades da T.O – principalmente quando a atividade era jogar bola.

Desorientados não conseguem manter estas interações, só conseguem satisfazer necessidades mínimas quando há um constante acompanhamento de seus parentes, aos quais é transferida a capacidade e o direito de falar pelo

enfermeiro do turno da noite, um paciente que **não dorme** é um grande problema, pois este “incomoda o plantão”; para um enfermeiro do turno do dia, um paciente que **só dorme** é um grande problema, pois este não participa dos atendimentos do SAMI e das atividades realizadas na terapia ocupacional.

⁵⁹ Não-oficial é toda instrução que não está registrada em nenhum manual, é uma informação repassada apenas pela comunicação oral, sem comprovações ou testemunhas. É um hábito, rito, não questionado ou refletido, apenas praticado.

⁶⁰ Atendimento que acontece com a presença do paciente uma vez por semana para que seja relatado no prontuário sua condição atual e se ele está respondendo ao tratamento ofertado.

doente, de denunciar casos aparentes de descuido e maus tratos.⁶¹ Não era o caso do indígena.

Ainda sobre as rotinas, às 8 horas eram iniciados os atendimentos aos pacientes. Eles eram direcionados pelos técnicos de enfermagem para o banho, onde deveriam receber roupas limpas e o material de higiene deixado pelos responsáveis. Isso raramente acontecia e pude observar que muitos permaneciam com a mesma roupa por semanas ou com roupas que não eram suas, sem ter acesso a um sabonete ou escova de dente.

Nos dias de visita, os técnicos utilizavam o material de higiene deixado pelas famílias dos pacientes, a fim de evitar queixas dos familiares. Seu cabelo era lavado, a barba era feita e uma roupa limpa era providenciada, assim como um par de chinelos.

Ao Tentehar, que não recebia visitas, os cuidados com a higiene eram ainda mais negligenciados pelos técnicos de enfermagem. Certa vez, ao questionar a assistente social da CASAI porque o indígena não recebia visitas de seus familiares, ela respondeu num primeiro momento que os familiares não estavam autorizados a fazer esse tipo de acompanhamento, depois, afirmou que a CASAI não podia custear as passagens para que os parentes pudessem vir até a Clínica. Posto que a assistência dada pela CASAI ao indígena era muito pontual, os descuidos da Clínica pareciam recair sobre ele de forma muito mais perversa.

Após o banho era servido o café da manhã. Os pacientes eram encaminhados para o refeitório onde recebiam em uma bandeja um pedaço de pão e uma caneca de plástico – para evitar cortes - com café misturado a um pouco de leite líquido. O refeitório é pequeno para o número de pacientes que a Clínica comporta, por isso, o café era distribuído de acordo com a ala a que o paciente pertencia.

Os pacientes considerados mais agressivos e desorientados recebiam o café primeiro, pois segundo os técnicos de enfermagem, eles dão mais trabalho

⁶¹ É somente por entender que a condição de internado não retira totalmente os direitos dos doentes mentais enquanto pessoas que, nas palavras de Goffman (1974), a equipe dirigente tem grande trabalho com o que o autor chama de “papelório” (p. 71). “A equipe dirigente possui obrigações quanto aos padrões e direitos do internado, que são lembradas por seus superiores hierárquicos ou pelos parentes do internado. (GOFFMAN, 1974, p. 71).

para aceitar o alimento. Os mais calmos recebiam o café logo em seguida. Todos da Ala masculina.

As mulheres eram as últimas a descer para o café, pois são consideradas pela equipe como as pacientes menos receptivas a todos os tipos de abordagem, sendo classificadas como inquietas, agressivas, agitadas, “salientes”. Segundo os técnicos elas deixam comida cair no chão de propósito e causam grande desordem. Muitas se negam a comer e espalham comida pelas paredes ou em suas roupas. Era quase sempre necessário, após o café, um novo momento de higienização.

O banho e o momento da refeição seguiam esse cronograma diário. O banho acontecia duas vezes ao dia, às 8h e às 17h; as refeições eram três: café da manhã, almoço e jantar. Às vezes era dado um pão antes de eles dormirem. O Tentehar acatava a todas essas determinações.

No almoço era servido proteína (frango, salsicha, carne moída ou carne de soja), arroz e feijão. No jantar era servido um mingau, descrito pelos pacientes como uma “água com algumas coisas dentro”. A qualidade das refeições estava entre as maiores queixas feitas pelos pacientes ao Serviço Social.

As 10h e 15h era servido um lanche. Pão acompanhado de suco em pó diluído em água. Este era dado somente aos pacientes que participavam das atividades promovidas pela terapia ocupacional, ou quando os pacientes ajudavam em outras atividades, como carpintaria, limpeza, jardinagem e horta. Nesse momento eram distribuídas fichas aos pacientes para que eles pudessem receber o lanche na cantina, que ficava no pátio externo, próximo ao portão que dava acesso à rua.

O indígena nunca estava na fila para receber o lanche extra. Assim como o Pukubiê, o Tentehar não praticava nenhuma atividade laboral no hospital. O Pukubiê era considerado pela equipe multidisciplinar como “preguiçoso”, pois passava o dia deitado no seu leito. O Tentehar aceitava ir para a T.O., mas nunca estava no grupo dos classificados como “ativos” ou “ajudantes”, que são aqueles que ajudam na limpeza e organização dos espaços da Clínica.

Entre 10h e 11h30h e 14:30h e 16:30h os pacientes eram levados para o setor da terapia ocupacional. É neste espaço que se dá o contato com os psicólogos e assistentes sociais, para relatar o seu dia, suas queixas e seus pedidos. É também ali que são chamados a participar do “grupo médico”, onde

podem conversar com o médico designado pela Administração para o seu acompanhamento⁶².

As atividades na terapia ocupacional sempre eram iniciadas com uma palestra ministrada pelas assistentes sociais. As palestras eram atividades obrigatórias e os temas não eram variados, sendo sempre escolhidos pela Direção do Hospital, que insistia que as assistentes sociais falassem sobre “a importância de uma boa higiene”; “a importância de tomar medicação”; “a importância de frequentar o grupo médico” e o “bom comportamento pra obter alta hospitalar”.

Os “gatos” juntavam algumas cadeiras no meio do pátio – dividido entre um espaço coberto, outro fechado e uma quadra - e começavam a “colocar os pacientes para sentar”. Utilizo essa expressão pois os pacientes não eram chamados para assistir a palestra, eles eram puxados pelo braço e forçados a sentar e escutar a palestra. Com medo, os outros começavam a se sentar gradativamente.

Os que se negavam totalmente a ver a palestra eram direcionados para um posto médico para serem medicados, pois a recusa em participar de qualquer atividade era considerada uma atitude “agressiva” e “não receptiva” por parte do paciente, o que permitia que fosse administrado um “S.O.S”⁶³ pela equipe de enfermagem.

Após a palestra, os pacientes eram redirecionados para as mesas onde seriam brevemente atendidos pelos assistentes sociais. Era sempre um momento de muita confusão. Todos queriam falar ao mesmo tempo, puxavam as mangas do meu jaleco. Era quase sempre necessário gritar com eles e ameaçar suspender o atendimento caso eles não se sentassem. Eu pedia a ajuda de um técnico ou gato para organizá-los em fila. Eram em média 200 pacientes para uma assistente social e a meta diária do setor estabelecida pela Direção era atender 60 pacientes em cada turno. O Indígena pouco participava desse momento e achava muito engraçado a euforia dos outros pacientes.

⁶² O Tentehar não gostava de participar do “grupo médico”, sendo quase sempre conduzido à força pelos técnicos que tinham dificuldade em encontrá-lo, pois ele se escondia no hospital. Isso aconteceu demasiadamente em sua primeira internação.

⁶³ SOS é uma medicação sedativa prescrita pelos médicos em caso de intercorrência muito utilizada como forma de punição.

Enquanto uma assistente social ficava no “atendimento” a outra ficava no “grupo médico”, realizando a “evolução dos prontuários”.

3.5. O “grupo médico”

Todos os dias, entre as 9h e 13h acontecia o chamado “Grupo Médico”. Este era conduzido pelo médico do dia. ⁶⁴Era nesse momento que todos da equipe dirigente se reuniam para “avaliar” os pacientes e relatar no prontuário o seu “estado” atual – a partir de descrições físicas – contando para o médico o comportamento que os internos haviam apresentado ao longo da semana, destacando principalmente as intercorrências.

A Clínica tinha em sua equipe multiprofissional oito médicos, seis enfermeiros, duas psicólogas, duas terapeutas ocupacionais e duas assistentes sociais. À exceção dos médicos, todos trabalhavam em regime de plantão e possuíam uma rotina bem rígida de atendimentos e afazeres que precisavam ser realizados até o final do dia ou – no caso dos enfermeiros - da noite. A rotina dos funcionários, no entanto, deveria se moldar ao horário dos médicos.

Os médicos não possuíam horário fixo, não “batiam ponto”, podiam entrar e sair a hora que quisessem. Na Clínica não havia *médicos plantonistas* – que são aqueles que permanecem durante 12 horas para se responsabilizar pelos pacientes durante um turno (seja diário ou noturno), havia apenas *médicos assistentes*, que compareciam ao hospital para fazer atendimentos pontuais ou em caráter de emergência (em caso de crises, acidentes ou óbitos), quando eram chamados às pressas para comparecer ao hospital.

Em seus atendimentos, os médicos assistentes permaneciam no máximo por 2 horas. Os enfermeiros eram então os principais responsáveis pelo funcionamento dos serviços prestados na Clínica.

Quando os médicos chegavam – isso geralmente ocorria na parte manhã – todos os prontuários precisavam ser providenciados e levados para o ambulatório, onde os médicos iriam atender os pacientes designados para eles no ato da admissão. Os médicos sempre solicitavam que fossem designados um

⁶⁴ Cada médico ia uma vez por semana na clínica atender aos pacientes sob os quais era responsável pela assistência.

elevado número de pacientes para eles, pois seus proventos financeiros decorriam da quantidade de pacientes que cada um atendesse.

Com muitos pacientes, o atendimento no grupo médico era sempre feito às pressas, para que o médico pudesse minimamente ver todos os pacientes que estavam sob sua responsabilidade. No entanto, algumas vezes ocorria do paciente nem ser visto e o médico “evoluir” o prontuário a partir dos relatos fornecidos pelo restante da equipe.

O indígena, no entanto, era sempre visto, pois o médico responsável por seu atendimento havia acabado de concluir a residência em psiquiatria e costumava dar alguma atenção para os pacientes, haja vista sua empolgação com o trabalho recém-iniciado.

Via de regra, o atendimento no grupo médico ocorria da seguinte forma: a equipe se sentava ao redor do médico e os pacientes eram chamados pelos técnicos de enfermagem e colocados para se sentar. Como a sala em que acontece o grupo é próxima ao portão de saída, dois técnicos vigiavam as duas portas – uma pela qual o paciente entrava e outra pela qual o médico saía - a fim de evitar uma fuga.⁶⁵

Um balcão separava a equipe dos pacientes. O prontuário era repassado para o médico pelo enfermeiro, que iniciava os relatos sobre o comportamento de cada paciente.

Figura 4 –Ambulatório onde acontecia o “Grupo Médico”.



Fonte: Acervo da autora.

⁶⁵ A sala do ambulatório ficava localizada no pátio próximo ao portão que possuía saída para rua, o que fazia com que o hospital redobrasse a vigilância para evitar que os internos fugissem pela porta da frente.

Os enfermeiros falavam primeiramente sobre o “quadro clínico” do paciente, informando se ele estava com alguma doença infectocontagiosa, ferimento pelo corpo ou qualquer outro sintoma que não se referisse ao quadro psíquico. Descrevia se o paciente estava dormindo, aceitando a alimentação e a medicação.

Quando o médico perguntava, psicólogos e assistentes sociais podiam usar a palavra. Caso não fossem consultados, permanecíamos calados. A prioridade de fala e das demandas que devem ser atendidas era do médico.

Os médicos mais antigos não permitiam a presença de outros profissionais que não fossem os enfermeiros, já os mais novos não faziam atendimento sem que toda a equipe estivesse presente, sempre perguntavam a opinião dos psicólogos e dos assistentes sociais sobre a evolução dos internados.

Os psicólogos faziam referência ao “humor” do paciente sua “personalidade”. Descreviam episódios de irritação, agressividade, alucinações, solilóquios (quando falam sozinhos), apatia, episódios de neurose, paranoia, depressão ou euforia. A conversa entre psiquiatras e psicólogos era sempre recheada de termos técnicos e acadêmicos específicos. Parecia haver uma disputa velada sobre quem entendia mais de “doença mental”.

Aos assistentes sociais cabia falar sobre a assistência familiar e alta hospitalar. Relatávamos se os internos recebem visita dos parentes, controlávamos o tempo que o paciente estava na casa, se fora ou não estabelecido contato com as famílias e se os internos estavam assíduos na T.O e nas palestras realizadas.

Como assistente social que fazia o atendimento do indígena, eu nunca me preocupava com a assistência familiar ao mesmo. Satisfeita com a resposta da funcionária da CASAI – posto que ela também era assistente social e sua palavra possuía um valor simbólico para mim – nunca questioneei a ausência dos familiares ou o fato de ela nunca querer ver o paciente. Pensava que a rotina da CASAI, assim como as rotinas da Clínica, eram diferenciadas.

A minha maior preocupação com os pacientes referia-se a “alta hospitalar”, posto que muitos eram abandonados por sua família. Todavia, essa não era uma preocupação que as assistentes sociais possuíam com o indígena

pois ele estava sob a responsabilidade de uma outra instituição, que existia para cuidar de seu bem-estar.

Retornando ao “grupo médico”, ressaltou três ações que ocorriam durante este e que eram decisivas para a vida dos internados. A primeira ação é a análise feita pela equipe dirigente sobre os internos – e na frente deles – quando estes eram avaliados e o seu destino no hospital era conduzido.

O segundo ponto que destaquei era a disputa de poder que se dava pelo protagonismo durante a sessão do grupo. Os pacientes não permaneciam calados, vendo suas vidas e comportamentos serem julgados sem esboçarem nenhuma reação. Eles praticamente não deixam a equipe falar e a equipe faz o mesmo, invalidando todas as falas dos pacientes. Era um momento de tensão e desespero por parte dos internos que imploravam para sair do hospital, aos gritos de promessas de como seriam comportados e nunca mais errariam. Esse tipo de cena era muito comum com pacientes de primeira internação.

Nem todos os internos se comportavam desta forma. O indígena, à exemplo, permanecia quieto e calmo, sendo suas respostas pontuais. O seu comportamento gerava alguma indignação sobre os outros pacientes, que estranhavam seu silêncio e o acusavam de não saber utilizar bem o momento. Durante o atendimento do Tentehar os pacientes costumavam “brincar” com o fato dele ser indígena, proferiam frases como: “esse aí diz que é índio”, “é guajajara”, “é brabo”, “ele não entende nada”, “fala alguma coisa”, “responde o médico”, “tu vai ficar aqui pra sempre desse jeito”.

Ao analisar esta situação, percebo que os outros pacientes não associavam a postura quieta do indígena a sua condição de “doente mental”, mas a sua condição de “índio”.

O terceiro e último ponto é o caráter “vingativo” que o grupo assume. A equipe se aproveita da presença do médico – e do poder que a este é conferido - para persuadi-lo a autorizar punições caso os pacientes não apresentem “bom comportamento” ou desrespeitem alguém da equipe. Assinalo este último ponto pois uma simples recusa por parte de um interno em fazer qualquer coisa que o desagrade – como não tomar banho, não se sentar na cadeira ou “não ajudar” nas tarefas da Clínica - é transformado pelo funcionário em um relato de “mau comportamento”, o que pode ocasionar ao paciente uma contenção, aumento da medicação ou isolamento em alas específicas por até três dias.

Como o indígena falava muito pouco, a equipe sempre falava por ele. Os relatos quase não variavam, ele sempre estava calmo, porém “não receptivo às abordagens”, o que fazia o médico sempre questionar o motivo de sua internação, justificada pelo “uso de maconha”. Profissionais da CASAI e o próprio indígena negavam uso de drogas ilícitas, sendo o indígena no entanto etilista.

A desconfiança do médico de que apenas maconha o deixava com “humor exaltado e agressivo” (Prontuário) fez com que o esquema de medicações fosse gradativamente alterado, sendo medicações antipsicóticas prescritas a partir das internações de 2018⁶⁶, como mostra o quadro abaixo:

Quadro nº 2: Mediações prescritas para o indígena

ANO	Medicamento	Indicação
2016	Carbamazepina	Prescrito para atenuar a vontade de usar álcool e outras drogas.
	Diazepan	Prescrito para controle da ansiedade e agitação psicomotora (vontade de andar sem parar).
2019	Haloperidol	Prescrito para agitação, agressividade e psicose.

Fonte: Prontuário do paciente.

Em conversa recente realizada com o médico que acompanhou as internações do Tentehar ele explicou as prescrições médicas realizadas para o indígena:

“É bem comum indicar Carbamazepina para usuário de droga. É uma prática antiga e sem comprovação de fato. Só que no uso prático percebe-se que o dependente químico fica mais calmo. No uso. É uma prática antiga na psiquiatria que é questionada pelos profissionais mais jovens. É defendida pelos mais antigos. O único psicotrópico que é realmente eficaz é o Topiramato. Mas a Clínica não compra, porque é um medicamento caro. Só indico Topiramato pros pacientes que a família pode comprar e deixar na farmácia. No caso do [indígena] o pai dele morava muito longe. Ele é índio de aldeia. A família não tinha nem como comprar e nem como trazer”. O Haldol [haloperidol] foi inserido porque só a maconha não justificava a alteração de comportamento e nos atendimentos a gente notava que ele estava sempre com o olhar embotado. (Entrevista com o Médico do Tentehar em 24/01/2019).

