



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS APLICADAS E EDUCAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA**

JARISSA PORTO DOS SANTOS

**(SOBRE)VIVÊNCIAS DAS SEXUALIDADES: ESTUDO ANTROPOLÓGICO EM
UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE MACEIÓ/AL.**

**JOÃO PESSOA
MAIO DE 2014**

JARISSA PORTO DOS SANTOS

**(SOBRE)VIVÊNCIAS DAS SEXUALIDADES: ESTUDO ANTROPOLÓGICO EM
UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE MACEIÓ/AL.**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Antropologia da
Universidade Federal da Paraíba, como
requisito parcial para obtenção do título
de mestre em Antropologia.

Orientadora: Profa. Dra. Ednalva Maciel Neves

JOÃO PESSOA
MAIO DE 2014

JARISSA PORTO DOS SANTOS

**(SOBRE)VIVÊNCIAS DAS SEXUALIDADES: ESTUDO ANTROPOLÓGICO EM
UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE MACEIÓ/AL.**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Antropologia da
Universidade Federal da Paraíba, como
requisito parcial para obtenção do título
de mestre em Antropologia.

João Pessoa

DATA: ____/____/____

CONCEITO: _____

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Ednalva Maciel Neves – PPGA/UFPB
(Orientadora)

Profa. Dra. Nádia Elisa Meinerz ICS/UFAL
(Examinadora)

Prof. Dr. Pedro Francisco Guedes do Nascimento – PPGA/UFPB
(Examinador)

S237s Santos, Jarissa Porto dos.

*(Sobre)vivências das sexualidades: estudo
antropológico em um hospital psiquiátrico de Maceió-AL /
Jarissa Porto dos Santos.-- João Pessoa, 2014.*

134f.

Orientadora: Ednalva Maciel Neves

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA

AGRADECIMENTO

O amor sempre foi elemento fundamental em minha caminhada. Por isso, agradeço as pessoas que me amaram nesse ciclo da minha vida... À minha mãe Izabel Porto e minha avó Maria de Jesus que são, sem sombra de dúvidas, meu combustível... “Ainda que eu falasse a língua dos homens/ e falasse a língua dos anjos/ sem amor eu nada seria...” (Monte Castelo/ Legião Urbana).

Agradeço aos profissionais do hospital pela acolhida e por, apesar de nem saber “o que faz um antropólogo”, terem me ensinado bastante. Em especial a Maria Ieda e Roseane Lopes que para além de interlocutoras tornaram-se amigas. Aos “pacientes” por me mostrarem que o amor e a atenção continuam sendo o melhor remédio!

À minha querida orientadora, Ednalva Neves, pelos ensinamentos e paciência. Contudo, minha eterna gratidão pelo acolhimento que foi muito além do acadêmico... Obrigada por acreditar que essa “loucura” daria certo.

À professora Marcia Longhi pela grande ajuda no exame de qualificação e nos Gts da vida. Ao professor Pedro Nascimento, meu grande mestre, pelas contribuições na qualificação e por permanecer na defesa, como também pelos incentivos durante minha caminhada acadêmica e amizade! À professora Nádia Meinerz, por quem tenho grande carinho e admiração, obrigada por participar da banca de defesa.

Aos professores e a coordenação do PPGA/UFPB pela dedicação e paciência. Especialmente ao professor Estevão Palitot, professora Alexandra Barbosa e professora Alicia Gonçalves. Às meninas que fizeram e fazem parte da secretaria por toda atenção.

Ao meu tio Antonio que sempre foi meu pai na vida, por seu esforço em tornar possível minha mudança para João Pessoa. Ao meu irmão Douglas por sempre estender-me a mão. À todos os meus familiares, em especial, às minhas primas.

Ao meu grande parceiro Bruno Alexandre pelo amor, apoio e paciência para lidar com meus momentos...

À um trio muito especial: Raysa Martins por me permitir escolhê-la como irmã, exemplo de força e perseverança que tanto me motiva; Ariana Cavalcante que sempre se fez

presente mesmo quando a correria da vida não nos deixava estar próximas fisicamente; Anne Rafaela por me presentear com sua doçura de ser amiga...

Aos meus queridos amigos de turma que adoçaram meus dias, dividiram comigo prazos, aprendizado acadêmico e de vida – Lara Erendira, Patricia Oliveira, Amanda Scott, Thays Felipe e José Carlos. Aos que adotei carinhosamente como “ti@s”: Regiane Caetano que partilhou não só prazos como também a “merenda” de todos os dias, enchia-me de alegria com seu “jeito cearense” de ser e fé quando as coisas pareciam não dá certo para as meninas “de fora”; Anny Glayne por ser um doce de pessoa e companheira para todas as horas; Josilene Pequeno, a “personal ABNT”, pelo amor e dedicação sempre prestados; Naldimara Vasconcelos que com seu jeitinho “alvorçado” me conquistou e ensinou bastante; Darllan Neves, um amigo muito querido que, carinhosamente aperreava minha vida. Enfim, “Jampa” não teria sido a mesma sem vocês...

À Dorivaldo Oliveira e Sonia Oliveira que abriram suas portas para receber uma alagoana até então desconhecida. Agradeço a afetuosa hospitalidade.

À Wilma Lucena que junto com Regiane Caetano tornou minha estadia na residência universitária tão harmoniosa a ponto de me sentir “em casa”. À Débora Arruda e Livia Andressa que partilharam as alegrias e aperreios de ser mestranda.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES pela concessão da bolsa de estudos.

Enfim, à tod@s @s amig@s que contribuíram com energias positivas para realização dessa etapa.

Obrigada!

***O brasão de Nise: uma peneira e dois
abanadores de palha, em composição modesta.***

*Quem entrava na biblioteca da dama do
inconsciente, no Flamengo, via, em cima da porta
do aposento, uma peneira redonda de palha,
ladeada por dois abanadores feitos do mesmo
material. Quando lhe perguntavam do que se
tratava, ela, pacientemente, explicava:*

*“este é o meu brasão. Vou lhe contar o porquê.
Minha tia, Dona Marocas, de Maceió, fazia um
pudim de laranja sem igual. Dava a receita do
doce, mas nenhum ficava como o dela. Todo
mundo queria saber a razão. Um dia, ela
confessou a uma amiga que, em vez de uma
peneirada, peneirava o pudim sete vezes. Por
isso, a peneira está no meu brasão. Já os abanos,
que têm movimento intenso, simbolizam a paixão.
Quando estou com preguiça, me abano, pego no
trabalho e vou peneirar, peneirar... sem peneira
não há pudim que preste. Meu brasão simboliza a
simplicidade”.*

(Nise: arqueóloga dos mares)

RESUMO

Esta dissertação traz algumas reflexões acerca das percepções de profissionais da saúde sobre a vida afetivo-sexual de sujeitos que vivenciam o sofrimento psíquico. Os dados apresentados são resultados de pesquisa etnográfica realizada em um hospital psiquiátrico da cidade de Maceió-AL, nos meses de dezembro a julho de 2013, tendo como principais interlocutores os profissionais que compõem os setores de enfermagem, terapia ocupacional, serviço social, nutrição, psicologia e psiquiatras. O estudo buscou dialogar com os dados apreendidos em campo através do cotidiano vivenciado na instituição. Um dos principais aspectos ressaltados nesse trabalho são os estigmas que conduzem a vida dos sujeitos diagnosticados com transtornos mentais, considerando principalmente o lugar deslegitimado do sujeito institucionalizado, de maneira a ser assujeitado, controlado e castigado por suas ‘desordens’. Os dados de campo apontam para a ideia naturalizada de anormalidade, essa que se torna latente quando pensada frente às expressões afetivo-sexuais dos sujeitos tidos como ‘loucos’. As práticas sexuais são reprimidas (heterossexuais, homossexuais, masturbação) e a gravidez é evitada com mecanismos de contenção física e a gerencia de medicamentos. A hiperssexualidade, por exemplo, é uma das categorias acionadas quando se pensa nas expressões das sexualidades dos *pacientes*. As estratégias frequentemente utilizadas envolvem a infantilização ou a punição, através da Emergência Psiquiátrica, quando os *pacientes* insistem em desobedecer as regras. Adjetivos de ‘namorador’ ou ‘namoradeira’ são os mais utilizados para se referir aos *pacientes*, vistos a partir de uma perspectiva das sexualidades ‘animalescas’. Por sua vez, os *pacientes* desenvolvem modalidades de resistência ao modelo controlador existente, recorrendo aos recantos escuros do hospital para encontrarem-se. Destarte, esta investigação exhibe alguns elementos que nos ajudam a problematizar padrões normativos de sexualidade, assim, discutindo como esses protótipos interferem no julgamento moral acerca das manifestações dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Palavras-Chave: Profissionais de saúde. Biopoder. Sexualidades e saúde mental. Hospital psiquiátrico.

ABSTRACT

This paper brings some reflections concerning the health professional perceptions about individuals who experience psychological distress in their emotional and sexual lives. The presented data are the result of ethnographic research conducted in a psychiatric hospital in the city of Maceió (Alagoas-Brasil) from December to July 2013, having as main interlocutors professionals that comprise the sectors of nursing, occupational therapy, social services, nutrition, psychology and psychiatrists. The study tried to create a dialogue with the information collect in the research field through the daily routines of the institution. One of the main aspects highlighted in this work is the stigma that leads the life of the people who were diagnosed with mental disorders, especially, considering the delegitimized place of the institutionalized bloke, in order to be subjugated, controlled and punished for their 'disorders'. The research field data indicate the naturalized idea of abnormality, such that it becomes latent when it faces the emotional-sexual expressions of the blokes taken as 'crazy'. Sexual practices are repressed (heterosexual, homosexual, masturbation) and pregnancy is prevented by physical containment mechanisms and managing medications. The hypersexuality, for example, is one of the categories activated when it's thinking about the patient's sexuality. The strategies frequently used involve infantilization or punishment through the Psychiatric Emergency, when patients insist on disobeying the rules. Adjectives 'flirtatious' or 'flirt' are most often used to refer to them, recognized from a 'animalistic' perspective of the sexuality. In turn, patients develop modalities of resistance against this existing controlling model, using the dark recesses of the hospital to meet up themselves. Thus, this research shows some elements that help us to problematize normative standards of sexuality, discussing how these prototypes interfere on a moral judgment of the manifestations that comes from blokes in psychological distress.

Keywords: health professionals. Biopower. Sexuality and mental health. Psychiatric hospital.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCS	Centro de Ciências da Saúde
AFADM	Associação de Familiares e Amigos de Deficientes Mentais
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
E.P	Emergência Psiquiátrica
GENSAM	Gerência de Núcleo em Saúde Mental
I.C	Intercorrência Clínica
ICS	Instituto de Ciências Sociais
MTSM	Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PPGA	Programa de Pós-Graduação em Antropologia
SESAU	Secretaria de Estado da Saúde
STR	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
T.O	Terapia Ocupacional
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1- SOBRE O UNIVERSO DE PESQUISA EO ITINERÁRIO ETNOGRÁFICO.....	20
1.1 – O medo e a <i>safadeza</i> como características do universo da ‘loucura’ e seus desdobramentos no trabalho	21
1.2 - Os primeiros passos dados em campo.....	25
1.3 - Da estrutura física ao funcionamento.....	30
1.3.1 Sobre a Enfermagem	36
1.3.2 Sobre a Psicologia	39
1.3.3 Sobre a terapia ocupacional	42
1.3.4 Sobre a nutrição	44
1.3.5 Na anamnese	47
1.3.6 A secretaria.....	49
1.3.7 Dos visitantes	51
CAPÍTULO 2 – APROXIMAÇÕES COM A SAÚDE MENTAL	53
2.1 – Antropologia e saúde mental	54
2.2 – A “loucura” e a Reforma Psiquiátrica.....	62
2.2.1 – Saúde mental em Alagoas.....	69
2.3 – “E se o hospital fechar?”	72
2.4 – Contenção.....	75
CAPÍTULO 3 – SOBRE A VIDA AFETIVO-SEXUAL DE SUJEITOS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO	79
3.1 – As sexualidades e seus problemas	81
3.2 – Só pensam naquilo? Reflexões acerca das sexualidades de sujeitos em sofrimento psíquico ..	86
3.3 – A administração da homossexualidade na instituição.....	89
3.4 – “Aqui tem banho, bola, comida; é hotel cinco estrelas”	92
3.5 - O <i>Jardim do Éden</i> como contrapoder.....	100
3.6 – “É melhor não falar sobre isso!”	106

3.7 – “Mais doido é quem namora uma pessoa assim...”	108
3.8- “Se der ousadia...”	111
3.9 – “Para toda regra, há uma exceção”	113
CONSIDERAÇÕES.....	115
REFERÊNCIAS.....	119
APÊNDICES.....	125
APÊNDICE A	126
APÊNDICE B	127
APÊNDICE C	128
ANEXOS	129
ANEXO A.....	130
ANEXO B.....	131
ANEXO C.....	132
ANEXO D.....	133
ANEXO E	134

INTRODUÇÃO

A loucura enquanto objeto de pesquisa antropológica me surgiu nos caminhos ainda da graduação, a partir da inserção no curso de ciências sociais e a aproximação com discussões travadas acerca do papel da cultura na definição de normalidade/anormalidade, saúde/doença dentre tantos pares de oposição caros a investigação antropológica. Assim, a temática salta aos olhos enquanto campo interessante de pesquisa, para entender relações e processos sociais contemporâneos, onde a antropologia tem muito a contribuir.

A categoria “sofrimento psíquico” é utilizada no esforço de desvincular o sujeito que vivencia algum tipo de transtorno mental da ideia estigmatizada de ‘louco’¹. Categoria que é utilizada por Duarte (1998) para exemplificar a tendência dos estudos antropológicos em expulsar da dor o universo estritamente corporal, preocupando-se com aspectos “subjetivos” e “experenciais” próprios a *expertise* antropológica. Porém, utilizo o termo *paciente* não por classificar a vivência das pessoas com o intuito de diagnosticá-las tendo incorporado o discurso biomédico, mesmo porque essa função não me cabe, mas por se tratar de uma categoria nativa². Não tenho a pretensão de qualificar diagnósticos, por essa razão, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID será referenciada em alguns momentos com caráter ilustrativo ou por ter ligação direta com a representação dos profissionais sobre a doença.

Adentro nesse campo pela primeira vez na posição de pesquisadora a partir de etnografia realizada em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS na cidade de Maceió-AL que atende adultos com diversos diagnósticos psiquiátricos. A pesquisa tinha como finalidade a realização de minha monografia de final de curso. *A priori* o intuito da investigação era compreender o medo espreado na sociedade do sujeito ‘louco’ (SANTOS, 2012).

Porém, a partir da vivência em campo as questões concernentes à vida afetivo-sexual desses sujeitos aparecem como questão de grande relevância para discussão que, muitas vezes se perde diante de reflexões biocêntricas. Contudo, apesar de reordenar as reflexões, a pesquisa não fugiu a sua proposta inicial: pensar o sofrimento psíquico e os preconceitos por

¹ Utilizarei durante o texto recursos tipográficos para saliência de alguns termos. O itálico para termos êmicos, aspas simples (‘) são termos por mim enfatizados e o uso das aspas duplas (‘’) que se referem às categorias de outros autores.

² Durante todo o texto a palavra “paciente” será escrita com marca itálica. Outras palavras serão do mesmo modo diferenciadas por se tratarem de categorias nativas.

ele envolvidos. Dessa forma, a observação revelou que, as representações acerca das sexualidades são frutos dos estigmas caros aos sujeitos³.

A alteridade, a busca por conhecer o ‘outro’ sempre foi questão fundante das análises antropológicas, desde as investigações de cunho evolucionistas às pesquisas hoje orientadas pela lógica relativista. Assim, motivada pela busca em conhecer esse mundo socialmente tão longínquo, esta dissertação tenciona apreender a representação que profissionais da saúde mental tem acerca dos *pacientes* de um Hospital Psiquiátrico e, qual a influência que tais representações exercem no cuidado dedicado aos sujeitos. Um dos anseios na escolha do campo de pesquisa se concentrou em conhecer o cotidiano de uma “instituição total” nos termos de Goffman (2010), que tem como fato básico o controle das necessidades básicas humanas pela organização burocrática, desta forma, apreender as peculiaridades que esse universo de vigília traz diante do controle tido como necessário sob as sexualidades dos *pacientes*.

Algumas características são indicadas como condutas condizentes aos ‘loucos’. Como nos apresenta Alain Giami (2004), a polaridade hipersexualizados *versus* assexuados geralmente é projetada como postura do deficiente, aquele considerado diferente, esfera em que o sujeito em sofrimento psíquico perfeitamente é enquadrado, o que atinge sua sexualidade alocada na categoria de anormalidade. A partir das premissas alimentadas pelo senso comum como também valores biomédicos de performance de saúde/doença e normal/anormal, evidencia-se, por exemplo, a ideia que há a necessidade de um olhar atento para as questões que envolvem as sexualidades destes indivíduos, levando a crer que precisam ser assistidos em todas as suas dimensões, por usarem expressões sexuais socialmente inadequadas.

Para refletir acerca dessas questões, esta investigação norteou-se com indagações do tipo: o que os profissionais pensam sobre a relação do sofrimento psíquico e sexualidade? Sobre os relacionamentos afetivo-sexuais dos *pacientes*? Qual a opinião em relação à gravidez? Como reagem diante de práticas sexuais? Quais orientações fornecem aos *pacientes* e seus *cuidadores* acerca da vivência das sexualidades?⁴ Questões como essas foram o aporte

³ O termo ‘sexualidade’ se encontra em alguns momentos do texto no plural por tratar-se das expressões dos *pacientes* que, aos olhares dos profissionais, giram em torno da ‘anormalidade’, mas, que, têm alguns aspectos diferenciais. Existem os assexuais, as peculiaridades dos homossexuais e a hipersexualidade que os últimos se enquadram como também os casais heterossexuais.

⁴ *Cuidador* é uma categoria que utilizo para referenciar à todos que assumem o papel de ‘responsável’ pelo paciente e que, não necessariamente, é um familiar.

deste estudo. O recorte feito sobre os profissionais de saúde como principais interlocutores se dá por serem esses sujeitos uma das categorias sociais que está ligada diretamente às pessoas em sofrimento psíquico, em razão do processo de normatização e controle sobre eles em instituições de cuidado psiquiátrico.

A hipótese que orienta essa investigação diz respeito ao “dispositivo da sexualidade”, como proposto por Michel Foucault (1999) na medida em que se constitui enquanto *disciplina* (não necessariamente negativa), ao tempo em que se coloca também como fenômeno repressor. No campo da saúde mental se aliam esses dois elementos: disciplina e repressão, sendo o profissional de saúde um dos principais agentes sociais de intervenção sobre questões relativas às experiências afetivo-sexuais desta população. Essa questão se torna relevante quando pensada em termos da Reforma Psiquiátrica e proposição de revisão do olhar sobre o sujeito em sofrimento psíquico – e a possibilidade de se recompor como “pessoa” – quais são os valores que permanecem na concepção dos profissionais acerca das sexualidades dos indivíduos que cuidam?

A temática se faz relevante, pela necessidade de desvelar convenções culturais que lançam a sexualidade de sujeitos em sofrimento psíquico como anormal, contribuindo para uma revisão de valores projetados a esses sujeitos. Cooperando assim para um cuidado sem preconceitos, desmistificando preconceitos que envolvem pessoas vivendo com sofrimento psíquico, reconhecendo sua autonomia na condução da vida social, inclusive sobre suas experiências afetivo-sexuais. Colaborando também para a descentralização de estudos estritamente de cunho biológico das patologias mentais, que muitas vezes desconsideram o aspecto fundamental da cultura na definição de normalidade, em especial, os estudos biomédicos.

O campo de pesquisa é um dos quatro hospitais psiquiátricos existentes na cidade de Maceió-AL, instituição de iniciativa privada que hoje atende o maior número de *pacientes* da saúde mental, assistindo cerca de 280 *pacientes* do Sistema Único de Saúde – SUS, a partir da oferta de 210 leitos masculinos e 70 femininos, em média. E cerca de 46 leitos são destinados aos *pacientes* de convênios.

Fundada em setembro de 1960, a instituição conta com uma equipe de profissionais composta por: oito “psiquiatras assistentes”, os que fazem o acompanhamento dos *pacientes*, alguns exercem também a função de plantonistas, atendendo a demanda de internação; duas psicólogas; uma nutricionista e a equipe de cozinheiras; cerca de trinta e sete técnicos de enfermagem; três enfermeiras; duas assistentes sociais; duas terapeutas ocupacionais; dois

*recreadores*⁵⁶; os profissionais da equipe de limpeza e os de ordem administrativa. Esses profissionais se revezam em turnos para o funcionamento do hospital.

A escolha por essa instituição se deu por ser a que atende o maior público, apesar da pesquisa ter se concentrado na área destinada aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, atender também *pacientes* de planos de saúde. De início a proposta seria comparar as duas qualidades de serviço, mas em razão do tempo que me demandaria, resolvemos que, essa discussão teria caráter mais informativo do que reflexão sobre o serviço.

Outra característica diz respeito a sua arquitetura. O hospital é alocado em um bairro popular da cidade, com dois outros hospitais que se encontram na mesma rua que comporta grande fluxo de veículos, interferindo no cotidiano da instituição. O hospital, diferentemente dos outros dois, oferece vista ampla da instituição pelos transeuntes, por ter sua frente gradeada e que possibilita para quem passa pela rua a visão do pátio, o maior espaço de socialização dos *pacientes*. Os outros internos ficam junto às grades se comunicando com quem passa pelo lado de fora, acenando para os carros, ônibus; os cumprimentos nem sempre são retribuídos, mas para alguns *pacientes*, isso possibilita um momento de descontração. A estrutura da instituição me fazia pensar em que isto influencia a quebra do muro simbólico existente entre ‘nós-normais’ e ‘eles-loucos’.

Meus principais interlocutores de pesquisa são os profissionais de saúde, contudo, a partir do contato cotidiano com os *pacientes*, eles passam a serem importantes colaboradores da pesquisa, na medida em que me ajudam a refletir quais as relações tecidas entre eles e os profissionais. Assim, a pesquisa tem grandes contribuições ao refletir sobre, não se baseando somente no discurso proferido pelos profissionais, como se dá de fato na prática a convivência. Vale a ressalva que apesar de a instituição atender a dois públicos – SUS e particular – as discussões estão centradas no atendimento prestado aos *pacientes* do SUS.

Em termos metodológicos, estabeleci contato com os setores de enfermagem, psicologia, terapia ocupacional, serviço social, nutrição, acompanhamento de consultas com psiquiatras, como também uma passada na secretaria para compreender os trâmites burocráticos e as relações tecidas no processo de internamento. A pesquisa se iniciou em

⁵ *Recreador* é um termo nativo para se referir aos profissionais que são incumbidos de desenvolver atividades lúdicas como jogar bolar, pintar, desenvolver brincadeiras etc. Nomeação que nos reporta aos profissionais com a mesma proposta existentes em escolas infantis. Comparação que tem grande relevância quando vemos uma das representações atribuídas aos pacientes psiquiátricos: a infantilização.

⁶ Durante o texto será possível perceber que não tratarei de ‘auxiliares de enfermagem’, pois esses profissionais não são assim nomeados na instituição, são todos classificados como *técnicos de enfermagem*.

dezembro quando tenho o primeiro contato, perdurando até o mês de julho de 2013. Perfazendo de quatro a cinco vezes por semana a pesquisa de campo. Em cada setor minha permanência durava em média três semanas, fazendo rodízio de turno, para tentar acompanhar o máximo de profissionais, como também comparar, por indicação dos próprios profissionais, a diferente dinâmica dos turnos. A partir da relação estabelecida com os profissionais, o cronograma não obedecia uma ‘rigidez’, pois em alguns momentos em que o profissional faltava ou por qualquer outra razão não o acompanhava, logo o dia era remanejado e em outro setor a pesquisa tomava seu rumo. Outro ambiente que entrou no percurso de pesquisa foi uma visita à Gerência de Núcleo em Saúde Mental – GENSAM para um mapeamento dos serviços de saúde no Estado de Alagoas.

Apesar de meus principais interlocutores serem os profissionais de saúde, pude, a partir deles, criar maior vínculo com alguns *pacientes* os quais eram *colaboradores*⁷ dos setores. Com esses e outros *pacientes* tive a oportunidade de ver ‘o outro lado’, conhecer um pouco de suas histórias que muitas vezes são emudecidas pelo descrédito de seus discursos tidos quase sempre como fantasiosos.

Esta pesquisa trata-se de uma investigação antropológica, voltada para à compreensão dos profissionais de saúde sobre as vivências afetivo-sexuais de sujeitos com algum tipo de doença mental. A pesquisa teve caráter qualitativo, buscou focar no cotidiano do cuidado prestado por parte dos profissionais. Guiada pelos motes antropológicos que preconizam a imersão do pesquisador no universo a ser investigado a partir do *olhar treinado*, participando da vida cotidiana de seus pesquisados.

A antropologia tem a etnografia como seu método próprio, com abordagens construídas a partir da compreensão do comportamento humano imerso em um dado contexto social. O trabalho do antropólogo é examinar minuciosamente as facetas da vida dos grupos sociais. É desta maneira que a observação participante se faz necessária, pois só assim é possível a condução para o ponto de vista nativo.

Para a compreensão do arcabouço social de um grupo, Victora et al (2000), sugere uma triangulação composta por: dados de observação, depoimentos, documentos escritos. Guiada por esses níveis de realidade, este trabalho fundamenta-se com dados obtidos pelo meu olhar enquanto pesquisadora, falas ilustrativas dos profissionais e *pacientes* descritas no

⁷ Esses são *pacientes* que por algum tipo de afinidade com o profissional frequentam assiduamente o setor, colaborando nas atividades de buscar-levar prontuários, recados; entre outras atividades.

texto, como a apresentação de alguns documentos, em especial documentos criados para regulamentar a saúde mental no país e dados que mostram o funcionamento do estado de Alagoas no âmbito da assistência psiquiátrica.

Essa perspectiva tridimensional se faz relevante na medida em que: “nem tudo que se diz é o que faz, e vice-versa. Nem tudo que se faz é documentado, e nem tudo o que está documentado corresponde aquilo que se faz” (VICTORA et al, 2000, p. 55). A junção das três dimensões possibilita uma reflexão mais ampla da realidade.

Assim, a pesquisa utilizou principalmente a observação participante, instrumento central porque o observador fica em relação direta com seus interlocutores no espaço de pesquisa, na medida do possível, participando da vida social deles (DESLANDES et al., 2012). E como propõe Goldman (2006), o cerne da pesquisa antropológica encontra-se na disposição do pesquisador para vivenciar uma experiência pessoal junto a um grupo, transformando essa experiência em um estudo antropológico. Ademais, é a experiência pessoal que torna a alteridade a questão fundante da disciplina, nos orientando como também limitando nossa prática.