⁶⁶ O indígena passou por cinco internações entre os anos de 2016 e 2019 e desde 2018 utiliza as mesmas medicações.

Em nenhum dos atendimentos que acompanhei presenciei atitudes agressivas por parte do paciente indígena, assim como nunca observei nenhum dos comportamentos que haviam sido relatados pela equipe da CASAI e inseridos no prontuário. Apenas em 2016 – em sua primeira internação – há registros de um intercorrência que aconteceu no plantão noturno. Segundo o Relatório do Enfermeiro, alguns pacientes tentaram forçar relações sexuais com o indígena, o que ocasionou uma briga. Todos foram medicados, inclusive o Tentehar.

Intercorrências como esta são todas levadas para o grupo médico e decisivas para a avaliação dos profissionais. O poder que a equipe tem de manipular a vida do paciente no grupo médico é assustador. Os discursos dos funcionários, por mais incoerentes que possam parecer são reconhecidos como válidos, uma validade que só é dada ao “doente mental”, se ele repetir a história por duas ou três vezes, com os mesmos detalhes

O Tentehar só entendeu a dinâmica do grupo médico após algumas internações, modificando suas formas de interação. Isso geralmente acontece com os pacientes de segunda e terceira internação – quando ficam cientes do caminho que deve ser percorrido para obter a alta hospitalar – ensaiam respostas prontas e assimilam os comandos dados pela equipe, como uma tentativa de pôr fim ao tormento da forma mais breve possível. O Tentehar passou por 5 internações e “adaptou-se” às pessoas e ao espaço⁶⁷.

3.6. A rotina do Serviço Social e o meu encontro com o “índio”.

Para falar sobre como passei a perceber o indígena e a questionar minha postura profissional durante o seu atendimento, preciso inicialmente descrever um pouco da minha rotina como assistente social da Clínica, ou seja, a rotina do setor “Serviço Social”.

Pela manhã, entre 8h e 10h, éramos duas assistentes sociais – minha preceptora e eu. Nos dividíamos entre as duas frentes de atendimento: família e

⁶⁷ Algumas táticas de adaptação descritas por Goffman (1974) são muito próximas das utilizadas pelos pacientes da Clínica: afastamento de situações hostis, alienação, aceitação do diagnóstico, entre outras.

pacientes. O atendimento às famílias era feito na recepção mesmo, em uma mesa que ficava ao lado do balcão central de informações.

O Código de Ética do Assistente Social, afirmado pela Lei 8663/93 diz que é direito de o assistente social possuir uma sala que resguarde o sigilo de atendimento, de forma a preservar o que é dito entre profissional e usuário. Isso não acontece na Clínica.

O hospital é um espaço de extrema vigilância e esta não é feita por câmeras, é feita por nós mesmos. Éramos instruídos para estamos sempre atentos às informações que eram repassadas para as famílias ou qualquer sujeito que requisitasse qualquer informação, a fim de que nenhuma destas – que devesse ficar restrita ao hospital – pudesse ser repassada. Isso não acontecia apenas com informações, mas com encaminhamentos. Era uma espécie de “círculo de confiança” que não podia ser quebrado. Um vigiando o outro.

Nessa perspectiva, à exemplo, uma assistente social que tivesse que informar que um paciente fora agredido no plantão, não poderia orientar à família a procurar qualquer dispositivo legal de denúncia. Se fizesse isso, certamente comprometeria seu emprego.

Posto isso, para evitar que profissionais orientassem ou repassassem informações importantes para as famílias, os controles dos aparelhos de ar-condicionado foram retirados da sala de atendimento do Serviço Social, junto com os ventiladores, tornando impossível – devido ao extremo calor habitual da cidade São Luís, fazer qualquer atendimento lá dentro. Foi então colocada uma mesa ao lado da recepção – onde tudo o que era dito era ouvido e, portanto, muito bem pensado antes de reproduzido.

Quando eu queria repassar alguma informação proibida pela equipe de diretores, marcava de encontrar a família do paciente fora do hospital, no horário de intervalo ou almoço. Era a única forma de driblar a vigilância.

O atendimento aos pacientes era feito primeiramente nas alas e depois na terapia ocupacional. As alas ou postos médicos como também são chamados, são divididos por cores. Estas indicam o sexo e o nível de periculosidade dos pacientes.

A “Ala Azul” é destinada aos pacientes homens considerados “perigosos”, ou em risco eminente de fuga. Nela fica o setor de “Observação”. A Observação

é para onde são encaminhados todos os pacientes recém-chegados, onde permanecem por três dias, podendo sair apenas para o banho e para fazer as refeições. Após três dias eles podem caminhar pelo pátio, serem atendidos pelo médico, equipe multiprofissional e participar das atividades da T.O.

Os pacientes da “ala azul” são os que mais tentam fugir, por isso, os médicos prescrevem medicações “pesadas” – que os fazem dormir ou os deixam “dopados”. Permanecem nesta ala os usuários de droga e os considerados “bandidos” – aqueles que tem sua imagem associada ao tráfico ou qualquer outro tipo de crime.

A medicação forte e o tratamento violento⁶⁸ dado pela equipe dirigente aos pacientes da ala azul é uma forma de punição para aqueles que nas palavras dos técnicos “não são doidos, são marginais”.

Seu Francisco, meu informante, que me explicou sobre o funcionamento das alas relata a esse respeito:

Quem fica ali é quem fuma crack, bate na mãe, tira as coisas de dentro de casa porque não tem coragem de roubar na rua, aí a mãe não tem coragem de ir na polícia denunciar e arranja atestado dizendo é dependente químico. Aí joga aqui pra dar trabalho. Quando desce rouba roupa, chinelo dos desorientados e a gente é que tem que dar conta quando a família do outro chega.

Existe uma resistência muito grande, por parte dos funcionários, em relação à internação de usuários de droga, mas é importante destacar que pelo menos dois terços dos pacientes que se internam na Clínica são diagnosticados pelo CID⁶⁹ F.19 – que quer dizer “transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa”. E estes são residentes da “Ala Azul”.

Lá, o atendimento do Serviço Social era bem intenso. Eu conseguia chegar ao posto com a ajuda de um técnico de enfermagem em meio a gritos de pacientes enfurecidos pela situação em que se encontravam. Para a minha segurança o atendimento era feito do outro lado de um balcão que ficava protegido por uma grade – esse era um protocolo que eu só poderia descumprir por minha conta e risco.

⁶⁸ Na ala azul é comum encontrar pacientes sem roupa, sem acesso a comida ou ao material de higiene pessoal. Medicados para dormir dias consecutivos, aqueles que tentam resistir são amarrados pelos punhos e tornozelos nas cabeceiras das camas.

⁶⁹ Classificação Internacional de Doenças

Com mais de 80 pacientes confinados, eu perguntava primeiramente sobre a roupa dos que estavam desnudos e sobre o que havia acontecido com os que estavam “em contenção” – amarrados. As respostas não variavam muito. Sobre a roupa era sempre um problema de comunicação entre os enfermeiros e a rouparia, pois a roupa nunca era encontrada. Por várias vezes eu mesma ia na rouparia procurar as vestes do paciente e levar para ele no posto.

Sobre a contenção, os técnicos respondiam: 1) que estava tentando fugir, 2) que tentou agredir outro paciente; 3) que tentou agredir algum funcionário. Como assistente social nunca tive permissão para autorizar que qualquer paciente fosse desamarrado, apenas o médico ou enfermeiro o fazia. Eu podia apenas ser informada do motivo.

Depois de me informar sobre essas situações que estavam mais à vista e me deixavam inquieta, eu pedia que o técnico de enfermagem separasse para mim os pacientes que precisavam de atendimento social com maior urgência, ou seja, os recém-chegados ou que se encontravam de alta hospitalar.

Os técnicos sempre indicavam aqueles que já estavam mais calmos e por isso poderiam ser encaminhados para “alas” menos “agitadas” – como a “ala verde”. Na lista de prontuários, indicavam também os que já estavam autorizados a receber visita da família e aqueles que já se encontravam com 45 dias de internação (período em que a alta hospitalar é recomendada). Eu telefonava para as famílias e encaminhava aos médicos pacientes com mais tempo na casa, para que a possibilidade de alta hospitalar fosse avaliada.

Na “Ala Verde” o trabalho era bem menor, pois para lá eram encaminhados os pacientes homens classificados pela equipe dirigente como “calmos, parcialmente orientados, receptivos e com bom comportamento”. A “Ala Verde” abrigava os “doentes mentais de fato” pessoas que, nas palavras dos funcionários eram os “doentes de verdade”.

Ali ficavam os doidos, doidos mesmo. Os que nasceram assim e mesmo se quisesse mudar não tinha como. E os calmos, que aceitavam medicação, que iam no grupo médico, que respeitavam os enfermeiros e ajudavam lá na T.O. (*Seu Francisco*).

Os pacientes da “ala verde” eram aqueles que já apresentavam condição para receber alta hospitalar, estavam “prontos para retornar ao convívio em sociedade”, como descrito em muitos prontuários. Estavam lá há mais de 45

dias, não recusavam medicação e estavam totalmente alienados pela rotina do hospital. Haviam aprendido a dar as respostas certas e a não reclamar ou questionar nada. Dormiam bem, participavam das atividades, quase que de forma mecânica, tudo para obter a alta.

Quando eles “pegam” o que precisa ser feito pra receber alta, eles viram outra pessoa. Não recusam medicação, obedecem os enfermeiros, os técnicos e param de ficar perguntando toda hora de alta. Porque eles sabem que quanto mais eles perguntam, mais tempo eles vão ficar ali. E eles procuram ser ativos, ajudar. Pegam uma vassoura pra varrer a T.O, ajudam na rouparia, ajudam com os outros pacientes quando um quer arrumar briga com o outro. Tem paciente que a gente bota até pra vigiar o portão e não deixar ninguém passar. (Seu Francisco).

O meu atendimento lá era bem rápido. Eu checava os prontuários para saber o que tinha acontecido no plantão anterior ao meu, para ver a data de admissão e pegar o número do telefone dos responsáveis para mais tarde ligar e fazer a comunicação de alta hospitalar.

Era sempre um momento difícil. As famílias são informadas no ato da internação que em 45 dias, se o paciente “estiver bem”, ele receberá alta. Por isso, muitos mudam de número, não atendem ao telefone ou afirmam não saber do que se trata. Dão nomes falsos do outro lado da linha, isso quando não informam o número errado para a atendente que faz o cadastro do paciente. Para abandonar uma pessoa em um hospital psiquiátrico em São Luís/MA não é preciso muito esforço.⁷⁰

A “Ala Rosa” era a que eu tinha menos contato, pois minha responsabilidade eram os pacientes do setor masculino. Eu só fazia atendimentos lá quando a minha colega me pedia, quando ela faltava ou quando estava ocupada em outra tarefa.

O número de pacientes mulheres era bem menor. A clínica tinha 100 leitos femininos, mas durante minha experiência lá, esse número não passou de 80. Diferentemente dos postos que abrigavam os homens, separados por duas alas, o setor feminino possuía apenas um posto de “Observação” e outros dois dormitórios, o A e o B. Na observação ficavam as recém-chegadas e as classificadas no atendimento médico como “agitadas”. Nos outros postos pacientes mais “calmas”.

⁷⁰ Digo de São Luís, pois em minha carreira trabalhei nos dois hospitais de neuropsiquiatria que existem na cidade e os procedimentos de internação e alta são muito semelhantes.

Todos os profissionais que conheci na Clínica afirmavam não gostar de trabalhar com as mulheres e alegavam que elas “davam mais trabalho”, “eram mais sujas”, “mais salientes” e “mais descontroladas”. Com diagnósticos de doença mental – sendo poucos os casos de alcoolismo ou abuso de drogas ilícitas – em sua maioria não recebiam nenhum tipo de cuidado familiar: sem visitas, sem material de higiene ou roupas. A situação de total abandono era muito maior entre elas. Enquanto os homens passavam em média 45 dias, as mulheres passavam 90.

Na “Ala Rosa” meu procedimento de trabalho era semelhante ao da “ala verde”, todavia, eu não telefonava para as famílias, apenas fazia a triagem das que tinham indicação de alta hospitalar e repassava os números para minha colega, pois cada assistente social deveria acompanhar o procedimento de alta dos pacientes cuja família vinha sendo acompanhada por esse profissional.

Ao retornar do atendimento nas “alas”, por volta de 09h da manhã, era a hora de fazer palestras e atendimentos aos pacientes no setor da T.O. Esclareço que só tinham autorização para ficar neste setor, pacientes considerados “orientados” e receptivos às abordagens da equipe multiprofissional.

Figura 5 –Setor da Terapia Ocupacional.



Fonte: Acervo da autora.

Foi em um destes atendimentos que tive meu primeiro contato com o Tentehar/Guajajara. Baixo, cabelo relativamente comprido (característica particular posto que quase todos tinham os cabelos bem curtos) e aparentemente mudo.

Antes desse eu só conhecera um indígena do povo Pukobiê/Gavião, que, como disse anteriormente, passava os dias dormindo e do qual eu ouvia relatos não oficiais da equipe de que era abusado sexualmente todas as noites pelos companheiros de ala.

Na divisão de pacientes, o Pukobiê/Gavião não estava entre os meus, logo, eu não precisava fazer seu acompanhamento, todavia, o Tentehar/Guajajara estava sob meus cuidados desde sua admissão.

Em um dos atendimentos feitos por mim na T.O., iniciei uma palestra, com um dos temas sugeridos pela Direção. Como de costume eu sempre pedia a participação dos pacientes. Pedia que eles falassem, fazia perguntas para incentivá-los. Tentei então uma aproximação com o Tentehar, pois seu silêncio e apatia há tempos me incomodavam e eu tinha curiosidade de entender seu pensamento.

Em público fiz várias perguntas para ele, referentes ao que é ser bem comportado, o que é importante para obter a aula hospitalar, entre outras questões. Ele sorria e abaixava a cabeça. Envergonhado. Eu, insistia nas perguntas. Ele então verbalizou que não entedia direito o que eu falava, e apontou algumas palavras das quais ele não entedia o significado. Espantada, eu o questionei: “Como você não entende essa palavra”. Ele apenas respondeu: “Eu não entendo o que você fala”.

Dias depois desse atendimento, contei para o meu irmão antropólogo o que havia acontecido. Ele comentou o quão violenta eu havia sido com o indígena e que o fato de ele não entender certas palavras e dinâmicas era compreensível, pois ele pertencia a um outro povo, com outra cultura e outra língua.

Eu nunca havia refletido sobre a especificidade de ele ser indígena. Para mim era só mais um paciente, misturado a tantos outros. Todavia, a partir de nosso primeiro contato e da extrema dificuldade de nossa comunicação pude perceber o que a princípio achei que fossem limitações dele, mas que posteriormente, percebi serem minhas limitações.

4. “ELE NÃO É MAIS ÍNDIO NÃO”: os processos de mortificação do “eu Tentehar” em uma Instituição Total.

Neste último capítulo pretendo descrever o cotidiano do indígena em uma instituição total (no caso desta dissertação, a Clínica) compreendendo sua chegada e classificação no hospital e como se deu a sua rotina e adaptação no hospital.

Faço isso através da análise dos dados observados e construídos no campo, ao participar dos atendimentos feitos com o indígena internado em uma Clínica de psiquiatria e a partir dos eventos descritos em seus prontuários. Levo em consideração, também, as narrativas de funcionários e ex-funcionários da instituição acerca de como foram conduzidas suas consecutivas internações, que aconteceram entre os anos de 2016 a 2019.

Identifiquei nestes relatos (escritos e orais) o que penso serem possíveis modificações no modo de ser e agir, ocasionadas pelos efeitos de uma internação de longa permanência, de um sujeito indígena em uma instituição total. Interpreto tais modificações à luz do que denomino “a morte do eu Tentehar”, associando os conceitos de “mortificação do eu” (GOFFMAN, 1974) e “eu Tentehar” (UBBIALLI, 1997).

Para isso foram necessários dois movimentos. O primeiro, identificar e analisar como se sucederam as internações deste indígena, observando as representações feitas pela equipe dirigente acerca do sujeito indígena e demonstrando como se constroem e se modificam os discursos sobre ele pronunciados ao longo de suas internações, ora classificando-o, ora desclassificando-o como indígena.

O segundo movimento tratou de compreender o contexto comum vivenciado pelos Tentehar, buscando conhecer o povo a partir de sua história, cosmologias e economias. De certo, uma tentativa de entender o modo de ser Tentehar e os elementos constitutivos de sua identificação cultural, isso é feito a partir de dois autores: UBIALLI (1997) e ALMEIDA (2019), posto que não foi possível visitar a TI Araribóia⁷¹ e tecer minhas próprias impressões.

⁷¹ Em 30 de janeiro de 2020 a OMS declarou um surto da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) constituindo Emergência Pública em Saúde de Importância Internacional. Em 11 de Março, a COVID-19 foi caracterizada como uma pandemia. A OMS recomendou então medidas

O comportamento do Tentehar no hospital e as artimanhas e estratégias de adaptação formuladas pelo sujeito indígena para sua convivência e sobrevivência em uma instituição total fazem parte do “dinamismo cultural” dos Tentehar. Ao mesmo tempo, a rigidez de uma instituição total implicou em processos de “desfiguração pessoal” (GOFFMAN, 1974) do “eu indígena”.

4.1. “Chegou um índio aí” – como classificá-lo?

Era setembro de 2016 observei quando o motorista da clínica entrou pelo segundo portão da recepção trazendo novos pacientes para a admissão. Havia dois portões, o que tinha saída para a rua, por onde funcionários, parentes e visitantes entravam e o que permitia a entrada para o primeiro pátio do hospital, onde ficavam os consultórios, ambulatório e farmácia. A van adentrava este pátio e guiava pacientes e acompanhantes até a recepção. Era mais seguro para evitar fugas.

Assim que todos os pacientes chegavam até a recepção, o segundo portão era fechado com uma corrente de aço, porém não era colocado nenhum cadeado. O técnico de enfermagem segurava a corrente e assim que era feita a ficha do paciente ele ia liberando a passagem para que os pacientes se encaminhassem para os consultórios, onde seria realizada a anamnese e a sua “classificação”.

Logo que o motorista e o “gato” desciam da van, eles se direcionavam para a recepcionista com as “guias de internação” e indicavam a quantidade de pessoas que traziam do hospital “Colônia” e de que tipo de paciente se tratavam, se eram de “primeira internação” ou “da casa”; se eram “usuários” ou “doentes mentais”; se eram “fujões”, se eram “malas”, se estavam sabendo que seriam internados ou se a família havia contado alguma história para convencê-los a levá-los para o hospital.

de isolamento e distanciamento social. Posto isso, qualquer tipo de descolamento ou viagem fora suspenso para evitar a disseminação e contaminação pela doença, impossibilitando idas para a T.I Araribóia. Até 13 de agosto de 2020 já havia mais de 100.000 mortes por COVID-19 no Brasil. E segundo a Rede (CO)VIDA/Coletivo Mururu, só no Maranhão, já foram registrados até a data citada 34 mortes de indígenas, sendo 11 na T.I. Araribóia.

Essas informações eram pertinentes para que a equipe entendesse se o momento da internação seria um momento de tensão ou tranquilo e isso dependeria de todas essas variáveis.

Como observado, a equipe dirigente compunha suas próprias distinções e classificações no que se referia aos mais diferentes sujeitos que eram internados na clínica. Estas classificações podiam ser ‘comuns’ – quando feitas uns para os outros de forma leiga -; ou “altamente profissionalizadas” – baseadas em experiência e prática.

São representações sociais (BECKER, 2009) que atendem às necessidades e práticas da instituição e que moldam o olhar de quem a descreve e analisa, no caso, o meu olhar, posto que, representação social “é algo que alguém nos conta sobre algum aspecto da vida social” (BECKER, 2009, p.12), aqui, a vida social em uma instituição total.

As representações feitas no hospital – entre comuns ou profissionalizadas – envolvem – assim como na sociedade em geral – “uma comunidade interpretativa, uma organização de pessoas que faz rotineiramente representações de um tipo particular (produtores) para outros (usuários) que as utilizam para fins padronizados. (BECKER, 2009, p.13).

Tomando como ponto de vista o meu local de observadora (enquanto ex-funcionária e mais recentemente pesquisadora) apresento representações produzidas pela equipe dirigente que – no cotidiano do hospital – passeiam entre um tratamento ora *rígido* – empunhado nas fortes regras de uma instituição total – ora *íntimo* – de quem divide boa parte do dia com os pacientes e, portanto, cria laços.

Goffman (1974) entende esta relação como sendo um “contato contaminador” (p. 16) e explica que um exemplo rotineiro deste contato é o “sistema de apelidos” produzido pela equipe dirigente – e partilhado pelos internos – onde automaticamente a equipe adquire “o direito de empregar uma forma íntima de chamar a pessoa” (p.16),

Esta linguagem pode ser modificada dependendo a quem a equipe se direciona – sendo o sujeito interlocutor considerado “inferior” ou “superior” nas castas da instituição. Ela também representa as concepções que a equipe possui em relação ao caráter dos internados, que, na vivência, passam a ser considerados sujeitos comuns, talvez decentes, talvez simpáticos e

merecedores de apoio, enfim, seres humanos. (GOFFMAN, 1974). Apresento então algumas dessas representações produzidas pela equipe dirigente.

Os **Pacientes da casa** eram os que já haviam passado por outras internações e conheciam o espaço, para a equipe eram os mais fáceis de lidar na maioria das vezes, pois, por já serem conhecidos pelos funcionários, poderíamos prever se ele daria trabalho ou não durante o ato de internação.

Muitos, já extremamente adaptados ao internamento, solicitavam ser atendidos pelo médico que o havia assistido na internação anterior, eram capazes de dizer com que medicação o seu organismo se dava melhor e em qual posto/ala gostariam de ficar; já outros sempre se mostravam insatisfeitos ao retornarem para a Clínica, posto que, “ser da casa”, não era sinônimo de “não dar trabalho”.

A experiência de uma primeira internação os deixara tão traumatizados que do trajeto da Colônia para a Clínica apresentavam as mais variadas reações. Seu Francisco relata que muitos choravam, implorando para seus acompanhantes que mudassem de ideia, prometendo serem bons, procurarem a Igreja, tomarem seus remédios e obedecerem à mãe e ao pai; outros se debatiam no carro, amarrados, gritavam, ameaçavam de morte, xingavam e prometiam fugir ou se matar, caso o parente prosseguisse com a decisão do internamento.

Os pacientes que possuíam histórico de fuga ou de reiteradas tentativas de suicídio recebiam uma observação na ficha de internação⁷² e eram sempre encaminhados para o posto de observação⁷³, onde seriam severamente vigiados e medicados até ficarem dopados ou, como comumente utilizado no hospital, “grogues”⁷⁴.

⁷² Um carimbo escrito “risco de evasão”; “ideação suicida”.

⁷³ O posto de observação é um local de aproximadamente 16 m². Não há janelas ou banheiros, apenas uma porta de saída e entrada e algumas camas que não são cobertas por lençóis, pois segundo a equipe, “era muito fácil um paciente se matar com um lençol”. Nestas camas há uma espécie de cinta, utilizada para conter/amarrar os pacientes que chegam muito agitados e cuja medicação ainda não apresenta os efeitos esperados pela equipe. Estes ficam amarrados pelas mãos e pelos pés, completamente nus, pois neste posto também não é permitida a entrada de roupas, pelos mesmos motivos que não permitem os lençóis.

⁷⁴ Segundo o dicionário de língua portuguesa “grogue” é um adjetivo que significa “estar tonto, atordoado, por ter (ou como se tivesse) ingerido bebida alcoólica”. Esse adjetivo era muito comum para descrever pacientes que tinham tomado muita medicação e ficavam em um estado de nem estar dormindo, nem estar acordado.

Pacientes considerados *malas* eram aqueles que praticamente moravam no hospital e passavam pequenas temporadas em casa com seus familiares, os médicos os definiam como “doentes mentais crônicos”.

A doença mental crônica é caracterizada pelo seu caráter persistente. Mesmo quando tratado, o quadro crônico já não responde tão bem às diversas terapêuticas, inclusive aos medicamentos, deixando o paciente sempre com a presença de algum sintoma. (BRANCO, 2018, p. 2).

Para os funcionários do hospital, ser “crônico” era “viver no hospital”, “dar muito trabalho em casa”, “não ser suportado por ninguém”.

Aquele tipo seu [...], seu [...]. Não saem do portão. Podem tomar medicação, ficar controlados, mas são teimosos. Só ficam 15 dias em casa e retornam pro hospital, porque até a família não aguenta mais. A medicação às vezes é a mesma, não muda. Não participam da T.O, ou seja, ficam perambulando pelo hospital. Não gostam de nenhuma atividade. Sempre ficam no portão esperando algo ou alguém que nunca vai chegar. Gostam mesmo é de chamar atenção. É paciente carente. Só pensa em comer. (ALZIRA, ex-funcionária. Entrevista em: 18/03/2020).

O tempo e o espaço eram relativos para esses sujeitos. Entre outras características que pude observar no acompanhamento desses pacientes, notei que falavam sozinhos, comiam lixo, defecavam e urinavam em qualquer espaço, pediam abraços constantemente e faziam vigília no portão, como relatado pela ex-funcionária. Isso era bastante comum.

A equipe nutria com esses pacientes uma relação de repressão e assistência. A equipe, que também os classificava como sendo os “**doido, doido mesmo**” – ou seja, os diagnosticados pelos médicos como esquizofrênicos, bipolares, esquizoafetivos entre outros transtornos mentais. -, entendia que eles não eram culpados de sua condição e por isso tinham as mínimas preocupações com o banho, a medicação e a alimentação. Mas, em contrapartida, as relações de maus-tratos e violência com esses pacientes eram também constantes.

Por saberem que não tinham a quem recorrer, sendo o seu sistema de direitos (GOFFMAN, 1974) completamente deficitário, a violência empregada contra esses pacientes era frequente, variava de gritos e empurrões, até pancadas fortes desferidas nas costas e na cabeça, não muito diferente das formas de maus-tratos descritas por Goffman:

Os castigos que podem ser aplicados pelo auxiliar da enfermagem são: suspensão de todos os privilégios, maus tratos psicológicos, - por

exemplo, ridicularização, caceadas, castigo físico leve e as vezes severo, ou ameaça de tal castigo, fechar o paciente num quarto isolado, negação ou deformação do acesso ao pessoal médico, ameaçar colocar ou efetivamente colocar o paciente na lista da terapia de eletrochoque, transferência para enfermarias indesejáveis, indicação do paciente para tarefas desagradáveis [...] (GOFFMAN, 1974, p. 53).

Isso não acontecia com os “**usuários**” – simplificação usada no hospital para se referir a “*usuário de droga*”. Apesar de parecer simples, essa classificação possui nuances muito específicas no hospital. Os funcionários, quando se referem à “usuário” estão se referindo de forma muito específica aos que consumiam *crack* de forma recreativa, não sendo “**dependentes químicos**”.

Alcôolatrás não são classificados como usuários, assim como não recebem o mesmo tratamento. Isso se dá pelos fatores sociais e econômicos que motivam a internação destes dois grupos.

Desde o seu surgimento na década de 1980, a clínica observada oferece tratamento especializado para dependentes de álcool. Os médicos que cuidam desses pacientes não possuem formação em psiquiatria, mas formação generalista e as medicações utilizadas nestes pacientes são consideradas por todos da equipe como “leves”.⁷⁵

O perfil do usuário de álcool é formado por homens, entre 30 a 70 anos de idade, geralmente casados e com filhos. Estes ocupam algum espaço na divisão sociotécnica do trabalho (MARX, 2019) e quando não estão sob o efeito do álcool são considerados produtivos⁷⁶ para a sociedade. Em meu período de observação conheci pedreiros, carpinteiros, pintores entre outros que, devido às suas profissões sempre exerciam alguma atividade laboral na clínica. Sempre recebiam visitas e suas acompanhantes principais eram as esposas. Em boa parte dos casos eram classificados como orientados, receptivos, participativos e de boa higiene.

A utilização do trabalho destes pacientes se dava tanto dentro quanto fora da clínica – pois muitos funcionários do alto escalão (administradores, médicos)

⁷⁵ “Dosagens leves usadas para quem está iniciando o tratamento. Que não deixa pesado, grogue, babando”. (Entrevista com Alzira, ex-funcionária, realizada em 18/03/2020).

⁷⁶ “Que participam das atividades na T.O, na limpeza, às vezes até na lida com outros pacientes”. (Entrevista com Alzira, ex-funcionária, realizada em 18/03/2020).

levavam estes pacientes para realizar serviços em suas residências – é uma atitude muito comum, e por que não dizer, perversa.

Há uma gritante diferença no que tangencia o tratamento aos usuários de droga. Geralmente estão na faixa entre 18 a 28 anos. Não possuem nenhuma formação profissional, com baixo nível de escolaridade. São acompanhados pelas mães e, em boa parte dos casos, classificados como espertos, ao invés de orientados, manipuladores, ao invés de receptivos ou participativos. Entre outras formas como são representados pela equipe estão a de **“fujões”**, **“briguentos”** e **“exigentes demais”**.

Esta última representação se refere ao fato de serem os pacientes que mais reclamam do tratamento, da comida, do espaço, da sujeira, entre outras questões. Muitos dizem saber quais são os seus direitos e não aceitam qualquer tipo de tratamento. Segundo Seu Francisco, são exigentes porque cobram demais.

O cara tava na rua, só fumando direto, se misturando com tudo que é tipo de desgraça, atentando mãe, atentando os outro na rua e chega aqui quer ser estrela. Quer comida de qualidade, quer biscoito recheado, leite ninho, quer lençol, quer fruta. Quando eu trago eles eu já digo, oh, lá num é hotel. Uns cara desse que pra mim devia era tá tudo preso. Claro que tem os que são dependente, o que que já ficaro doido por conta da droga, mas esses, que são só usuário, que bate em mãe, bate em pai, é saliente, eu digo mesmo que é saliente, safado, vem só dá trabalho aqui. Depois vão pra justiça falar mal da clínica, meter clínica em justiça. E a fiscalização bate aqui com direitos humanos. Mas pergunta se eles reclamam quando tão na rua. Internado na boca de fumo. Henhein. Reclama é muito. (Seu FRANCISCO, gato. Entrevista em: 18/03/2020).

A aceitação da internação de usuários de droga nunca foi bem vista pelos funcionários da clínica, que os associam ao mundo do crime e do tráfico de drogas ilícitas, sendo representados muito mais como delinquentes, do que como doentes. Este público passa a ser gradativamente inserido no hospital no final dos anos 1990, quando o problema da droga ganha maior visibilidade nos contextos nacional e maranhense.

Moreira (2014) explica que a década de 1990 é marcada pelo aumento de usuários de crack no Brasil. Nesse período, muitos governantes, gestores públicos e até estudiosos, chegaram a considerar que o consumo de crack fosse um fenômeno restrito a cidade de São Paulo. Todavia, com o passar do tempo e o aparecimento de diferentes cenas de uso – entre estas as “cracolândias” –

essa visibilidade mobilizou a indignação de setores da população e da mídia que pressionaram o poder público por soluções imediatas e violentas.

A internação involuntária de usuários de droga em hospitais psiquiátricos passa então a ser a saída mais convencional tomada pelos serviços públicos de saúde, em uma nítida perspectiva de higienização social. Segundo ASSIS, BARREIROS, CONCEIÇÃO, 2013, p. 8):

Boa parte da sociedade hoje, em consonância aos meios de comunicação, considera o usuário de drogas uma ameaça, associando indiscriminadamente o uso de drogas à violência e a criminalidade. Essa associação é feita, em geral, de forma linear e parcial, associada a demandas por políticas de segurança e controle em detrimento das políticas de saúde, assistência e educação e tem sido um dos fatores que têm justificado a oferta de tratamentos baseados na exclusão/separação dos usuários do convívio social.

Isso é ainda mais evidente quando se trata do usuário de crack, posto que o fenômeno do uso da droga, ainda segundo os autores, extrapola os limites dos espaços privados ou discretos para seu uso, tornando-se uma rotina de um extenso grupo de excluídos socialmente, que passaram a consumir drogas em espaços públicos das pequenas e grandes cidades brasileiras.

[...] a perspectiva de internação aparece como resposta ao clamor popular para solucionar o problema de segurança e realizar a assepsia dos espaços públicos ocupados por tão perigosos e desagradáveis inquilinos” (ASSIS, BARREIROS, CONCEIÇÃO, 2013, p. 8).

Este movimento vai gerar uma nova demanda para os hospitais psiquiátricos, para além dos doentes mentais com diagnósticos já conhecidos. As clínicas começam a receber os ditos “dependentes químicos”, que no discurso médico também são colocados como “doentes”. Neste ponto, a OMS os categoriza de acordo com o seguinte código: “CID 10 – F19.1 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas – uso nocivo para a saúde.” (OMS, 2001).

Todavia, o aprisionamento de usuários de crack em espaços como a clínica estava muito mais interligado a vontade de punir esses indivíduos do que de “tratá-los”.

Nos vários atendimentos feitos por mim, em conversas com a família, era possível notar que a queixa principal não estava associada a comportamentos estranhos ou esquisitos, o que muito contribui para que equipe compreenda

determinado sujeito como alguém que possui transtorno mental. As reclamações estavam associadas à comportamentos desviantes que de alguma forma afetavam as relações familiares e o convívio social. Furtos, roubos e violência doméstica apareciam constantemente no relato de mães que buscavam o hospital psiquiátrico para internar seus filhos.

Seu Francisco relata que no início, quando a Clínica começou a receber usuários de droga, havia uma ala separada para estes, assim como, atividades que eram feitas somente para eles. É com a entrada deste público que se iniciam, à exemplo, a rotina de palestras promovidas pelo Serviço Social e Psicologia e os chamados “Grupos Terapêuticos”. A entrada de sujeitos considerados “sãos” é uma novidade para todos os funcionários, mas que como dito anteriormente, não muito bem aceita.

No início dos anos 2000 a Clínica passa a atender um enorme quantitativo de usuários de droga. Estes deixam de possuir uma ala separada e passam, em média, a ocupar 80% dos leitos disponíveis no hospital⁷⁷. Os funcionários relatam que com a massiva entrada de usuários de crack, a Clínica deixa de “atender bem” os doentes mentais e que a não separação de espaços específicos para os grupos gera uma onda de opressão e violência contra os doentes por parte dos usuários de droga.

Outra questão que gera muita insatisfação dos funcionários é que, segundo eles, a maioria dos internados por motivo de abuso de drogas não são doentes mentais ou precisam de tratamento. Para eles são “bandidos”, “marginais”. Seu Francisco expressa sua opinião sobre isso ao fazer o seguinte comentário:

“O menino é preso e pra não ir pra cadeia a mãe diz que ele é dependente químico. Que usa droga, é viciado. Mas quem vende droga, não usa droga. E outra coisa, se a pessoa lá foi presa porque tava roubando, assaltando, o que tem a ver droga? Henhein. Aí a mãe vai lá e diz pro juiz que o filho é usuário de droga e mandam ele pra cá. Tá certo isso? Aí chega aqui, o cara bonzinho, lúcido, receptivo, orientado. Eu te pergunto, tu que é assistente social, um cara desse é doente?”

Entender como os funcionários enxergavam os mais diferentes sujeitos que eram internados na instituição foi de fundamental relevância para que eu pudesse compreender como o “Tentehar” era visto neste espaço e as

⁷⁷ Informação repassada pelo S.A.M.I.

modificações desta visão ao longo de suas 5 internações, entender como era classificado/representado.