Uma observação importante na construção de qualquer trabalho científico diz respeito a necessária humildade como Suely Deslandes et al aponta, pois todo conhecimento tem sempre caráter:

Aproximado, isto é, se faz sempre a partir de outros conhecimentos sobre os quais se questiona, se aprofunda ou se critica. Provisório – tanto a realidade social se modifica quanto as interpretações sobre ela podem ser superadas por outras que incluem mais elementos e complexidade. Inacessível em relação à totalidade do objeto, isto é, as ideias ou explicações que fazemos da realidade estudada são sempre mais imprecisas do que a própria realidade. Vinculado à vida social – a rigor, um problema intelectual surge a partir de sua existência na vida real e não ‘espontaneamente’. Condicionado historicamente (DESLANDES et al., 2012, p.37).

A despeito dos dados aqui apresentados é resultado de observação em campo. Renunciei a técnica das entrevistas em razão da *correria* do trabalho diário dos profissionais que sempre estão cheios de atividades para realizar, principalmente burocráticas no preenchimento dos prontuários. Situação que por muitas vezes ficava sem graça por estar atrapalhando com minhas insistentes conversas.

As perguntas se guiavam de acordo com o momento que considerasse propício ao assunto, tendo como guia os questionamentos do roteiro (ver apêndice A) previsto para as possíveis entrevistas. Tinha o caderno de campo também como companheiro da construção. Ao chegar ao campo, vestia o jaleco e em seus bolsos carregava uma caneta e meu o caderno

de anotações. Apesar de acreditar que esse mecanismo chama bastante atenção dos interlocutores, como em uma situação que a profissional titubeou puxá-lo de minha mão para verificar se estava escrevendo o que o que ela havia dito momentos antes. Portanto, o registro das informações se deu a partir dos diários de campo confeccionados através da vivência apreendida na instituição.

De maneira breve, traçarei aqui meu itinerário etnográfico, marcado pelo exercício do novo campo de trabalho, rodeada de expectativas e tensões que, apesar de boa parte superada em outro momento de pesquisa, como supracitado, eu estaria agora ingressando em um campo de investigação maior. Nele, os *pacientes*, em sua maioria, encontram-se em momento de ‘crise’ e a ideia da ‘periculosidade’ torna-se ainda mais latente.

Os receios que me envolviam para a entrada em campo tinham muito a ver com preconceitos dos quais fui socializada de maneira a tomá-los como ‘verdadeiros’. Como aponta Favret-Saada, o antropólogo não é “ser a-cultural, cujo cérebro somente conteria proposições verdadeiras” (FAVRET-SAADA, 2005, p.157). Portanto, considero importante revelar que tais medos eram por mim compartilhados.

Esta dissertação foi dividida em três capítulos. No primeiro narro o percurso etnográfico, apresentando a estrutura física do campo e seu funcionamento, as relações estabelecidas pela pesquisadora e seus interlocutores. O segundo se propõe apresentar a ‘loucura’ enquanto fenômeno que para além do biológico é também social, contribuições que Foucault (2009) traz ao retratar a “história da loucura”; apontar a Reforma Psiquiátrica como evento importante para as reflexões das representações sobre o sujeito em sofrimento psíquico e o cuidado ofertado pelas instituições psiquiátricas; outro ponto do capítulo se endereça na localização da saúde mental no Estado de Alagoas. O terceiro se concentra no entrecruzamento entre saúde mental e sexualidade, a partir de autores que refletem sobre essas temáticas dialogar com os dados apreendidos em campo; apresentando as representações dos profissionais no que diz respeito à vida afetivo-sexual dos *pacientes* como as maneiras de resistência às restrições estabelecidas pela instituição.

Por fim, as considerações finais trazem reflexões acerca da etnografia vivida dialogando com as discussões sobre antropologia e saúde; sexualidade e sofrimento psíquico apreendidas em campo.

CAPÍTULO 1- SOBRE O UNIVERSO DE PESQUISA E O ITINERÁRIO ETNOGRÁFICO...

Este capítulo tem como objetivo mostrar quais percursos trilhados para a obtenção das informações que serão apresentadas e descrever a organização da instituição na qual essa pesquisa foi construída. Acredito que essa forma de apresentação ajuda o leitor a entender de maneira mais ‘próxima’ os acontecimentos. Este caminho será exposto desde as sensações envolvidas na escolha da temática à maneira relacional firmada entre mim e os interlocutores.

Antes é preciso deixar claro que nomear o campo de pesquisa como *hospital* tem a ver com minhas reflexões, com a maneira como os interlocutores designam este lugar no dia a dia, mas também por entender a instituição enquanto “total” (Goffman, 2010) e com características que os hospitais psiquiátricos compartilham ao longo da história, atributos que serão explorados em outro momento.

Oficialmente o campo é nomeado como *Clínica de Repouso*, porém, nos discursos proferidos cotidianamente por alguns profissionais e *pacientes*, *hospital* é um termo bastante utilizado. Essa ressalva se faz relevante na medida em que o uso de tais palavras diz respeito sobre a natureza e o poder que as palavras exercem. Como bem definiu um *paciente*, ao adentrar em um hospital psiquiátrico o sujeito nunca mais é visto enquanto “normal” pela sociedade. Talvez nomear como *Clínica de Repouso* ofereça a eles uma espécie de fuga aos estereótipos que assolam a quem tem sua “carreira moral” (Goffman, 2008) marcada pela institucionalização psiquiátrica.

Nos termos de Erving Goffman (2008), com a internação a “identidade real” do sujeito desabrocha. Assim, torna-se pública sua “identidade real”, que por possuir características tidas como “anormais”, sua “identidade social” desponta como a de “louco”, sendo deste modo, um sujeito desacreditado socialmente. O estigma que carrega está ligado a um dos três tipos enumerados pelo autor que é o de “culpa de caráter individual”, fruto de características imputadas a esses sujeitos como “vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade” (GOFFMAN, 2008, p. 14).

1.1 – O medo e a *safadeza* como características do universo da ‘loucura’ e seus desdobramentos no trabalho

A escolha do universo da pesquisa teve como justificativa a vivência de grande parte da minha vida nas proximidades de um hospital psiquiátrico na cidade de Maceió/AL e o incômodo que me causa o distanciamento simbólico que separa nós, tidos como ‘normais’, e eles, ‘loucos perigosos’. A alteridade construída acerca da loucura na medida em que me inquietava, também me amedrontava. A eleição do campo de pesquisa não significou dizer que essas representações negativas não eram por mim compartilhadas. Como escreve Goffman:

[...] o estudioso de hospitais psiquiátricos pode descobrir que a loucura ou o ‘comportamento doentio’ atribuído ao doente mental são, em grande parte, resultantes da distância social entre quem lhes atribui isso e a situação em que o paciente está colocado, e não são, fundamentalmente, um produto de doença mental. (GOFFMAN, 2010, p. 113).

Foi a compreensão de que havia uma distância social entre mim e os *pacientes* o motor de reflexão e de busca por desvendar os processos sociais que existem nesses contextos. O hospital seria, então, espaço de inúmeras riquezas para a desnaturalização da ‘anormalidade’. Isso é uma marca da minha reflexão desde a monografia de graduação, como já dito.

A produção social do estigma sobre a figura do ‘louco’ fez parte da construção deste trabalho. Porém, a experiência obtida no CAPS possibilitou descortinar alguns dos preconceitos até então alimentados por mim. Todavia, esta instituição é fruto dos modelos substitutivos oriundos da Reforma Psiquiátrica, assim, o campo de investigação desta dissertação, o hospital, carrega características diferenciadas do CAPS.

O interesse pela pesquisa no ambiente hospitalar diz respeito à tentativa de poder mergulhar no universo estudado de maneira a focalizar nos profissionais, particularmente sobre as sexualidades dos internos. Um elemento importante é que mesmo que a intenção seja pensar sexualidade e sofrimento psíquico na perspectiva dos profissionais, o trabalho de campo me mostrou que existem várias interfaces de relações: profissionais – *pacientes*; profissionais – família; profissionais de saúde – profissionais de outras categorias (agentes administrativos, seguranças etc). Ou seja, um conjunto ampliado de relações – diretas e indiretas – que configuram um leque de possibilidades de cruzamento e que podem acessar a questão em foco nessa dissertação.

O tema da sexualidade surgia de várias formas: quando eu por alguma situação achava pertinente questionar-lhes minhas dúvidas; quando profissionais que conheciam meu interesse sobre a questão me informavam sobre qualquer fato ocorrido; quando os *pacientes* me confidenciavam algo; ou mesmo quando *pacientes* vinham relatar algo para os profissionais acerca do assunto, como será relatado em outro momento.

Como dito antes, esse campo de pesquisa é carregado de tensões, que só tive conhecimento após adentrar seus muros, dentre elas, alguns receios que ainda me acompanhavam nesse novo desafio: como lidar com os *pacientes* em situação de crise⁸? Posso dar as costas a essas pessoas? Essas e outras interrogações me conduziram por algum tempo.

O medo também é partilhado por boa parcela dos profissionais que lidam diariamente com o ‘perigo da loucura’. Alguns *pacientes* têm seus prontuários marcados na capa com a palavra “*agressividade*”, um alerta para os profissionais. Apesar do longo histórico de internações, pois eles já os conhecem há bastante tempo e os classificam sem precisar da consulta ao documento. Várias vezes *pacientes* me foram apresentados como *agressivos*. Essa é uma das representações da experiência social com a loucura: o medo do que pode ser ‘descontrolado’ ou ‘irracional’. Discutindo sobre esses perigos latentes, Goffman escreve:

Nos hospitais para doentes mentais, as equipes dirigentes acreditam que os pacientes podem bater “sem razão” e ferir um funcionário; alguns auxiliares acreditam que a exposição contínua a doentes mentais pode ter um efeito contagioso (GOFFMAN, 2010, p. 71).

Alguns profissionais classificam a agressividade de duas maneiras: a primeira oriunda do transtorno que a crise causa, fazendo assim com que os *pacientes* os desconheçam; outra forma é categorizada como *safadeza* em que se *aproveitam* do diagnóstico que os colocam na situação de *coitadinhos*, assim, *pintam e bordam*. *Safadeza* é uma categoria central que assume dois sentidos: um de cunho moral, pelas transgressões às regras das mais variadas e outra de caráter sexual por *só pensarem naquilo*. A hostilidade por parte dos *pacientes* entendida pelos profissionais como aproveitadora da situação de *coitados* é tida como intolerável para os profissionais. Em razão disso, como me falou uma profissional que por não admitir tal postura, já entrou em conflito com um *paciente* que ameaçou batê-la, e para defender-se a mesma pegou uma cadeira que se encontrava em sua sala e afirmou que, caso ele fizesse como prometido, *não contaria história*; ou seja, descontaria de alguma forma.

⁸ A categoria *crise* é frequentemente utilizada pelos profissionais como pelos *pacientes* e familiares quando se refere ao período de “reagudização” dos sintomas psicóticos reconhecidamente biomédicos.

Em campo vivenciei uma situação que exemplifica a *safadeza* que serve de ‘escudo’ para os pacientes. Um *paciente* apontado como *violento* aborda a mim e a assistente social enquanto conversávamos na sala. Da porta ele insiste para que ela faça uma ligação para sua mãe solicitando fumo e dinheiro. Essa persistência vinha desde a semana passada, a profissional já teria feito a ligação. A mãe teria mandado as coisas, mas não como requisitado, o fumo foi de uma marca que ele não gosta e pouco dinheiro. De acordo com as regras estabelecidas pela instituição, cada *paciente* tem direito a uma ligação por semana, a sua teria sido realizada solicitando novamente as mesmas coisas. Porém, ele ainda não tinha sido atendido pela mãe.

Da porta da sala, o *paciente* começa ofender a mãe com palavras. A profissional me sugere para não dar ouvidos. Ele parece se aborrecer com tal atitude e começa a nos ofender também. Em certo momento entra na sala e ela suspeita que ele irá nos agredir por furiosamente ter derrubado todos os documentos que se encontravam em cima da mesa. Sou retirada da sala conduzida pela profissional, pois fiquei sem ação na situação. Quando saímos da sala, ele fala: “me bote na E.P.⁹, vocês só sabem fazer isso”. Como ele sugere, a profissional solicita que a enfermeira o encaminhe a E.P. No outro dia o encontro no pátio e mais tarde ele vem até a mim, pedindo desculpas pelo ocorrido.

Depois fiquei sabendo que quem o havia retirado do castigo teria sido a psiquiatra Antônio¹⁰, que é considerada como a *boazinha*¹¹, que solta os *pacientes* da E.P. Em conversa com a profissional, ela me diz que vê como abusiva a atitude de alguns profissionais que por qualquer razão castiga os *pacientes*. Justifica o descontrole dos *pacientes* dizendo que não tem como não *perder a cabeça* quando se vive em cárcere.

A assistente social discretamente se mostra insatisfeita com a atitude da colega de trabalho, pois, de acordo com ela, o *paciente* estava com *safadeza*, não teria motivos plausíveis para a atitude que teve conosco, já que ela havia realizado sua ligação.

⁹ Emergência Psiquiátrica – E.P é o setor que conta com cerca de oito leitos onde os *pacientes* são encaminhados por razões que vão desde a agressividade apresentada no ato de seu internamento ou até por burlar regras como a de ter relações sexuais. O setor é supervisionado 24 horas por um técnico de enfermagem, o qual tem como função a ‘guarda’ destes que poderão ser contidos ou não nos leitos. Esse assunto será melhor explorado mais adiante (Ver apêndice B – figura ilustrativa do setor).

¹⁰ Todos os nomes aqui utilizados são pseudônimos.

¹¹ Vale salientar que *boazinha* não tem a ver com categorias éticas por mim hierarquizadas, foi a categoria dita pela própria profissional que viveu o episódio junto comigo ao descrever a psiquiatra diante de suas práticas dentro da instituição.

São várias as tensões vividas dentro da instituição e como define Goffman, o hospital psiquiátrico tem por demanda “cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça à comunidade, embora de maneira não-intencional” (Goffman, 2010, p. 16-17). Porém, como supracitado, nem sempre as atitudes são vistas como não intencionais.

Outro aspecto relevante do campo diz respeito à preocupação de alguns profissionais com a maneira que os dados de pesquisa seriam expostos em meu trabalho. Eles me questionavam sobre o que eu estava achando da instituição, se tal situação é importante em minhas reflexões. Apreensão claramente apresentada por uma das responsáveis pela instituição que orientava a profissional a *mostrar o lado bom da clínica*.

Dialogando com o cuidado e o controle sobre minha pesquisa por parte da instituição, reflito sobre a discussão acerca das negociações com os campos de pesquisa dotados de poder. As pesquisas com agentes da saúde retratam bem isso, pois esses novos interlocutores, não são destituídos de “saber-poder”. A respeito, James Clifford escreve:

Torna-se necessário conceber a etnografia não como a experiência e a interpretação de uma “outra” realidade circunscrita, mas sim como uma negociação construtiva envolvendo pelo menos dois, e muitas vezes mais, sujeitos conscientes e politicamente significativos. Paradigmas de experiência e interpretação estão dando lugar a paradigmas discursivos de diálogos e polifonia (CLIFFORD, 2002, p. 43).

Como apresenta Clifford (2002), toda pesquisa é uma negociação entre pesquisador e interlocutores. Nos campos de pesquisa “up” surge novo perfil de interlocutores, esses que, algumas vezes, até reivindicam coautoria nas pesquisas, nos ajudam a traçar melhores caminhos para a investigação ¹². Como nos mostra Denise Jardim (2010), nesse universo, nos deparamos com interlocutores que valorizam e entendem os prejuízos da “tradução” ou da “transcrição” antropológica como um exercício de poder a respeito do “outro”, vem à tona o problema que até então se mantinha turvo, a assimetria e o jogo de força entre os interlocutores. Desta forma, o poder da escrita adquiriu visibilidade com nossos interlocutores letrados, que se especializam no domínio das palavras e da interpretação.

Uma categoria muito útil a essa situação é a de “capital cultural” de Pierre Bourdieu. Somos nessa condição de pesquisa, possuidores de poder, conhecidos e reconhecidos

¹² Expressão inglesa para se referir aos estudos etnográficos que se realizam em esferas socialmente legitimadas pelo poder. In: Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo. Porto Alegre: Ed. Da UFRGS, 2010.

socialmente pelo saber adquirido através dos livros, diplomas, etc que nos posiciona num mesmo patamar (BOURDIEU, 2012).

Por essa razão o processo de escrita me preocupava, o receio de causar prejuízos. Pesadelos me fizeram companhia por algumas noites perturbadoras em que processos judiciais eram o desfecho de meus sonhos. Não sugiro com isso que pesquisas voltadas a outros campos não são judiciosas, contudo, na esfera de investigação da saúde boa parcela é imersa no campo acadêmico. Destarte, como já dito acima, a escrita é também própria a esses interlocutores. Meu caderno de campo estava sempre nos holofotes dos profissionais, como também dos *pacientes* que não escondiam a curiosidade em saber o que eu tanto anotava.

Os interlocutores do duo saber-poder se situam, como o pesquisador, em uma arena marcada de poder, todavia, como discutido acima, o saber médico se coloca perante os outros saberes, e aqui referenciado o saber antropológico, em escala hierárquica de prestígio em maior grau. Como dito por Patrice Schuch et al,

Nestes novos espaços de pesquisa, não apenas etnografias em aldeias distantes ou estudos de comunidade fazem parte das possibilidades de campo, mas locais institucionais como delegacias, hospitais, laboratórios, empresas, fóruns de justiça, câmaras de vereadores e outros órgãos do campo da política tornam-se legítimos para a pesquisa antropológica. (SCHUCH et al, 2010, p. 11).

A partir dessa nova configuração a pesquisa antropológica desponta em várias arenas. Diferentemente dos ‘convencionais’ interlocutores de pesquisa, os subalternos, conversamos agora com agentes dotados de poder.

Foi a partir dessas características de poder intrínsecas em universos de pesquisa como o hospital, que tem o biopoder enquanto fio condutor de suas práticas, que meus dados serão apresentados.

1.2 - Os primeiros passos dados em campo...

No mês de dezembro do ano de 2012 começam minhas tentativas de contato com a instituição, sem nenhum tipo de conhecimento que me facilitasse a entrada. No primeiro dia, sou informada pelo porteiro que a pessoa incumbida para as questões acadêmicas, Tereza,

diretora do setor de Recursos Humanos, não se encontra¹³. Só a partir da segunda tentativa de contato, consigo. Tereza então é comunicada pelo porteiro sobre minha presença e meus anseios. Nossa primeira comunicação acontece por telefone, na portaria, ela não se mostra muito disposta a conversar naquele momento, mas insisto, e ela me recebe. Pela primeira vez adentro na instituição como pesquisadora, começando minha trajetória nesse novo espaço de investigação com sua névoa de estigmas.

Dentre as negociações por nós estabelecidas, a profissional solicita um cronograma de atividades com os dias e horários da pesquisa. Questiona-me se seria um dia, dois dias de pesquisa, sugerindo assim subliminarmente que a investigação não perdure por muito tempo. Doravante, começam minhas inquietações e tensões entre nosso campo de saber, tendo em vista que ela é uma profissional de saúde acostumada com pesquisa de curto tempo de duração. Como uma estudante de antropologia, com as prerrogativas que a etnografia nos propõe, faria a pesquisa em espaço de tempo conciso como indiretamente me foi proposto? Como apreenderia os “imponderáveis da vida real” tão imprescindíveis à pesquisa antropológica que, como bem indicou Bronislaw Malinowski: “[...] existem vários fenômenos de grande importância que não podem ser recolhidos através de questionários ou da análise de documentos, mas que tem de ser observados em pleno funcionamento” (Malinowski, 1997, p.31). A partir da etnografia, no dia-a-dia tornar-se-á possível conhecer tais fenômenos. Como ratificado por Clifford Geertz, a etnografia significa “[...] estabelecer relações, selecionar informantes, transcrever textos, levantar genealogias, mapear campos, manter um diário, e assim por diante” (Geertz, 2008, p. 4). Mecanismos esses que configuram o ‘fazer antropológico’.

Apresento minha proposta de cronograma à Tereza que, apesar de expressar não entender o porquê de um tempo vasto, tendo em vista que as pesquisas que ela conhece não usufruem de grande período de investigação, e se restringem, na maioria das vezes, aos questionários. Contudo, o cronograma é, sem problemas, autorizado por ela. Após a negociação, ao final de nossa conversa, Tereza me pergunta se tenho jaleco e que seria preciso usá-lo. Como não possuía, ficou acordado que me cederia um, tivemos alguns desencontros, por essa razão, não busquei o jaleco com a profissional.

¹³ Todos os nomes referidos aqui são pseudônimos.

Diante das condições, o campo me foi concedido sem burocracias, com a condição de que eu esperasse Tereza voltar de suas férias, pois ela seria a principal ponte entre mim e meus interlocutores, comunicando-os de minha presença nos setores. De caráter burocrático, solicitaram apenas que eu entregasse uma carta de recomendação do Programa de Pós-Graduação no qual estou vinculada e juntamente, anexei meu currículo Lattes. Mesmo sem exigência da instituição, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS, sendo aprovado em reunião do dia 05 de maio de 2013¹⁴.

O primeiro contato com os setores na instituição foi na Enfermagem. Como não tinha o jaleco, iniciei a pesquisa sem utilizá-lo. Essa condição me suscitou dois momentos de representações atribuídas pelos *pacientes*, me fazendo refletir acerca do papel fundamental dessa ferramenta de trabalho enquanto marcador de poder e de diferença. No período em que não fiz uso, os *pacientes* me associavam como filha da enfermeira, Claudia, essa que por mais tempo acompanhei. Quando chegava à instituição, logo um/a *paciente* me acompanhava perguntando o que fazia ali, já que frequentemente me viam. De outro lado esteve a relação de ‘respeito’ prestada a partir do momento em que minha identidade passou a ser de *doutora* ao me vestir com o jaleco, por mais que eu explicasse minha condição de pesquisadora. As atitudes também eram diferentes. Então no primeiro momento, ao passar pelo hospital escutava assobios, ‘cantadas’; no segundo momento, a comunicação muitas vezes se resumia ao: “bom dia, doutora”. Tornou-se visível o quanto o jaleco ocupa lugar de autoridade.

Uma reflexão sobre a representação do jaleco, como interfere nos dados de pesquisa, é feita também por Soraya Fleischer (2011). Instrumento de trabalho que engessa e empodera quem os utiliza em detrimento dos que são percebidos enquanto ‘leigos’. A autora questiona sua posição diante de seus interlocutores – as parteiras e “buchudas”. Percebeu depois de concluída a pesquisa, que havia, sem querer, assumido uma espécie de “jaleco invisível” em decorrência de ser associada a uma amiga enfermeira que é professora dos “cursos” oferecidos para as parteiras da região, como também pela técnica de pesquisa adotada no início de sua investigação: os questionários. Questionamentos que teriam favorecido para a associação da figura de “doutora” quando realizava perguntas semelhantes as já vistas por aquelas parteiras em “cursos” com diretrizes biomédicas ou mesmo em reuniões sobre o ofício de parteiras com presença de pessoas “de fora”. Sobre sua postura, a autora comenta:

¹⁴ Aprovado por unanimidade sem restrições sob o Prot. Nº 0246/13. CAAE: 12204213.0.0000.5188.

Cada vez mais, eu entendia que as perguntas eram o primeiro passo na forma em que o conhecimento “de quem sabe” era passado para “quem não sabe”. Quer dizer, ao fazer perguntas, as *doutoras* percebiam o que não era devidamente “conhecido” pelas parteiras e, assim, conduziam o curso para o que julgavam ser as principais “lacunas éticas” das atendentes. Nesta interpelação do outro, se estabelecia uma atmosfera didática e hierárquica e, assim, os *cursos*, como eu começava a entender, eram tidos como um contato entre desiguais (FLEISCHER, 2011, p. 77, grifos da autora).

O jaleco, mesmo que “invisível”, posiciona o pesquisador, como também os profissionais de saúde, numa esfera de poder, segundo o que pude vivenciar em minha pesquisa.

Elemento importante nos estudos sobre saúde, o jaleco, revela grandes dados sobre a relação ‘médico-paciente’ nos campos de saúde. Silva A.C (2013) em sua pesquisa com auxiliares de enfermagem nos “corredores” de um Hospital Geral do Estado de Alagoas constatou o quanto o instrumento de trabalho chama atenção. Àqueles que fazem uso do jaleco branco assume perante doentes e *cuidadores* posição hierárquica superior diante de outros profissionais. São percebidos enquanto “as pessoas corretas” para dar informações e amenizar sofrimentos do adoecido. A autora percebeu que, no cotidiano, quem não estivesse trajando jaleco branco poderia ser “qualquer profissional” que, para as necessidades citadas acima, não seriam úteis. Assim, concluiu que o jaleco branco atribui *status* para as pessoas que dele fazem uso, por serem consideradas ‘importantes’ para os doentes e *cuidadores*, como também item distintivo entre os profissionais da instituição que não utilizam.

Em dezembro inicio a pesquisa. Como acordado, Tereza iria me apresentar aos setores os quais o projeto se propunha observar. A apresentação por parte da profissional se resumia a: “essa é uma mestranda que está fazendo uma pesquisa e passará um tempo em cada setor”. Então, começo a observação na Enfermagem. Cláudia e todos aqueles a quem eu era apresentada logo me faziam questionamentos sobre meu projeto de pesquisa. Sem querer imediatamente restringir os objetivos traçados, procurava de maneira geral dizer que meu intento é entender a dinâmica de um hospital psiquiátrico, haja vista que é um campo, para mim, desconhecido. Como aponta Maria Heliborn:

Os antropólogos, em geral, dizem coisas bastante vagas quando chegam em uma comunidade para entrevistar: ‘realizo uma pesquisa sobre como os jovens se

comportam’. Diz-se uma coisa que não é uma mentira, mas que não é uma verdade completa. É fornecido um panorama geral e se espera que itens específicos possam emergir do campo, coisas inesperadas, associações que não haviam sido previstas. Isso faz parte da nossa mais cara formação, isto é, admitir que dados espontâneos do campo podem redefinir o curso da nossa pesquisa (HELIBORN, 2004, p. 61).

A discussão levantada pela autora se aplica nesta situação de pesquisa, pois suscitou importantes informações que talvez não adquirisse se a princípio tivesse delimitado diante de meus interlocutores o objetivo da pesquisa, como descrito no começo do texto, as relações tecidas dentro da instituição é um exemplo. A partir do ‘panorama geral’, na primeira semana um questionamento se fez bastante presente: “O que faz um antropólogo?”. Apesar de a profissão não ter grande visibilidade, esse desconhecimento se intensificou quando os profissionais questionavam qual a função do antropólogo que adentra no campo da saúde.