Percebi que durante o ano de 2016, nas incontáveis internações em que estive presente, por diversas vezes ouvi como eram anunciados os pacientes que chegavam; “primeira internação”, “da casa”, “chegou uma mala”, “doente mental”, “usuário”, “dependente”.

Como dito, os códigos utilizados corriqueiramente serviam para definirmos a abordagem a ser utilizada no ato de admissão, a escolha das terapêuticas e a definição da ala onde deveria ficar e do médico que iria acompanhá-lo.

A chegada do índio, todavia, naquele momento, destoou de todas essas classificações. As motivações de sua internação vinham depois da sua identificação enquanto indígena. Ele não era indígena porque nós o classificávamos como índio, essa definição vinha pré-fabricada pela instituição que o acompanhava. Era índio porque vinha acompanhado da CASAI.

Estávamos prontos para o atendimento corriqueiro, mas não para atender ao indígena. Aquilo era totalmente novo e adverso. Toda a minha percepção do que era um índio ainda estava totalmente ligada ao que aprendi nos livros didáticos⁷⁸ da escola, uma visão completamente etnocêntrica.

⁷⁸ ROCHA (1988, p. 09 -10) ao falar sobre como os livros didáticos representam os índios descreve: estes livros têm importância fundamental na formação de uma imagem do índio, pois são lidos e, mais ainda, estudados por milhões de alunos pré-universitários nos mais diversos recantos do país. Alguns destes livros alcançam tiragens altíssimas e já tiveram mais de duzentas edições. Através deles circula um “saber” altamente etnocêntrico – honrosas exceções – sobre os índios. Os livros didáticos, em função mesmo do seu destino e de sua natureza, carregam um valor de autoridade, ocupam um lugar de supostos donos da verdade. Sua informação obtém este valor de verdade pelo simples fato de que quem sabe seu conteúdo passa nas provas. Nesse sentido, seu saber tende a ser visto como algo “rigoroso”, “sério” e “científico”. Os estudantes são testados, via de regra, em face do seu conteúdo, o que faz com que as informações neles contidas acabem se fixando no fundo da memória de todos nós. Com ela se fixam também imagens extremamente etnocêntricas. Alguns livros colocavam que os índios eram incapazes de trabalhar nos engenhos de açúcar por serem indolentes e preguiçosos. Ora, como aplicar adjetivos tais como “indolente” e “preguiçoso” alguém, um povo ou uma pessoa, que se recusa a trabalhar como escravo, numa lavoura que não é a sua, para a riqueza de um colonizador que nem sequer é seu amigo: antes, muito pelo contrário, esta recusa é, no mínimo, sinal de saúde mental. Outro fato também interessante é que um número significativo de livros didáticos começa com a seguinte informação: os índios andavam nus. Este “escândalo” esconde, na verdade, a nossa noção absolutizada do que deva ser uma roupa e o que, num corpo, ela deve mostrar e esconder. A estória do nosso amigo missionário serviu para a constatação das dificuldades de definir o sentido de um objeto – o relógio ou o arco – fora dos seus contextos culturais. Da mesma maneira, nada garante que os índios andem nus a não ser a concepção que eles mesmos teriam de nudez e vestimenta. Assim, como o “outro” é alguém calado, a quem não é permitido dizer de si mesmo, mera imagem sem voz, manipulado de acordo com desejos ideológicos, o índio é, para o livro didático, apenas uma forma vazia que empresta sentido ao

Enquanto equipe, só nos restava uma alternativa, inseri-lo em umas das classificações por nós já conhecidas e transformar sua internação em um fato curioso e exótico, sem, no entanto, buscar compreender mais sobre sua vida, hábitos, costumes, história. E isso foi determinante para toda trajetória do indígena na instituição.

Nesta pesquisa, foi preciso recorrer a fontes de pesquisa, livros e autores clássicos para compreender um pouco sobre quem são os Tentehar, ou, “Povo Guajajara” como são mais comumente chamados. Chegaremos a esse ponto mais tarde.

Seguindo sobre como se deu o processo de classificação do indígena, como já mencionado no Capítulo III, na primeira internação do paciente, ele estava acompanhado pela assistente social da Casa do Índio e por um técnico de enfermagem, funcionário da mesma instituição.

Ainda no hospital colônia, Seu Francisco relata que não houve problemas para convencê-lo a ir para o hospital e a assistente social responsável pelo caso já conhecia os procedimentos burocráticos, sendo, em certa medida, conhecedora das rotinas da Clínica, conquanto, já havia feito o acompanhamento de outros pacientes no local.

A guia de admissão no hospital Colônia relata que o paciente indígena chegou à urgência e emergência aparentemente calmo. Estava sob efeito de um medicamento benzodiazepínico⁷⁹ que normalmente produz efeito calmante e que havia sido prescrito ainda por médico do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Município de Barra do Corda (MA), que fica à 108 km de Arame, cidade mais próxima da Aldeia Creuli (T.I Araribóia), onde reside até hoje o indígena. Em Arame, mesmo em dias atuais, não há CAPS.

No Hospital Colônia, que recebe pacientes com sofrimento ou transtorno mental, incluindo àqueles com doenças decorrentes do uso de álcool e outras drogas para atendimentos de urgência, o paciente é observado por 72 horas e

_____ mundo dos brancos. Em outras palavras, o índio é “alugado” na História do Brasil para aparecer por três vezes em três papéis diferentes.

⁷⁹ Os benzodiazepínicos constituem o grupo de psicotrópicos mais comumente utilizados na prática clínica devido as suas quatro atividades principais: ansiolítica, hipnótica, anticonvulsivante e relaxante muscular. Em geral, são indicados para os transtornos de ansiedade, insônia e epilepsia: (NOLATO, LOPES, FILHO, LOPES, FIOL, BERGAMASCHI, 2105, p.2).

atendido por uma equipe interdisciplinar que avalia a necessidade de internação de longa permanência ou a continuação do tratamento via CAPS mais próximo.

No caso do indígena, seu Francisco relata que ele não chegou a passar os três dias e isso se deu por alguns motivos. Primeiramente, porque, para as equipes municipais de saúde, a transferência de um paciente para tratamento fora da localidade de referência só pode ser autorizada em casos graves, onde não há tratamento no município e haja vista que, como o indígena já havia sido encaminhado para atendimento em São Luís – percorrido então a distância de 346 km – não interná-lo seria, nas palavras de Seu Francisco, “dar viagem perdida”⁸⁰.

Ao conversar com a assistente social Suzana, que trabalhava no hospital colônia à época, ela relatou que a maioria dos indígenas que chega ao hospital colônia por motivo de uso de álcool e outras drogas não deveriam ser encaminhados para internações duradouras, mas que há uma resistência das próprias equipes municipais de saúde em aceitar a orientação de continuação do tratamento em domicílio.

“Eu não me lembro desse [nome do paciente], então provavelmente não estava no plantão e ele não deve ter passado os três dias aqui. Eu dificilmente me esqueço de um paciente, tu que já trabalhou na área sabe como é, nesse vai e vem, a gente acaba gravando os nomes, ainda mais em se tratando de um indígena, que é mais difícil de aparecer, mas não por isso menos comum. No passado ainda eram poucos, hoje a gente já vê bem mais, muito mais. Principalmente os envolvidos com crack. É até difícil de acreditar que esse só usava maconha. Hoje já deve ter experimentado outras. Eu não me lembro. Mas te digo que a maioria deles não é caso de internação. Os bichinhos são muito calmos, quase sempre. Sem medicação até, são calmos. A gente até se assusta, porque as pessoas, muitas vezes pelo preconceito, reproduz que índio é brabo, mas não os que a gente

⁸⁰ “Dar viagem perdida” neste caso está relacionado às dificuldades que o SUS enfrenta para custear o transporte e tratamento de pacientes fora do seu domicílio de origem. O Tratamento Fora do Domicílio (TFD) é o “responsável por custear o tratamento de vários tipos de doenças, que não podem ser tratados na localidade que o paciente reside e que não tem condições de arcar com as suas despesas” (SÁ et al, 2016, p. 2). O programa oferece auxílio a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) e condições para deslocamento, alojamento e estabilidade aos usuários da saúde e de seu acompanhante, quando solicitado por médico do SUS. Em estudos recentes feitos sobre as possibilidades e limites do TFD - programa instituído pelo SUS através da Portaria nº 55 do Ministério da Saúde – os autores constataram que, o TFD é burocratizado, revelando a própria precariedade da política de saúde no país, que se apresenta como de “caráter excludente e seletivo no acesso aos serviços e benefícios do SUS no que tange aos caminhos territoriais”. (ROSA, 2016, p. 45). Para Rosa (2016), o TFD na política da saúde da forma em que está inserido, em uma perspectiva neoliberal, apresenta-se como um declínio do SUS, pois se revela como componente que representa o desmonte dos direitos sociais. Levando em consideração que este programa é acionado quando o próprio território em que o paciente está inserido não consegue dar resposta aos diversos serviços de saúde. (SANTOS, 2019, p. 20).

recebe aqui. Eles deveriam passar os três dias e retornar pras suas casas, mas há uma insistência pela internação. Pra dar um sossego pra família, que ainda não sabe lidar com esse tipo de situação. Ainda mais numa aldeia né? Imagina! E aí os acompanhantes falam com os médicos do plantão, explicam a situação e o paciente é encaminhado para a internação em hospital fechado. Mesmo não sendo necessário. A gente fica com pena, mas eles nem tem como negar, porque, pra te ser honesta, eu acho que eles entendem, mas não entendem na totalidade o que tá acontecendo. Não entendem que vão passar 45 dias em um hospital com doentes mentais. Então, eles aceitam. Quando chegam lá é que vão se dar conta de que foram internados. (Ex-assistente social do “hospital colônia”. Entrevista realizada em 09/04/2020).

O relato da assistente social converge com o de Seu Francisco e coaduna-se com o segundo motivo pelo qual o indígena em questão não chegou a cumprir as 72 horas de observação na urgência da colônia.

O trabalho de Seu Francisco era o de “captar pacientes”, como já fora explicado anteriormente. Em mais de 25 anos trabalhando à serviço da Clínica, ele conhecia bem os funcionários da Colônia e – através de sua intermediação – era fácil conseguir transferências rápidas a partir de uma simples conversa com médicos que já o conheciam.

Outro motivo que facilitou a internação era a falta de acompanhante/familiar do indígena na urgência e emergência, ficando este a cargo dos funcionários da CASAI, que acumulam serviços e pacientes. Era inviável passar três dias e três noites com um único paciente em uma observação. Demandaria um técnico de enfermagem da própria CASAI para estar com o paciente indígena e isso demandaria trabalho a mais.

A intenção de internar o indígena já estava posta quando ele foi encaminhado para São Luís e posto isso, ele passou apenas uma manhã na Colônia, onde foi avaliado pelo médico plantonista e encaminhado para a internação em clínica especializada.

Seu Francisco, que já conhecia a assistente social da CASAI de outras ocasiões – mais recentemente da internação de um Pukubiê/ “Gavião” - fez todo o intermédio para que ele fosse para a Clínica de forma rápida.

Até este momento, para quem conhece e já trabalhou com esse sistema, tudo “normal”. A coisa mais comum era a transferência de usuários de droga da forma mais ágil possível para clínicas com tratamento fechado. Usuários de droga não eram bem vistos pela classe médica, sua internação, em boa parte

das vezes, era motivada pelo sentimento de proporcionar castigos e correções para sujeitos considerados culpados pelo seu estado “desprezível”, mas naquela situação especificamente havia duas condições que tornavam aquela internação diferente: 1) era um paciente indígena; 2) ele “apenas” usava maconha.

As representações sociais produzidas pelas sociedades ocidentais inclusive associam o uso da maconha à diversas “tribos de índio”, como sendo uma prática comum a todos os indígenas. Como não lembrar da música de Gabriel O pensador, lançada em 1997 que narra a viagem do Presidente da República ao pantanal brasileiro onde *“lá encontrou um velho índio que usava um fio dental e fumava um cachimbo da paz⁸¹”*.

O próprio médico assistente que recebeu o indígena na Clínica estranhou o motivo de sua internação e sempre exclamou nas diversas conversas que tivemos sobre o tema: *“Mas todo índio não fuma maconha?”*, ou sempre se refere a este paciente especificamente como *“aquele que só usava maconha”*. Essa última afirmativa esteve presente na fala de quase todos os interlocutores desta pesquisa.

Segundo CARLINE (2006) a utilização da maconha não foi uma invenção do indígena brasileiro. O autor afirma que:

A história da maconha no Brasil tem seu início com a própria descoberta do país. A maconha é uma planta exótica, ou seja, não é natural do Brasil. Foi trazida para cá pelos escravos negros, daí a sua denominação de fumo-de-Angola. O seu uso disseminou-se rapidamente entre os negros escravos e nossos índios, que passaram a cultivá-la. Séculos mais tarde, com a popularização da planta entre intelectuais franceses e médicos ingleses do exército imperial na Índia, ela passou a ser considerada em nosso meio um excelente medicamento indicado para muitos males. A demonização da maconha no Brasil iniciou-se na década de 1920 e, na II Conferência Internacional do Ópio, em 1924, em Genebra, o delegado brasileiro Dr. Pernambuco afirmou para as delegações de 45 outros países: “a maconha é mais perigosa que o ópio”. Apesar das tentativas anteriores, no século XIX e princípios do século XX, a perseguição policial aos usuários de maconha somente se fez constante e enérgica a partir da década de 1930, possivelmente como resultante da decisão da II Conferência Internacional do Ópio (CARLINE, 2006, p. 14).

Segundo levantamento da Fundação Oswaldo Cruz publicado em agosto de 2019, a maconha é a substância ilícita mais consumida do Brasil e 7,7% dos brasileiros de 12 a 65 anos já usaram maconha ao menos uma vez na vida. Outra

⁸¹ São expressões informais utilizadas para se referir ao modo de vestir dos indígenas e ao costume de fumar maconha.

pesquisa da mesma fundação, porém menos recente, intitulada “O que os brasileiros pensam sobre a descriminalização da maconha”, aponta que 71,5% dos brasileiros consideram que “por usar maconha as pessoas têm uma vida pior”. Todavia, a maioria dos entrevistados (62,2%) se consideram mal informados sobre o tema. É diferente da percepção que as pessoas têm do uso de crack. 'O usuário de crack talvez seja a mais brutal face da miséria urbana na contemporaneidade', segundo Petuco (2017) ao falar sobre a política brasileira de combate às drogas.

Os familiares de usuários de crack, durante a internação de seus parentes na Clínica, costumavam sempre relatar que antes do crack o “filho”, “neto”, “sobrinho” – isso independia do grau de parentesco - usava “apenas maconha”. *Apenas* é um advérbio que quer dizer “de maneira exclusiva, somente, unicamente” e que nas falas daqueles parentes soava como um atenuante, como algo que era ruim, mas bem menos ruim do que o uso de crack. Usar maconha era uma brincadeira de adolescente, usar crack era associado ao último ato de autodestruição no “mundo das drogas”. O fundo do poço. Destaco, que, inclusive, muitos médicos da clínica sugeriam que as mães deixassem que os filhos usassem maconha, pois ela reduzia a vontade de consumir o crack.

Em um estudo feito em 2011 sobre o uso de maconha como estratégia de redução de danos em dependentes de crack, as autoras dissertam que:

Na substituição do crack pelo uso de maconha os sujeitos percebem uma diminuição na prática de atos ilícitos tais como roubos, assaltos, venda de objetos pessoais por drogas; menores gastos financeiros com a droga, podendo ajudar a sustentar a família; além de não afetar no cumprimento de suas tarefas.” (PEREIRA, WURFEL, 2011, p. 05).

A pesquisa também aponta que:

Tratando-se da dependência e fissura da maconha, os estudos mostram que o número de usuários que se tornam dependentes é muito baixo, sendo que seu uso prolongado não apresenta deletérios permanentes nem prejuízos sociais, moral ou físico (MACRAE, 2004)”.

Concluem o estudo afirmando que “uma internação, ou detenção em qualquer instituição, por menos dias que seja, pode ser mais prejudicial à saúde física e mental do sujeito do que a utilização da maconha”. (PEREIRA, WURFEL, 2011).

Esse referencial acorda com a minha experiência em casos de internação: Não havia indicativo para internação de usuários de maconha. Nos anos em que eu estive na Clínica, antes do indígena, eu havia conhecido apenas um paciente que num primeiro momento havia sido internado por uso abusivo de cannabis sativa. Um jovem, branco, de 21 anos, sem histórico de doença mental. Este havia tentado assassinar a própria mãe enquanto ela dormia em uma rede no terraço de casa. Este, por coincidência, havia sido assistido pelo mesmo médico que meses depois acompanharia o indígena.

Todavia, antes mesmo que se completassem os 45 dias de sua internação, o diagnóstico de doença mental não associado ao uso da substância fora confirmado, descartando que somente o uso de maconha teria provocado os surtos de agressividade, mas sim, uma patologia de ordem mental.

Essa situação fora diferente da do indígena, que em suas internações, fora introduzido na clínica por uso abusivo de maconha, isso é o que está afirmado em seu prontuário.

Segundo Sônia Guajajara, em entrevista realizada em setembro de 2018 para o site “Empadão: laticas de informação:

Para o povo Guajajara, a maconha não é uma droga. Ela faz parte da cultura, é uma erva medicinal utilizada para curar enfermidades. Usamos para fazer chá, que trata dor de estômago e tem efeito calmante. Então, da nossa parte, é natural a descriminalização. Por conta da criminalização, as pessoas acabam olhando só o malefício dela. Se descriminalizar, vira um alecrim do campo que todo mundo usa como chá ou tabaco.

Sônia Guajajara não fala em nome de todos os indígenas da T.I Araribóia e é certo que no caso especificamente aqui analisado, estamos falando de um indígena especificamente.