Ao iniciar a pesquisa em um setor, os profissionais sempre se sentiam perdidos diante do meu papel juntos a eles, ficavam sem saber como lidar com minha presença e expressavam esse desconforto ao falarem: “não sei como posso estar te ajudando”, ao me despedir dos setores, era rotineira a expressão: “espero que tenha contribuído em alguma coisa”. Diferentemente dos estudantes da área de saúde que já haviam passado pela instituição, através de seus estágios, eu não estava lá para aprender como aferir pressão, como fazer uma abordagem psicológica, dentre outras; assim, não sabiam como me ajudar.

Como inquirida por uma enfermeira: “você fica só assim olhando mesmo?”. Para os profissionais, o trabalho do antropólogo enquanto aquele que apenas observa, é bastante insólito. Mormente, esses questionamentos sugerem o interesse em conhecer a *expertise* do antropólogo, provavelmente para que agissem da maneira, considerada por eles, conveniente à necessidade de transmitir uma imagem positiva da instituição e de seus serviços.

Sobre essa questão, Fleischer elenca algumas ponderações pertinentes acerca da representação que as outras ciências têm a respeito das ciências sociais, especificamente a pesquisa etnográfica: a) pode não perceber ‘no conhecimento das ciências sociais uma aplicação prática imediata’; b) pode pensar que a ‘observação, por exemplo, não é uma técnica de pesquisa’; c) aferra-se ‘aos números, como se sua existência garantisse a veracidade do trabalho’ (FLEISCHER, 2010, p. 173).

Considerações que nos fazem compreender um quesito marcante no início da observação, que diz respeito à figura do pesquisador frequentemente associada à espécie de detetive. Seguindo esta associação e o pesquisador sendo um ‘detetive’, os sujeitos da pesquisa se veem na necessidade de estar sempre em alerta, sendo preciso tomar cuidado com

o que se diz, pois o antropólogo está avaliando e tomando nota de tudo que acontece. Comigo não foi diferente, os primeiros contatos sempre estavam regidos por cautela, tanto por parte dos profissionais orientando uns aos outros: “se comporte!”, quanto dos profissionais recomendando *bons* comportamentos dos *pacientes*. Deste modo, o pesquisador assume, para seus interlocutores, um papel secundário que é o de ser regulador da linguagem e dos comportamentos.

Conquanto, ao passar dos dias, a barreira que separa a ‘espiã’ de seus interlocutores vai sendo aos poucos diluída. A partir da proposta ‘holista’ de pesquisa colocada a princípio para os interlocutores, pude me aproximar de questões não planejadas no projeto. Claudia, por exemplo, se preocupava em me explicar os mínimos detalhes do funcionamento burocrático do setor e as atribuições estabelecidas à equipe de enfermagem. Um ponto interessante surge desse detalhamento, pois a partir daí a enfermeira ‘desabafa’ ao falar como se dão as relações entre os profissionais e como isso gerava o *cansaço* em trabalhar num hospital psiquiátrico. Em vários momentos, a antropóloga representava a escuta para aqueles profissionais que muitas vezes não são ouvidos.

A pesquisadora ‘sob suspeita’ passa então a não ser o ‘outro’ tão distante. A pressão advinda do ‘estar examinando nossos comportamentos’ parece ser silenciada diante da confiança que me foi dada com as confissões, que eram expostas também por outros profissionais, ultrapassando questões exclusivamente profissionais. Como afirma Cardoso de Oliveira, “[...] só um pesquisador com graves problemas psicológicos, talvez só mesmo um perverso, desses que existem apenas no mundo ficcional, poderia relacionar-se com os atores apenas como sujeitos de conhecimento durante todo o tempo” (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2004, p. 34).

1.3 - Da estrutura física ao funcionamento...

A instituição funciona em um dos prédios mais antigos de um bairro popular da cidade de Maceió/AL. Fundada em 1960 por um psiquiatra, cujo nome até hoje é o mesmo que denomina a instituição. Com sua morte passou a ser administrada por alguns de seus filhos também psiquiatras. *A priori* o serviço era prestado no casarão imponente da família, um prédio de arquitetura antiga. De acordo com informações obtidas com os profissionais que,

em sua maioria fizeram parte do corpo profissional quando ainda o fundador era vivo, com o passar do tempo a demanda de internações cresceu, com isso foram construídas enfermarias em torno do casarão. Com a expansão, o hospital passou atender 270 leitos masculinos e 170 femininos. Após a Reforma Psiquiátrica, com a pressão exercida pelo movimento antimanicomial, a instituição teve seus leitos reduzidos, que hoje conta com 320. Desses, 210 masculinos e 70 femininos assistidos pelo SUS e 40 divididos entre a ala particular, que fica em um espaço do lado direito, o que mantém esses *pacientes* separados do SUS.

O conjunto de enfermarias – o que convencionalmente chamamos de quarto – são, no SUS, nomeados da seguinte forma: *Pinel* (em homenagem ao médico francês referência para os estudos sobre saúde mental que será apresentado no próximo capítulo), onde estão os pacientes masculinos mais *conscientes*, em sua maioria são *pacientes* alcoolistas; *Rui* (nome em homenagem a um irmão do psiquiatra fundador da instituição), também masculino, administrado pelo posto ‘H’, onde estão alocados os mais *desorientados*; o *Azulejo* (nenhum dos interlocutores soube informar a razão do nome) também masculino, gerenciado pelo posto ‘D’, hospeda os mais idosos como também os mais *tolos*; e o feminino *Dona Rosa* (nome dado em homenagem à esposa do psiquiatra fundador) aos cuidados do posto ‘G’.

Como apresentado acima, as enfermarias são divididas por sexo, contam com três a cinco camas em média cada uma. As enfermarias são organizadas de modo a ficar sob a responsabilidade de um posto de medicação que é uma pequena sala com alguns armários onde são armazenadas as medicações. Em cada posto fica um técnico de enfermagem, às vezes dois, dependendo da demanda de serviço, principalmente no horário da medicação. O horário da medicação se inicia após o café da manhã, por volta das 7 horas; às 14 horas é administrada a segunda medicação, que se realiza após o descanso do almoço o qual se inicia por volta de 11h 30; e por último, a medicação da noite, depois do jantar que começa às 17 horas.

Na ala que atende aos *pacientes* particulares, isso inclui atendimentos com ou sem planos de saúde, estão o posto ‘L’ e ‘M’. O primeiro dedicado a cuidar dos *pacientes*, homens e mulheres, diagnosticados com algum tipo de transtorno mental que são divididos por sexo nas enfermarias, como também, a depender do tipo de plano de saúde, são hospedados em apartamentos individuais. Já o segundo está incumbido do cuidado aos *pacientes* dependentes químicos. O contato com o posto ‘M’ foi bastante limitado, se reduzia ao acompanhamento dos profissionais que tivessem algo a resolver por lá, como também nos dias de observação no

setor de nutrição, em que acompanhava a estagiária do curso técnico em Nutrição diariamente na distribuição dos lanches. Assim, a relação se deu para conhecimento do espaço, por não ser o público alvo da pesquisa, como também pela pesquisa ter se dedicado aos que são assistidos pelo SUS. Algumas características são peculiares às enfermarias que atendem aos *pacientes* particulares tais como a estrutura dos quartos, o tempo de internação, o cardápio, entre outras coisas que serão vistas mais adiante.

Segundo as informações obtidas com os profissionais e constantemente lembradas pelos *pacientes*, na ala particular, o tempo de tratamento dos *pacientes* deste setor conta, geralmente, um mês, pois é o período que, segundo os interlocutores, os planos de saúde cobrem a estadia. A informação é contrária ao que diz o inciso I da Lei nº 9.656 de junho de 1998,

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por **prazo indeterminado**, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor. (BRASIL, 1998, grifo meu).

Obstante, os informantes afirmam o período determinado e a vivência em campo pôde comprovar tal conjuntura. Essa informação torna-se bastante relevante quando associada à significação atribuída acerca do tratamento pelos *pacientes*. Com data determinada de alta, esta se apresentava de maneira mais tênue, apesar da ansiedade partilhada por todos devido ao internamento. Em contrapartida estão os *pacientes* dos SUS que, por passarem, na maioria das vezes, o mínimo de quarenta e cinco dias em tratamento, muitos sem previsão de alta, a inquietação é mais intensa para sair daquele lugar. Tendo seus dias de confinamento aprazados, os *pacientes* da ala particular, tem previsão do dia de sua alta que pode ser antes mesmo de um mês de duração. Os poucos que passam mais que esse tempo, mantém a estadia com pagamento extra, como pude presenciar.

Algumas comparações entre os dois serviços serão aqui apresentados a caráter informativo. Como é o caso das refeições que são produzidas todas na cozinha da instituição, porém, o cardápio das alas – SUS e particular – é diferente. E como o período de internação acima apresentado é distinto, a alimentação influencia enormemente na representação

atribuída pelos *pacientes* sobre o tratamento. No particular, o *paciente* tem a opção de escolha. Assim que é admitido na instituição, um profissional da nutrição faz o que chamam de *anamnese*, traçando a preferência alimentar do *paciente*¹⁵. Nesta ala é fornecido café da manhã, lanche matutino (um suco ou uma fruta), o almoço, o lanche da tarde, o jantar e por último o lanche da noite.

No SUS a alimentação é apenas o café da manhã, almoço e jantar que tem por parte dos *pacientes* reclamações a respeito da qualidade. De acordo com eles, as três refeições não os deixam saciados durante todo o dia. Em razão disso, os *pacientes* pedem dinheiro aos funcionários, visitantes como também aos transeuntes pela rua para a compra de lanche na cantina localizada na parte em que funciona o atendimento do SUS no hospital. Não foi percebida frequência dos *pacientes* da ala particular na cantina, pois como diariamente recebem visitas que trazem seus lanches como também recebem o lanche oferecido pela instituição, a cantina torna-se desnecessária. Os clientes assíduos são os do SUS, aqueles que recebem aposentadoria; qualquer tipo de benefício ou que a família negocia com o proprietário do estabelecimento (um dos funcionários da instituição – Tobias) para comprar no crediário determinado valor diariamente.

A respeito dos pedidos de dinheiro, uma estagiária do Serviço Social me fala: “são doentes, mas gostam de dinheiro”. Os *pacientes* defendem que sentem bastante fome em decorrência da medicação que fazem uso. Muitos são deixados na instituição por seus responsáveis e não recebem visitas, deste modo, não recebem dinheiro nem lanche. Alguns *pacientes* se mostram revoltados por não terem o lanche da tarde servido na instituição, a qual alega não ter condição financeira para ofertar o serviço, pois a diária de um *paciente* psiquiátrico hoje não supre os gastos. Abaixo apresento, para conhecimento, os valores estabelecidos pela Portaria nº 52/GM em 20 de Janeiro de 2004 referente à diária de um *paciente*¹⁶.

¹⁵ Em Medicina, “anamnese” é o conjunto de informações colhidas pelo profissional a respeito do paciente. Na Nutrição, esse recurso é utilizado para conhecimento das preferências alimentares do paciente.

¹⁶ A portaria pode ser acessada no link <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-52.htm>, acessado em 10 de fevereiro de 2014.

Novos valores das diárias hospitalares por classe

			Nº módulos	Novos valores diária
CLASSES	Nº de leitos	após ajuste	PNASH < 80%	PNASH > 80%
I	Até 120	até 3	35,80	37,00
II	121 – 160	entre 3 e 4	32,80	34,00
III	161 – 200	5	30,13	31,33
IV	201 – 240	6	28,68	29,88
V	241 – 280	7	28,35	29,55
VI	281 – 320	8	28,01	29,21
VII	321 – 360	9	27,75	28,95
VIII	361 – 400	10	26,95	28,15
IX	401 – 440	11	26,80	28,00
X	441 – 480	12	26,69	27,89
XI	481 – 520	13	26,59	27,79
XII	521 – 560	14	26,50	27,70
XIII	561 – 600	15	26,42	27,62
XIV	Acima de 600	$\frac{3}{4}$	26,36	27,56
$\frac{3}{4}$	Não classificados	$\frac{3}{4}$	25,15	$\frac{3}{4}$

(Fonte: Portaria nº 52/GM em 20 de janeiro de 2004)

A classe V em negrito diz da posição que o hospital está enquadrado por atender 280 *pacientes*. Como é possível ler na tabela, os hospitais que possuem menor número de leitos têm o valor da diária maior. Estratégia de incentivo que visa à redução e gradativa extinção dos hospitais psiquiátricos proposta pela Reforma Psiquiátrica. Como intento da Portaria, encontra-se também a melhoria na qualidade da assistência psiquiátrica. Este controle é realizado pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH. O valor de 29,55 – disposto na tabela acima - é considerado insuficiente pela instituição para atender alguns serviços, assim, os *pacientes* deixam de ser assistidos de forma satisfatória.

Poucos são os que têm assistência da família, alguns profissionais adotam seus colaboradores mantendo-os com lanches, produtos de higiene pessoal, etc. Para um *paciente* seu desejo de voltar para casa estava fortemente influenciado em alimentar-se de maneira prazerosa, ele me fala: “faltam 18 dias para minha alta. Para eu comer lasanha com coca-cola gelada”. Outro fala: “quero ir embora tirar a barriga da miséria”.

O público atendido pelo SUS, em sua maioria, é bastante empobrecido. De acordo com informações obtidas durante conversas com as profissionais, muitos não recebem qualquer tipo de benefício, um complicador a mais. Em detrimento disso, alguns *cuidadores* veem a instituição como um depósito onde ficarão livres do peso que o *paciente* representa financeiramente e das necessidades de cuidados diários considerados laboriosos.

Um dia a irmã de um *paciente* vem até a sala do Serviço Social procurar saber os procedimentos para deixar seu familiar morando na instituição. Em outros casos a acolhida da família se dá por serem eles os que mantêm o sustento da casa com seus salários. Para lidar com as problemáticas que envolvem as relações entre *cuidadores* e os *pacientes*, o setor de Serviço Social composto por duas assistentes sociais, com tempo de serviço de 10 anos em média, é encarregado de gerir essas situações. Esse espaço é um dos mais movimentados na instituição, a todo o momento há *pacientes* solicitando das profissionais ligações para seus responsáveis cobrando visitas, dinheiro ou lanches. Esse ofício é considerado pelas profissionais *desgastante*, pois as necessidades por parte dos *pacientes* não são casos isolados. De acordo com elas, essa demanda impossibilita que exerçam outras atividades próprias a *expertise* do assistente social.

No período em que passei observando pude vivenciar algumas tensões. Uma das principais reclamações das profissionais é o *descompromisso* dos responsáveis com os *pacientes*. A premissa do sujeito em sofrimento psíquico como estorvo, inviabiliza o cuidado a ser prestado. O tempo a ser gasto em atividade para ocupar os *pacientes* é utilizado em manhãs e tardes ao telefone tentando contato com os *cuidadores*. Para mim foi uma situação delicada, ver os *pacientes* lidarem com as frustrações por parte de seus *cuidadores* que não se fazem presentes por inúmeras razões.

Um senhor, por exemplo, há mais ou menos um ano se encontra na instituição e seus *cuidadores* resistem em levá-lo para casa, mesmo ele estando de alta há um bom tempo. Essa objeção é tamanha ao ponto de os *cuidadores* entrarem com um processo judicial para que o

paciente não seja liberado da instituição, alegando que ele oferece perigo à família. Porém, os profissionais contestam a justificativa, pois de acordo com eles, o *paciente* nunca se mostrou nem ao menos hostil.

A pedido da assistente social, depois de alguns meses sem visitas, uma sobrinha aparece no hospital levando lanches e objetos de higiene pessoal. É encaminhada ao setor pelo porteiro. As profissionais estabelecem com a portaria uma parceria, solicitando dos porteiros que determinado visitante seja conduzido ao setor, pois muitos visitam e não aparecem, já que lá é o setor direcionado às reclamações. Ao chegar, a sobrinha é informada da alta, se revolta e diz que não vai levá-lo porque não veio *preparada para isso*. A profissional diz que não vai insistir para que ela leve, mostrando claramente que não concorda com sua posição. Então a sobrinha se dirige a mim se justificando, com o discurso de que seu tio não é uma pessoa confiável por ter tentado matar um membro da família. E ao final da conversa procura intimidar dizendo ter uma tia que trabalha no Ministério da Saúde, que tomará as devidas providências já que é, de acordo com ela, responsabilidade do hospital cuidar do *paciente*. Ele não se pronuncia em momento algum, apenas escuta em silêncio as acusações que a sobrinha evoca e a resistência em tê-lo em casa. Esse tipo de situação é recorrente no dia-a-dia institucional.

Fazendo um gancho com o cotidiano apresentado do setor de Serviço Social, traçarei o funcionamento dos outros setores da ala do SUS para que, dessa forma, seja mais compreensível aos leitores as relações tecidas na instituição.

1.3.1 Sobre a Enfermagem

Conforme meu percurso itinerário, o primeiro setor foi o da Enfermagem. Esse que conta com três enfermeiras, todas com longo tempo de serviço que, fazem rodízio nos turnos com mais 37 técnicos de enfermagem. Minha observação se deu de maneira intensiva a partir do caminho trilhado cotidianamente por uma das enfermeiras, Claudia, porém, em alguns momentos acompanhei outra enfermeira que faz parte do quadro, como também vivi alguns momentos junto aos técnicos de enfermagem nos postos.

O setor de enfermagem é alocado em uma sala com um pequeno espaço para descanso e com banheiro. Nas paredes são colados alguns cartazes de promoção à saúde do Ministério da Saúde e uma tabela de óbitos (não atualizada, pois durante a pesquisa houve dois casos de óbitos, informados por uma técnica de enfermagem numa conversa com uma enfermeira, que não foram contabilizados). É uma das salas com grande fluxo tanto de *paciente* quanto de profissionais.

É onde os *pacientes* que não têm produtos de higiene pessoal buscam os pedaços de sabão de coco para tomar banho; é o lugar para os que reclamam de alguma dor ou quando se sentem *impregnados*¹⁷, buscam a enfermaria também quando não são atendidos por algum médico, ou ainda para o cuidado, que nem sempre é atendido, pois, como presenciei algumas vezes, as profissionais indicam que é apenas *invenção*. Nas enfermarias ficam guardados os isqueiros e fósforos para os fumantes, porém, em que pese a regra de que os pacientes não podem portar acendedores - devido a um incêndio causado por um *paciente* dentro da enfermaria - alguns conseguem mantê-los sem precisar recorrer às enfermarias. Este também é o lugar onde tanto *pacientes* quanto *cuidadores* buscam informações, principalmente aos domingos, dia em que o setor de Serviço Social não funciona e onde os técnicos de Enfermagem buscam conhecimento sobre suas escalas ou qualquer outra informação com a coordenadora da equipe.

Uma característica presente nos setores é a reclamação diante da grande demanda de trabalho para uma equipe de profissionais considerada pequena. Essa era uma das maiores queixas dos profissionais do setor, pois é encargo da Enfermagem gerenciar a medicação, como também administrar a higiene pessoal dos *pacientes*. Em decorrência da limitação do número de profissionais, o trabalho torna-se, de acordo com os relatos de alguns, muito *desgastante e deficiente*.

Claudia, a enfermeira, é quem primeiro me inseriu no campo de pesquisa, eu era uma espécie de sombra: aonde Claudia ia, eu estava atrás. Nos primeiros dias saía de sala em sala me apresentando aos setores. Seu percurso normalmente passava pela evolução¹⁸ feita nos

¹⁷ Termo utilizado por profissionais, familiares e também *pacientes*. Designa a ocorrência de efeitos colaterais pelo uso do medicamento psicotrópico causando tremores, rigidez, lentidão e apatia.

¹⁸ As evoluções são relatos a partir de análises que os profissionais fazem do comportamento dos pacientes e de forma sucinta transcrevem em seus prontuários (PALMEIRA, 2014).

prontuários dos *pacientes* que se encontram na Intercorrência Clínica – IC¹⁹ e Emergência Psiquiátrica – E.P, como o levantamento diário dos postos.

Nos espaços que são de seu controle, Claudia me colocava sem restrições, dando total liberdade para que eu fizesse a leitura dos prontuários que estivessem em sua mesa. Nos postos insistia para que eu conhecesse a organização das medicações, deixando os armários a minha disposição. Neles são organizadas as medicações em vários potes pequenos identificados pelo nome do *paciente* escrito num pedaço de fita crepe. O horário da medicação é para os técnicos o instante de maior *desgaste*, pois em alguns momentos o posto fica tumultuado pelo grande número de pessoas e o espaço para movimentação é pequeno.

Dentro dessa movimentação, é preciso ter cuidado para não administrar a medicação ao *paciente* errado. Apesar de conhecê-los pelos internamentos constantes, o profissional os chama pelo nome e sobrenome, para que assim evitem enganos. Ao final, quando já não há mais nenhum *paciente* na porta do posto, o técnico sai gritando pelo pátio os nomes daqueles cujos potes se encontram com os comprimidos. Nos primeiros dias me assustei com a quantidade de comprimidos que alguns *pacientes* tomam e que, de acordo com os profissionais, para alguns não surte o efeito desejado. Parece-me que a contenção química ainda é forte, aliada ao controle físico dos *pacientes*.

No dia 04/03/2013 conto em meu diário: Enquanto estou sentada na sala de Enfermagem observando a técnica de Enfermagem conversando com outra a respeito de seu plantão, chega Tobias (o funcionário que, dentre outras funções, inspeciona o que acontece na instituição) dando um recado a um *paciente*: “diga ao seu amigo que deixe de pantim”. A enfermeira acrescenta: “Não tá dormindo, a Dra. disse que depois ajeita ele”. ‘Ajeitá-lo’ nesse contexto quer dizer aumentar a dosagem de medicação, algo temido pelos *pacientes* que reclamam por deixá-los sem coordenação. Isto revela o quanto a medicação é uma forma de ameaça e dominação dos profissionais para com os *pacientes*.

O ritual da medicação começa quando saem das enfermarias pela manhã, depois do descanso do almoço e após a janta. Alguns já vão direto ao posto, outros vão com o convite de outros *pacientes*. Entram, enfileirados por ordem do profissional que frequentemente busca organizar o momento, buscam com o técnico os comprimidos contidos em seu recipiente e

¹⁹ Intercorrência Clínica – IC é o setor responsável para o cuidado dos *pacientes* que estejam com alguma necessidade de tratamento clínico. Conta com a presença 24 horas de um técnico de enfermagem na sala que dispõe de oito leitos.

dirigem-se à pia que fica dentro do posto. Alguns tomam com a boca direto na torneira, outros utilizam um copo azul de plástico que é de uso comum dos *pacientes*. Alguns têm relutância na admissão dos medicamentos, como dito por um técnico de enfermagem, eles escondem e ao sair do posto, jogam fora. Pergunto há fiscalização de tal situação e ele fala que no momento em que é distribuída a medicação ele verifica se, de fato, os *pacientes* ingeriram-na. Porém, no cotidiano pude ver que devido ao grande fluxo esse controle não é rigorosamente exercido. Assim, a medida de controle mais viável, diante do exposto, é que os internos tomem a medicação na pia dentro do posto.

Os técnicos de Enfermagem constituem o grupo de profissionais que lidam por mais tempo e de forma mais próxima com os *pacientes*. Por essa razão foi a classe mais indicada para contribuir com os dados sobre sexualidade a serem apresentados mais adiante.

1.3.2 Sobre a Psicologia

Após o período conhecendo o funcionamento da Enfermagem, passei a frequentar a Psicologia. Setor formado por duas psicólogas, o menor tempo de trabalho de uma delas conta quatro anos, a outra profissional trabalha na instituição desde o tempo em que seu fundador era vivo. A proposta do setor é realizar acompanhamento individual e coletivo, todavia, a proposta de análise individual não acontece como aventado em decorrência da problemática presente nos diversos setores: a grande demanda. A consulta individual ocorre apenas quando o *paciente* é recém-chegado, contudo, não é em todas as internações que isso acontece.

Semanalmente as profissionais fazem evoluções de cada *paciente* para que esteja disponível na análise do psiquiatra durante a consulta. As evoluções são embasadas pelos relatos escritos tecidos pelas psicólogas a partir dos *grupos* ou por abordagem pela instituição, tendo em vista que nem todos os *pacientes* participam das atividades²⁰. Muitos *pacientes* não se mostram interessados nas atividades, por isso não frequentam o setor. Enquanto acontecem as atividades, eles ficam passeando pelo pátio ou em outros espaços. Porém, é obrigação das profissionais abordá-los para que assim preencham seus prontuários. Por essa razão algumas evoluções se resumiam a: “paciente se mostra hostil”. Uns se mostram participativos nos

²⁰ Grupos são as atividades desenvolvidas pelas profissionais com caráter terapêutico que incluem, por exemplo, atividades educativas de higiene pessoal e até mesmo ações religiosas, como veremos adiante.

grupos por saberem que sua cooperação surtirá em pontos positivos na interpretação feita pelo psiquiatra ao ver seu prontuário, o que conseqüentemente tornará sua alta alcançável. Essa é uma das estratégias utilizadas pelos *pacientes* para obtenção de sua alta hospitalar.

O setor funciona de segunda à sexta de 07 horas às 18 horas e nos sábados até o meio dia. Em cada turno uma psicóloga comanda o setor. Experenciei os dois turnos, participando das atividades desenvolvidas pelas profissionais. Em alguns momentos auxiliando uma das psicólogas no preenchimento do livro de ocorrências do dia.

Os *grupos* duravam em média quarenta minutos, tendo por intuito, de acordo com as profissionais, socializar os *pacientes* apesar de os mesmos estarem numa instituição de característica asilar, buscando não permitir que os inter-relacionamentos sejam despedaçados. Destarte, a partir do espaço proporcionado por seus conhecimentos em Psicologia, os laços de amizade construídos dentro da instituição eram fortalecidos.

As sessões se passam da seguinte forma: em uma sala são postas em média quinze cadeiras de plástico. Apesar do número grande de *pacientes*, o público dos *grupos* girava em torno disso. Os *grupos* são divididos por sexo e de acordo com o profissional psiquiatra que os atende. Quando os *pacientes* saíam das enfermarias, logo as profissionais iam anunciando-os no posto de medicação: “Pacientes da Dr^a Patricia, hoje tem grupo na sala da Psicologia”. A anúncio sugere que os *pacientes* são assujeitados diante da referência e importância atribuída aos profissionais em seus chamados.