A fala dela é trazida apenas para reforçar que o uso da erva é comum entre os indígenas deste povo e que a internação nos provoca uma série de questionamentos, muitos deles voltados a hipótese de ausência da efetivação dos princípios da política de saúde indígena, principalmente àquele que prega um atendimento específico e diferenciado.

Destaco que há, todavia, um paradoxo presente na ideia do “índio que fuma maconha”. Apesar da equipe achar estranho que um índio esteja sendo internado por fazer uso da erva (pelo fato de eles considerarem esta uma prática comum entre os indígenas, ou até mesmo por não haver muitos precedentes

deste tipo de internação) há uma inércia por parte da mesma equipe que ao mesmo tempo que “questiona”, acata a burocracia estatal – representada por uma guia médica -, que solicita à internação. Em nenhum momento a equipe considera a possibilidade de não internar.

O indígena descrito como “receptivo” em sua primeira internação não entendia o que ali estava acontecendo. E não por ser indígena. Poucas pessoas sabem o que se passa entre as paredes de uma instituição psiquiátrica. Muito do que se comenta são mitos e crenças quase que contadas como uma história de terror, mas penso que caso a minha condição fosse apenas a de pesquisadora – e não também de quem em um passado recente fizera parte da engrenagem que movimenta o hospital – pouco saberia sobre a rotina “oficial” e “não – oficial” desta instituição.

Hoje, com o olhar mais atento, vejo que o indígena não estava “receptivo”, estava “perdido”, tentando entender o que estava acontecendo. A sua não reação aponta, todavia, que o espaço da instituição total – seus mitos e crenças – estavam muito distantes de sua representação enquanto Tentehar dos esquemas de saúde ofertados pelos brancos, já conhecidos por este através do próprio subsistema de saúde indígena presente em seu território.

Saliento também que, ao retomar os prontuários com maior cautela, observei uma informação que passa quase que despercebida pela equipe médica e, portanto, pouco evidenciada: o Tentehar fazia uso de álcool.

Esta é uma dimensão importante a ser pensada, posto que o uso de bebidas alcoólicas entre indígenas expressa contornos diferenciados do perfil conhecido pelos profissionais. Assim como nas sociedades ditas ocidentais, o álcool nas sociedades indígenas também vem se reconfigurando em um problema social e cultural. No entanto, a equipe de saúde deveria ter visto este revés com um olhar específico e diferenciado para o sujeito ali em atendimento, sendo contemplados conhecimentos mínimos acerca das vivências indígenas e do impacto do álcool nesses povos.

Isto não deveria depender da curiosidade ou boa vontade da equipe, o que está previsto em uma Portaria (2759/2007), que trata justamente da atenção à saúde mental indígena. Ou, minimamente, deveria ter sido alertado pela equipe da Casa do Índio, considerando suas competências e atribuições.

Para que possamos entender melhor a questão do abuso de álcool entre os indígenas, é importante compreender, no caso em pauta, as pressões que na TI Araribóia se desdobram que, segundo o Centro de Trabalho Indígena (C.T.I., 2017), incidem diretamente na forma de subsistência dos indígenas e transformam a dinâmica territorial, orientando-a para um contexto inevitável de contato.

Este contato –para os Tentehar indica que uma “[...]história de mais de 380 anos, foi marcada tanto por aproximações com os brancos como por recusas totais, submissões, revoltas e grandes tragédias.” (SCHRÖDER, 2002) Uma destas tragédias sem dúvida é o crescente aumento do consumo de álcool e outras drogas entre os Tentehar, o que vem resultando no aumento da violência nas terras indígenas, inclusive as violências intrafamiliares, como a própria situação descrita no prontuário em que o indígena ateia fogo em sua própria casa.

Segundo Ventura (2013), a disseminação do uso destas substâncias desestrutura comunidades e pode ter relação com o descaso do governo e contato excessivo entre índios e não índios. De acordo com o Centro Indígena Missionário (CIMI) - órgão anexo da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - em dados de 2001, o consumo de maconha e de álcool é um dos motivos que vem aumentando o número de atos agressivos em geral e inclusive o de homicídios. Segundo dados do CIMI (2013) o álcool faz a violência aumentar porque os indígenas não possuem o hábito de ingerir bebidas alcólicas feitas pelos brancos e acabam perdendo o controle de seus próprios sentidos.

Ventura (2013), no que tangencia o uso dessas drogas produzidas por brancos, afirma ainda que quando há cidades por perto das aldeias, o acesso às drogas fica mais fácil. É o caso da Aldeia Creuli, localizada próximo à cidade de Arame (MA) e próxima à estrada MA-006.

Melo, Maciel, Oliveira, Silva (2011), ao pesquisarem sobre as implicações do uso de álcool em comunidades indígenas, afirmam que a aproximação de aldeias com áreas urbanas vem contribuindo para a “aculturação” e despersonalização de várias etnias indígenas e que diante da “teia de pulverização do mundo globalizado e tecnológico” (p.4) os indígenas acabam introjetando hábitos e costumes diferentes dos seus, propiciando o aparecimento de doenças, sendo o alcoolismo umas das mais frequentes.

A Síndrome de Dependência do Álcool foi incorporada à Classificação Internacional de Doenças em 1967 a partir da 8ª Conferência Mundial de Saúde e é considerada “um conjunto de fenômenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais, no qual a utilização do álcool se torna prioridade na vida de um indivíduo” (MELO, MACIEL, OLIVEIRA, SILVA, 2011 p. 4-5), sendo considerado à época um fenômeno orgânico. Atualmente, o conceito é considerado um fenômeno psicológico e social, inserindo-se em uma perspectiva histórica e cultural (BERTOLOTE, 1997 apud MELO, MACIEL, OLIVEIRA, SILVA, 2011).

As autoras apontam ainda que, de acordo com dados da FUNASA datados no ano 2000:

O alcoolismo está entre as enfermidades mais comuns nos grupos indígenas brasileiros, com destaque para as regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul, tendo como agravante a aproximação das populações indígenas das não-indígenas. O contato interétnico, segundo Souza e Garnelo (2007), iniciou-se há mais de três séculos e propiciou a introdução da bebida destilada na comunidade indígena, favorecendo mudanças na organização destas sociedades, com modificações mais amplas na cultura indígena. [...] (MELO, MACIEL, OLIVEIRA, SILVA, 2011, p. 6).

O consumo de álcool entre os indígenas é maior do que o da população não indígena:

Assim, a bebida alcoólica ocupa lugar cada vez mais destacado no campo psíquico dos índios, tanto no âmbito intragrupal, quanto no aspecto intergrupar. Como afirmam Souza e Garnelo (2007), além do caxiri (bebida indígena artesanal), a cachaça, o álcool de uso doméstico, o desodorante e o perfume também são utilizados pela população indígena. Isto demonstra que, na comunidade indígena, o álcool já está distanciado da cultura e dos rituais, tendo hoje um consumo abusivo, com todas as consequências que esse excesso acarreta. (MELO, MACIEL, OLIVEIRA, SILVA, 2011, p. 7).

Para as autoras, é necessário compreender que não se trata apenas de entender os aspectos psíquicos do uso da substância, mas entender o que o ato de beber significa para um determinado grupo social ou étnico, e neste sentido, a questão do alcoolismo nas “comunidades indígenas” representa uma resposta a um problema coletivo causado na dinâmica social de desconstrução de uma cultura específica.

O Tentehar, sujeito do estudo aqui empreendido, é usuário de álcool - como pode ser verificado em seu prontuário. Essa informação é pouco

trabalhada pela equipe, cujo foco da anamnese está no uso de maconha, posto a ilicitude da substância, protocolo comum, haja vista que a equipe considera etilistas àqueles que utilizam apenas o álcool, sendo estes um grupo diferenciado no hospital, como já fora dito.

Em suma, a desorientação acerca dos problemas sociais - como o uso de álcool entre os indígenas - incide sobre os tratamentos e terapêuticas escolhidos e indicados pela equipe médica. Tais tratamentos desconsideram que o uso do álcool e da maconha assumem contornos diferenciados entre os povos indígenas e exigem um olhar atento e não etnocêntrico.

A escolha errônea das terapêuticas e a classificação do indígena como “usuário de droga” implicam no seu encaminhamento para uma ala de pacientes definidos como “perigosos” e violentos” e que por isso recebiam um tratamento ainda mais impetuoso por parte da equipe dirigente. Isso afetaria sobremaneira as modificações de seu comportamento ao longo suas internações.

4.2. Internações e interações com “o mundo do internado” e a “equipe dirigente”

Após a admissão do paciente indígena e a sua classificação, ele foi encaminhado para seu leito na Ala Azul, onde permaneceu em todas as suas internações, devido ao histórico de uso de drogas. No início, o Tentehar, não apresentava nenhum comportamento que fosse encarado pela equipe dirigente como negativo, ao contrário, tanto nos prontuários como nas entrevistas, ele era sempre descrito como “bem comportado” no que toca as suas primeiras internações.

Todavia, a permanência na Ala Azul o expôs a um contato com outros internos que são descritos pelos seus comportamentos ditos “desviantes”, como agressividade, reiteradas tentativas de fuga, recusa da medicação e de participação nas atividades propostas, assim como não cumprimento das regras e ordens da equipe. As intercorrências que aconteciam na Clínica quase sempre aconteciam nesta Ala, incluindo episódios que os funcionários narram como “rebeliões” ou “motins”, situações em que as assistentes sociais e psicólogas eram as únicas da equipe que conseguiam dialogar com os pacientes.

O indígena nunca presenciou episódios como estes, mas já testemunhou brigas e fugas, assim como já esteve envolvido em ambas intercorrências, envolvendo-se em lutas corporais para se defender de outros pacientes; e ajudando nas fugas pelo telhado – muito comuns no turno da noite. Já nas últimas internações, tentou evadir-se, uma vez pelo portão da frente, outra durante a visita – momento que mobiliza e ocupa muitos funcionários que precisam descolar-se para o pátio, as alas ficam mais vazias e as fugas são mais comuns.

É de suma importância entender que a “receptividade” deste paciente e seu “bom comportamento” – indicativos de uma boa interação com a equipe – assim como a forma com que ele aprende e incorpora caminhos de resistência à internação, estão relacionados ao conhecimento incorporado por este povo em seu contato prolongado com a sociedade dos brancos.

Segundo UBBIALLI (1997), os Tentehar foram protagonistas de um impressionante processo de adaptação às situações externas ao longo de sua história, sendo possuidores de imenso dinamismo cultural⁸². Para o autor, essa é a “chave da interpretação” (p.23) para compreender a vitalidade cultural extraordinária do povo Tentehar. Eles possuem uma longa história de contato com os brancos.

O “dinamismo cultural” pode nos ajudar a compreender por que ao investigar acerca da rotina específica do indígena no hospital, os interlocutores não apontam variáveis do seu comportamento ou de suas demandas em relação aos outros pacientes. Uma resposta é comum a todos os entrevistados quando perguntados sobre a vida com o Tentehar: “não tinha muita diferença assim, ele fazia tudo o que todo mundo fazia”. Essa frase dita por Emília – técnica de enfermagem responsável pelos pacientes da Ala Azul sintetiza como a rotina do indígena era vista pelos profissionais que acompanhavam a sua internação.

Como todos os outros pacientes, o dia-a-dia do Tentehar obedecia à rigidez imposta pela instituição total. Às 5:30 ele acordava e tomava banho. Como não possuía nenhuma comorbidade ou limitação física tinha autorização

⁸² Entende-se por dinamismo cultural a capacidade que um povo tem de criar sua cultura – que se manifesta na sua organização socioeconômica e política, nas suas expressões simbólicas, na sua mitologia e nos seus comportamentos – e de adaptá-las nas novas situações sem perder sua identidade. (UBBIALLI, 1997, p. 23)

para fazer isso sozinho. Pela ausência de visitas e assistência por parte dos responsáveis pela internação, ele não tinha acesso a material de higiene (sabão, escova de dentes e creme dental). Apesar de ser obrigatório deixar esses materiais no hospital para concluir a admissão, essas coisas sempre sumiam ainda nos primeiros dias. A técnica não sabe informar se eram furtados dele ou se ele trocava por cigarros e fumo. Ele possuía três mudas de roupa que eram trocados a cada 4 ou 5 dias.

Ao contrário de outros pacientes ele não cobrava seus objetos de uso pessoal, reclamava da roupa suja ou de andar descalço pelo hospital. O prontuário do indígena, em todas as evoluções destaca: “paciente sem queixas”.

Após o banho ele descia para o café e em seguida recebia medicação. Nunca recusou a dieta, reclamou ou pediu para repetir. Muitos internos têm o costume de pedir mais e as vezes até se submetem a trabalhos para conseguir comida. Esse nunca foi o caso do Tentehar. Ao longo de suas internações o prontuário indica progressiva perda de peso, passando dos 55kg para os 50kg.

A hora da medicação era um outro momento tranquilo. Ele nunca precisou tomar medicação no leito ou S.O.S. Bastava chamá-lo. Ele recebia medicação no posto. Pela manhã apenas 1 comprimido de Carbamazepina, medicação indicada para usuários de álcool e drogas; à noite três comprimidos: 1 de Haloperidol, associado ao Fenegan, combinação indicada para pacientes que apresentam alucinações visuais e auditivas – sintomas de esquizofrenia e 1 comprimido de Diazepan, para ajudá-lo a dormir.

O médico assistente explica que essa medicação era uma combinação não muito efetiva para os sintomas apresentados pelo indígena. O Haloperidol foi incluído nas últimas duas internações devido as tentativas de fuga e suicídio. Segundo o médico existem outras medicações mais eficazes e novas para as psicoses oriundas do abuso de substâncias psicoativas, como o Topiramato. Todavia trata-se de medicações de alto custo financeiro.

Nos casos em que havia medicações melhores, porém mais caras, o médico, em conjunto com o Serviço Social, poderia encaminhar os familiares destes pacientes para a retirada de medicações na Farmácia Estadual de Medicamentos Especializados (FEME). Mas isso dependeria do interesse do responsável ou da interação estabelecida entre paciente e equipe – em poucas palavras: a vontade de “ajudar” aquele paciente, por compreendê-lo como

“merecedor”. Os merecedores geralmente fugiam do padrão comum de internos no hospital. Homens brancos, por exemplo, eram sempre melhor tratados que homens pardos, negros e indígenas.

No caso do Tentehar, apesar do “bom comportamento” ele não tinha acesso a nenhum privilégio, assim como ninguém que pleiteasse seus direitos como interno. Não recebia visitas de seus familiares, tampouco a assistência necessária da CASAI. Logo, alimentação, produtos de higiene e medicação seriam sempre itens possíveis de serem entregues através da diária repassada pelo SUS para o hospital.

O custo disso, além do acirramento das condições precárias de internação, eram e ainda são os efeitos colaterais causados por medicações inapropriadas para o tipo de patologia que sustentava a internação do indígena. O Haloperidol, á exemplo, pode causar dificuldades de coordenação, movimentos involuntários dos músculos, movimentação excessiva do corpo e membros, dor de cabeça, agitação, dificuldade em adormecer, sentimento de tristeza ou depressão, contração da língua, face, boca ou maxilar, tontura, sono excessivo.

Os efeitos relativos principalmente a movimentação do corpo são comumente chamados na Clínica de “impregnação”. A impregnação é causada por uma intoxicação medicamentosa que deixa os movimentos do corpo parcialmente limitados. Para sair desta condição, os médicos prescrevem 1 comprimido de Cinetol.

Todavia, em pouco tempo os pacientes descobriram que ao tomar Cinetol sem estar “impregnado” causa sensações similares ao uso de maconha, tais como, total relaxamento do corpo e da mente. E começam então a simular o estado de impregnação para obter o remédio.

No prontuário do Tentehar é possível observar que em certas prescrições o Cinetol aparece, podendo indicar tanto uma “intoxicação”, quanto uma “simulação”, posto que, a aproximação deste interno com outros pacientes já mais “antigos” no hospital e a assimilação de comportamentos não é uma hipótese descartada, ainda que como uma estratégia de adaptação e sobrevivência.

O banho, a alimentação e a medicação não eram pontos que apontavam para uma não receptividade do paciente. Os momentos em que o Tentehar se

sentia mais exposto eram durante os grupos terapêuticos, consultas médicas e atendimentos com outros profissionais.

A repetição massiva de informações no prontuário sugere que este interno não procurava e nem era muito procurado pela equipe. Destaco que os pacientes com mais atendimentos eram os que estavam envolvidos em intercorrências e este não era o caso do indígena.

Durante as palestras, ele nunca estava parado e era sempre um dos últimos a sentar, ocupando as fileiras de trás. Não comparecia por vontade, era necessário empenho por parte da equipe para fazer com que ele participasse efetivamente das atividades propostas.

Na parte da manhã, quando aconteciam as palestras, ele nunca manifestava sua opinião em relação ao que estava sendo debatido. Só após longas estadias começou a sacudir a cabeça para algumas perguntas feitas pelas psicólogas e assistentes sociais. Ele sempre sorria muito. Sorria quando era questionado, chamado atenção. Em muitos atendimentos feitos por mim eu dizia “Fala, Guajajara” e ele apenas sorria e abaixava a cabeça. Apenas quando cobrado ele destacou que não entendia muito bem o que falávamos.

Ao pesquisar posteriormente sobre língua falada pelos Tentehar, entendi que esta é classificada na família tupi-guarani e é subdividida pelos linguistas em quatro dialetos sem complicações de serem entendidos. “Nas aldeias, o guajajara é falado como primeira língua, enquanto o português tem a função de ser língua franca, que é entendida pela maioria” (SCHRODER, 2002, p. 2).

Apesar de falarem o português é necessário refletir que em qualquer língua, o contexto em que ocorre o diálogo é fundamental para a compreensão dos interlocutores. Como assistente social, sempre aprendi que para lidar os usuários do Serviço Social era necessário adequar a minha linguagem, para que minhas orientações se tornassem acessíveis aos ouvintes. Na minha prática esse sempre foi um grande desafio.