As psicólogas carregavam consigo uma lista com os nomes dos *pacientes*, aqueles abordados, mas que não aceitavam o convite tinham seus nome marcados de uma forma, com um traço, por exemplo; os que aceitavam eram marcados de outro jeito. A saga em busca dos *pacientes*, depois da abordagem, ainda no posto de medicação, continuava no pátio, por não conseguirem encontrar todos. Isso era motivo de muita reclamação por parte das profissionais, que tinham que andar por todo pátio em busca dos *pacientes* gritando seus nomes já que o autofalante da instituição não funciona há um tempo. Em vários momentos nos dividíamos (psicóloga, eu e os estagiários), enquanto uns acompanhavam a profissional na busca, outros ficavam na sala entreendendo aqueles que se encaminhavam até lá para que não saíssem da sala, pois muitos ficavam impacientes com a espera.

O *grupo* das mulheres não tem a divisão por psiquiatra, aqui todas das enfermarias *Dona Rosa* fazem parte do mesmo grupo, pois a quantidade de mulheres é menor se

comparada a de homens. Segundo as psicólogas, a separação é feita para facilitar na organização das evoluções. Assim, com uma importante dimensão prática, na hora de buscar os prontuários para evoluir, não misturam com os pertencentes do outro posto. Como também está relacionado aos dias que os psiquiatras atendem e sendo deste modo, se Dr^a Patricia atende na terça-feira, o *grupo* de homens assistidos por ela faz parte do *grupo* da segunda-feira.

Cada profissional desenvolve o *grupo* à sua maneira. Algumas atividades desenvolvidas, e isso se estende não só aos psicólogos, mas também aos outros profissionais, acabam alimentando a ideia de infantilidade que rege algumas das representações sobre os sujeitos em sofrimento psíquico.

Numa manhã em campo na semana da Páscoa, a profissional inicia sua atividade grupal. Reúne os *pacientes* na sala depois da peleja de procurá-los no pátio. Então, abre a atividade falando sobre os símbolos da Páscoa, a semana toda se concentrou no evento. O propósito da atividade é localizá-los no tempo e espaço, deixando-os por dentro do que está acontecendo fora dos muros institucionais. Explicado os símbolos, a profissional sugere que cantemos uma canção: coelhinho da páscoa.

Percebo as feições de desânimo por parte dos *pacientes*, alguns até sorriem da situação, mas não fazem objeção, pois têm consciência que qualquer negação será descrita em seu prontuário. No meio da música, a profissional é chamada para resolver uma questão e sai dizendo: “Jarissa, por favor, dá continuidade. Canta com eles”. Sinto-me numa saia justa e até envergonhada, então, fico conversando enquanto ela retorna. O *grupo* é encerrado com uma *meditação* que se concentra na reza do “Pai nosso”, “Ave Maria” e “Santo anjo do senhor”. Essa é uma das várias situações que ratificam a premissa de infantilidade que circunda o sujeito em sofrimento psíquico. Outro quesito diz sobre a influência da religiosidade no tratamento dos *pacientes*, desconsiderando assim qualquer divergência de crença que exista.

Porém, vale salientar que o momento do *grupo* é para alguns *pacientes* não somente o instante da avaliação que constará em seu prontuário. É também o instante em que ele se faz ouvir. Quando as profissionais perguntam como se sentem, podem expor suas angústias, alegrias, sem que sejam recriminados por isso. A terapia grupal proporciona um momento de escuta, mesmo que em curto tempo de fala, como dito por um *paciente*: “conversando a gente se sente bem. A pessoa vai conversando, vai abrindo a mente e se distraindo”.

Segundo elas, o cotidiano da instituição é bastante intenso, principalmente diante da já citada quantidade desproporcional de serviço frente à pequena quantidade de profissionais. Em razão disso, os profissionais não dispõem de muita paciência para os *pacientes*. Eles, para a maioria dos profissionais, *enchem o saco*. Isso se soma à apropriação da ideia de que os delírios estão sempre presentes na figura do ‘louco’, tornando assim o sujeito desacreditado.

1.3.3 Sobre a terapia ocupacional

Outro setor encarregado de ocupá-los é a Terapia Ocupacional – T.O com corpo profissional composto por duas terapeutas ocupacionais e três *recreadores*. As duas terapeutas ocupacionais dispõem de maior tempo na ala particular, sendo uma no turno matutino e a outra no turno vespertino. Pela manhã na ala particular uma *recreadora* é responsável pelo comando do setor, porém, com a presença da terapeuta ocupacional que todos os dias por volta das 10 horas comparece à sala de atividades para acompanhamento das atividades desenvolvidas pelos *pacientes* desse setor.

Na ala do SUS, as atividades são desenvolvidas, hoje, pela terapeuta. A profissional assumiu tal papel após ocorrer a demissão da *recreadora*. Durante o tempo em que convivi junto à *recreadora* no SUS, o contato da terapeuta resumia-se ao *bom dia* proferido aos *pacientes* que se encontravam na sala enquanto se dirigia ao setor particular. Como descrito acima, no particular, a terapeuta ocupacional fazia o acompanhamento das atividades dos *pacientes* diariamente – coisa que não acontecia no SUS. As atividades a serem desenvolvidas já estavam postas na sala: as revistas em cima da mesa, os palitos, os panos para serem pintados, etc; cabia ao *paciente* escolher qual lhe apetecia mais.

Na prática não parecia ter planejamento de atividades a serem desenvolvidas, elas eram executadas a partir das possibilidades existentes. Entretanto, vale salientar que ulteriormente mesmo sem o convívio de perto com os *pacientes*, a terapeuta ocupacional desenvolvia os trabalhos burocráticos de preenchimento dos prontuários. O ofício com os prontuários dos *pacientes* do SUS era desempenhado também pela terapeuta ocupacional que atendia exclusivamente na ala particular. Quando questionada sobre sua atividade, ela confessa que a faz por receber ordens, mesmo sem atendê-los.

No SUS as atividades da T.O são desenvolvidas em um dos maiores espaço da instituição. Na chegada ao setor, encontra-se um espaço grande em comparação ao dos outros setores. Lá estão duas mesas grandes onde os *pacientes* se distribuem para ler revistas, pintar, fazer arte com palitos, escrever entre outras coisas. Nas paredes são postos alguns dos trabalhos. A sala conta também com uma mesa pequena em que alguns jogam dominó; outra mesa de jogos; dois bancos grandes onde alguns, com a permissão da profissional, tiravam seus cochilos. Toda manhã a *recreadora* logo ligava um microsistena para *animar* o lugar, alguns com a sua permissão assumiam o papel de *dj* escolhendo as melhores músicas para nós. Um dos objetos que me chamava atenção era um pequeno espelho fixado na parede, logo em cima de uma pia, alguns *pacientes* entravam na sala somente para pentear-se, molhavam os cabelos e faziam seus penteados, o fluxo era grande para olhar-se, alguns até brigavam para usar primeiro. No espaço final funciona a sala da coordenadora, uma das terapeutas ocupacionais, compartilhada também pelos profissionais que compõem o setor. Ao lado há uma espécie de depósito com alguns objetos usados.

Os produtos confeccionados pelos *pacientes* durante as atividades da T.O são comercializados dentro da instituição, expostos no setor. Vendidos a preço de custo, sem lucros, apenas para reabastecimento dos materiais utilizados. Geralmente os próprios *pacientes* compram suas obras. Normalmente presenteiam seus familiares e amigos com suas produções o que é para eles *motivo de muito orgulho*, como relatou uma *paciente* ao terminar a pintura do pano de prato.

A instituição dispõe de outros espaços de lazer como um campo pequeno de futebol, onde um *recreador* é responsável por levar os *pacientes* para o futebol. Outra atribuição é cuidar da discoteca que funciona em uma sala no térreo do casarão, espaço bastante ocupado pelos *pacientes* que se distraem dançando. Outra opção é o forró pé-de-serra que o *recreador*, por ser sanfoneiro, organiza com os *pacientes* durante a manhã. O horário recreativo começa por volta das 08 horas e termina às 11 horas quando começa a distribuição do almoço. À tarde, o lazer fica por conta apenas da discoteca.

A T.O foi o setor onde convivi mais próximo com os *pacientes* da ala particular, pois eu participava junto com eles das atividades. Foi nesse espaço em que pude construir algumas das informações aqui apresentadas de maneira instrutiva. Em alguns momentos fui confundida com profissional por estar vestida num jaleco e, como me disse uma profissional: “pelo tempo que te vejo aqui no hospital, achei até que tivesse sido contratada”.

O cotidiano das profissionais, sejam as terapeutas como também a *recreadora* do SUS, tinha como tarefa o preenchimento diário do livro de ocorrências. Nele, as profissionais colocavam os nomes dos *pacientes* que frequentaram a sala e qual atividade desenvolveram naquele dia: se pintou pano de prato, se fez arte com jornais, costura, etc. Esse exercício é feito tanto no SUS quanto no particular. É necessário para depois auxiliá-las nas avaliações dos prontuários. A quantidade de pacientes que frequentava o setor era para uma das *recreadoras* motivo de orgulho. Ela vivia uma espécie de disputa com outra *recreadora*. A todo o momento queria me mostrar o quanto era querida pelos *pacientes*, em detrimento da colega de trabalho. Frequentemente contava os *pacientes* que por lá tinham passado durante a manhã. Esses eram contabilizados a partir do momento que entrassem na sala, mesmo que não desenvolvessem qualquer atividade. Algumas vezes era documentado no livro como se folheasse revistas, por exemplo.

O espaço da T.O me proporcionou contato mais próximo com os *pacientes*. Enquanto brincava de dominó, lia revistas para algum que não soubesse ler, tentava aprender alguma atividade junto a eles, eram momentos em que podíamos nos conhecer e conversar sobre inúmeros assuntos sem a presença direta da profissional que estava junto a outro, instruindo em algum trabalho. Em alguns momentos minha presença causava intrigas, principalmente com os *pacientes* masculinos que disputavam minha atenção. De alguns até recebi convite para casar-me.

De acordo com a *recreadora* do SUS, o fluxo de *pacientes* aumentou com minha presença. Um paciente, em especial, que não frequentava a sala passou a visitar e mesmo sem entrar, ficava da porta a me olhar. Todos os dias, desde o início da pesquisa, ficava me esperando no portão de entrada da instituição e para o setor que eu fosse, ele me encaminhava até a porta. Despedia-se, mas nunca entendi o que ele falava. Nesse espaço surgiram muitos dados acerca da sexualidade que serão retratados mais adiante.

1.3.4 Sobre a nutrição

Após o período em campo na T.O, o próximo destino foi a nutrição. *A priori* não tinha pretensão em ter o setor como parte do roteiro etnográfico. Todavia, percebi a necessidade de incluí-lo para que assim pudesse compreender de maneira mais salutar o ritmo da instituição.

A cozinha é única, onde há o preparo da alimentação para as duas alas. Os *pacientes* do SUS contam com um refeitório que onde cabem em média 150 *pacientes* que se distribuem no horário da alimentação que inicia com o café da manhã às 07 horas; almoço às 11 horas e jantar às 17 horas. Para ter acesso ao refeitório, os *pacientes* fazem fila. A regra é que mulheres e idosos tenham prioridade. Como são em média 280 *pacientes* - uma quantidade grande de pessoas - a equipe de cozinheiras conta com o auxílio de um técnico de enfermagem que fica organizando os *pacientes*, indicando, por exemplo, onde devem se sentar.

Teoricamente os lugares não são ‘marcados’ nem separados por gênero: homens e mulheres comem na mesma mesa, apesar de ser um técnico de enfermagem – podendo ser do sexo feminino ou masculino – o instrutor do lugar que o *paciente* irá ocupar. O tempo que os *pacientes* passam no refeitório é só o instante da alimentação, não é um espaço de ‘lazer’. Geralmente o cardápio do almoço é arroz, macarrão, algumas vezes feijão e carne, distribuídos em uma bandeja de alumínio; nas mesas são postas algumas garrafas térmicas grandes com água para consumo dos *pacientes*.

O consumo de farinha de mandioca é grande, um *paciente* me fala que a farinha o alimenta mais, permitindo que consiga manter-se até a hora do jantar. Já que nem todos, como dito anteriormente, têm condições para a compra de lanches. O café da manhã e o jantar muitas vezes tem pão com margarina e café como opção. O ritual das refeições se resume a sentar, comer, alguns lavam as mãos e a boca na pia dentro do refeitório e saem. Uns vão diretamente para sua enfermaria após o almoço e jantar, outros ficam andando pelo pátio até que o técnico responsável pelo controle da enfermaria do qual faz parte venha recolhê-los.

O refeitório foi um dos locais onde a ideia de *selvagem* se fez presente, a partir do ato de comer. Como escutei em alguns momentos: “tá vendo? Parecem animais comendo”. Comer de forma rápida, com as mãos ou se melar remonta àqueles sujeitos à ideia de selvageria. Esta situação me fazia lembrar as técnicas corporais de consumo discutidas por Mauss e exemplificadas pelo caso de Xá em seu livro quando fala: “Não sabeis de que prazer vós me privais” (MAUSS, 2003, p.419) no momento em que o imperador insiste que use um garfo de ouro para comer. A concepção de ‘civilidade’ partilhada pelos profissionais desqualifica tais atitudes de maneira a desumanizá-los.

No setor tive como principal interlocutora a nutricionista, porém fazia parte das atividades desenvolvidas pela estagiária de técnico em nutrição, acompanhando-a em suas atividades pelo hospital. Outro informante de grande valia era o *paciente* colaborador do setor, Pedro, que tem grande afinidade com a nutricionista. Pedro tem grande histórico de internações no hospital. É deficiente auditivo e tem mudez, nunca foi à escola; aprendeu a escrever seu nome com a ajuda da nutricionista que se dedicou a ensiná-lo.

Para minha surpresa, a passagem pela nutrição me possibilitou dados de campo de grande valia, por mais que a princípio o setor parecesse ‘desinteressante’, já que eu estaria discutindo sexualidade. A relação de confiança estabelecida entre a nutricionista e um dos seus *colaboradores-afilhados*, Pedro, me facultou algumas informações que talvez eu não obtivesse sem a compreender a relação por eles estabelecida. Em contrapartida, caso eu fosse associada somente a alguns profissionais vistos pelos *pacientes* como os mais carrascos, algumas portas para mim seriam fechadas. A depender da relação profissional-*paciente*, o último poderia ou não abrir um leque de informações. Por exemplo, se eu estivesse junto à nutricionista e questionasse um paciente que não tem proximidade com ela, provavelmente ele não me forneceria informações confidenciais.

Os *pacientes* se sentiam seguros em conversar comigo por terem a certeza de que não seriam entregues pelo profissional ao confessarem sobre suas ações proibidas, em especial, ao que se refere às expressões de sexualidades. Era o caso de Pedro, *paciente* “surdo-mudo” que, gesticulando, se esforçava em revelar seus casos e também o de outros *pacientes* que ele presenciou.

Cumprida a proposta de conhecer a nutrição, o próximo passo em acordo com meu cronograma previa acompanhar as consultas com os psiquiatras. Conversando a respeito com a nutricionista já nos fins de meus dias junto à nutrição, ela se disponibiliza a me ajudar a entrar em contato com um dos psiquiatras que, garante ter muita abertura e a certeza de sua solicitude com minha pesquisa. Então, ela telefona para ele que, estava de plantão no hospital e, ao expor meu intuito, desligou o telefone admirada com sua resposta. Ela fala: “ele não gosta de ser observado!”, se mostra bastante surpresa com sua atitude. Termina dizendo que, se ele não aceitou, ela não sabe quem aceitará a proposta.

O antropólogo que mergulha no universo médico causa grande estranheza e desconforto, pois historicamente são esses os agentes responsáveis em diagnosticar, observar.

A respeito, Lilian Chazan conta a partir de sua experiência etnográfica o incomodo causado por assumir o papel de observador na arena socialmente legitimada aos profissionais da saúde:

Para além desse aspecto, as longas explicações e ‘palestras’ informais apontaram para o fato de que meus informantes estavam mais acostumados a serem eles os decodificadores de imagens e enunciadore de ‘verdades’ do que objeto de uma observação que permitiria produzir um texto etnográfico sobre eles e sobre as verdades produzidas por eles. (CHAZAN, p. 20, 2005).

Como Chazan, a experiência de pesquisa por mim vivenciada mostrou o desconforto que alguns sentem diante da situação de ser observado. Portanto, surgiu a necessidade de mudar o percurso de ter os psiquiatras como os próximos interlocutores. Como afirma Mirian Goldenberg (2004), as pesquisas são impossíveis de serem controladas, tendo início, meio e fim previstos.

A partir daí reordeno meu percurso e projeto a secretaria como possibilidade de contato com os psiquiatras, que considero de suma importância para as análises da pesquisa. São esses os profissionais autorizados a contê-los quimicamente por uma das razões mais reclamadas pelos profissionais: a libido alta. Informação que foi constituída ao longo do trabalho.

O remanejo no cronograma funcionou e possibilitou contato com um dos psiquiatras mais antigo da instituição. Quando conversava com a secretária, ele chega e começa a falar sobre um senhor *paciente* que havia encaminhado para internação. A partir de sua conversa, relatando o caso do senhor, penso que essa seria uma oportunidade ímpar, me apresento e peço para participar da anamnese a ser feita para a internação do senhor, ele prontamente aceita. Estar lá era um momento valioso para que pudesse fazer uma interpretação, de segunda/terceira mão como sugere Geertz (2013) do que venha ser uma anamnese.

1.3.5 Na anamnese

O psiquiatra pede que eu espere alguns minutos na secretaria enquanto ele resolve algumas coisas que não me especificou o quê e o *paciente* entra na sala. Depois de cerca de 10 minutos, um *paciente* vai me chamar dizendo que ele havia me convidado para ir à sala. Chegando lá o médico já estava em sua sala, sentado em seu birô, a filha do *paciente*, sentada ao lado esquerdo do profissional, do lado direito, o *paciente* seguido de um senhor que os

acompanhava e eu sentei depois do acompanhante. Eles já conversavam a respeito do *paciente*.

Durante a consulta a filha do *paciente* coloca as problemáticas envoltas no adoecimento de seu pai. O psiquiatra faz alguns questionamentos básicos como: “escuta vozes? Vê alguém que mais ninguém consegue enxergar?” A filha vai afirmando e conta sobre a *Madame Jandira* que, segundo ela, é uma alucinação. O senhor nos conta um pouco de sua relação com a tal *Madame Jandira*, o psiquiatra tira algumas brincadeiras a respeito. Segundo o *paciente* é uma senhora que frequentemente conversa com ele.

Então, a partir das colocações da filha e do senhor, o psiquiatra começa a explicar, direcionado a mim, o que vem a ser isso e as implicações que geram no cotidiano dos sujeitos que vivenciam essas alucinações. Indica alguns textos onde eu posso adquirir maior aprofundamento sobre o assunto. Sinto-me coagida diante da situação, pois entrei na sala junto com os familiares, a pedido do profissional, sai para buscar o prontuário e em momento algum foi apresentada aos familiares a razão da minha presença. Tendo em vista que boa parte da consulta se concentrou em mim, nas explicações que eram, diga-se de passagem, estritamente biológicas e fugiam da minha alçada.

O hospital psiquiátrico é um ambiente fortemente marcado por preconceitos que configuram a vida de sujeitos em sofrimento psíquico. Nesse campo o biopoder é legitimado de maneira mais intensa, uma vez que nestes hospitais se lida com sujeitos que, em decorrência dos estigmas da doença, tornam-se desacreditados e tudo é reificado às ‘características psicóticas’.

A consulta é encerrada em cerca de 20 minutos com a internação do *paciente*. O profissional o encaminha para os tramites na secretaria. Enquanto a internação era encaminhada e o profissional se organizava para ir embora, já que seu motorista havia ido duas vezes durante a consulta para informá-lo do adiantamento da hora, eu aproveitava esse tempo para apresentar minha pesquisa e conhecer sua opinião sobre alguns pontos. Em razão dos horários corridos do profissional e de alguns desencontros quando marcamos e por algum motivo o médico não pode comparecer, nós tivemos pouco contato, resumindo-se a dois encontros.

1.3.6 A secretaria

Dentro do hospital existe um prédio de primeiro andar, junto às primeiras enfermarias em relação à portaria dos pedestres, onde estão alocados os setores administrativos. Embaixo encontra-se a secretaria, o setor financeiro, a sala da diretoria. Ao subir as escadas, logo em frente está o antigo aparelho onde os profissionais registram o ponto e o setor de recursos humanos. Ao adentrar na instituição é possível visualizar a secretaria. Dependendo do assunto, caso seja resolvido apenas na secretaria, os porteiros fazem a ‘triagem’ da porta mesmo, vendo se as profissionais já se encontram na sala.

Como todas as outras salas com contato direto com os *pacientes*, a secretaria tem sua fronteira estabelecida por uma porta com *design* que possibilita a abertura apenas de sua metade. Assim, com a parte superior aberta é permitida a visão e contato com o espaço exterior. A inferior fechada limita a entrada de *pacientes* que constantemente estão por lá. Alguns têm a entrada permitida por serem *colaboradores*, outros são mandados *passar* – sair daquele setor porque, segundo as profissionais da secretaria, ficam *perturbando* com perguntas. Ao chegar à porta, a depender do assunto, a secretária aciona um botão junto ao balcão e que abre a porta. A porta para a secretaria dá acesso também ao setor contábil e à diretoria.

A dinâmica da secretaria começa a funcionar às 08 horas da manhã até às 17 horas, de segunda-feira à sexta-feira. O dia de trabalho é iniciado com a interlocução com a portaria, informando aos porteiros quantas vagas existem para serem preenchidas. A segunda-feira é o dia mais corrido, é quando a secretária, junto com outra profissional do setor financeiro que auxilia na secretaria, vão fazer as fichas de internação do final de semana.

Elas trabalham há muito tempo no hospital, por isso tem relações estreitas com a maioria dos *cuidadores* e *pacientes*. Recebem ligações dos familiares solicitando vaga, alguns até ‘reservam’ para a próxima semana, algo estranho, como se ‘previssem’ as crises. Se existirem quatro vagas, passa a ter três porque uma está guardada.

Para que um *paciente* seja interno, não se faz necessário encaminhamento, basta que a instituição disponha de vagas e o psiquiatra plantonista ateste a necessidade. O *paciente* é encaminhado ao médico plantonista para avaliação, caso seja admitido, o familiar vai para a secretaria realizar o cadastro. Dependendo do *paciente*, caso esteja agressivo, é logo

encaminhado a E.P para contenção. Quando os *pacientes* chegam, os pertences como produtos de limpeza, roupas, lanches são encaminhados para a rouparia que funciona no prédio do casarão. Quando precisa de seus objetos vai até lá buscá-los. Há os que preferem mantê-los consigo e passam o período de internação agarrados a suas bolsas. Essas medidas são para evitar furtos, algo bem comum nas instituições.

Uma informação relevante diz respeito às altas que, na prática, a secretaria e em específico o setor financeiro, detém grande poder em sua definição. Aqui o biopoder é ‘desestabilizado’, pois teoricamente são os psiquiatras os profissionais legítimos para determinar/estabelecer a alta. Todavia, em algumas situações, dada a alta pelo médico, ela é suspensa pelo setor contábil que logo entra em contato com o profissional informando que o dia não favorece à folha de pagamento e que isso acarretará na contagem por parte da Secretaria de Saúde sobre a diária do *paciente*. Portanto, a alta não depende somente da avaliação psiquiátrica, tem muito a ver com o mercado psiquiátrico que define o melhor dia.

O cotidiano na secretaria me fez conhecer algumas das questões burocráticas como também extraoficiais que regem o funcionamento institucional. Abriu portas para uma nova oportunidade de diálogo com outra psiquiatra, categoria de profissionais que minha experiência mostrou ser menos acessível. Seja por seus horários corridos ou por não gostarem de ser observados. Conversando com a secretária sobre a pesquisa, ela certifica que uma psiquiatra, Antônia, irá me ajudar nas reflexões e me sugere ir sexta-feira à tarde para instituição, dia em que ela estará de plantão até à noite. Fico receosa pela indicação ‘certeira’ já que, em outro momento a tentativa foi fracassada. Porém, me convenço que a vida de pesquisa é isso mesmo e na sexta-feira lá estou eu. No momento em que chego, a psiquiatra se encontra conversando com secretária, só aí sou apresentada. Para minha surpresa, ela aceita de bom grado minha presença e brinca dizendo que o plantão do dia será meu.

O contato mais longo que tive com os psiquiatras foi com Antônia que é psiquiatra há mais de 20 anos, já aposentada pelo serviço prestado no hospital psiquiátrico do Estado. Sua experiência na área e seu perfil ‘humanitário’ me conduziram à reflexões e quebra de valores até então cristalizados como a ‘aura superior’ adotada por muitos profissionais da saúde que se ancoram no ‘natural’ poder empregado aos que partilham dos princípios biomédicos.

A profissional sempre se mostrou muito solícita à minha pesquisa. Conversávamos durante à tarde toda, contava suas histórias dentro das instituições psiquiátricas do Estado. Era

sua sombra, para onde ia, eu estava atrás. Nos momentos em que estávamos em seu consultório, que na maioria das vezes está com as portas abertas, sempre se aproximavam *pacientes* para incrementar nossas conversas. Com certo manejo ela incentivava os pacientes a me falarem sobre sexualidade, sobre como era a vida do internado e, para minha surpresa, seus discursos não eram ‘floridos’ de modo a agradar a profissional. Eles reclamavam da falta de estrutura, até mesmo de alguns *profissionais sem paciência*. Talvez isso acontecesse pela ‘liberdade’ por ela proporcionada aos *pacientes*.

1.3.7 Dos visitantes

Dando continuidade à apresentação institucional e os caminhos por mim percorridos, os “andaimes” como define Fleischer (2011) ao discorrer sobre os processos e caminhos para a realização de sua pesquisa sobre parteiras e “buchudas” em Melgaço-Pará, trago um pouco do caminho dos visitantes.

A regra estabelecida no SUS é que as visitas aconteçam nos seguintes dias: quinta-feira, aos sábados e domingos das 14 horas às 16 horas, e que, na instituição, muitas vezes se prolongam até às 17 horas. Esse momento é muito tenso para aqueles que não recebem visitas. Os dias podem ser negociados a depender de onde o familiar reside. Caso seja do interior do Estado, ou venha de outros Estados, o visitante tem livre acesso à instituição em outros dias, pois muitos aproveitam a ‘carona’ de ambulâncias que vem para a cidade, por essa razão a administração do hospital dá abertura a esses visitantes. Não existe restrição a respeito da quantidade de visitantes por cada *paciente*, a única diz respeito sobre a idade, pois crianças não são permitidas entrar.