Hoje percebo que há a inculcação de um “dialeto hospitalar” reproduzido pelos profissionais da saúde e que obstaculizam o entendimento daqueles que não trabalham na área. O que eu sempre entendi como dificuldade do indígena em entender os conteúdos da palestra, hoje analiso como despreparo dos recursos humanos e ponto que não apenas o indígena devia possuir essa dificuldade. Muitos profissionais da saúde, por falta de um trato antropológico às

diversas situações que solicitam seus atendimentos, se fazem incompreensíveis para os pacientes e usuários do serviço ali prestado, e isso é ainda mais grave no caso dos pacientes indígenas, que possuem lógicas e cosmovisões diferenciadas.

Ao compreender que a equipe dirigente e o indígena não falavam a mesma língua, entendi também o constrangimento ao qual o Tentehar era submetido durante os grupos médico e terapêutico e os atendimentos e por isso a dificuldade em se aproximar dos profissionais, tanto que por vezes evitava participar desses momentos.

Após sua adaptação e aproximação de outros sujeitos internados ele começou a comparecer mais nestas atividades, por entender que a sua saída do hospital estava subjugada a como a equipe dirigente descrevia seu comportamento nos prontuários e pensava sua alta. É o momento em que ele se aproxima mais do Serviço Social e passa a questionar as possíveis datas de saída e alta hospitalar.

Depois de um tempo, os pacientes compreendem que ninguém sai do hospital antes dos 45 dias. Isso não se dava pelo fato de não apresentarem uma melhora em seus quadros, mas devido aos repasses financeiros feitos do SUS para o hospital que cobriam o mínimo de 6 semanas.

Ao entenderem isso, ao se aproximar desta data, os internos mais ‘orientados’ começam a cobrar sua “alta hospitalar”. A pergunta nos atendimentos era sempre a mesma: “Tia, quando eu vou embora?”. Após a primeira internação, o Tentehar percebeu esse movimento e começa então a participar mais dos atendimentos para ter a oportunidade de saber sobre a duração de sua estadia.

Muitos pacientes também pediam para ligar para as suas famílias. Mas essa foi uma prática nunca aderida pelo indígena. Ele nunca solicitou a presença de nenhum familiar ou queixou-se de não receber visitas. E sempre que questionado se não sentia saudades da família ele dizia: moram muito longe, tia. Sempre lacônico.

Considero que as duas primeiras internações foram de forte impacto na vida do Tentehar, nas três últimas ele começa a apresentar novos comportamentos, estes se expressam nas formas de vestir e agir: ele começa a usar bonés e acessórios como cordões de plástico que simulavam correntes de

prata, começa a furtar comidas e roupas de outros pacientes, principalmente as que apresentam símbolos de marcas importantes, assim como começa a usar chinelos. Todos estes itens ele tomava de outros pacientes.

Ele se torna mais comunicativo, interage mais com a equipe dirigente, mas ainda mais com outros pacientes que dividiam a mesma ala que ele. Torna-se mais impaciente e resistente as internações. São nas últimas internações que – segundo o que está descrito nos prontuários – ele começa a tentar fugir e a compartilhar pensamentos de suicídio e homicídio.

Nas últimas internações, destaco que não é a CASAI que se responsabiliza pela internação do indígena, mas o seu pai. O que demonstra que a própria família já começa a entender e a operar os caminhos da internação, antes procedidos somente pela CASAI.

Ao perceber estas mudanças no comportamento do Tentehar observo que duas categorias são fundamentais para entender esse processo de adaptação do indígena: o “dinamismo cultural”⁸³ – já citado – e a “sagacidade”, todas fundamentais para pensar não somente a sobrevivência deste indígena mediante uma situação tão adversa, mas as estratégias que utilizou para sua adaptação no mundo manicomial. Busco também pensar o efeito destrutivo da internação sobre a sua “identidade social” – processo que sustento como “a mortificação do eu Tentehar”.

4.3. A mortificação do “eu” Tentehar

Para construir o caminho que me trouxe até “*a mortificação do eu Tentehar*” foi importante observar com cuidado o material que eu tinha em mãos: os prontuários das 5 internações, indicando a primeira em 2014 e a última em 2019. Assim como retomar relatórios de atendimentos feitos à época, conversas com os principais interlocutores desta pesquisa.

Minha primeira reflexão ao ter os prontuários que utilizei como uma das fontes desta pesquisa em mãos – e não poderia ser diferente – foi tentar entender como um indígena que, segundo os relatos que compõem o prontuário

⁸³ Capacidade de adaptação, flexibilidade, receptividade quanto à adoção de novas formas e padrões culturais. (ULLIABBI, 1997, p. 35).

da primeira internação, era descrito como “calmo” e “receptivo”, em 4 anos passa a ser representado como “agressivo”, com “ideações homicidas e suicidas”. E para isso foi importante olhar com cautela para os dados que estão presentes de forma muito sutil nos prontuários.

Estes documentos não me revelam muitas coisas, mas somados as falas de meus interlocutores, algumas informações que poderiam ser interpretadas como factuais passam a ser alvo de indagações primárias.

Como já dito anteriormente, o prontuário é onde estão contidas todas as informações a respeito do paciente e as indicações terapêuticas para ele. No caso de uma instituição psiquiátrica, ele é como um diário do dia e da noite do paciente. O dia é descrito com canetas azuis e a noite com canetas vermelhas - vermelho ilustra bem as noites de violência que aconteciam na clínica.

Cada profissional possui um espaço próprio para relatar suas impressões acerca do estado do paciente. A equipe multidisciplinar deve examinar o paciente a cada sete dias de forma coletiva durante o grupo médico, à exceção dos enfermeiros e técnicos de enfermagem. Estes devem examinar os pacientes a cada 12 horas, fazendo uma breve descrição de seu comportamento e estado físico antes da passagem de plantão. A esta prática, a instituição médica nomeia de “evolução multidisciplinar” e “atualização da enfermagem”, respectivamente.

Algumas observações são primordiais para entendermos que o prontuário possui uma importância *relativa* no que diz respeito a compreensão de como se sucederam as internações do Tentehar.

Ao examinar os prontuários noto que apenas os da primeira e última internação são genuínos, trazendo informações mais completas, aproximadas das ocorrências que - segundo a anamnese - validam a internação do indígena; o último apresenta informações diferenciadas do que é relatado nas 4 primeiras internações. Destaco que os prontuários 2, 3 e 4 são meras repetições do primeiro e que não houve exame do indígena na admissão, apenas preenchimento de documentos sem a presença do paciente, posto que este já era classificado como “da casa”. Observemos então a compilação das principais informações contidas nestes dois documentos para em seguida examiná-las:

Quadro nº 2: Informações do Prontuário.

Prontuário internação 1 (2016)	Prontuário internação 5 (2019)
Paciente acompanhado pela CASAI, apresentando sintomas de transtorno mental e comportamental devido ao uso excessivo de substância psicoativa (maconha). Nega uso de outras drogas. Ateou fogo em sua própria casa (sinais de psicose).” Etilista. Calmo. Receptivo às abordagens. (Médico assistente)	Paciente acompanhado pelo pai (nome) relatando que ele é usuário de maconha desde os 13 anos. Ao utilizar apresenta alterações de comportamento, pensamento delirante, alucinações visuais e auditivas, solilóquios. Andarilho pelas matas. Nega outras SPA's. Etilista e tabagista. Nega comorbidades clínicas e transtornos mentais na família. Humor exaltado, pornofônico, ideias suicidas e homicidas. Não receptivo às abordagens. (Médica plantonista)

Fonte: Elaboração própria

É muito comum que pacientes da casa não sejam atendidos de forma presencial, posto que são provenientes de outras internações e seu histórico já está presente em prontuários anteriores. Nas três internações que se sucederam a primeira, o médico assistente do indígena apenas repetia as informações que já havia coletado num primeiro momento. Era uma forma de “agilizar o trabalho” posto que pacientes de primeira internação demandavam mais atenção e que o indígena já passara por internações anteriores e aparentemente estava sempre calmo e não apresentava queixas.

Como pode ser observado, isso muda na última internação e eu destaco três fatores a serem analisados: 1) na última internação o Tentehar aparentemente não está calmo e não aceita a internação; 2) ele não está acompanhado da equipe da CASAI e pela primeira vez algum familiar está presente (o pai); 3) a última internação foi realizada por uma médica recém formada e recém contratada, que aparentemente demonstra interesse em fazer o exame completo de todos os pacientes daquele dia, que a ela foram encaminhados. A partir destes elementos me fiz uma pergunta: a mudança de comportamento do indígena – relatado no último prontuário pela médica novata - já vinha acontecendo e apenas não sendo registrada em documentos?

À esta pergunta respondo com a clareza de quem não apenas observou, mas participou deste processo. Eram raros os dias em que o indígena participava dos atendimentos no grupo médico ou era examinado pela equipe. Durante a primeira internação, tendo em conta a curiosidade pelo “exótico indígena que fora internado apenas por usar maconha”, algumas aproximações da equipe foram feitas e ele era achado no hospital para participar destes momentos. Digo achado, pois ele se escondia, literalmente.

Em outras situações isso poderia (e seria) interpretado como uma recusa às abordagens e passível de punição. Mas o Tentehar não era um paciente comum. O fato de ele se esconder não representava um desrespeito as regras da instituição, pois aos olhos da equipe ele era um “*bicho com medo de gente*”, ele era um coitado que “além de índio, ainda era doido”. Sofrendo, portanto, duplo processo de estigmatização.

Essa expressão aparece na fala de Emília, umas das últimas interlocutoras desta pesquisa, a quem fui apresentada por Seu Francisco em abril de 2020. Considerando o contexto de pandemia vivenciado neste ano, tivemos uma breve conversa por aplicativo de mensagens. Emília é técnica de enfermagem e trabalha há 15 anos na Clínica, os últimos 8 na ala azul, cuidando dos internos. Ao falar sobre o Tentehar ela diz:

“No começo ele era bem tímido, quase não falava com ninguém, parecia um bicho com medo de gente. Mas ele não era lerdo. Eu via que ele observava bem as coisas, ele só não perguntava. A gente dizia ‘já tomou banho Guajajara?’, ‘tomou remédio Guajajara?’ e ele fazia aquela carinha de sonso, num sabe? Respondia: ‘já, tia’. Mas isso foi só no começo. Depois ele fez amizade com aquele paciente [nome do paciente], aquele altão, que usava boné, num sei se tu te lembra, ele é da tua época, e também com aquele [nome do paciente] que o pessoal dizia que era do “bonde” (Bonde dos Quarenta). Só se juntou com peça boa. Mas assim, ele num dava trabalho, eu num brigava com ele por conta de fumo, que pra mim é o que mais me dá raiva, é esse fumo. Credo. Assim, eu sei que dá vontade, mas eles têm que entender que ali quando não pode, não pode, é regra. E assim, ele não era de reclamar, só quando queria ir embora. Aí ele ficava dizendo ‘ê tia, pede pra assistente social ligar pra minha família’. Mas isso ele aprendeu foi com os outros, que nem família eu sabia que ele tinha. Tu sabe se ele tinha família? Porque eu não lembro dele receber visita”. (Entrevista realizada em 29/04/2020).

Das várias classificações já pré-existentes e descritas neste capítulo, em sua primeira internação ele não era visto como usuário de droga (pois não apresentava os comportamentos usuais a esse grupo, ele não usava crack); ele não era um “doido, doido mesmo”, posto que não havia diagnóstico de doença

mental pré-existente e nenhum comportamento dele demonstrava que ele o fosse.

Ele era um índio conduzido pelo Estado, através dos órgãos de saúde criados por est, que - à vista destes precisava ser afastado de seu território e enclausurado em uma instituição manicomial. A palavra dos agentes do Estado já era suficiente, mesmo que o comportamento do indígena não justificasse aquilo.

Os prontuários das 4 primeiras internações portanto, para além de não representarem os fatos, os falseiam. E as poucas informações que ali puderam ser coletadas na anamnese apontam para um total desconhecimento por parte da equipe médica no que diz respeito aos povos indígenas e suas culturas, assim como às diretrizes sugeridas pelas políticas indigenistas de saúde brasileiras.

O acompanhamento da CASAI acabava na recepção do hospital e só era retomado com a alta do paciente. E apesar de eles serem técnicos de uma área que está voltada exclusivamente para o atendimento em saúde dos povos indígenas, nenhuma informação fora repassada por estes para os profissionais da clínica, que fizesse a equipe reavaliar as terapêuticas comuns estabelecidas *a priori* para não-indígenas.

No contato com o paciente indígena também não há nenhuma preocupação em compreender a sua dificuldade de fala ou expressão, ou de tentar entender seus comportamentos a partir de um ponto de vista não médico, mas etnológico, relativizado. Há apenas um significativo reforço de estereótipos, uma visão completamente etnocêntrica⁸⁴.

Pegemos algumas expressões que estão colocadas no prontuário, como o indígena possuía “higiene precária” ou estava “andarilho pelas matas”, “agressivo”, “fujão”.

⁸⁴ Etnocentrismo é uma visão do mundo onde o nosso próprio grupo é tomado como centro de tudo e todos os outros são pensados e sentidos através dos nossos valores, nossos modelos, nossas definições do que é a existência. No plano intelectual, pode ser visto como a dificuldade de pensarmos a diferença; no plano afetivo, como sentimentos de estranheza, medo, hostilidade etc. Perguntar sobre o que é etnocentrismo é, pois, indagar sobre um fenômeno onde se misturam tanto elementos intelectuais e racionais quanto elementos emocionais e afetivos. No etnocentrismo, estes dois planos do espírito humano – sentimento e pensamento – vão juntos compondo um fenômeno não apenas fortemente arraigado na história das sociedades como também facilmente encontrável no dia-a-dia das nossas vidas. (ROCHA, 1984, p. 6).

Falar sobre a higiene indígena parte de uma visão do que é ter higiene, de como ela deve ser feita e qual o aspecto que uma pessoa com higiene deve apresentar. Após longas viagens e dias em uma observação hospitalar, qualquer paciente apresenta um aspecto visual cansado e abatido, assim como odor forte – de quem passara muitos dias sem tomar banho. Há de se considerar que – diferentemente da equipe que saiu de casa após um banho e vestiu suas roupas de trabalho, limpas e gomadas, os pacientes que ali chegam todos os dias para a internação vem de longos dias de espera, sem condições adequadas para fazer aquilo que a equipe espera que seja uma “boa higiene”.

Atestar isso em um prontuário, todavia, não tem necessariamente a ver com as condições de higiene de um determinado indivíduo, mas dos *estigmas* que são creditados a este sujeito.

Segundo GOFFMAN (1975),

A sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias. [...] Então, quando um estranho nos é apresentado, os primeiros aspectos nos permitem prever a sua categoria e os seus atributos, a sua “identidade social”. (p. 11-12).

No caso do indígena, este fora categorizado não por seus aspectos físicos, mas pela presença de uma instituição estatal que afirma sua identidade enquanto “índio”. E isso já fora o suficiente para estigmatizá-lo. O indígena é então – como sempre fora desde a chegada dos colonizadores em seu território – “alguém calado, mera imagem sem voz, manipulado de acordo com os desejos ideológicos [...] uma forma vazia que empresta sentido ao mundo dos brancos”. (ROCHA, 1984, p.8). Rocha (1984) na citação está se referindo a como os índios são representados nos livros didáticos e em como ele é “alugado” na história do Brasil para assumir diferentes papéis, mas que se encerram sempre na figura do “selvagem”, seja ele “brabo”, ou “manso”.

Chama minha atenção que por coincidências do destino, nestas mesmas primeiras páginas ele compara a figura dos negros e índios a figura do “louco” que na nossa sociedade também são representados sob estas duas insígnias. Todavia, o louco transita na história do ser “sábio” ao acometido por “patologias de ordem mental”, enquanto o índio – mesmo este que é sujeito desta pesquisa – permanece sob a alcunha de “selvagem” de “bicho”. Esta é a grande

representação que todos – e isso inclui a equipe dirigente – tem do que é ser indígena na sociedade brasileira.

As anotações acerca da higiene do indígena, portanto, pouco tem a ver com sua aparência física, ou com o seu odor naquele momento, como disse, qualquer paciente após dias migrando em hospitais não chegaria ali de outra forma. A questão é que os estigmas criados acerca deste indígena o fazem – aos olhos da equipe – parecer sujo, pois no imaginário social construídos pelos brancos, o “ser sujo” está intrinsecamente relacionado ao “ser selvagem”.

Outro exemplo que trouxe, visa problematizar a anotação do prontuário que mais me chama atenção, a passagem que afirma que o indígena estava “andarilho pelas matas” antes de sua internação, “agressivo”, “risco de evasão”, este último um forte indício de não aceitação de mais uma temporada na clínica.

Em saúde mental, alguns manuais de medicina afirmam que entre as ações comuns em pacientes com demência está a “perambulação”, uma espécie de inquietação ou agitação psicomotora que faz com que algumas pessoas com transtorno mental andem sem rumo ou direção. (HUANG, 2018).

Forest Gump – filme de 1984 que conta a história de um homem considerado “retardado” – é uma boa representação ficcional (BECKER, 2009) do que os médicos consideram perambular, posto que o filme retrata justamente as andanças de Forest (personagem principal) que aparentemente corre sem motivo algum. Corre por correr.

Todavia, até que ponto, “andar pelas matas” pode ser considerado “perambulação” como propunha a análise da médica plantonista?

De acordo com a interpretação do médico assistente do indígena:

“A perambulação acontece em quadros psicóticos que a pessoa normalmente anda sem destino, tá com pensamento delirante, mania de perseguição, se sente perseguido, tenta se afastar do convívio social, pode ocorrer também o embotamento afetivo etc”. (Médico assistente, entrevista em 17/05).

Continua:

“Não me recordo dessa parte na anamnese, mas da forma como foi repassado no prontuário, ele tava em surto psicótico, provavelmente sob o efeito de alguma droga, que ele diz ser só maconha – eu nunca vi maconha fazer isso – mas pode acontecer, dependendo da quantidade de uso, associada ao álcool provavelmente.” (Médico assistente, entrevista em 17/05).

Todavia, é necessário refletir acerca dessa “perambulação” que precede o momento da internação. De certo, seria mais fácil se o contato com o Tentehar ou seus familiares tivesse acontecido nesta pesquisa, assim, seria possível compreender o significado contido neste “andar pelas matas”. Mas não preciso ir muito longe para perceber que a aproximação feita do conceito de “perambulação” do ponto de vista psiquiátrico para o ponto de vista dos valores indígenas parece equivocada e mais uma vez etnocêntrica.

Segundo a antropóloga Carmen Lúcia Silva Lima (2009), referindo-se aos povos indígenas no Ceará, as perambulações se referem a um conjunto de situações de deslocamentos que enfrentaram entre os séculos XIX e XX. Para a autora, tais deslocamentos seriam estruturantes da então conjuntura política e fundiária dos indígenas no Estado. Em releitura do que o antropólogo José Maurício Arruti (1999) caracterizou como “fugas”, a noção de perambulação permite a compreensão da natureza desses deslocamentos, tratando dos contextos de dispersões de unidades familiares por razões como perseguições, divisões internas, adversidades das condições geológicas e irregularidade fundiária e laboral. Ela ainda pontua que esses deslocamentos são contingenciais e se orientam por múltiplas dimensões (política, econômica e religiosa).

Entretanto, ao examinar as divergências entre as informações do prontuário da primeira internação e as informações do último prontuário é possível tecer a ideia de que o Tentehar não anda sem rumo pelas matas ou que sua *perambulação* seja sintomática do avanço de uma doença mental. Notemos que isso não aparece no início, mas no fim, quando o mesmo já conhece o sistema de internação, assim como suas tentativas de fuga e agressividade, nos fazendo refletir sobre a dimensão dessa perambulação como uma estratégia de fuga e proteção, muito comum para os Tentehar, que historicamente, se refugiam nas matas em busca de proteção em situações adversas.

Esta não é, portanto, uma perambulação patológica, mas assume contornos do “modo de ser Tentehar” e caracteriza a não aceitação do indígena de mais uma internação, ou seja, o “andar pelas matas” aqui pode ser uma das estratégias utilizadas pelo indígena em 4 anos de idas e vindas ao hospital, indicando um processo de resistência.

A assimilação e adaptação que estão representadas nos primeiros prontuários a partir da palavra “*receptividade*” estão interligadas ao que Almeida (2019) nos coloca como o “eu Tentehar”, definido pelo autor como “aspecto psicológico que os impulsiona em seu dinamismo cultural, operando em última instância como um *ethos*”. (p. 48)

Segundo Ubbiali (1997) ao refletir sobre as significações filosóficas do “eu” ele afirma que para alguns pensadores modernos – como Descartes, Hume, Fichte e Kant – este poder variar entre concepções como alma, conhecimento, consciência e razão”.

Goffman (1974) ao cunhar o que ele chamou de “versão sociológica da estrutura do eu” (p.13) propõe uma abordagem microsociológica para interpretar a vida social em uma instituição total, esta última, “estufa para mudar pessoas, cada uma é um experimento natural sobre o que se pode fazer do eu”. (p. 22). Como essa “estufa” modificou o “eu Tentehar”?

O “IHÉ” ou “eu guajajara” é o ser psicológico guajajara muito destacado na cultura deste povo. Ubbiali (1997) confirma isso em alguns fenômenos como: na língua Tentehar onde o que se fala está sempre associado à pessoa (meu, teu, nosso), não havendo objeto avulso; ou na forma de expressar o que o Tentehar sente, muitas vezes de forma ilimitada e desesperadora de expressar dor, tristeza, alegria.

Segundo o autor, essa supervalorização do eu dá sentido à existência dos Tentehar, alimentando seus valores culturais e étnicos. Isso também justifica sua resistência, salvando acima de tudo a sua dignidade e desse modo a própria identidade cultural e étnica – fio condutor que direciona o comportamento dos Tentehar ao longo de sua história.

Todavia, Ubbiali (1997) destaca que o que mais simboliza a identidade deste povo são as suas cosmologias e a sua obrigação de controlar as forças sobrenaturais, quando isto não ocorre, sobressalta-se “um sentimento comparável ao pessimismo guarani: a angústia. (p.79).

A receptividade e adaptação deste indígena não são manifestações do acaso. O dinamismo cultural dos Tentehar, verificado em seu impressionante processo de adaptação às situações externas, é parte da construção identitária de seu povo. O indígena Pukobiê/Gavião – por exemplo – é severamente mais

introspectivo e menos “receptivo” e suas interações são posteriores a do Tentehar.

Ubbiali (1997) chama atenção para o fato de a cultura e a identidade étnica não serem estáticas, mas um processo dialético que entre os Tentehar se renova frente a situações novas, como a que vivencia o indígena na Clínica. Contudo, essa “renovação” não implica a “perda do eu Tentehar”, apenas que este se reconfigura a medida em que novas necessidades surgem.

No hospital estas necessidades são expressas nas rotinas rígidas, na alimentação processada de forma muito diferente da consumida na aldeia, na obrigatoriedade de atividades terapêuticas, na vigilância constante feita pelos funcionários, nas relações com outros grupos com os quais o indígena se mescla e se confunde.

Nas duas primeiras internações que o acompanhei como assistente social já pude observar algumas modificações em seu comportamento em relação a outros grupos. Posta sua classificação como “usuário de droga” e a respectiva indicação a uma ala quase exclusiva para estes pacientes – a ala azul – o Tentehar a deixa gradativamente de fazer parte de um grupo oprimido (formado principalmente por doentes mentais e pacientes em situação de abandono) e passa a assumir comportamentos dos grupos opressores: como tentar fugas, agredir os doentes mentais, roubar alimentos, de forma geral, aprender as “artimanhas” de sobrevivência na clínica a partir de seu contato com os usuários de “crack”, “ex-presos”, “traficantes”.

Ao observar que havia grupos que sofriam e praticavam violência – fosse entre equipe e internos; internos e internos - o Tentehar se posiciona de forma a conseguir escapar dos castigos físicos e psicológicos e adentrar ao “sistema de privilégios” (GOFFMAN, 1974, p.49) do hospital. Essa seria a estratégia para ganhar tempo e completar os 90 dias de enclausuramento.

Segundo Goffman (1974), nas instituições totais, muitos indivíduos modificam seu comportamento a partir do momento em que passam a testemunhar formas drásticas de violência contra o outro. No caso da clínica, medicações, pancadas, isolamento em uma ala separada, agressões entre internos.

Nesse aspecto, um acontecimento me chama muita atenção. Na época em que eu ainda trabalhava na Clínica, a equipe de enfermagem comentava

sobre os abusos sexuais que o indígena Pukobiê/Gavião sofria em suas interações, abusos estes praticados por outros internos. Lembro-me que assim que o Tentehar chegou ao hospital, tentaram fazer a mesma coisa com ele, porém, segundo os relatos não oficiais, ele não permitiu e entrou em briga corporal com outros pacientes, defendendo-se. Penso que a partir do momento que ele testemunha as violências praticadas contra um outro indígena, ele começa a elaborar suas estratégias de convívio, sobrevivência e resistência.

Neste quesito, o indígena representa a “sagacidade Tentehar” (ALMEIDA, 2019) haja vista que esta se expressa em pequenos movimentos do cotidiano Tentehar assim como nos movimentos táticos que este realiza nas relações interétnicas. “Expressa-se como uma arte de fazer”; “ao jeito de ser e de fazer” (p.7) específico dos Tentehar. Almeida (2019) afirma que a “sagacidade”⁸⁵ está presente em praticamente todas as esferas da vida social destes povos, mais ainda nas relações com os brancos. Assemelha-se a “estratégia”.

A sagacidade ajuda os Tentehar a obter o conhecimento e o reconhecimento dos karaiw⁸⁶ para uso próprio. Em minha interpretação, essa conduta diz respeito ao acionamento das habilidades extraordinárias de Maíra’yr e Mykura’yr, de viver, como na narrativa, entre as “onças” e nem por isso se tornar definitivamente uma delas. A sagacidade, [...] está na habilidade de manipular conhecimentos diversos; por isso se diz que um tenteharer’ete (um Tentehar de verdade) deve ser um Tenteharerma’ekwawkatuhar (um Tentehar sábio). Enfim, entendo a sagacidade como uma amálgama resultante de um complexo quadro de relações interétnicas que se associam a características identitárias profundas e fortemente ancoradas nas tradições ancestrais desse povo. Este quadro de relações interétnicas funciona como a arena onde os Tentehar travam seus embates com a alteridade e exercitam toda sua sagacidade em forma de estratégias de relacionamento. (MESQUISA, 2019, p. 15).

Como um Tentehar de verdade”, portanto, reflito sobre a adaptação e introjeção de comportamentos pelo indígena como forma sagaz de lidar,

⁸⁵ Sagacidade é um termo que deriva do latim *sagacitae*, cujo significado alude a alguém dotado de perspicácia ou finura, habilidade para depreender, aprender ou interpretar algo através de indicações simples ou rudimentares. Uma pessoa sagaz se caracteriza por ter alguma agilidade de espírito e facilidade de compreensão. A sagacidade, portanto, se faz perceber em pequenos movimentos da vida tentehar cotidiana e, também, em movimentos táticos realizados nas relações interétnicas deste povo. Expressa-se como uma “arte de fazer”, como sugere Certeau (2002), mas não para aí, avança em movimentos maiores e articulados que exigem conhecimento e planejamento estratégico. Refiro-me a um *jeito de ser e fazer* (ALMEIDA, 2012) que, se não é específico dos Tentehar, dadas as semelhanças com a ação e atuação de outros povos indígenas, não tinha sido ainda percebido pelos etnólogos nos termos em que analiso neste trabalho. (ALMEIDA, 2019, p.13).

⁸⁶ Termo genérico para designar pessoas não indígenas. (ALMEIDA, 2019).

compreender e resolver novos problemas, enfrentar conflitos e se adaptar a novas situações, utilizando-se de inteligência para isso. (ALMEIDA, 2019)

Desta forma, considero a partir das ideias de Almeida (2019) que, o indígena, ao se juntar aos grupos considerados “perigosos” e “opressores”, afastando-se das atitudes de perversidade praticadas pela equipe dirigente, ele não somente manipula estratégias, mas maneja nas primeiras interações os elementos que o envolvem e se adapta a eles.

Uma dessas formas de manipulação – que como bem pontua o autor, não se trata de uma manipulação necessariamente consciente – é o manejo das impressões que o indígena Tentehar provoca no outros.

Uma afirmação que esteve muito presente ao longo desta pesquisa é a de que o “índio” já não era mais “índio”. Isto aparece na fala da assistente social da CASAI e na fala de Seu Francisco que encontra uma forma cômica de expressar a indianidade de um sujeito.

Em um de nossos últimos encontros, quando em janeiro de 2020 estive na Clínica para conversarmos sobre o tema de minha pesquisa, ele me conta que naquela data haviam outros indígenas internados, mas que estes eram “índios mesmo”, “que tinham jeito de índio”, “índiozão”, referindo-se ao indígena Tentehar - aqui em questão - como “aquele índiozinho que nunca mais voltou”.

Refletindo a partir da categoria analítica sagacidade, a própria imersão do indígena e seu reconhecimento como não índio podem parecer estratégias de manipular e estar entre os brancos.

Todavia, a categoria sombria “mortificação do eu” (GOFFMAN, 1974) também precisa ser considerada e aqui representa a hipótese desta dissertação no que tangencia as modificações percebidas após 4 anos de consecutivas internações do Tentehar.

Goffman (1974) considera que em uma instituição total vários são os ataques mais elementares e diretos ao “eu”, expressadas em várias formas de desfiguração pessoal e de profanação àquilo que dá sentido à vida do internado. Este, já no processo de admissão, percebe que ao ser separado do mundo externo perde alguns papéis em função da barreira imposta pela rigidez da instituição total.

Além da “deformação pessoal que decorre do fato de a pessoa perder seu conjunto de identidade” (GOFFMAN, 1974, p. 29) existe o que o autor chama de

desfiguração pessoal através do corpo, quando o indivíduo perde o sentido de segurança pessoal, comum, e por isso se sente angustiado. Ao ser misturado a outros em uma instituição total, o indígena precisa abandonar as vestes Tentehar e assumir o papel de interno, como estratégia de sobrevivência, movido pelo medo e pela angústia.

Outras atitudes da equipe dirigente também podem ser consideradas como colaborativas para a “mortificação do eu Tentehar”: não poder utilizar sua linguagem, suas pinturas, ter objetos pessoais, comer alimentos que ferem os tabus alimentares de seu povo, participar de cultos evangélicos entre outros exemplos.

A perda da autonomia é outro elemento desta marcha, representado através da obrigatoriedade que o indivíduo tinha de participar das atividades “propostas” pela equipe. Lembremos que toda esta pesquisa se inicia com o meu questionamento – enquanto parte da equipe dirigente – de porque ele não participava das minhas palestras.

Goffman (1974) afirma que esta obrigatoriedade em participar de atividades “cujas consequências simbólicas” são incompatíveis com sua concepção do eu” (p.31) é um bom exemplo dos processos de “mortificação”. A própria compulsoriedade de execução da rotina diária de vida que o indivíduo considera estranha a ele, pois ele não se identifica com tal, gera “mortificação”.

Uma última forma de “mortificação” ao qual o indígena fora exposto, trata-se da “exposição contaminadora” (GOFFMAN, 1974, p. 31), posto que o Tentehar, ao ser admitido na instituição total teve que se desligar dos objetos que o ligam a seus sentimentos (sua família, seus bens) e se expor a um contato interpessoal imposto, com internos e equipe, obrigando-o – para não sofrer castigos e sanções – a modificar a si mesmo para garantir que a percepção repassada aos outros fosse adequada ao que as regras de uma instituição total exigem dos sujeitos que nela estão inseridos.

Portanto, a mudança de comportamento do indígena que – deixa de ser receptivo e passa a ser “agressivo” e “fujão” - revela que tais processos resgatam nele outra característica do “verdadeiro Tentehar”: sua capacidade de resistir.

O indígena não “anda pelas matas” ou se esconde nelas por ser esta uma manifestação de sua comorbidade mental, mas para evitar outro duro processo de internação. Suas tentativas de fuga, ideações suicidas e homicidas não

expressam a agressividade sintomática de alguma patologia – como a psicose sugerida pelo médico -, mas a angústia do Tentehar que vê o seu “eu” atingido e por isso se expressa de maneira sobressaltada e pessimista.

Em uma clínica psiquiátrica aprendi que quanto mais vezes um paciente é internado, mais “cronificado” ele se torna. Ressignificando esses termos para uma linguagem sociológica, diria que não se trata de um avanço da doença, mas dos processos de mortificação.

Goffman, (1974), com certeza não escreveu “Manicômios, Prisões e Conventos” e cunhou uma das mais inteiras e complexas teorias acerca do que são instituições totais, imaginando que suas categorias pudessem servir para iluminar às reflexões de uma pesquisadora acerca do processo de internamento de um indígena Tentehar que seria encaminhado da T.I Araribóia no Maranhão para uma Clínica psiquiátrica em São Luís, capital.

Talvez porque a internação de indígenas em instituições como a Clínica – utilizando-me da linguagem da constituição do Estado Brasileiro - deva ser ilegal. Segundo os planos desde mesmo Estado, manicômios nem deveriam mais existir.

Apesar do avanço das políticas públicas antimanicomiais no Brasil, vários tem sido os desafios enfrentados: avanço na construção de uma rede de saúde que preze pela não internação; a resistência as propostas reformistas pela classe médica; formação de recursos humanos especializados; defesa dos direitos humanos das pessoas com deficiência intelectual; mudanças nas políticas de combate ao crack e outras drogas; fazer com que a loucura e sofrimento psíquico ultrapassem as fronteiras do discurso médico e técnico; em suma: construir uma nova política assistencial. (BEZERRA, 2007).

No que tangencia a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas (Portaria 2759/2007), começo dizendo que não se trata de “populações” e sim de “povos” e concluo que esta – em breve análise – nunca saiu do papel. E no que tangencia às suas diretrizes, os sistemas de saúde criados para o atendimento aos indígenas vem se mostrando ineficazes. A inserção dos povos indígenas no Sistema Único de Saúde, que possui como objetivo principal ser “universal”, se distancia de um olhar específico e diferenciado.

As falhas deste sistema podem ser expressas em situações como a aqui abordada. Busquei retratar o processo de internação de somente um indígena, mas como Seu Francisco relata, vem chegando outros índios. Mas estes “são índios mesmo”, o que me questiono é “quando deixaram de ser?”.

Considerações Finais

Neste trabalho de dissertação tive como objetivo principal discutir a relação entre saúde e mental e povos indígenas e para tanto, optei por fazer uma etnografia acerca da internação de um indígena da etnia Tentehar que fora internado em uma clínica psiquiátrica, esta última, sendo sociologicamente interpretada à luz da categoria “Instituição Total” (GOFFMAN, 1974).

O Estado e os agentes que o representam, desde os tempos da colonização, vem formulando e implementando políticas públicas (principalmente as de áreas como educação e saúde) voltadas para os Povos Indígenas, sendo estas pensadas em perspectivas integracionistas ou - já de forma mais recente – a partir de uma perspectiva multicultural, que visa atender a estes povos de maneira “específica e diferenciada”. Neste novo contexto, insurge a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas, em 2007.