Geralmente levam roupas, objetos de higiene pessoal, lanches ou dinheiro para que os *pacientes* possam comprar na cantina da instituição. Uma restrição estava causando desconforto por parte dos visitantes, a proibição da entrada de líquidos, pois, de acordo com a direção, alguns traziam bebidas alcoólicas dentro de garrafas para os *pacientes*, por este motivo, foi interditado qualquer tipo de líquido advindo de fora da instituição.

Aos que chegam, nos dias oficiais de visita, já na portaria encontram duas senhoras integrantes da Associação de Familiares e Amigos de Deficientes Mentais – AFADM/AL que todos os dias de visita desempenham o papel de auxiliar o porteiro aguardando a chegada dos

visitantes, guardando seus pertences num móvel e distribuindo as fichas do ‘guarda-volumes’. Porém, a principal função delas no local é convidá-los para participarem da associação.

Feito esse ritual, os visitantes seguem em busca dos *pacientes* pelo pátio. Algumas vezes com a ajuda de outros *pacientes*, logo encontram. Quando não são encontrados, procuram na E.P, I.C. Porém, cabe dizer que muitos *pacientes* ansiosos já ficam agarrados às grades da frente do hospital à espera de sua visita.

Esta apresentação busca tornar os leitores o mais próximo possível do cotidiano do hospital. Descrição que será fundamental para a compreensão dos dados que se seguem.

CAPÍTULO 2 – APROXIMAÇÕES COM A SAÚDE MENTAL

Elementos importantes para a compreensão da loucura são os estudos antropológicos sobre o tema que buscam desvincular análises do ser humano restringidas ao campo biológico. Para isso, discutirei a considerável contribuição que a abordagem antropológica pode proporcionar com suas investigações. Os outros dois pontos do capítulo se concentram em apontar o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil e situar brevemente os serviços de saúde mental no Estado de Alagoas, pois assim podemos compreender, principalmente, a razão pela qual o histórico de internações dos *pacientes* é vasto — era comum escutar dos *pacientes* e também dos *cuidadores* que, ao saírem daquele hospital, iriam seguir para outro. Essa atitude vai de encontro aos preceitos que a Reforma Psiquiátrica propõe, através dos modelos substitutivos que almejam a inserção social, condição que as “instituições totais” (GOFFMAN, 2010) violam.

No meu entendimento, a institucionalização é ainda uma condição fundamental para refletir acerca das sexualidades disciplinadas dos *pacientes*. O grande fluxo de internações corrobora o contexto das políticas da Reforma Psiquiátrica em Alagoas como poderemos ver adiante. Outra discussão apresentada nesse capítulo diz respeito a alguns aspectos históricos sobre a causa e o tratamento da loucura, pois

Acredito que garantir a historicidade do objeto que se investiga não nos obriga a recompor, a cada vez, toda a história da humanidade, mas gosto de historiografia crítica, de datas e anedotas, e vez por outra posso perder-me entre Minos, o Minotauro, e a rebelião do povo grego; entre Constantinopla e as Brumas de Avalon; entre a Revolução Industrial, a queda do muro de Berlim e o *impeachment* de um Presidente da República; tudo para entender o sofrimento psíquico de José da esquina (SAMPAIO, 1998, p.16, grifo do autor).

Como José Sampaio, entendo que o caráter histórico é de suma importância para a compreensão do fenômeno da loucura atualmente, principalmente por nos mostrar como o medo e todos os estereótipos foram construídos. Este registro será mediado por alguns teóricos, em especial por Foucault, que é autor de reflexões seminais no que tange ao fenômeno da loucura. Foucault apresenta análises que vão desde a época do Renascimento até a modernidade, sob um prisma crítico a respeito de concepções naturalizadas que conduziram e até hoje conduzem a psiquiatria. Uma das características importantes no pensamento foucaultiano é a quebra da verdade absoluta.

2.1 – Antropologia e saúde mental

A antropologia da saúde a partir da lógica relativista própria à *expertise* antropológica leva em consideração todos os sistemas médicos e os diversos discursos sobre corpo, saúde e doença. Seu objeto de estudo não se direciona na definição dessas categorias, mas o que, na cultura, os sujeitos a partir de seus valores pensam e vivem (SARTI, 2010).

As décadas após a Segunda Guerra Mundial foram os primeiros momentos em que as ciências sociais começaram a debruçar seus estudos sobre o campo da saúde. Esses estudos iniciais tinham suas investigações calcadas na premissa da relação subordinada dos *pacientes* em relação aos profissionais de saúde que tinham a biomedicina como inconteste. No século XX, esses estudos ganharam um teor crítico, contestaram de maneira veemente a postura do biopoder com sua faceta controladora sobre os corpos. Esse novo olhar trouxe para os *pacientes* um papel ativo dentro da relação. A “voz do paciente” pôde ser ouvida, através de pesquisas que tinham por objeto de investigação as experiências individuais (HERZLICH, 2004). A nova sacada dos estudos sobre a saúde não só colocou em cena aqueles que eram silenciados nas pesquisas — os *pacientes* —, como trouxe uma das importantes contribuições que é oferecer reflexões para além do biocentrismo, compreendendo as significações implicadas nos cuidados à saúde, o que está ou não em jogo na adesão de determinado tratamento.

Um exemplo é a análise feita por Renato Athias (1998) dos itinerários terapêuticos dos Hupde Maku, população indígena do Rio Negro, para o tratamento de doenças contagiosas. De acordo com o autor, a escolha do serviço mais apropriado para a recuperação da saúde dos indígenas é seletiva. Tendo em vista que a pesquisa foi realizada no ano de 1997, seus interlocutores já tinham conhecimento do sistema médico ocidental, apesar das precariedades, como enfatiza Athias.

Embasado por duas pesquisas de caráter epidemiológico, é constatado alto índice de tuberculose entre os indígenas. Uma informação que acompanhou esses dados foi a de que alguns dos Hupde Maku encaminhados para tratamento biomédico fora de seus espaços abandonaram o tratamento. O intento da pesquisa era compreender o motivo que leva os indígenas ao abandono do tratamento. Para isso, foi preciso que o autor entendesse a representação de saúde e doença pela população Hupde. Athias percebeu que, para todos os

seus interlocutores, as doenças têm uma explicação mitológica. Assim, escreveu: “As questões e os elementos aqui apresentados reafirmam que todo o conhecimento relacionado ao corpo, saúde e doença é construído culturalmente, negociado e renegociado num processo dinâmico através do tempo [...] e do espaço social [...]” (ATHIAS, 1998, p.242).

A tuberculose é nomeada pelos Hupde como *baktup’pât* (*cabelo do baktup, cabelo do diabo*). Não sendo associada a doença de branco, é percebida como um malefício decorrente de práticas xamânicas. Quem recebe o malefício morre com os sintomas que a medicina ocidental classifica como tuberculose. Os primeiros sintomas — cansaço, as tosse crônicas etc. — não são percebidos pelos indígenas como produto do *baktup’pât*. Os sintomas são vistos como independentes e têm a ver com o fortalecimento da *hawang*, que, grosso modo, significa *alma*. A ocorrência da doença é maior em adultos e velhos, portanto, a morte já é por eles esperada se seguirmos a lógica do ciclo da vida. Assim, *nau’na’í*, ou seja, “*morreu bem*”; a ideia de que o ciclo foi completo. Destarte, o convencimento de possível tratamento e cura é complicado para os profissionais de saúde. A lógica dos indígenas sobre o *baktup’pât* os leva à não adesão ao tratamento. Sem essas reflexões acerca das significações atribuídas pelos indígenas sobre *baktup’pât* — a tuberculose —, os profissionais recaem em análises preconceituosas, reduzindo os sujeitos à ‘irracionalidade’ por não aderirem ao tratamento.

Outro contexto etnográfico que buscou desenhar a relação médico-paciente está no estudo realizado por João Wawzyniak (2011) sobre a percepção da internação e do ambiente hospitalar por ribeirinhos do Tapajós-PA. Para os ribeirinhos, internar-se implica no distanciamento de “seu lugar”, e isso está estritamente vinculado à interpretação acerca da doença e do tratamento, que implica no convívio com pessoas que lhes são estranhas. Alguns dados são apresentados pelo autor para ilustrar a representação de seus interlocutores diante da situação de internação e o temor de morrer longe de “seu lugar”. Entre eles, encontra-se a situação retratada de uma mulher idosa que parou o tratamento, pois, já que para ela o caso não teria mais solução, o melhor a fazer seria voltar para sua casa e “morrer entre os seus”. Decisão que para os profissionais de saúde é descabida, dotada de ignorância da senhora que se orienta por “tabus” conflitantes com as normas biomédicas (WAWZYNIAC, 2011).

Como salienta o autor, a depender da forma como a prescrição da internação é dada, ela influencia no ânimo do *paciente*, aumenta ou prolonga seu sofrimento. Alguns relatos, principalmente sobre parturientes, mostram o quão, na maioria das vezes, os profissionais de saúde são grosseiros e autoritários. Portanto, conclui o autor: “Tais esquemas culturais precisam ser considerados e respeitados pelos profissionais de saúde, de modo a aprimorar o

acolhimento e tornar os cuidados mais efetivos, sobretudo se se pretende prestar atenção em saúde diferenciada para a população ribeirinha da Amazônia” (WAWZYNIAK, 2011, p.98-99). O entendimento dos profissionais de saúde sobre a significação de um grupo torna-se imprescindível para os processos terapêuticos. Esses estudos ratificam a necessidade da compreensão social e cultural nos processos de saúde e doença de qualquer sociedade.

Portanto, é nesse sentido que a antropologia é considerada a disciplina destinada para refletir sobre a diferença. Com a legitimidade de disciplina científica, ela explica racionalmente a razão ou desrazão dos outros (GOLDMAN, 2006). É embasada nessa prerrogativa que a antropologia da saúde contribuirá para as análises da vivência ‘irracional’ da loucura.

“Que estados ou condições individuais podem ser considerados doentios ou anormais? A loucura sempre implica a plena incapacidade civil de um indivíduo?” (CARRARA, 2012, p.520). A partir de alguns questionamentos, o autor reflete sobre a contribuição que a antropologia fornece para a área do direito, em especial, para a tomada de decisões sobre algumas situações, chamando atenção para os contextos sociais. Assim, os estudos da antropologia da saúde buscam deslocar os sujeitos do engessamento biomédico e objetivo para sujeitos que ocupam espaço numa rede de relações sociais.

Tendo por intento pensar o corpo e a saúde imersos em uma conjuntura social, os estudos no campo da saúde vêm auxiliar a área médica num universo que, para esta, pela formação acadêmica, se restringe à referência de natureza. Todavia, é importante frisar que significações sobre o “território da corporalidade” não são eventos da modernidade. “[...] tanto nas sociedades modernas quanto nas de tipo tradicional, as referências à dor, ao sofrimento, a malefícios infligidos às pessoas e as formas difusas de enfermidade são sinalizadas no plano das emoções” (CUNHA, 2012, p.528).

O sofrimento psíquico, para além do caráter biológico que o classifica enquanto doença, é também um fenômeno que a ultrapassa, na medida em que as concepções de doença fazem parte de um determinado sistema cultural que compreende signos biológicos e sociais. Dessa forma, trata-se de algo que é mais amplo do que a designação médica preconiza. Alcinhado historicamente como loucura, o sofrimento psíquico e suas amarras sociais empregam nos sujeitos que o vivenciam condições de marginalidade. Assim, são julgados enquanto sujeitos inferiores por disporem de um arsenal de adjetivos depreciativos decorrentes da representação social da doença, o que acaba por assujeitá-los, condição que

Goffman (2008) nomeia de “identidade deteriorada”, pois os doentes mentais carregam em suas identidades estigmas como vontade fraca, paixões tirânicas, crenças essas que são falsas e rígidas.

Portanto, “O corpo não deve ser lido apenas à luz de pressupostos biomédicos, uma vez que nem todas as sociedades ou grupos sociais interpretam o adoecimento como um problema estritamente fisiológico” (RINALDI, 2012, p.553). Sob essa perspectiva, podemos pensar a “crise” no mundo psiquiátrico como um fenômeno interpretado de diversas formas: como indicador do pertencimento do sujeito a algum tipo de transtorno mental; ou, em outro contexto, como a incorporação de um espírito, sendo esse sujeito um “embruxado”, e não um ‘louco’. Diferentes mecanismos terapêuticos contribuem para a leitura a respeito das condutas desses sujeitos, categorizadas como doências ou não. A partir de diferentes referenciais culturais, que oferecem diferentes mecanismos de compreensão da chamada loucura, pode-se concluir que a “pessoa” (DUARTE, 1986) não se restringe a fenômenos biológicos do corpo e da mente.

A categoria ‘louco/doido’ relaciona-se à psiquiatria biomédica, conseqüentemente, há necessidade de assistência terapêutica em esfera de igual natureza, o que, por sua vez, aumenta o risco de estigmatização da pessoa. Por outro lado, a categoria “possuído/embruxado” relaciona-se à terminologia dos cultos afro-brasileiros, resultando no direcionamento dos esforços terapêuticos ao tratamento religioso, que atua como fator de proteção de preconceitos em decorrência do que, na outra esfera, é doença. Embora na maioria das vezes essas duas categorias sejam utilizadas para descrever os mesmos comportamentos, a diferença fundamental está no significado social de cada uma delas e nos resultados socialmente produzidos (CAROSO; RODRIGUES, 2008).

Quando um enfoque simplificador pretende estabelecer uma relação direta, mecânica, entre meio ambiente e doença, a Antropologia introduz a mediação do social. Ela mostra como, pelo fato de se organizar em sociedade, de ter a capacidade de pensar seu ambiente e agir sobre ele, o Ser Humano pode modificar o impacto das condições materiais de vida sobre seu corpo. Fatos imateriais (representações, valores, relações sociais) podem revelar-se fatores determinantes para a saúde. (RAYNAUT, 2006, p.155)

É pensando sobre os fatos imateriais, sobre características sociais do adoecimento, que Luiz Duarte (1986) contribui de forma significativa no campo da antropologia da saúde. Ao tratar de categorias como “nervos”, “nervoso” e “nervosinho”, o autor investiga as representações desse universo semântico como campo localizado das classes trabalhadoras a

partir do processo de “urbanização” e “modernidade”. Como bem mostra o autor, vários fatores colaboram para o “nervoso”, que designa:

[...] da maneira mais abrangente possível todas as alterações do estado ‘normal’ da pessoa, que se supõe ser culturalmente definido. Dessas alterações digo serem ‘físico-morais’ para transmitir a impressão de totalidade, de multipresença, de que elas frequentemente se revestem, abrangendo ou atravessando dimensões diferentes da vida dos sujeitos. (DUARTE, 1986, p.13)

Como supracitado, o “nervoso” ocupa diferentes significações na vida das pessoas, contudo, por estar vinculado a um estado ‘anormal’ do sujeito, tomo emprestada tal análise para a compreensão do fenômeno da loucura.

Tal qual o “nervoso”, o sofrimento psíquico diz respeito a inúmeras vivências, classificações e graus. Eram comuns no cotidiano institucional categorizações advindas dos próprios *pacientes* a respeito daquele que, segundo eles, é “doido”: “Tá vendo só, tia, como ela tá em crise? Saí daí, doido!”. São expressões corriqueiras da convivência entre eles. Há os mais “maluquinhos”, os menos, os que fingem etc.; rotulações estas que são compartilhadas pelos profissionais.

Os *pacientes* passam seus dias dentro da instituição, cada um busca, a seu modo, passar o tempo. Alguns com suas manias “bizarras”, como definiu uma técnica de enfermagem que justifica o adjetivo na situação em que, enquanto conversávamos no pátio, passou um *paciente* carregando em seus braços uma bola de futebol meio murcha, sua fiel companheira durante todo o internamento. Ele sempre era visto conversando com seu objeto, parecia ser quem de fato lhe dava atenção por ali.

Essas classificações ficam evidentes ao pensarmos sobre a nomeação de um dos grupos de enfermagem: *Pinel* — que foi uma figura importante na história da saúde mental por ter impulsionado os primeiros passos para o domínio da ordem médica no âmbito da loucura, que se encontrava sem direções propriamente terapêuticas de caráter médico. Sob a influência dos pensamentos de Locke, Philippe Pinel propunha a liberdade dos loucos. Liberdade parcial, pois eram desacorrentados, mas, segundo as ideias do médico, deveriam permanecer no asilo sob um tratamento de isolamento. Para Pinel, esses sujeitos continuarem no asilo não significava a perda da liberdade, mas a busca dela na medida em que o tratamento levaria o sujeito a se desvencilhar da alienação em que vivia em decorrência da vida fora do asilo (AMARANTE, 2007). Sob a regência do ideário ‘libertário’ e tendo a consciência como

finalidade, os *pacientes* que ocupam as enfermarias do *Pinel* são considerados pelos profissionais como mais *conscientes*. Isso indica os diferentes níveis de loucura definidos na estrutura física do local.

Ao relativizar e pôr em evidência ‘verdades’ sobre as vivências do sofrimento psíquico, a antropologia da saúde não tem a pretensão de negar a existência de fatores biológicos nem reduzi-los a mera imaginação. Sampaio escreve sobre essa questão: “[...] não acredito que a doença mental seja um desejável alternativo estado do ser, que seja uma pura construção ideológica de interesses postos em conflito, ou que seja fatalidade inescapável de um biológico para sempre” (SAMPAIO, 1998, p.16). Dessa forma, este trabalho não busca a despatologização, mas, sim, apresentar uma perspectiva diferenciada de fenômenos naturalizados cotidianamente. Como sugere Raynaut:

[...] a Antropologia pode contribuir com as disciplinas da Área da Saúde, e em particular com as disciplinas da Enfermagem, para uma melhor compreensão e melhor resposta aos problemas de saúde, expressando, em poucas palavras, adotando-se uma visão mais próxima da realidade de vida das pessoas, dos grupos, que muitas vezes desaparecem atrás da denominação genérica de “populações”. (RAYNAUT, 2006, p.164)

Desse modo, busco mostrar outras respostas para questões das sexualidades dos *pacientes*, tema que, como pude ver e será melhor discutido no próximo capítulo, é essencializado dentro da instituição. O hospital psiquiátrico é ambiente fortemente marcado por preconceitos que configuram a vida de sujeitos em sofrimento psíquico; por essa razão, é um local onde o biopoder é legitimado de maneira intensa. Elemento fundamental para a compreensão da relação *paciente*-profissional de saúde é o fato de que, em decorrência dos estigmas da doença, os *pacientes* são desacreditados e tudo é reificado a partir das suas ‘características psicóticas’. Como discute Gardou:

Quer seja motora, sensorial, intelectual, comportamental, de ordem congênita ou adquirida, os que são afectados por uma deficiência partilham uma condição comum. Ainda mantidos à margem, enclausurados em categorias, vivem numa espécie de pântano social. Mesmo hoje, em que as nossas representações parecem ter evoluído significativamente, a nossa sociedade continua a fazer da deficiência um estigma, ou seja, uma fonte insidiosa de desvalorização e de rejeição. (GARDOU, 2006, p.58)

Este estudo busca questionar algumas ‘verdades’ no tocante aos serviços dirigidos ao campo da saúde mental, contribuindo para a quebra de paradigmas ainda existentes na prestação de serviços aos *pacientes* psiquiátricos. Entretanto, é preciso sublinhar que, ao destacar o bipoder orientador da relação que os profissionais instituem com os *pacientes*, não quero generalizá-los enquanto meramente opressores e com pretensões negativas. Sobre isso, Paul Rabinow e Nikolas Rose acrescentam:

[...] a reescrita genética da doença mental entraria mais uma vez no campo da verdade, não em nome da purificação da população e da eliminação da degenerescência, mas em nome da qualidade de vida, e até da felicidade. Em cada um destes casos, existe potencial para remoldar a biopolítica da saúde mental, não apenas reescrevendo sua epistemologia com base em linhas biológicas, mas também reconfigurando as relações de conhecimento, poder e perícia que a governam. (RABINOW; ROSE, 2006, p.53)

Sobre o conhecimento e poder que encarregam os profissionais de saúde para o cuidado da vida, “[...] podemos usar o termo ‘biopolítica’ para abarcar todas as estratégias específicas e contestações sobre as problematizações da vitalidade humana coletiva, morbidade e mortalidade, sobre as formas de conhecimento, regimes de autoridade e práticas de intervenção que são desejáveis, legítimas e eficazes” (RABINOW, 2006, p.28). Biopolíticas que se encontram não só no estado, mas também no que o autor chamou de “sub-estado”, através de instituições médicas, fundos de bem-estar, segurança etc., caracterizando assim uma multiplicidade de formas e fontes de poder.

De acordo com Foucault (1988), foi a partir do século XVII que se iniciou a nova perspectiva sobre o poder da vida. Teve como primeira orientação a compreensão do corpo enquanto máquina pela disciplina “anátomo-política do corpo humano”, que tinha a pretensão de adestrar, ampliar aptidões, na extorsão das forças, no crescimento paralelo da utilidade e docilidade dos corpos. Na metade do século XVIII, viu-se uma nova configuração: a “biopolítica da população”; centrada no “corpo-espécie”, na mecânica do ser vivo, com suas dimensões biológicas: nascimentos, mortalidades, longevidade etc. As duas formas primárias de gestão da vida se coadunam para a tecnologia que, segundo o autor, foi grandiosa no século XIX: o “dispositivo da sexualidade”.

A nova configuração sobre a gerência da vida busca a majoração do corpo vivo. O capitalismo foi fundamental no seu desenvolvimento, com a inserção controlista dos corpos na produção.

Pela primeira vez na história, sem dúvida, o biológico reflete-se no político; o fato de viver não é mais esse sustentáculo inacessível que só emerge de tempos em tempos, no caso da morte e de sua fatalidade: cai, em parte, no campo de controle do saber e intervenção do poder. Este não estará mais somente às voltas com sujeitos de direito sobre os quais seu último acesso é a morte [...] (FOUCAULT, 1988, p.155).

Foucault alerta que, apesar de ter caráter controlador, a administração política não subsume a vida exaustivamente com técnicas, pois “ela lhes escapa continuamente” (FOUCAULT, 1988, p.156). É a partir desse ponto que reflito sobre os mecanismos de controle dos profissionais de saúde, contudo, sobrelevando as inúmeras formas de resistência dos *pacientes* perante as regras institucionais. Problematicar a construção da lógica biopolítica se faz necessário por explicar as demandas dos profissionais para o ‘bem-estar’ dos *pacientes* através do poder normalizador.

Sobre a relação entre médicos e *pacientes*, que envolve uma constelação de significados nas práticas de saúde, concepções de doença e outros fatores que estão imbricados nos processos de saúde/doença, Luc Boltanski realizou uma pesquisa na França para entender essas questões. Das características do biopoder que estão engendradas na relação com o *paciente* de classe baixa, o autor escreve:

É em primeiro lugar uma barreira linguística que separa o médico do doente das classes populares, pois a utilização pelo médico de um vocabulário especializado redobra a distância linguística, devida ao mesmo tempo a diferenças lexicológicas e sintáticas, que separam a língua das classes cultas da língua das classes populares (BOLTANSKI, 1989, p.44).

Essa barreira é alargada quando o *paciente* pertence às classes populares, e isso é somado ao diagnóstico psiquiátrico, que, como venho insistindo durante todo o trabalho, engessa o indivíduo na ideia de irracionalidade.

O autor elenca dois tipos de pacientes: os “psicóticos” e os “leigos”. Os primeiros são aqueles que estão ligados às questões do corpo, têm uma atenção apaixonada por tudo que os envolve. Já os pacientes “leigos” não compreendem as questões mais evidentes. Assim, a segunda categoria não é merecedora de esclarecimentos, tendo em vista que não compreendem e parecem nem desejar ser informados. Essa postura foi revelada no hospital quando eu perguntava aos profissionais se os *pacientes* tinham curiosidade sobre seu adoecimento e aqueles me revelavam que, mesmo que dissessem, eles não entenderiam, por

serem “leigos”, como também em decorrência da doença, que “afeta o discernimento” sobre as coisas.

Por essa razão, a pesquisa realizada por Boltanski assevera a razão que torna a procura por curandeiros interessante, pois

[...] o curandeiro utiliza uma linguagem imediatamente acessível aos membros das classes populares e fornece explicações que contêm representações da doença que despertam alguma coisa no espírito dos membros das classes baixas: as representações da doença que o curandeiro tem são efetivamente próximas das representações latentes dos membros das classes populares, sendo as diferenças entre umas e outras mais de ordem quantitativa do que qualitativa [...] (BOLTANSKI, 1989, p.61).

Assim, a forma como o biopoder se apresenta e as táticas que os profissionais se utilizam para o exercício de suas profissões estão estritamente relacionadas com a adesão ao tratamento.

2.2 – A “loucura” e a Reforma Psiquiátrica

A partir da reflexão proporcionada por Foucault, somos conhecedores de uma linha de interpretações acerca da loucura. Na sua arqueologia, Foucault faz sua primeira parada por volta do século XII, quando a causalidade da loucura estava, naquele contexto histórico, associada às questões sobrenaturais. As quimeras do sujeito advinham da natureza, eram provenientes dos mandados dos deuses, de outra ordem que não a humana. Por muito tempo, pensou-se que a loucura era causada por essas questões. Mas, já nos fins do século XVI e início do século XVII, a interpretação ganhou uma nova roupagem e passou a ser o meio social a causa maior da loucura, caracterizada enquanto produto da sociedade; sendo assim, para sua cura, o sujeito teria que ser submetido ao enclausuramento. Já que é a vida em sociedade que o desestabiliza, faz-se necessário seu afastamento do mal que o ofende para que assim seja recuperado. “Agora, ele vai destacar-se sobre um fundo formado por um problema de ‘polícia’, referente à ordem dos indivíduos na cidade. Outrora ele era acolhido porque vinha de outro lugar; agora, será excluído porque vem daqui mesmo [...]” (FOUCAULT, 2013, p.63).

Assim, o primeiro depositário que os loucos habitaram, nos fins do século XVI e início do século XVII, não tinha o sentido de tratamento que entendemos hoje. Eles e tantos outros sujeitos que, por ofenderem ao princípio de normalidade, eram jogados em locais dirigidos aos marginais, no intuito tão-somente de excluí-los do meio social. Eram excluídos porque a sociedade era a causa do seu estado ‘anormal’, portanto, fazia-se necessário seu isolamento, mas, uma vez isolados, não dispunham de mecanismos para a recuperação de seu estado ‘normal’. Isso remonta à história de exclusão de grupos sociais.

Os leprosos têm destaque na história de exclusão social por formarem a primeira classe oficialmente expulsa em razão da higienização social. Contudo, a regressão da lepra registrada no século XIV não foi fruto de práticas médicas para sua cura, mas “o resultado espontâneo dessa segregação e a consequência, também, após o fim das Cruzadas, da ruptura com os focos orientais de infecção” (FOUCAULT, 2009, p.5-6). Destarte, com o desaparecimento do contingente de leprosos, outros atores passaram a assumir o protagonismo da exclusão: os sujeitos com doenças venéreas.

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e ‘cabeças alienadas’ assumirão o papel abandonado pelo lazarento [...] (FOUCAULT, 2009, p.6).

As doenças venéreas, no decorrer do século XVI, assumiram o posto dos leprosos. No século XVII com influência do tratamento calcado no isolamento, a doença venérea é afastada em certa medida do cenário médico e se junta a outro fenômeno: a loucura, que surge como novo espantalho das mazelas sociais. Ao retratar a história da loucura, Foucault apresenta um instrumento importante no transporte dos loucos para o afastamento do meio social: a nau dos loucos; importante mecanismo para a promoção da limpeza social, as naus eram “barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra” (FOUCAULT, 2009, p.9).

A água e a navegação têm realmente esse papel. Fechado o navio, de onde não se escapa, o louco é entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos, a essa grande incerteza exterior a tudo. É um prisioneiro no meio da mais livre, da mais aberta das estradas: solidamente acorrentado à infinita encruzilhada. É o passageiro por excelência, isto é, o prisioneiro da passagem. E a terra à qual aportará não é conhecida, assim como não se sabe, quando desembarca, de que terra vem. Sua única verdade e sua única pátria são essa extensão estéril entre duas terras que não lhe podem pertencer (FOUCAULT, 2009, p.12).

Alguns barcos, de acordo com o autor, são de origem fictícia, porém, ele afirma a existência de um: *Narrenschiff*. Como era costume na cidade alemã de Frankfurt, em 1399, marinheiros eram encarregados de libertar a cidade dos loucos que por lá passeassem nus.

No século XVII, criaram-se vários espaços de internamento. Em Paris, por exemplo, várias pessoas tiveram a experiência de confinamento. As justificativas que levaram essas pessoas a serem internadas são as mais variadas (FOUCAULT, 2005). Poderemos ver, adiante, essa mesma dinâmica no Brasil. A criação do hospital Geral em Paris foi só mais um acontecimento que legitimou o poderio daqueles que se viam enquanto ‘normais’. Com a proposta de exclusão, o hospital não se assemelhava à representação que temos hoje do que seja esse espaço voltado para o cuidado, ambiente medicalizado. Ao contrário, antes era uma instituição de marca filantrópica, lugar em que os médicos não eram os protagonistas, onde a função primordial centrava-se no abrigo para pessoas marginalizadas pela sociedade.

Entre tantas ideias que habitaram o universo psiquiátrico, está a crença considerada de caráter científico defendida por psiquiatras de que a doença mental tem a transmissão genética como principal característica. Essa situação legitima as representações que veremos no próximo capítulo acerca da vivência afetivo-sexual dos sujeitos ‘loucos’. Dessa forma, o que combate a ‘proliferação’ da doença se faz pertinente. Como apresenta Mota:

Os psiquiatras acreditavam não apenas que as doenças mentais tinham componentes biológicos e genéticos, mas também que tendiam a piorar à medida que eram transmitidas de geração para geração, causando a degeneração progressiva das árvores genealógicas e da população como um todo. Para eles, a degeneração era mais que uma doença individual: tratava-se de uma ameaça social (MOTA et al., 2009, p.1).

A partir dessa concepção, no Brasil, em 1923 no Rio de Janeiro, foi criada, pelo psiquiatra Gustavo Riedel, a Liga Brasileira de Higiene Mental, composta por importantes psiquiatras do país e que tinha por intento a melhoria no tratamento aos doentes mentais. Com influência nas ideias alemãs, francesas e norte-americanas, a Liga seguiu orientações que tinham por finalidade a ‘normalização’ da sociedade brasileira. Com princípios da eugenia e da higiene mental, influenciados pela lógica capitalista, pretendiam cooperar para a formação de uma nação próspera, moderna e mais saudável (MOTA, 2009).

Rose (2001) nos apresenta também um panorama da perspectiva eugenista no início do século XX. Por volta de 1920 e 1930, as leis de esterilização que eram embasadas na ideia de transmissão hereditária foram sancionadas em muitos estados dos Estados Unidos, na Suíça, Dinamarca, Finlândia, Alemanha, Noruega, Estônia, Islândia, México (Vera Cruz), Cuba, República Tcheca, Lituânia, Letônia, Hungria e Turquia.

Os programas de eugenia usaram uma combinação de incentivo e compulsão para modular o desejo ou habilidade para procriar — aqueles julgados por ter doenças hereditárias, serem perturbados, mentalmente debilitados ou fisicamente defeituosos, aqueles que são considerados habitual ou incorrigivelmente imorais ou antissociais, especialmente aqueles culpados de crimes sexuais e alcoólatras (ROSE, 2001, p.4)²¹.

Portanto, a partir da lógica eugênica, as pessoas que tivessem algum tipo de desvio aos parâmetros de normalidade eram controladas por serem compreendidas como problema.

Outro autor que faz menção à concepção de hereditariedade é Duarte (1986) ao tratar das qualidades “degenerativas” e sua relação com o “sangue ruim”, importante elemento em suas reflexões acerca do “nervoso”. O pensamento de que distúrbios, sejam eles físicos ou morais, são transmitidos geneticamente, Duarte exemplifica com as crianças que padecem do estigma e a representação de futuro fadada ao fracasso por serem frutos de sangue de má “qualidade”. Sobre a “qualidade” do sangue:

[...] deve-se levar em conta todo um núcleo de representações a respeito do *sangue ruim*, que se distingue do *sangue fraco*, embora possa acarretá-lo em sua progênie. É um dos níveis em que a imbricação físico-moral mais explicitamente se revela, uma vez que essa categoria tanto pode enfatizar o lado “moral” negativo de uma avaliação relativa a uma família ou a um grupo de parentesco, como pode enfatizar em um determinado sujeito o fato de estar “contaminado” por determinadas doenças ou “estragado” pelo abuso da bebida ou de drogas (DUARTE, 1986, p.149, grifos do autor).

A eugenia, a ideia de transmissão e preconceitos que nortearam a “história da loucura” no mundo se fez presente também no espaço brasileiro como os mecanismos utilizados para expulsar os indesejados. A nau, por exemplo, não se fez presente somente em contexto estrangeiro. Como nos conta Daniela Arbex (2013), a nau no Brasil teve sua representação nos trens que atravessaram a maior parte do século XX levando os sujeitos para internação no

²¹ Texto original: ROSE, Nikolas. **The Politics of Life Itself**. (SAGE, London, Thousand Oaks and New Delhi), Vol. 18(6), 2001.

maior hospício do Brasil, localizado em Barbacena/MG. A autora nos conta que cerca de 60 mil pessoas tiveram suas vidas ceifadas entre os muros do hospital conhecido como “Colônia”. Ainda sem caráter exclusivamente medicalizado, pois tinha a exclusão como principal intento, e não a busca pelo tratamento/cura, o espaço foi habitado por inúmeras pessoas.

Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças (ARBEX, 2013, p.14).

A obra de Arbex é marcada por sofridas histórias que se passaram dentro dos muros do hospício, verdadeiro “holocausto brasileiro”. Alguns hoje estão vivos para contar suas narrativas e mostrar-nos que o que parece ficção de um filme de terror um dia foi vivido por eles. A autora conta que, desde o início do século XX, era comum a falta de critério para internação e os diagnósticos não seguiam método científico para tal, o comum era a padronização do sujeito esquizofrênico até o que sofresse de tristeza. O propósito das internações seguia a lógica de limpeza social. O intuito era “livrar a sociedade da escória, desfazendo-se dela, de preferência em local que a vista não pudesse alcançar” (ARBEX, 2013, p.26). O número de indesejados socialmente cresceu de forma tão avassaladora que o hospício projetado para abrigar 200 pessoas, em 1930 contava com 5 mil coexistindo da forma mais desumana possível. Com o crescimento exorbitante do contingente de pessoas, foi sugerido que as camas dessem lugar ao capim — tática para economizar espaço e alojar mais pessoas. O modelo serviu de referência para outros espaços nos anos de 1959 no país.

O livro-reportagem de Arbex nos mostra o quanto o lado sombrio da “história da loucura” não é ficção nem foi escrito num momento tão longínquo. A história de Antônio Gomes da Silva, um dos interlocutores que sobreviveu à barbárie vivida no Colônia, ilustra o quanto aquelas pessoas eram assujeitadas socialmente. Internado a mando de um delegado no dia 3 de janeiro de 1969, o que se sabe é que a justificativa de sua prisão se deu pelo desemprego somado à bebedeira e ao descontrole de seus negócios. Foram 34 anos de encarceramento, Antônio fala baixo e, do tempo de internamento, 21 anos manteve-se calado. Era considerado mudo pelos profissionais. Ao ser questionado o porquê, não disse que falava,

responde: “Uai, nunca ninguém perguntou” (ARBEX, 2013, p.33). A história de Antônio é uma de tantas negligenciadas pelo universo psiquiátrico.

O caso do hospital de Barbacena/MG como outros no Brasil culminou na busca por uma Reforma Psiquiátrica, tendo em vista tanto o tratamento desumano prestado às pessoas como também as internações desenfreadas e descompromissadas que aconteciam como contou Arbex (2013). A Revolução Francesa trouxe como lema “Liberdade, igualdade e fraternidade”, e, a partir dessa perspectiva, a condição civil do sujeito alienado — que não deixa de ser percebido enquanto destituído de razão — passa por uma reformulação na lógica excludente, assim não contraria a ideologia de liberdade pregada.

A década de 1970 é apontada como o período em que aparecem os embriões da busca pela reforma no sistema manicomial. É quando surgem as denúncias acerca da privatização dos serviços psiquiátricos, do tratamento hospitalocêntrico e desumano, até então silenciadas nas instituições. Esse mal-estar culmina na constituição do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM. A Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporânea ao surgimento do Movimento Sanitário, este que teve como proposta a transformação dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde; a busca por uma saúde coletiva, pela equidade na promoção dos serviços; e o protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

Porém, vale o registro que já nos fins da década de 1940, Nise da Silveira – psiquiatra alagoana referência para os estudos de saúde mental – após ser liberada da prisão política, iniciou as atividades que hoje são preconizadas pela Reforma Psiquiátrica. A Humanista, como gostava de ser chamada, atuava em ateliers e núcleos de atividades da Seção de Terapêutica Ocupacional de Engenho de Dentro – conhecido como hospital da Praia Vermelha no Rio de Janeiro. Nise se negava utilizar tratamentos ofensivos para seus “clientes” como eletrochoques, insulinoterapia etc; como era de costume da época. Foi precursora das atividades lúdico-terapêuticas. Era conhecida como a “dama do inconsciente” por buscar ir até às profundezas do inconsciente de seus “clientes”, saindo da zona biocêntrica. Fundou em 1956 a Casa das Palmeiras – considerada a primeira “clínica dia” no Brasil – onde seus “clientes” passavam o dia em atividade e no final do expediente voltavam para suas casas, ocupando-os seu intento era de evitar reinternações. Para a psiquiatra, o fundamental era valorizar o lado saudável do sujeito, e não procurar sintomas para adoentá-lo ainda mais (HORTNA, 2009). Bernardo Horta traz uma fala ilustrativa sobre a visão que Nise tinha dos “clientes”:

Ora, se você observa com desprezo o doente mental, só enxergará tristeza, miséria, decadência. No entanto, se você for mais além e conseguir olhar o outro lado do ser, descobrirá tesouros maravilhosos, incalculáveis... como eu não sou boba nem nada, decidi olhar o lado mais rico. Foi exatamente desta riqueza que nasceu meu trabalho. (NISE apud HORTA, 2009, p.96).

Contudo, só em 1987 é documentado oficialmente o primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo. A primeira ação efetiva para reformulação do modelo hospitalocêntrico vigente que contribuiu para uma visão positiva das críticas dirigidas às medidas de atenção aos *pacientes* psiquiátricos. Outro movimento colaborativo para a reformulação dos serviços foi, em 1989, a intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local considerado de tratamentos desumanos e causador de morte aos *pacientes*. A repercussão nacional desse caso manifestou a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva do hospital psiquiátrico.

O ano de 1989 é um marco na história da saúde mental brasileira. É quando é dada a entrada no Congresso Nacional do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que se dedica à regulamentação dos direitos da pessoa que vive com transtornos mentais e à extinção progressiva dos manicômios. O movimento da Reforma Psiquiátrica tem, com essa proposta de lei, a inauguração nos campos legislativo e normativo.

O Projeto de Lei Paulo Delgado inspirou os movimentos sociais, a partir do ano de 1992, na busca e aprovação em vários Estados das primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos em favor de uma rede integrada de atenção à saúde dos sujeitos que vivenciam algum tipo de transtorno mental. É salutar apontar que os primeiros passos dados em prol de melhor assistência na saúde mental dizem respeito aos *pacientes* com transtornos mentais; o uso e abuso do álcool e outras drogas não tinha a visibilidade que vemos hoje. É nesse período que a política para a saúde mental começa a ser mais bem definida. Porém, só em 2001, após quinze anos de criação, é que a lei é sancionada no Brasil.

Alguns acontecimentos foram fundamentais para o investimento e reformulação de modelos manicomial. O caso de Damião Ximenes é um exemplo: *paciente* morto, de acordo com denúncia da família, decorrente dos maus-tratos ocorridos em outubro de 1999 em um hospital psiquiátrico de Sobral/CE. O caso teve grande repercussão internacional,

contribuindo para a criação, em 2006, de um importante espaço de fiscalização, que é o Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental, sob a Portaria Interministerial nº 3.347, de 29 de dezembro de 2006. Outros ambientes de fiscalização dos estabelecimentos asilares se proliferaram após a condenação do Brasil por violação de direitos humanos pela Convenção Interamericana sobre Direitos Humanos – Convenção IDH (SILVA, M. B., 2013).

A Reforma Psiquiátrica é um movimento de suma importância nas discussões referentes ao sofrimento psíquico, uma vez que põe em xeque, principalmente, o cuidado desumano até então “legalizado” nas instituições de saúde. Porém, é sabido que ainda existem representações moralistas que circundam a loucura e reificam os sujeitos a uma espécie de erro da razão.

2.2.1 – Saúde mental em Alagoas

Em Alagoas, Estado em que desenvolvi meu estudo, a Reforma Psiquiátrica caminha a passos lentos. Por essa razão, poderemos entender por que o fluxo dos *pacientes* nos hospitais psiquiátricos é tão recorrente. Esse mapeamento se faz necessário para o conhecimento das peculiaridades do público-alvo a que essa investigação se destinou.

Tendo em vista que para a desospitalização é preciso que o Estado disponha de um arsenal substitutivo de assistência como são os CAPSs – espaços onde o *usuário* passa o dia em tratamento com atividades lúdicas, grupos terapêuticos de várias ordens; que têm por principal característica a busca da reinserção social dos pacientes ao não mantê-los internados.

Primeiramente, é preciso retratar de que forma se dá a composição dos CAPSs. De acordo com o Ministério da Saúde, eles são definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional (BRASIL, 2002). Para isso, abaixo apontaremos algumas das características gerais que os compõem:

- CAPS I – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes. Funciona no período das 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana.
- CAPS II – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70 mil e 200 mil habitantes.

Funciona das 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até as 21 horas.

- CAPS III – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200 mil habitantes. Constitui-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana.
- CAPS i II – Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200 mil habitantes.
- CAPS ad II – Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70 mil habitantes.

Em anexo, trago algumas tabelas que mapeiam as modificações da rede extra-hospitalar de saúde mental. O anexo B refere-se à tabela que vai do ano 2002 a 2011 sobre o quantitativo de CAPS existentes no Estado, sendo 47 no ano de 2011, entre eles dos tipos I, II, III, i, ad, ad III.

O percentual de cobertura dos CAPS do Estado alagoano é de 0,90; segundo o Ministério da Saúde, é uma boa cobertura. A classificação é considerada assim para os Estados que se encontram com o indicador acima de 0,70 CAPS/100.000 habitantes (BRASIL, 2012). Mesmo sem ter quantificado na tabela CAPS III, que oferece serviço 24 horas e viabiliza a redução de internações em hospitais psiquiátricos, o serviço no Estado é considerado bom. Esses dados são da última edição do documento *Saúde Mental em Dados*, publicação que quantitativamente qualifica os Estados nos serviços de saúde mental. Até então, o Estado de Alagoas não dispunha de nenhum CAPS III, porém, em maio de 2013 foi inaugurado na capital um CAPS do tipo “ad” III que tem suporte para atender em média 80 dependentes químicos que fazem uso de crack, álcool e outras drogas diariamente. Sobretudo, os *pacientes* diagnosticados com transtorno mental que não se enquadram no tratamento do CAPS ad continuam desassistidos pela proposta substitutiva, e os hospitais psiquiátricos continuam sendo a opção mais viável para a situação de crise.

Outro dado que aponta a incipiência do Estado nos mecanismos alternativos é o número de leitos ainda existentes nos hospitais psiquiátricos (ver anexo C). Alagoas é um dos

Estados que proporcionalmente têm maior quantidade de leitos distribuídos entre os cinco hospitais, quatro na capital e um no interior do Estado. Dos 880, total de leitos enumerados, o hospital psiquiátrico ao qual essa pesquisa se refere detém 280.

No entanto, além da ausência de CAPS III, o Estado ainda se ressentia da ausência de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, uma das alternativas propostas pela Rede de Atenção às Urgências prevista pela Portaria nº148/12. A Política Nacional de Saúde Mental indica que a internação, apenas quando necessária, seja por predileção nos hospitais gerais, de maneira articulada e como retaguarda aos serviços de acompanhamento longitudinal (BRASIL, 2012, p.20). Dessa forma, Alagoas conta com defasagem na prestação dos serviços substitutivos, pois como podemos ver (anexo D) não existem leitos no hospital geral do Estado.

A carência dos serviços substitutivos da Rede de Atenção Psicossocial é estendida com a ausência de Serviço Residencial Terapêutico – STR em Alagoas (ver anexo E), serviço destinado a pessoas internadas por longo período em hospitais psiquiátricos que não contam com suporte comunitário, sendo, assim, alternativa de moradia. O STR serve de apoio também a usuários de outros serviços de saúde mental, que não dispõem de suporte familiar e social que garantam espaço adequado de moradia. O SRT é definido como

[...] casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. O número de usuários pode variar desde 1 indivíduo até um pequeno grupo de no máximo 8 pessoas, que deverão contar sempre com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um. O suporte de caráter interdisciplinar (seja o CAPS de referência, seja uma equipe da atenção básica, sejam outros profissionais) deverá considerar a singularidade de cada um dos moradores, e não apenas projetos e ações baseadas no coletivo de moradores (BRASIL, 2004b, p.6).

Ribeirão Preto, Porto Alegre e Campinas foram as primeiras cidades a desenvolverem STRs, com o intuito de inserir pessoas egressas de longas internações em hospitais psiquiátricos em residências e assim quebrar com o costume de isolamento como principal tratamento. Em 2000, foi lançada a Portaria 106/2000 do Ministério da Saúde, que oficializou o modo de operar e o financiamento das residências (FURTADO; CAMPOS, 2011).

A falta de uma Rede de Saúde Mental no Estado de Alagoas tende a explicar as recorrentes internações dos *pacientes*. É muito comum — como pude perceber no hospital que investiguei — a grande frequência dos *pacientes* nas instituições de internação

prolongada. Passam a maior parte do tempo de sua vida internados; quando recebem alta de um hospital, logo são encaminhados pelos *cuidadores* a outras instituições. Essa situação causa desconforto em alguns profissionais, que, por tentativas muitas vezes fracassadas, empenhavam-se em convencer os responsáveis de que os *pacientes* precisavam viver integrados na sociedade.

A procura pelos serviços dos hospitais psiquiátricos demonstra o quanto o sistema de atenção psiquiátrica substitutiva no Estado é insuficiente e preso ao tratamento hospitalocêntrico. Em Santos (2012), essa característica foi apresentada pela peculiaridade que o CAPS pesquisado apresenta, por ter vínculo institucional e geograficamente favorável para isso. O campo de pesquisa funciona ao lado do hospital psiquiátrico estadual, dessa forma, as internações dos *usuários* são frequentes e facilitadas²².

A respeito da problemática levantada acima: por que a internação em hospitais psiquiátricos ainda é tão utilizada para o cuidado de *pacientes* psiquiátricos?, Flávia Blikstein (2012) discute sobre a mesma questão em sua dissertação de mestrado em psicologia. Tendo como objeto de pesquisa a “produção de crianças loucas”, a autora vê na deficiência do funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial uma das razões fundamentais para isso e faz a seguinte indagação:

[...] se conhecemos os malefícios da institucionalização e temos tecnologia, legislação e incentivo financeiro para substituir o modelo hospitalocêntrico, por que crianças e adolescentes continuam sendo encaminhados para internações em hospitais psiquiátricos? (BLIKSTEIN, 2012, p.14).

Destarte, como defende Blikstein, é preciso o aparato legislativo e físico. Contudo, é necessário que se façam valer todas essas alternativas de tratamentos que fujam do modelo excludente dos hospitais, tendo em vista que o tratamento ofertado pelos hospitais é longo, afastando os *pacientes* do convívio social por meses.

2.3 – “E se o hospital fechar?”

A partir dos dados estaduais que revelaram a ineficiência do modelo substitutivo, pensemos um acontecimento que afligiu tanto profissionais quanto *cuidadores*: a

²² “Usuário” é a categoria utilizada pelos nativos para se referirem aos *pacientes*. Segundo os informantes, esse é um dos exercícios para desnaturalizar o campo da saúde mental, pois *usuário* sugere a ideia de agência dos sujeitos ao mesmo tempo que os desloca da doença como o centro de suas vidas.

possibilidade de fechamento da instituição. “E se o hospital fechar? Para onde vão os pacientes?” A preocupação do desemprego angustiava.

O que restaria das cinco décadas de vida da instituição? Meu trabalho seria então um importante registro sobre a instituição que fez parte da vida de tantas pessoas. Como descreveu Clifford Geertz sobre a *expertise* do antropólogo, “O etnógrafo ‘inscreve’ o discurso social: ele o anota. Ao fazê-lo, ele o transforma de acontecimento do passado, que existe apenas em seu próprio momento de ocorrência, em um relato, que existe em sua inscrição e que pode ser consultado novamente” (GEERTZ, 2013, p.14).

Chego à tarde para mais um dia de pesquisa, enquanto guardo meus pertences na portaria como de costume, escuto conversas entre dois técnicos de enfermagem e o porteiro sobre o assunto que, de acordo com eles, foi o mais comentado durante toda a manhã: “O hospital vai fechar!”. Algumas especulações sobre o que havia levado a direção a tomar tal decisão norteavam a conversa. Fiz-me presente por alguns minutos na conversa tentando entender a história. A principal suspeita dizia respeito à falência da empresa.

Durante todo o período da tarde, por onde eu passava o assunto era o mesmo. Alguns já pensavam em estratégias de sobrevivência, tendo em vista que só tinham aquele emprego e a possível dificuldade em encontrar outro emprego devido à idade já ‘avançada’; outros poucos discutiam sobre como seria a vida dos *pacientes* que frequentemente faziam uso do serviço e os que lá residem. A cidade comporta mais três hospitais psiquiátricos, dois de iniciativa privada e outro estadual — segundo boatos de alguns profissionais e *cuidadores*, será o próximo a ter seus serviços reformulados — e apenas três CAPS. Assim, questionavam: “Para onde vão essas pessoas?”.

Situação bem próxima a essa foi relatada por Souza e Eulálio (2011) sobre o descredenciamento do SUS do maior hospital psiquiátrico da cidade de Campina Grande/PB em 2005. Instituição que contava também com alguns *pacientes residentes* que já tinham o vínculo familiar destituído, alguns com até 40 anos de vivência no hospital. As autoras apresentam a situação desconfortável que os *cuidadores* sentiram com a notícia, da mesma forma que meu campo de pesquisa mostrou. Nesse caso, como no campo de pesquisa que investiguei, a desospitalização parece ser entendida como desassistência e, por essa razão, causa medo de desamparo institucional para os *cuidadores*. As autoras relatam que, mesmo diante da precariedade no serviço prestado, alguns familiares se mostraram a favor do não

fechamento do hospital, por desacreditarem que, na prática, as políticas públicas de substituição do modelo hospitalocêntrico pudessem funcionar.

Nessa perspectiva, trago o exemplo de Dona Clara, uma das integrantes da AFADM/AL, que tem seu filho internado há um bom tempo. Quando a encontrava, ela sempre se lamentava por não saber como lidar com o *paciente* em casa. Contava-me que a situação estava tirando seu sono e a deixando adoecida. A convivência com o filho é bastante conflituosa. Ele não a percebe enquanto mãe, alimentando grande desconfiança da senhora. Não come nada que venha de suas mãos por acreditar que são comidas envenenadas, ou seja, que contenham remédios. Como me falou, para acalmá-lo, desmanchava os comprimidos e colocava-os dentro do pão, até que ele descobriu sua estratégia e não aceita mais nada que venha dela.

Dona Clara, como tantos outros, entrou em desespero ao saber do fechamento do hospital. Para muitos *cuidadores*, caso isso aconteça, será um grande dano. É sabido que, para muitos, o hospital serve como depósito e, por mais que sejam criados CAPS na cidade, com a cobrança advinda dos que lutam pela Reforma Psiquiátrica, esses não atenderão às diretrizes que hoje são exercidas pela instituição, como o internamento de longa duração.

Foram alguns dias de especulação sobre a real situação da instituição, mas ninguém tinha informações concretas. Depois de alguns dias, a direção anuncia que o prédio possivelmente seria arrendado pela prefeitura de Maceió/AL para alocar um centro de atenção para dependentes químicos. Os profissionais até então se queixavam por não haver uma posição dos diretores e sofrerem com a falta de informações. Duas vezes presenciei uma equipe da Secretaria de Saúde fazendo alguns levantamentos e medições na instituição. Outras vezes, escutava dos profissionais os relatórios dessas visitas. Findei a pesquisa, e as angústias ainda persistiam sobre se de fato a história do hospital acabaria neste ano.

Essa situação dialoga com os dados sobre a carência de uma Rede de Atenção Psicossocial que efetivamente funcione em Alagoas. A possibilidade do fim do hospital causa apreensão nos *cuidadores* e profissionais preocupados com o futuro dos *pacientes*, que, sem uma rede de tratamento eficiente, ficarão abandonados.