Saúde mental sempre foi um tema muito caro a mim, ou melhor dizendo, a “doença mental”. Geralmente quando falamos em saúde mental pensamos sempre em uma perspectiva de *prevenção*, de como manter corpo e mente sãos. Nosso senso comum logo imagina pessoas ricas, com famílias ditas “estruturadas”, que fazem yoga e terapia e tomam leves dosagens de calmantes para dormir melhor.

Já quando pensamos em doença mental, operamos na perspectiva do *tratamento*, vemos a cena manicomial mundial e brasileira: pessoas pobres, sem família, com comportamentos considerados estranhos ou desviantes, que por motivos diversos foram trancafiados e agora estão a mercê de remédios fortes e tomam “choque na cabeça” ou são amarrados em “camisas de força”. A esses os agentes da sociedade vem historicamente nomeando de “loucos”.

Há uma construção social, ou como aponta Foucault (2019), “uma genealogia da loucura”, uma forma de se pensar e entender como este conceito vem sendo construído na nossa sociedade, vagando do “sábio” ao “doente”. O olhar que lançamos sobre o louco é repleto de estigmas.

Ser “doido” é mais do que ter comportamentos considerados por nós estranhos – como perambular - ou ser alguém em quem não se pode confiar – que a qualquer momento pode atear fogo em sua própria casa, à exemplo dos

motivos eleitos para justificar a internação do indígena. Ser louco é, principalmente, ser alguém que destoa de nossa forma de pensar e agir na sociedade em que vivemos.

Vejamos, eu disse: “na sociedade em que vivemos”. Vivemos quem? Quem lê estas considerações finais? Penso que seja alguém que, assim como eu, vive em uma sociedade dita ocidental, com costumes e comportamentos próprios, mas nem por isso “únicos”. Penso com a minha cabeça etnocêntrica de quem fez uma pesquisa com um sujeito indígena, sobre uma política voltada para indígenas, mas que sempre imagina “não índios” lendo esse trabalho de conclusão de mestrado.

A caminhada traçada até aqui, no entanto, produziu em mim algumas modificações, e apesar das falhas, é importante pensar sobre como esta pesquisa possui relevância social, como ela pode fazer com que esses “não-índios” compreendam o quanto a internação de um indígena em uma instituição manicomial não é algo exótico, ou somente, diferente, mas um atentado ao modo de ser indígena.

Perceber a “Clínica” como um espaço deformador, de desfiguração pessoal e entender a estrutura manicomial como uma “máquina de triturar gente” é fundamental para perceber o quão esses processos são ainda mais destrutivos sobre o “ilhé Tentehar”.

O indígena não entendia o que eu falava, como poderia entender o processo de sua internação? Mas essa não é a pergunta-chave.

Há uma política que visa garantir a atenção integral à saúde mental dos indígenas e que propõe a formação de recursos humanos que saibam atuar frente a estes povos que possuem comportamentos, modos de pensar, agir e fazer diferenciados. Esta propõe que profissionais aprendem a atender os indígenas respeitando a cultura de seu povo. Penso que a pergunta é: por que eu, como profissional de saúde, não busquei formas de me fazer entender por este indígena?

Temos assim uma nova questão, um novo ponto de partida. Entender a rotina de “tratamento” do sujeito indígena a partir da perspectiva da “equipe dirigente” (GOFMMAN, 1974) me trouxe até duas ilações que estão relacionadas: a mortificação do “eu Tentehar” e a ineficácia da política de atenção à saúde mental indígena.

A PNAISMPI (2007) nunca passou de uma portaria. Não há sequer um instrumental de operacionalização dela, sendo, portanto, uma norma, mas não uma política.

Há de se pensar em políticas para esta que é uma expressão da questão social, posto que, os “problemas de saúde mental” vivenciados pelos indígenas – e entre estes principalmente o álcool, abuso de drogas e suicídio – figuram como disfunções que não surgem entre os indígenas, mas que são trazidos por brancos que – em tempos de governo fascistas – desrespeitam ainda mais os limites dos territórios indígenas.

Ao início deste trabalho, disse que as motivações que me trouxeram a esta pesquisa possuíam duas ordens distintas, porém interrelacionadas: uma de ordem subjetiva e outra de origem objetiva.

Concluo afirmando que esta dissertação certamente me fez repensar o meu ofício como assistente social, compreendendo minhas limitações em relação aos atendimentos feitos com outros povos e entendendo a importância da construção de um olhar antropológico em minha atuação como profissional de saúde.

No que tangencia às motivações de ordem objetiva e que perpassam muito mais a minha vida como acadêmica e pesquisadora, esta pesquisa nunca teve como intuito ser encerrada por aqui, haja vista que ao longo do processo muitas foram as perguntas e problemas que surgiram sobre o tema.

A que mais me instiga é pensar a relação saúde mental e povos indígenas não do ponto de vista da equipe, dos profissionais de saúde, mas do ponto de vista dos indígenas. Só assim poderei construir respostas mais completas para os problemas aqui levantados, e que ainda assim não serão únicas, pois, ser pesquisador/a, é nunca estar satisfeito/a.

REFERÊNCIAS

- ÁLCOOL, CIGARRO, MACONHA, CRACK: QUAL A PIOR?. Notícias SINDOLF-SP, São Paulo-SP, 04/09/2025. Disponível: <https://www.portalsp.org.br/index.php/noticias-portal/287-alcool-cigarro-maconha-cocaina-crack-qual-a-pior>. Acesso: 03/03/2020.
- ALFENA, Márcia Dias. *USO DE PSICOTRÓPICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA*. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.
- AMARANTE, P.D.C. *PSQUIATRIA SOCIAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA*. [Livro Eletrônico] / (Org.). Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 1994.
- ALMEIDA, Emerson Rubens Mesquita. *A POLÍTICA VAI À FESTA: sagacidade e estratégia tentear nas relações interétnicas*. Tese (Doutorado em Antropologia). Universidade de Brasília, 2019.
- ARBEX, D. *HOLOCAUSTO BRASILEIRO*. 1ª ed. – Rio de Janeiro: Intrínseca, 2019.
- BARROS, S. *CENSO PSICOSSOCIAL DOS MORADORES EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS DO ESTADO DE SÃO PAULO: um olhar sob a perspectiva racial*, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1235.pdf>. Acesso em: 08/02/2019.
- BEHRING, Elaine R. BOSCHETTI, Ivanete. *POLÍTICA SOCIAL: fundamentos e história*. São Paulo: Cortez, 2010.
- BENEVIDES, L; PORTILLO, J.A.C; NASCIMENTO, W.F. *A ATENÇÃO A SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL: das missões ao subsistema*. Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 8(1), 29-39, mar, 2014.
- REDE (CO)VIDA. Boletim epidemiológico. Acesso em: 13/08/2020.
- BOURDIEU, P. *A ECONOMIA DAS TROCAS LINGUISTICAS*. 2ª. Ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.
- BOURDIEU, P. *O PODER SIMBÓLICO*. Tradução: Fernando Tomaz – 14ª Ed. – Rio de Janeiro; Bertrand Brasil, 2010.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. 4º Conferência Nacional de Saúde Indígena (4. :2006: Rio Quente, GO). *4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE Indígena*, Rio Quente-GO, 27 a 31 de março de 2006: relatório final. Brasília: Funasa, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/4_conferencia_nacional_saude_indigena_relatorio_final.pdf. Acesso em: 08/02/2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os

direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 14/05/2019.

BRASIL. Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002. *POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO A SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS*.
BRASIL. Portaria nº 2.759, de 25 de outubro de 2007. *POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MENTAL DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS*.
CAPELLA, C. N.

BRASIL, F. G. *FORMAÇÃO DA AGENDA GOVERNAMENTAL: Perspectivas Teóricas*. Trabalho apresentado no GT Políticas Públicas do XXIX Encontro Anual da ANPOCS, 25-29 de outubro, Caxambu: MG. 2005.

CARLINI, Elisaldo Araujo. *A história da maconha no Brasil*. Disponível: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852006000400008. Acesso: 13/03/2020.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. 1998. *O TRABALHO DO ANTROPÓLOGO*. São Paulo: Ed. Unesp; Brasília: Paralelo, 1998.

COELHO, E.M.B. *A POLÍTICA INDIGENISTA NO MARANHÃO PROVINCIAL*. São Luís: SIOGE, 1990.

COELHO, E.M.B. *ESTADO MULTICULTURAL E POLÍTICAS INDIGENISTAS*/Elizabeth Maria Beserra Coelho (Org.). São Luís: EDUFMA/CNPq, 2008.

CORDIOLI, A. V. *AVALIAÇÃO DO PACIENTE EM PSQUIATRIA: a entrevista psiquiátrica*. Rio Grande do Sul. UFRGS, 2005. Disponível em: <http://www.ufrgs.br>. Acesso em: 28.10.2018.

CRESCE O USO DE ÁLCOOL E DROGAS ENTRE ÍNDIOS DE RR, DIZ CONSELHO INDÍGENA. Portal de Notícias G1. 19/07/2014. Disponível: <http://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2014/07/cresce-o-uso-de-alcool-e-drogas-entre-indios-de-rr-diz-conselho-indigena.html>. Acesso: 06/03/2020.

CUNHA, O.M.G. *TEMPO IMPERFEITO: uma etnografia do arquivo*. Rev. Mana vol.10 no.2 Rio de Janeiro Oct. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132004000200003. Acesso em: 21/05/2019.

ENTRE O FOGO E A MOTOSERRA: OS AWÁ GUAJÁ DA TERRA INDÍGENA ARARIBÓIA.Os Povos Isolados da Amazonia. 20/03/2017. Disponível: <https://boletimisolados.trabalhoindigenista.org.br/2017/03/20/entre-o-fogo-e-a-motoserra-os-awa-guaja-da-terra-indigena-arariboia/>. Acesso: 06/03/2020.

FERREIRA, L. O. *JURUPARI OU "VISAGENS"*: reflexões sobre os descompassos interpretativos existentes entre os pontos de vista psiquiátrico e indígenas. *Rev. Mediações*. v. 16, n. 2, 2011. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/8674>. Acesso em: 12/04/2019.

FERREIRA, Marcelo Santana. *POLISSEMIA DO CONCEITO DE INSTITUIÇÃO: diálogos entre Goffman e Foucault*. Estudos Contemporâneos da Subjetividade – ECOS, Rio de Janeiro – RJ, 2012. Disponível: <https://pdfs.semanticscholar.org/b496/4fa468537e86e12179b045221e079c39800f.pdf>. Acesso: 13/05/2020.

FIGUEIRÊDO, M. L. R. DELEVATI, D. M. TAVARES, M. G. *ENTRE LOUCOS E MANICÔMIOS*: a história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. *Cadernos de Graduação*. Maceió, v. 2, n. 2, p. 121-136, Nov. 2014.

FIOCRUZ, *O que os brasileiros pensam sobre a descriminalização da maconha?*. Disponível: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/48>. Acesso: 17/02/2020.

FONSECA, C. QUANDO CADA CASO NÃO É UM CASO. ANPED, 1998. Disponível em: https://poars1982.files.wordpress.com/2008/03/rbde10_06_claudia_fonseca.pdf. Acesso em: 08/12/2019.

FOUCAULT, M. *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola, 1996.

_____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

_____. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo. Perspectiva, 2017.

FURINE, F. *CONSTRUIR POSSIBILIDADES*: a rede de atenção à saúde mental à população da terra indígena Guarita/RS. (Monografia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2012. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/67716>. Acesso em: 12/04/2019.

GERTZ, C. *A INTERPRETAÇÃO DAS CULTURAS*. Rio de Janeiro – RJ. LTC, 2015.

GOFFMAN, Erving. *MANICÔMIOS, PRISÕES E CONVENTOS*. São Paulo. Perspectiva, 1974.

GUEDES, O.S.; DAROS, M.A. O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. *Rev. Serviço Social em Revista*. v. 12, n. 1, 2009.

IBGE, 2018. CENSO 2010. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 28.10.2018.

ISA -Instituto Socioambiental – ISA. Disponível em:
<https://www.socioambiental.org>. Acesso em> 28.10.2018.

JÚNIOR, B., MAHUMANA, N., JESUS, J. *O QUE É SAÚDE MENTAL*. Lisboa, Escolar Editora, 2014.

KYMLICKA, W. *CIUDADANIÍA MULTICULTURAL*: uma teoria liberal de los derechos de las minorias. Barcelona. Editorial Paidós, 1996.

LANGDON, J.E. *SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS*: reflexões sobre a antropologia participativa, 2004. Disponível em: <http://adelco.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Sa%C3%BAde-dos-povos-ind%C3%ADgenas-reflex%C3%B5es-sobre-antropologia-participativa.-LANGDON-Esther-J.-GARNELO-Luiza..pdf>. Acesso em: 21/05/2019.

LOBO, L. F. *OS INFAMES DA HISTÓRIA*: pobres, escravos e deficientes no Brasil. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008. pp. 203-204).

MARSHALL, T. H. *CIDADANIA, CLASSE SOCIAL E STATUS*. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

OLIVEIRA, E.G. *ASSISTÊNCIA A ALIENADOS NA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO MARANHÃO (1882-1892)*. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

O USUÁRIO DE CRACK TALVEZ SEJA A MAIS BRUTAL FACE DA MISÉRIA URBANA NA CONTEMPORANEIDADE. Escola politécnica Joaquin Venancio, São Paulo-SP, 23/05/2017. Disponível:
<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/o-usuario-de-crack-talvez-seja-a-mais-brutal-face-da-miseria-urbana-na>Acesso: 23/02/2020.

PALHETA, R.P. *Política Indigenista De Saúde No Brasil*. São Paulo: Cortez, 2015.

PEREIRA, P.P.S.; CEMIM, A.B.; CEDARO, J.J.; OTTI, A.M.T. *POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MENTAL DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS DE PORTO VELHO/RO*: a voz das lideranças. Rev. Tempus. v. 7, n. 4, 2013. Disponível em:
<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1425>. Acesso em: 12/04/2019.

PRESCRIÇÃO DE BENZODIAZEPÍNICOS PARA ADULTOS E IDOSOS DE UM AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL. Temas Livres Saúde Coletiva nº21, 21/04/2016. Disponível: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n4/1267-1276/>. Acesso: 10/03/2020.

REINALDO, M.S. *QUAL A CONDUITA PARA LIDAR COM O PACIENTE AGITADO E AGRESSIVO?* Biblioteca Virtual em Saúde, 2016. Disponível em:

<https://aps.bvs.br/aps/qual-a-conduta-para-lidar-com-o-paciente-agitado-e-agressivo/>. Acesso em: 14/01/2019.

RESENDE, H. *POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: uma visão histórica*. In: TUNDIS, S.; COSTA, N. (Orgs.). *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis, Ed. Vozes, 2007.

SAAR, S. R. C.; TREVIZAN, M. A. *PAPÉIS PROFISSIONAIS DE UMA EQUIPE DE SAÚDE: visão de seus integrantes*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2007, vol.15, n.1, pp.106-112. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692007000100016&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 25/01/2020.

SANCHEZ, E.C.M.; RIBEIRO, N.B. *CONFIGURAÇÕES DISCURSIVAS DOS SUJEITOS INDÍGENAS DIAGNOSTICADOS PARA TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO*, 2018. Disponível em: https://spc.unifesspa.edu.br/images/SPC_2018/Edna.-Carolina.-Mayorga-Snchez1--Nilsa.-Brito.-Ribeiro2.pdf Acesso em: 12/04/2019.

SANTOS, Rhazna Thereza Pontes dos. *A Atuação Do(A) Assistente Social No Programa De Tratamento Fora De Domicílio-Tfd: Uma Análise No Município De Chapadinha-Ma*. Chapadinha -MA, 2019. Disponível: https://static.wixstatic.com/ugd/28f27c_208ef0897c83427a8c378b13eb672ea0.pdf. Acesso: 17/03/2020.

SINTOMAS COMPORTAMENTAIS E PSICOLÓGICOS DA DEMÊNCIA. Manuais MSD, Maio de 2018. Disponível: <https://www.msmanuals.com/pt/profissional/dist%C3%BArbios-neurol%C3%B3gicos/del%C3%ADrio-e-dem%C3%AAncia/sintomas-comportamentais-e-psicol%C3%B3gicos-da-dem%C3%AAncia>. Acesso: 06/03/2020.

TEIXEIRA, L.O.M; RAMOS, F.A.C. **As origens do alienismo no Brasil**: dois artigos pioneiros sobre o Hospício de Pedro II. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 364-381, junho 2012.

TRATAMENTOS: ELETROCONVULSOTERAPIAS. Memória da Loucura. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/eletro.html>. Acesso em: 08/01/2020.

UBBIALI, C. *O Filho de Ma'ira*. Quito: Abya Yala Universidad Politécnica Salesiana - UPS, 1997.

VELHO, Gilberto. *DESVIO E DIVERGÊNCIA: uma crítica da patologia social*. Gilberto Velho, organizador. – 8 ed.- Rio de Janeiro, Zahar Editora, 1974.

VENÂNCIO, A. T. A. *DOENÇA MENTAL, RAÇA E SEXUALIDADE NAS TEORIAS PSIQUIÁTRICAS DE JULIANO MOREIRA*. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 283-305, 2004.

VIETTA, K. *SOCIEDADES INDÍGENAS*: algumas das velhas e das novas representações, 2002. Disponível em: <https://www.ufsj.edu.br/paginas/temposgeraisantigo/n4/artigos/sociedades.pdf>. Acesso em: 07/02/2019.

WEBER, C. A. T. *DOENÇA MENTAL E ANTROPOLOGIA*. Rev. Psychiatry on line Brasil. v. 25, n. 2. 2020. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/2019/05/02/doenca-mental-e-antropologia-mental-illness-and-anthropology/>. Acesso em: 05/01/2020.

WEBER, M. A *“OBJETIVIDADE” DO CONHECIMENTO NAS CIÊNCIAS SOCIAIS*. São Paulo. Ática, 2006.