2.4 – Contenção

Esse tópico está vinculado ao anterior por trazer um dos dados mais importantes do campo: o tratamento com a contenção. Seria ele desumano? Terapêutico? As possibilidades da desospitalização tirariam os *pacientes* dessas amarras cotidianas?

A chegada ao serviço, além de marcada pelas tensões, caminhava junto à curiosidade de conhecer os pormenores característicos dessas instituições. O mecanismo de contenção utilizado nessa instituição — grandes faixas resistentes de algodão branco, por exemplo, utilizado pelos profissionais para o controle dos *pacientes* — foi o primeiro choque. Acreditava que esse tipo de tratamento não existisse mais. Seus usos pelo serviço revelam caráter disciplinador, como se poderá ver.

No momento em que presenciei *pacientes* amarrados a cadeiras e camas, fiquei bastante comovida e, com o olhar espantado, não devo ter sabido disfarçar tal incômodo. Esses primeiros contatos com o novo foram acompanhados por uma enfermeira, que, ao ser questionada sobre em quais situações a contenção se fazia necessária, me respondeu que tem finalidade terapêutica para aqueles que transgridem regras e se mostram muito hostis a se manterem na E.P, lugar destinado ao uso da contenção; porém, defende que essa não é uma situação corriqueira. Seu uso acontece também para aqueles com dificuldades clínicas: alguns *pacientes* residem no setor de Intercorrência Clínica – I.C, para facilitar a assistência, alguns desses com problemas clínicos por dificuldade em deambular, por exemplo, são amarrados às cadeiras²³.

Um caso tido como exceção é o de Letícia, que é *paciente* residente na I.C, diagnosticada com esquizofrenia hebefrênica, 36 anos, branca, olhos verdes, mãe e irmãos falecidos, seu pai também residente do hospital. Diariamente, é castigada por entopir as bacias sanitárias com objetos. Embora o I.C conte com a presença de um técnico de enfermagem 24 horas, a contenção com as resistentes faixas de pano que limitam a paciente é percebida como necessária. Poucas são as horas que Letícia se vê livre, apenas quando vai para a sala da T.O pela manhã e na consulta individual com a psicóloga. Vale a observação de que Letícia é a única *paciente* que semanalmente tem atendimento individual com a profissional. Pela falta de atenção nos *grupos* característica da *paciente*, a psicóloga abriu uma exceção e, como dito em sua apresentação do estudo de caso de Letícia em uma reunião com os estagiários para a qual

²³ Ver figura ilustrativa do setor no apêndice C.

fui convidada, esse é um artifício para desvincular a *paciente* do aprisionamento — algo já reclamado por ela, mas que não obteve amparo por parte de alguns colegas de trabalho que percebem sua contenção diária como imprescindível.

A situação da *paciente* mexia comigo, pois todas as vezes que entrava no setor e ela encontrava-se presa, clamava: “Por favor, tia²⁴, me solte!”, mostrando os ferimentos que a amarração lhe causava. Uma das razões que me levou aqui a apontar o diagnóstico de Letícia diz respeito às inconstâncias atribuídas ao seu adoecimento; sendo assim, para alguns profissionais, o controle sobre a *paciente* se justifica. Marcio Paes et al. (2009) apontam algumas diretrizes necessárias ao uso da contenção:

O uso de medidas restritivas deve ter sempre a finalidade terapêutica e, portanto, serem incluídas no plano de tratamento ou projeto terapêutico do paciente bem como cumprir os seguintes critérios: indicação individualizada e tempo limitado. É imprescindível a integração da equipe multidisciplinar na discussão e descrição dos critérios necessários para utilizar uma técnica de cuidado em saúde mental (PAES et al., 2009, p.480).

A partir do caso de Letícia, percebemos que tais instruções não são levadas em consideração. Tendo em vista a grande parte do dia que passa amarrada a depender da bondade do profissional técnico de enfermagem do dia e a falta de comunicação entre profissionais quando, por exemplo, a psicóloga propôs revisão do seu caso. Assim, a contenção não cumpre com sua principal função, que é ser terapêutica.

Outra situação que nos mostra o quanto a contenção alcança inúmeras marcas controlistas é a da *paciente* Carla, 36 anos, negra, não é residente da instituição, mas conta com um longo histórico de internações, é apontada como agressiva²⁵ e namoradeira. Estava contida em um leito na I.C por estar com um dos membros inferiores fraturado, violência cometida por outro *paciente* — de acordo com ela, ele queria ter relações sexuais e ela não consentiu, por essa razão ele a agrediu. Era amarrada sob o argumento de que solta dificultava sua recuperação por não se comportar de maneira para não magoar-se, como também por sua agressividade. Em uma das visitas que realizei ao setor, uma profissional me falou: “Tá vendo

²⁴ “Tia” é uma categoria bastante usual pelos *pacientes* para reportar-se a qualquer pessoa que não seja enquadrada como ela na posição de *paciente*. Independentemente de idade ou de ser ou não profissional da instituição.

²⁵ Esse adjetivo encontra-se escrito em uma fita adesiva na capa de seu prontuário que informa: “Agressividade”.

essa aí, tem que estar contida porque é danada e agressiva”. Carla prontamente retrucou em minha direção: “Tia, se eu fosse agressiva, eu já tinha dado na senhora, né?”.

O cotidiano institucional é marcado fortemente por tensões. De um lado, profissionais que se valem de artifícios como a contenção para manutenção da ordem; de outro lado, *pacientes* que, por viverem em situação de permanente vigília, transgridem regras — como dito por uma psiquiatra: “Quem não enlouquece preso aqui 24 horas, por dias que, muitas vezes, são intermináveis?”.

A contenção é um forte controle físico em que *pacientes* buscam vários mecanismos para sua soltura. Letícia várias vezes buscou negociar comigo para que eu a soltasse, mostrava-me as marcas que uma vida de contenção lhe trouxe, prometendo que não desobedeceria mais e tampouco entupiria as bacias sanitárias. Além das marcas em seus braços, a *paciente*, como tantos outros, padece das amarras simbólicas cotidianamente por terem seus direitos de escolha e de ir e vir tolhidos.

Outro elemento que é importante sublinhar são os níveis de gerência da contenção. Em alguns casos, os *pacientes* são amarrados pelos braços, pernas e tórax, de maneira que mal conseguem levantar a cabeça. Suplicam para serem soltos, o profissional avalia se é merecido que tenha o castigo amenizado: sendo ajuizado de maneira positiva, as faixas são diminuídas, sendo postas apenas nos braços, por exemplo, a depender do agravo cometido por ele.

Em pesquisa realizada com enfermeiros e auxiliares de enfermagem em um hospital psiquiátrico de Curitiba, Paes et al. apresentam a posição dos profissionais em relação ao uso do mecanismo de contenção:

Os sujeitos percebem a contenção física como terapêutica e que deve ser utilizada em situação de agitação psicomotora, agressividade ou quando há a necessidade de estabelecer limites. Para eles, na maioria das vezes, obtêm-se resultados positivos: diminui a ansiedade, acalma, permite a liberação de sentimentos de raiva, entre outros. Relatam que em algumas situações o efeito da contenção física é efetivo e acaba por dispensar o uso de medicamentos, e confere tempo e condições ao paciente de repensar suas atitudes, sua vida e até de falar de sentimentos não externados em grupos terapêuticos ou em outros espaços. (PAES et al., 2009, p.482)

A etnografia por mim realizada sugere que os profissionais quase sempre não estão preocupados se a contenção surtirá efeito terapêutico; ela é utilizada como uma maneira de ratificar o poder que dispõem sobre os *pacientes*. Por outro lado, também não me parecia que os *pacientes* entendessem a situação como positiva. Acalmavam-se inteligentemente como

maneira de escapar da situação, como alguns me confidenciaram. “Manda quem pode, obedece quem tem juízo”, aconselhou um *paciente* ao seu companheiro que se encontrava muito exaltado e contido na E.P.

Sobre a prática pedagógica em instituições de características asilares, Joel Birman escreve:

Assim, no funcionamento asilar tradicional, que não incorporou as inovações técnicas introduzidas pela comunidade terapêutica, visando estimular as inter-relações pessoais entre os internados e destes com a equipe de cuidados, como um instrumento básico para a prática pedagógica, vai afrontar a transgressão pela mobilização dominante, imediata da violência concreta, com baixo potencial discursivo, e que se realiza por formas precisas: isolamento absoluto, contenção no leito por meios mecânicos. Desta maneira, pela utilização direta da força, pretende-se enfraquecer a atividade do internado, provocando o seu submetimento concreto (BIRMAN, 1980, p.34).

Antes do movimento em prol da luta antimanicomial, Birman já sugeria que havia em algumas instituições reformulação nos modelos assistenciais. Hoje intriga o fato de passados vários anos ainda se conservarem táticas de controle pelo uso direto da força por razões as mais variadas. Como poderemos observar no próximo capítulo, a contenção é aliada para o controle das sexualidades dos *pacientes*.

CAPÍTULO 3 – SOBRE A VIDA AFETIVO-SEXUAL DE SUJEITOS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

De acordo com Maria Loyola (2000), é por volta do final da década de 1970 que se iniciam os estudos sobre sexualidade no campo das ciências sociais no Brasil. Os primeiros estudos dirigiram-se à homossexualidade como principal objeto de pesquisa. A década de 1960 já incitava algumas reflexões a partir dos estudos feministas, porém, tinham como foco um caráter bem mais social da mulher — problematizando com maior vigor o papel da mulher do mercado de trabalho, por exemplo.

No início do ano de 1983, é organizado no Brasil o Primeiro Seminário do Grupo de Trabalho Sexualidade e Reprodução. O evento deixou clara a escassez, naquele momento, de estudos que discutissem a sexualidade, uma vez que os trabalhos que foram apresentados trouxeram à tona a incipiência da temática no país.

A década de 1990 é marcada com vários estudos sobre mulher numa perspectiva feminista; contudo, grandes investimentos foram direcionados para pesquisas sobre sexualidade em razão do surgimento da AIDS (LOYOLA, 2000). As pesquisas sobre a AIDS revelaram o moralismo inerente na representação da doença. Os homossexuais ocuparam um lugar marginal na sociedade por serem percebidos como o “grupo de risco” da doença, possuidores de sexualidade ‘desvirtuosa’. A temática aqui referenciada da doença mental tem as sexualidades como um dos elementos, e os *pacientes* como os homossexuais estão envolvidos no grupo de subalternos por pertencerem a uma categoria socialmente estigmatizada, a de ‘louco’; aquele que porta sexualidade subversiva, ou seja, que contraria as normas estabelecidas socialmente. Dessa forma, o sujeito em sofrimento psíquico é “abjeto” por simbolizar zonas “inabitáveis” da vida social, construído a partir de uma força excludente da inteligibilidade cultural (BUTLER, 2007).

Porém, a qualificação desse “corpo abjeto” não é estática, ela se rematerializa, pois, se há a necessidade de reiteração forçada pela sociedade, isso significa dizer que ele não é inerte; “[...] os corpos não se conformam, nunca, completamente, às normas pelas quais sua materialização é imposta” (BUTLER, 2007, p. 154). Para pensar normatização, faz-se necessário sempre chamar atenção para o poder que os indivíduos marginalizados dispõem para mudar.

A *a priori* referencio Foucault (2012) para a definição de *instituição* e o que isso implica no manejo disciplinar sobre as sexualidades. Como define o autor, é todo comportamento com características coercitivas que são aprendidas, não anunciadas, que compõem o não discursivo. É importante ressaltar que o autor não quer dizer que as relações de poder se centram no âmbito linguístico, uma vez que utiliza a categoria do “dispositivo da sexualidade”, a qual entende como um conjunto heterogêneo que agrega desde discursos — podendo ser religiosos, científicos, morais, filosóficos — a projeções arquitetônicas e leis. O dito e o não dito são componentes importantes na administração da sexualidade (FOUCAULT, 2012).

Entre as estratégias elaboradas pelo dispositivo da sexualidade, estão: a “histerização do corpo da mulher” — que teve seu corpo qualificado, desqualificado, e, como resultado da máxima negativa da mulher, temos a mãe como “nervosa” —; a “pedagogização do sexo da criança”, que incumbe os pais, a família, educadores, médicos e psicólogos da administração desse fenômeno que traz perigos físicos e morais; a “socialização das condutas de procriação”, que teve por finalidade responsabilizar os casais pelo ‘mal’ que viesse a ser gerado no corpo social pela fecundidade; e a “psiquiatrização do prazer perverso” que busca a correção de práticas consideradas anômalas (FOUCAULT, 1988).

De acordo com Foucault (1988), no Ocidente criou-se uma ciência do sexo, a *scientia sexualis*, através da qual o procedimento da confissão, por exemplo, foi inscrito no campo de análises cientificamente legítimas e tinha como proposta iluminar a sexualidade dos indivíduos. Porém, com a verdade que a partir daí era criada, os comportamentos que não correspondessem ao ‘campo normal’ eram vistos como perigos ilimitados, e passou-se a querer normatizá-los. Nesses termos, as sexualidades do *paciente* psiquiátrico é caracterizada com a “psiquiatrização do prazer perverso”.

Este capítulo tem por objetivo refletir, a partir das informações apreendidas em campo, sobre as representações dos profissionais acerca das manifestações das sexualidades dos sujeitos em sofrimento psíquico, ao mesmo tempo que pretende travar um diálogo com a literatura que se debruça sobre estereótipos lançados aos sujeitos adoecidos psiquicamente. Para isso, apresento alguns dados que reiteram preconceitos sobre as sexualidades dos *pacientes*, como expressões nativas que nos dizem sobre o assunto: “Mais doido é quem namora uma pessoa assim”; “Aqui tem banho, bola, comida e ainda namorico; é hotel cinco estrelas”; “Só pensam ‘naquilo’...”.

Primeiramente, é preciso sobrelevar que a reflexão apresentada não é exclusivamente relacionada às expressões restritas aos atos sexuais. Compartilho com Birman uma visão mais holística, entendendo:

[...] que o campo ocupado por este corpo para o prazer é vasto. Ele não se reduz à relação sexual propriamente dita, mas engloba a totalidade das formas de aproximação entre os sexos que podem conduzir a relação sexual. Assim, a troca de olhares, um simples contato com as mãos, um afago, uma conversa de namoro, uma atitude sedutora, constituem formas elementares, mas infinitamente repetidas, pelas quais a sexualidade se impõe como quebra das proibições asilares, infiltrando-se por todos os lugares e possibilidades esquecidas pelo sistema de vigilância institucional (BIRMAN, 1980, p.27-28).

É imprescindível deixar claro o aspecto abrangente que admito nas reflexões: a afetividade é aqui agregada às sexualidades de maneira a pensar o sujeito internado a partir da lógica institucional reguladora que diz *estar de olho* nos mínimos detalhes. A partir da arquitetura institucional apresentada em capítulo anterior, o *panopticon* de Jeremy Bentam referenciado por Foucault (2012) ilustra a gerência dos profissionais sobre o comportamento dos *pacientes*. O *panopticon* tem por intento institucionalizar o olhar médico para a visibilidade total dos corpos a partir das construções que mantém os indivíduos policiados.

No campo de pesquisa aqui referenciado, são vários os ‘vigias’ — os profissionais — que estão alocados de maneira que possibilita melhor visualização dos *pacientes*. De suas salas, os profissionais buscam controlar as atitudes dos internados no pátio, como suas manifestações afetivo-sexuais.

3.1 – As sexualidades e seus problemas

Para refletir sobre a relação entre a vida afetivo-sexual dos *pacientes* vivenciada no hospital, evoco Marcel Mauss (2003), que nos brinda com sua obra acerca da categoria de “pessoa”, auxiliando-nos a refletir sobre como a ideia de autonomia está associada à gerência das sexualidades. O autor busca desmistificar a ideia do “Eu” como algo natural, utilizando de alguns exemplos de sociedades para expor como tal categoria foi construída socialmente, no sentido de que uma história social que durante séculos foi elaborada lentamente está embasada na vida dos homens, em seus costumes, direitos, suas religiões, estruturas sociais e mentalidades.

De sua análise, Mauss revela que “é evidente, sobretudo para nós, que nunca houve ser humano que não tenha tido o senso, não apenas de seu corpo, mas também de sua individualidade espiritual e corporal ao mesmo tempo” (2003, p.371). O autor enfatiza que, apesar de tais concepções fazerem parte da humanidade há muito tempo, a palavra filosófica “Eu” é algo recente.

O catálogo apresentado no livro diz respeito a etnografias feitas por outros pesquisadores que vão desde a Austrália até as sociedades europeias. Caminhando sobre histórias antigas até as contemporâneas ao autor, Mauss nos apresenta que a ideia de pessoa como entendemos atualmente teve seu início em Roma, a partir do momento em que todos os indivíduos se tornaram livres, assim, *persona* civil. Essa condição foi acrescida de um sentido moral pelos estoicos, e o cristianismo adicionou a ela uma base metafísica. Como apresenta o autor, são somados os sentidos jurídico e moral, um sentido de ser consciente, independente, autônomo, livre, responsável (MAUSS, 2003, p.390-391).

Diante dos preceitos que ancoram a ideia de “pessoa” acima apresentada, questiona-se, portanto, quais aludem à vida de sujeitos em sofrimento psíquico, em especial daqueles que se encontram internados em instituições psiquiátricas? Em que medida sua subjetividade é sonegada diante das injunções que seu diagnóstico emprega? Interrogações que são sublinhadas quando se trata do fenômeno das sexualidades desses sujeitos, tendo em vista a condição doentia e irracional que os engessam. Ao longo do texto, serão apresentados dados que comprovam a ausência da cidadania dos sujeitos em prol do discurso do cuidado.

No geral, sexualidade ainda é um tema tabu, apesar de hoje ser mais publicamente discutida, de ter saído do domínio do lar. Todavia, quando está referenciada a “sexualidade periférica” (FOUCAULT, 1988) que o sofrimento psíquico produz, o assunto se torna mais delicado. Ao falar sobre a sexualidade dos deficientes mentais, que se assemelha à dos sujeitos em sofrimento psíquico, Alain Giami escreve:

A sexualidade dos deficientes mentais é socialmente construída como um “problema” para os membros de seu meio e pela opinião pública, o que se observa através da mídia. A princípio, a atividade sexual dessas pessoas “incomoda” seu meio e principalmente suas famílias e os profissionais que as acompanham nas instituições onde são cuidadas (2004 p.168-169).

As diversas facetas das sexualidades, desde a alienação até o que hoje se nomeia sofrimento psíquico, sempre foram percebidas como refugio, constituídas como um problema

para a ordem social. As expressões das sexualidades desses sujeitos acabam sendo mais uma ‘problemática’ para os que prestam cuidados a esses que, em várias dimensões da vida social, são rotulados como incapazes por não disporem de capacidades psíquicas ‘normais’.

Um ponto problemático na administração da expressão das sexualidades desses sujeitos, por parte de seus *cuidadores* e profissionais de saúde, é o desconforto que muitos sentem quando o assunto é a manifestação das sexualidades — por exemplo, a masturbação. Como afirma Nádia Meinerz (2010):

A sexualidade masturbatória (e poderíamos acrescentar também as demais práticas não penetrativas), como bem descreve Foucault (2001) no curso sobre “Os anormais” ministrado na década de 1970 no College de France, foi considerada propulsora de todas as anomalias no século XIX. Pode-se observar, nos artigos aqui analisados, que tal sexualidade continua servindo como manifestação e, ao mesmo tempo, como prova de anormalidade. Creio, dessa forma, que as manifestações da sexualidade entre pessoas com “deficiências” cognitivas são abordadas muito mais em relação ao desconforto e à perturbação que causam às outras pessoas, em especial aos familiares e cuidadores. (MEINERZ, 2010, p.128)

Embora a autora tenha tratado dos “deficientes cognitivos”, sua afirmação se aplica aos *pacientes*, uma vez que a ambos condiz a expressão “anormal”. As manifestações das sexualidades de sujeitos em sofrimento psíquico é percebida como algo que legitima sua condição social de anormal. E a forma como lidar com as sexualidades “desviantes” são um grande desafio para profissionais de saúde e *cuidadores*.

No que concerne ao desconforto causado aos profissionais quando a sexualidade masturbatória é manifesta, um episódio ocorrido em uma manhã de campo o ilustra bem. Eu acompanhava a psicóloga e Carlos, *paciente* que é adotado por ela como *filho terapêutico* — possui em média 35 anos, branco, diagnosticado como autista severo, residente do hospital por ter sido deixado por seus pais (razão que causa revolta nos profissionais por ser seu pai médico e não ter a *sensibilidade* do cuidado com o filho) — e passa toda a manhã no setor sob os cuidados da profissional. Com o auxílio de alguns *pacientes* colaboradores que ajudam na higiene pessoal de Carlos e também em sua alimentação, descascando sua laranja, por exemplo. Carlos se mostrava bastante inquieto naquela manhã. Acabado o *grupo* terapêutico por ela realizado com os homens *pacientes*, ficamos conversando, e a psicóloga confessou a dificuldade de seu dia em administrar o *grupo* e os cuidados que, em especial, dedica a Carlos. Durante nossa conversa, ele se manteve sentado no canto da sala, olhando revistas que a psicóloga havia lhe dado na tentativa de prender sua atenção. Constantemente o *paciente*

buscava sua atenção, puxando-a pelo braço, seja para passear no pátio ou comprar seu lanche na cantina da instituição.

Com o tempo, a revista pareceu não despertar interesse para Carlos. Quando olhamos, ele estava com a bermuda abaixada e se masturbando. A psicóloga ficou horrorizada e se mostrou até envergonhada comigo. Ela falou: “Nunca mais ele tinha feito isso, venho trabalhando para que ele não faça esse tipo de coisa”. Então me pediu licença e foi à procura do técnico de enfermagem, solicitando-lhe que encaminhasse Carlos à E.P e que o mantivesse lá para que ele se acalmasse. O *paciente* então foi conduzido pelo profissional, que o guiou segurando em seu braço de forma gentil. Porém, Carlos não permaneceu no setor e voltou para a sala de psicologia, pois já que a profissional tem grande afeto pelo *paciente*, recomenda que não o contenha fisicamente na sala.

A profissional então teve a ideia de desvirtuar seus desejos com brinquedos; pegou alguns instrumentos acústicos de brinquedo e pediu que um dos *pacientes* que a auxilia no cuidado com Carlos o entretivesse com o arsenal colocado no chão. Os brinquedos por alguns instantes atenderam a proposta da profissional, mas logo pareceram perder a graça para Carlos, que teve por parte do *paciente* que lhe acompanha grande esforço para ocupá-lo. Era chegada a hora do almoço, então, esse pareceu ser o álibi da psicóloga, já que Carlos sente muita fome e a sugestão de ir almoçar não seria por ele descartada. Assim aconteceu.

A postura da profissional nos mostra a negação do sujeito desejante, como também as dificuldades que os *pacientes* enfrentam na administração da expressão sexual, que é percebida pelos profissionais como manifestação horrorosa. Dessa forma,

Dentro das instituições que recebem os deficientes mentais, os membros da equipe pedagógica, assim como os pais, elaboram um sistema de representação da sexualidade dos deficientes mentais que atribui características próprias à sexualidade dessas pessoas. Este sistema de representações se fundamenta sobre a hipótese implícita de que a deficiência dessas pessoas estaria na origem de suas formas particulares de expressão. (GIAMI, 2004, p.171).

Esta afirmação corrobora os dados colhidos em campo, que mostram o quanto as expressões dos sujeitos são tidas como algo subliminar, fruto de sua doença. As sexualidades são, por muitos profissionais, aludida às necessidades fisiológicas dos animais — “não têm consciência do que fazem, é algo animal mesmo”, como disse uma psicóloga —, pela crença dos *pacientes* como ‘não racionais’.

Outra situação de mostra masturbatória foi presenciada por mim enquanto estava pela manhã na sala da T.O, que tem visão para o estacionamento através de uma porta lateral. Estava junto com uma *paciente*; enquanto ela bordava, eu conversava e prestava atenção em suas mãos, que, mesmo trêmulas em decorrência do uso de medicamentos psicotrópicos, se esforçavam para seguir os pontos de sua arte. Ao olhar pela porta, costume que tinha para observar o movimento dos *pacientes* na parte do pátio que era visível, percebi um *paciente* escondido entre os carros se masturbando.

Fiquei um tempo só a observar, o *paciente* percebeu, mas não se intimidou e continuou o que estava a fazer, agora me observando também. Passado um tempo, outro *paciente* foi até a porta jogar fora o copo com água que estava utilizando para sua pintura e viu a situação. Ele não comentou sobre o assunto e saiu da porta. Resolvi mostrar à *recreadora* para ver sua reação, já que ela sempre defendia ser uma profissional *mente aberta*. Então ela me falou, apontando para o *paciente*: “Tá vendo como são?”. Em seguida, o repreendeu gritando, ordenando que saísse dali senão iria mandá-lo para a E.P. O *paciente* saiu como exigido, sem dizer nada.

Para a profissional, tal atitude valida a ideia de mau comportamento dos *pacientes* ante a sexualidade. Apesar de se esforçar em me convencer de que não é *repressora* como outros companheiros de trabalho, insistentemente falava para que eu concordasse que ele estava no lugar errado. Em momento algum a profissional cogitou que o *paciente* não tem outro local que apresente maior privacidade. As enfermarias são coletivas, sem espaço privativo, e, mesmo que seus parceiros de quarto estejam fora, ele não poderia permanecer lá, pois, como já dito, assim que acordam, os *pacientes* são retirados das enfermarias e essas permanecem fechadas até o horário estabelecido para a abertura. Essas situações denotam o quanto os profissionais não estão preparados para lidar com ocorrências como essas. Nesse sentido:

O efeito de fronteira operado pela sexualidade alarga ainda mais o espectro de anormalidade que assombra a variabilidade cognitiva. Muito raras são as iniciativas que procuram compreender de maneira positiva tais expressões sexuais, ou que investem na reabilitação e na promoção da sexualidade. (MEINERZ, 2010, p.128)

Como reflete a autora, as sexualidades dos pacientes psiquiátricos encontram-se também na esfera problemática. Dessa forma, percebemos que o ato foi percebido pela profissional como comprovação de uma das características consideradas peculiares da doença

mental, que é a falta de senso sobre as coisas. Tal postura profissional colabora para a dificuldade na promoção das sexualidades.

3.2 – Só pensam naquilo? Reflexões acerca das sexualidades de sujeitos em sofrimento psíquico

Dentre os estereótipos que ancoram a imagem do ‘louco’, está o fato de serem apontados como aqueles que têm comportamentos promíscuos no que diz respeito ao fenômeno da sexualidade, que é associada a desvios, transgressões e doença, como o cotidiano na instituição pôde mostrar. Um fato interessante nos atributos direcionados aos sujeitos é o frequente par de oposições: assexualidade *versus* hipersexualidade. Em campo, ao inquirir os profissionais sobre a representação que eles têm acerca da temática, a hipersexualidade era a que mais se fazia presente nos discursos. A imagem projetada de desordem que orienta tais representações é o dispositivo da “psiquiatrização do prazer perverso” (FOUCAULT, 1988).

Alguns apanágios são considerados inerentes aos *pacientes* de maneira a cingi-los e afetarem diretamente a vida afetivo-sexual marcada. Como apresenta Russo e Venancio (2012), a despeito da ideia de periculosidade intimamente vinculada ao sujeito doente, que resultou no caráter judicial da inimputabilidade, houve alguns resultados não tão favoráveis a esses:

Em 3 de julho de 1934, promulgou-se o Decreto-Lei n. 24.559, que vigorou até 2001 e previa assistência e proteção à pessoa e aos bens dos doentes mentais, considerando-os absoluta ou relativamente incapazes e exercer os atos próprios à vida civil. Com isso, a inimputabilidade se tornou a extensão de uma incapacidade civil generalizada: por não ser responsável por seus atos, o doente mental não podia ser responsabilizado por uma conduta criminosa, do mesmo modo que lhe eram vedados os direitos civis mais fundamentais (RUSSO; VENANCIO, 2012, p.541).

Por esses direitos usurpados e a ideia de incapacidade, a vida afetivo-sexual dos *pacientes* é vista por seus responsáveis e pelo hospital psiquiátrico como aspecto legítimo para o cuidado/controle e é interditada por os perceberem como ineptos.

Conquanto, destaco que, ao afirmar a existência do cuidado/controle exercido sobre os *pacientes*, não sugiro que o poder é unilateral, em que os últimos são necessariamente subordinados. Para isso me utilizo das reflexões que Foucault constrói para desmistificar o

poder enquanto produto de única dimensão, notadamente a de que as estratégias de resistência empregadas pelos *pacientes* para fraudar as regras estabelecidas institucionalmente confirmam a “onipresença do poder”. Como afirma o autor: “o poder está em toda parte; não porque englobe tudo, e sim porque provém de todos os lugares” (FOUCAULT, 1988, p.103). Nesse sentido, ao mostrar o cotidiano institucional e suas regras, não tenho por intento construir uma relação cristalizada de repressores *versus* reprimidos, principalmente porque o poder, como afirma Foucault, tem mira e objetivos, porém não advém de um sujeito em específico. O propósito não é tornar os profissionais vilões, mas mostrar as táticas, próprias do “dispositivo da sexualidade”, que regem o controle dos *pacientes*.

A literatura sobre o tema e os dados de campo asseveram outro ponto interessante: a imagem corporal do sujeito em sofrimento psíquico. Na maioria das vezes, é rotulado como um corpo despojado de beleza e de vigor físico. Assim, há a negação de um sujeito sexualmente apeteável como também desejante. O discurso dos profissionais gira em torno somente do ato sexual, entendendo as expressões desses sujeitos como meramente ‘animalescas’ na medida em que são frutos apenas de necessidade fisiológica. A assexualidade é outra concepção que está vinculada à compreensão das sexualidades dos sujeitos em sofrimento psíquico, por ser associada às crianças, que, como contou Foucault (1988) em sua *História da sexualidade*, desde o século XIX são vistas como não possuidoras de sexo. Portanto, estratégias para impor o silêncio e sua manifestação são necessárias, consequentemente, tal pedagogia deve ser aplicada àqueles que partilham da condição infantil.

Ao indicar a representação dos profissionais, não quero normalizar o sexo enquanto fruto de afetividade. Entretanto, o apontamento se faz relevante por mostrar que tais características são evidenciadas por eles como próprias aos sujeitos em sofrimento psíquico, não correspondendo à ideia normal de que o sexo é referenciado como expressão da afetividade.

Birman (1980) refere-se a tal ideia como antepassada quando escreve:

Na psiquiatria clássica, a sexualidade do doente mental sempre foi estudada num plano secundário, seja porque não recebia o estatuto de uma dimensão essencial do humano, seja porque a individualidade do enfermo desaparecia na construção dos sistemas nosográficos. A sexualidade era simplesmente uma função biológica, entre várias outras, destacando-se por sua finalidade de reprodução da espécie, como um aspecto do *corpo animal* do sujeito, que poderia alterar-se em função de um

processo patológico, configurando sintomas e anomalias que o distanciavam dos padrões de normalidade sexual (BIRMAN, 1980, p.9).

No entanto, os dados revelam que essa é uma representação ainda partilhada pela equipe profissional. As práticas sexuais são evidenciadas de maneira excessiva no indivíduo que se encontra vivenciando o surto, como dito por uma irmã de uma *paciente* que conversava durante a visita: “Quando está em crise, sai ficando com todo mundo”. As internações são então justificadas não somente pelas agressões tão reclamadas pelos *cuidadores*, como também pela hipersexualidade. As manifestações das sexualidades desses sujeitos acabam por subsidiar as premissas de desvario, irracionalidade, enfim, patologias que são caras a esses. Assim, a contenção e a internação assumem o papel de “dispositivo da sexualidade” quando são usadas no hospital como necessidade de controle da pessoa em sofrimento psíquico que tem o descontrole como principal característica. A instituição assume, assim, sua principal função, que é a normalização dos sujeitos em ‘descontrolados’ através de seus dispositivos.

Os dispositivos, sendo estratégias utilizadas pelos profissionais, trazem consigo muitos dos valores adquiridos socialmente e profissionalmente. Como apresentam Miranda e Furegato (2004) em estudo sobre as representações sociais do profissional enfermeiro, elas são, ao mesmo tempo, individuais e sociais. De modo que as representações são também objeto do seu próprio conhecimento, conferem sua marca à imagem que constroem sobre o outro, caracterizando uma construção identitária multifacetada e que se expressa no cuidado que dispensam ao *paciente*. Esse aspecto descortina as premissas de neutralidade envoltas na ideia das ciências ‘duras’. Aos profissionais, em especial os da enfermagem, o corpo se constitui enquanto objeto de atuação, compondo-se, então, como estruturas fisiológicas e sociológicas (MIRANDA; FUREGATO, 2004).

Tais concepções negativizam a vivência afetivo-sexual dos sujeitos. Assim, profissionais a entendem como algo ‘natural’ por ser da ordem do instinto, porém, de maneira descontrolada, desta forma, é preciso ser ordenada. Uma das razões que chancela o governo das sexualidades está vinculada às concepções de cunho eugenista que continuam influenciando o pensamento social e de profissionais de saúde que, apesar das críticas, persistem na ideia de transmissão hereditária das patologias psíquicas.

Como bem define Foucault (1988, p.10), “O que não é regulado para a geração ou por ela transfigurado não possui eira, nem beira, nem lei. Nem verbo também. É ao mesmo tempo

expulso, negado e reduzido ao silêncio”. Assim, os sujeitos são enquadrados numa espécie de ‘geração problemática’ produzida pela ideia eugenista de contágio.

3.3 – A administração da homossexualidade na instituição

A homossexualidade é algo que merece destaque nas reflexões acerca das sexualidades dos *pacientes*. Embora consideradas ‘naturais’ do sujeito em sofrimento psíquico, as práticas sexuais dos pacientes são tidas como ‘promíscuas’ – por desobedecerem à ordem –, sendo esta noção acentuada quando se coloca em pauta a homossexualidade. Isso reflete bastante no cuidado por parte dos profissionais, e parece se intensificar quando aludida à sexualidade masculina.

Nos momentos em que questionava os profissionais sobre a existência de relações homoafetivas dentro da instituição, os homens eram apontados como os mais *danadinhos*. Paulo era o primeiro da fila, muitas vezes dorme sozinho na enfermaria, porque, como dito por alguns profissionais: “Se deixar, arrasta tudo”. *Arrastar* significa que Paulo se envolve com qualquer um, sem ‘critérios’. Quando nos apresentava algum *paciente* como seu namorado, os profissionais pareciam entender como brincadeira, afinal de contas os *pacientes* nunca são levados muito a sério. Paulo mostrava bastante cuidado para com aqueles que fossem seus namorados, dividia lanche e também realizava alguns favores, do tipo pegar uma roupa na rouparia para que seu companheiro tomasse banho. O que parecia ser desacreditado pelos profissionais era a existência de um relacionamento afetivo. E uma coisa era certa: “Ele arrasta mesmo”. A representação em torno do *paciente* estava estritamente relacionada à hipersexualidade, dessa forma, deixando de lado qualquer possibilidade que o desvencilhasse de tal engessamento. A única certeza é a de que o melhor caminho é mantê-lo sob supervisão.

Grande parte do tempo em que passei pesquisando, o *paciente* passou institucionalizado. Paulo tem aproximadamente 30 anos, negro, reside com sua mãe e irmãos no bairro em que o hospital está localizado. Compõe a grande fatia de ‘*pacientes-rodízio*’ dos serviços dos hospitais psiquiátricos da cidade. Como me dizia algumas vezes: “Ah, tia, depois que eu sair daqui, vou para o hospital B”. De acordo com sua irmã, seus internamentos são condicionados pelas ‘andanças’ de Paulo, pois vive ‘perambulando’ pelo bairro nas madrugadas. Sua mãe é adoecida e, de acordo com a irmã, não tem condições de cuidar dele.

No período de sua internação, apresentou escamações na pele, gerando suspeita por parte dos profissionais acerca do contágio da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS. A suspeita da doença coaduna-se com o seu perfil hipersexualizado, de maneira a intensificar a agência controlista dos profissionais perante o *paciente*. O exame para o diagnóstico foi realizado, e o resultado foi negativo. Em um dia de campo, na companhia da enfermeira Claudia, fui a um dos postos de medicação masculinos. Chegando lá, estava Paulo que é *colaborador* da técnica de enfermagem do plantão. Claudia aponta: “Esse aí é namorador! Fica com todo mundo e agora tá aí com suspeita de doença”. Paulo logo retruca: “Não, tia, fiz o exame e deu negativo”. Paulo e outro *paciente* que também gerou suspeita de manifestação da doença são mantidos sob vigília estrita ao dormirem em enfermarias separadas dos outros, para a prevenção de outros, e têm seus passos acompanhados pelos olhos pretensamente atentos dos profissionais.

A situação enunciada acima nos faz pensar acerca do respeito ao sigilo sobre as condições de saúde, em especial da sorologia, pelos profissionais de saúde que atuam no campo da saúde mental. O *Guia para Profissionais de Saúde do Ministério da Saúde* revela:

Este é um grande desafio a ser enfrentado. Parece que o sigilo não é uma prática muito comum nas Instituições Psiquiátricas, seja por parte dos profissionais de Saúde Mental, seja por parte dos próprios usuários, que não têm muito limite ao falar de si para os outros. Na nossa experiência, observamos que, quando um usuário HIV positivo é admitido em uma Instituição Psiquiátrica, a primeira providência tomada é colocar em sua papeleta, com letras garrafais, a seguinte inscrição: HIV+, de preferência em vermelho para chamar bastante atenção. Nós nos perguntamos o porquê disso. Será que os profissionais evidenciam os soropositivos para melhor cuidar deles e tomar todas as medidas necessárias quanto à proteção de sua saúde durante sua estada na Instituição? Ou é meramente uma forma de discriminação e pseudoautoproteção ao tomar mais cuidado quando se aproximar do usuário para realizar qualquer procedimento que envolva fluidos corporais? (BRASIL, 2002, p.23-24)

Esse documento do Ministério da Saúde retrata o posicionamento dos profissionais de saúde no que concerne ao sigilo das informações a respeito dos *pacientes* soropositivos. O documento revelou o desrespeito para com os *pacientes* ao colocá-los em evidência por diferentes formas pedagógicas, seja por mecanismos que consideram mais eficientes para o cuidado destes, seja por caráter discriminatório. Pudemos perceber que o comportamento dos profissionais que ferem a ética é reproduzido dentro da instituição pela cena acima narrada.

A homossexualidade feminina parece não ter muito destaque entre os profissionais. Assim que cheguei a campo, nas primeiras conversas especulei sobre a internação de alguma *paciente* identificada como lésbica. A princípio, não havia nenhuma, durante o tempo em que passei na instituição, uma técnica de enfermagem e a enfermeira me indicaram duas. As profissionais não mostravam preocupação acerca da postura dessas *pacientes*, que nem sempre eram separadas de enfermaria na tentativa de evitar envolvimento. Também não era discutido pelas profissionais o risco das DSTs que preocupavam o relacionamento homoafetivo masculino.

A enfermeira revela jocosamente as artimanhas utilizadas pelas *pacientes* para serem lotadas já no primeiro dia de internato ou mesmo serem transferidas para as enfermarias das *pacientes* que despertam algum interesse, como fingir algum tipo de desavença na enfermaria em que está para ser transferida. De acordo com a profissional, acontece de maneira bem mais sutil em comparação aos homens, que eram explicitamente mais *danadinhos*. Na maioria das vezes, o pedido de permuta não era atendido e os envolvimento ficavam subentendidos. Enquanto conversávamos sobre o assunto, coincidentemente uma *paciente* veio solicitar mudança de enfermaria alegando estar em conflito com outra *paciente* que pegava seus utensílios. A enfermeira negou seu pedido afirmando que não teria vaga em outro lugar. Assim que a *paciente* saiu da sala, a profissional logo indicou que a troca teria a motivação dos relacionamentos homoafetivos. Apesar de ser aparentemente menos controlada e brandamente aceita, essas uniões nem sempre têm o aval dos profissionais ao concordarem em colocá-las numa mesma enfermaria.

Nas conversas que diziam respeito a homossexualidade, alguns profissionais mostravam claramente sua posição contrária à ideia de ‘normalidade’ nesses relacionamentos que são contrários aos ditames religiosos. Como poderemos ver na descrição a respeito das rezas proferidas pela psicóloga nos *grupos*, valores religiosos estão presentes no cotidiano hospitalar, de maneira a marginalizar aqueles que não partilham dos mesmos preceitos.

Frequentemente os interlocutores buscavam em mim um *feedback* de avaliação para suas falas, afinal, seriam retratadas em meu trabalho, a exemplo das tomadas de decisão supracitadas a respeito da troca de enfermarias que possibilitaria os envolvimento. Ao conversar sobre meu tema de pesquisa, aqui sobre a homossexualidade dos *pacientes*, eles expunham seus valores em relação aos pontos por mim levantados, todavia, como é natural, esperavam minha posição diante das questões de forma concordante com suas opiniões. Contudo, como retrata Marivânia Araújo:

Pesquisador e sujeito interagem, de modo específico, porque cada um deles possui sua história de vida, esperanças e inquietações. Falam sobre o mesmo tema, porém, geralmente, compõem grupos sociais diversos, logo, eles têm representações sociais diferentes sobre um mesmo assunto. (ARAÚJO, 2008, pp.113-114)

Minha opinião era requerida constantemente pelos profissionais. Sentiam a necessidade de que eu concordasse com a prerrogativa naturalizante da promiscuidade dos *pacientes*, a impossibilidade de um relacionamento ‘normal’, o ‘confronto’ com a natureza que a homossexualidade trava etc.

3.4 – “Aqui tem banho, bola, comida; é hotel cinco estrelas”

As condições de vida impostas aos sujeitos em sofrimento psíquico normalmente são consideradas subalternas por serem segregadoras. Começa pelo típico ‘quarto dos fundos’, alocado nas residências em que habitam. É comum ouvir reclamações tanto dos *pacientes* quanto dos *cuidadores* a respeito das relações, frequentemente conflituosas, entre eles. Os *pacientes* dizem não ser entendidos e *cuidadores* afirmam que eles não sabem respeitar, são violentos etc. Uma das estratégias utilizadas pelos *cuidadores* e em algumas vezes proposta pelos próprios *pacientes* para amenizar a tensão é a criação de um espaço de isolamento, o ‘quartinho dos fundos’. Dentro dessa lógica, alguns profissionais partilham do pressuposto de que esses sujeitos não dispõem de senso crítico, sendo assim, qualquer condição de vida é considerada válida. Em campo, a existência do quarto foi exposta não só por *cuidadores*, como também em conversas com *pacientes*.

Como é o caso de Joana, *paciente* que tive o prazer de conhecer em outro momento de pesquisa — a já mencionada investigação realizada em um CAPS da cidade de Maceió/AL. Foi uma importante interlocutora em minha inserção reflexiva no campo da loucura. Nosso reencontro na instituição foi muito prazeroso, apesar da circunstância de confinamento em que ela se encontrava. Conversamos bastante sobre minha vida, sobre nossos colegas do CAPS, e Joana, como sempre, se queixou do seu relacionamento com o irmão. A *paciente* tem em média 35 anos, morena, aposentada, mora com o irmão e a cunhada em um bairro da parte alta da capital, tem cabelos crespos e, como ela fala: é “pouco vaidosa”. No CAPS, profissionais e *pacientes* a incentivavam a ‘se arrumar melhor’. Em alguns momentos se

empolgava com a ideia, a pedido dela combinamos que eu alisaria seu cabelo no CAPS, mas depois ela desistiu.

A razão para seu ‘desleixo’ está, segundo ela, na vivência em desacordo com o irmão. Joana conta a mim e à assistente social que seu irmão está construindo uma casa para ela em outro bairro, onde funciona a oficina mecânica dele. Passa seu período de internação ansiosa para saber sobre o andamento da obra que vem se arrastando há alguns meses sem muito sucesso. Afirmo “não ver a hora da mudança”, pois a tristeza lhe acompanha pelo fato de não ter liberdade morando junto a ele. Tem seu ‘quartinho dos fundos’ mobiliado, mas a ideia de maior privacidade que alguns apresentam para a construção do quarto, para Joana, não se aplica. A *paciente* diz se sentir incomodada com a presença da cunhada e por não ter domínio sobre a casa, restringindo-se na maioria das vezes em seu espaço, o quarto.

A chave do portão principal para a entrada da casa fica nas mãos do irmão. Segundo a assistente social, ele afirma que fica sob sua guarda porque Joana sai durante a madrugada, assim, para sua segurança, ele a deixa sem a chave da casa, mas tem livre acesso à casa, não somente ao seu quarto. Anteriormente, a *paciente* revelara que seu aprisionamento era ainda pior. Seu irmão a deixava presa dentro do quarto que é nos fundos da casa, situação ainda mais limitadora tendo em vista que o espaço, segundo ela, é pequeno, e isso lhe causava grande irritação. A situação não acontece mais por intervenção tanto dos profissionais que a acompanham no hospital pelo histórico de internações como da equipe do CAPS, que sugeriu que o irmão não agisse mais daquela maneira.

Irritada, ela quebrava objetos que estivessem ao seu alcance. Os episódios de prisão geram em Joana revolta e a deixam ‘violenta’. Por essa razão, é apontada na rua como a *doida*. Segundo ela, as crianças zombam por vê-la balançando o portão para sair, gritando. Situações que a deixam infeliz e *sem gosto pela vida*. A figura de *doida* a ela atribuída por seus vizinhos a impede também de encontrar um parceiro, pois “Quem vai querer ficar com uma *doida*?”.

Essas situações que tolhem o direito de ir e vir dos *pacientes*, apesar de justificadas pelo irmão de Joana como ato para manutenção de sua segurança, e concepções de irracionalidade fundamentam ideias que concebem os *pacientes* como pessoas desprovidas de consciência crítica e não merecedoras de dignidade, sendo este o caso da instituição.

Dentre as fragilidades que a instituição apresenta, como uma alimentação considerada *sem gosto* por alguns, estão o lanche que o hospital não oferece e a deficiência na higiene dos

espaços destinados aos internos. Alguns profissionais consideram o ambiente um *hotel cinco estrelas*, como enfatizado pela psicóloga: “Aqui tem banho, bola e comida”. E, quando se consegue burlar as regras, os namoros acontecem. Teriam do que se queixar? De acordo com a assertiva da profissional, cabe questionar por que existem tantas reclamações por parte dos *pacientes* e qual a razão das tentativas de fuga, já que o ambiente para alguns profissionais é apontado como agradável.

A fala de uma *paciente* é relevante para refletir o quanto ficar preso naquele lugar não é tão aprazível quanto parece para aqueles que não vivenciam o local como internado. Quando estávamos na sala em que funciona o setor de serviço social, chegou uma mãe para conversar com a assistente social sobre o comportamento de sua filha, que se mostra agressiva. Paula, a *paciente*, descobre que sua mãe encontra-se conosco na sala e logo chega. A mãe tenta desconversar, mas ela percebe o assunto e fala bastante irritada para a mãe e a profissional, que tenta convencê-la de que o tratamento é para seu bem: “Então vocês ficam aqui uma semana e eu saio no lugar de vocês. Aí me dirão se é bom mesmo”. Para a mãe e a profissional, a condição subumana parece ser suficiente para o tratamento dos *pacientes*.

Dentre tantos *pacientes* que clamam pela alta, Paula, com os olhos lacrimejados, me contou o lado sombrio do *hotel cinco estrelas* um dia em que conversávamos na sala de psicologia sobre seu castigo. A *paciente* passou alguns dias na E.P, pois foi ‘entregue’ por outro *paciente* à enfermeira sob a acusação de que estava *de namoro* com um *paciente*. Paula é uma jovem de 24 anos, branca, olhos claros, reside com sua mãe e uma irmã no interior do Estado de Alagoas. A *paciente* confessou que dera *alguns beijinhos*, mas disse que não iria mais se aproximar dele por recomendação dos profissionais e por medo de voltar ao castigo, lugar *muito ruim* porque, de acordo com ela, ficar restrita àquele espaço pequeno durante todo o dia causa irritação e, quando se está agitado, os profissionais os contêm amarrados nos leitos, condição nada confortável para um *hotel cinco estrelas*.

O lado ‘sombrio’ do *hotel* amedronta Paula e serve de lição para outros *pacientes* que são instruídos a não seguirem tal caminho: “Você viu o que aconteceu com Paula”. A respeito dos mecanismos de exemplificação que servem para inúmeros desacatos, Birman nos fala:

Se a colocação do internado na rubrica de perigoso é uma tática para a sua culpabilização, ela é simultaneamente um procedimento de *exemplificação* para os demais pacientes que assistem ao enfrentamento: a contenção e o isolamento também são uma maneira de lhe exibir uma possibilidade futura, caso procedam da mesma forma. (BIRMAN, 1980, p.35)

Tal postura institucional não elimina o contrapoder exercido pelos *pacientes* no que se refere aos comportamentos proibidos. Cotidianamente se rearranjam, buscam outros espaços, os/as parceiros/as mudam, assim fugindo um pouco da atenção dos profissionais.

O dispositivo de controle sobre as sexualidades dos *pacientes* é exercido constantemente, porém, com algumas brechas permissivas por parte de alguns profissionais. Para esses, ver um casal de paquera não denota a necessidade de punição, de encaminhá-los à E.P. Como é o caso de uma profissional que me fala: “Eu os vejo namorando, percebo como normal, eles têm necessidades também. Já presenciei um chupa-chupa, às vezes eu brigo, até porque eles não têm noção do que estão fazendo”. Destarte, apesar da permissividade, vale salientar a ‘falta’ de razão que circunda os sujeitos em sofrimento psíquico. O fazer em público sugere aos profissionais a ideia de irracionalidade presente nos *pacientes*. Doravante, cabe questionar se lhes são concedidos outros espaços que não em público.

Essa situação revela que a representação e as atitudes perante o exercício da sexualidade não é homogênea. Porém, o que liga os profissionais é, em última instância, a subjugação dos *pacientes* às características da sua doença, quando entendem que esses “não têm noção do que estão fazendo”. A condescendência se dá, por parte de alguns, para as situações de paquera, nunca quando se trata de atos sexuais ou algo mais íntimo.

A reflexão de Marcel Mauss (2003) sobre a “noção de técnicas do corpo” nos ajuda a pensar sobre a situação acima apresentada que diz respeito à falta de disciplina dos *pacientes* diante da expressividade de sua sexualidade. A partir dos exemplos apresentados pelo autor, como a história do nado, Mauss ilustra o quanto nosso corpo é produto da educação que nos é ofertada e o quanto suas técnicas são variáveis de acordo com cada sociedade, sendo pautadas em símbolos que são morais.

Tudo em nós todos é imposto. Estou conferenciando convosco; vedes isso em minha postura sentada e em minha voz, e me escutais sentados e em silêncio. Temos um conjunto de atitudes permitidas ou não, naturais ou não. Assim, atribuiremos valores diferentes ao fato de olhar fixamente: símbolo de cortesia no exército, de descortesia na vida corrente (MAUSS, 2003, p.408).

Embasada em tais ideias, problematizo as concepções sugeridas por alguns profissionais acerca da animalidade nas atitudes sexuais dos *pacientes*. Por razões como a mudez diante do tema da sexualidade, os *pacientes* não são socializados com as normas.

Ademais, figura como principal elemento para a desinformação dos *pacientes* o fato de terem a sexualidade percebida como algo não permitido, pela ideia de negatividade que acarreta à vida dos sujeitos adoecidos e também de seus *cuidadores*.

Para alguns profissionais, a qualquer tipo de relacionamento, faz-se necessário acionar o sinal de alerta. Como foi o caso de um *paciente* encaminhado à E.P por estar na discoteca dançando *muito agarradinho* com outra *paciente* — o que, além da paquera, sugere o ato sexual, portanto, o melhor é ‘cortar o mal pela raiz’. Intimidade é algo banido da vida dos *pacientes*, situação característica do agenciamento oferecido pelas “instituições totais” que modifica a “carreira moral” com “uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanação do eu. O seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado” (GOFFMAN, 2010, p.24). Diante dessas características, privacidade é algo inexistente nesse tipo de instituição que silencia o eu.

Sobre o caso exposto acima, à tarde fui à E.P conversar com o técnico de enfermagem que estava de plantão naquele dia, como era de costume. Deparei-me com Túlio, *paciente* jovem, insistindo para que o profissional o libertasse do castigo. Não se encontrava contido em leitos, mas ficar recluso no pequeno espaço do setor o aborrecia. Pergunto qual o motivo para que ele estivesse ali, e ele bastante indignado me fala que a técnica de enfermagem juntamente com o profissional Tobias teriam o encaminhado por estar dançando muito junto de outra *paciente*. A proposta terapêutica proporcionada pela T.O com a discoteca parece só fazer sentido se as danças forem desacompanhadas, pois qualquer ação que gere intimidade entre eles é advertida.

É unânime a ideia do problema ocasionado pelo entrecruzamento do sexo/relação afetiva e sofrimento psíquico. Quando conversava com os profissionais sobre meu objeto de investigação, em vários momentos me sentia constrangida ao questionar-lhes sobre o que pensam, por exemplo, acerca da gravidez em mulheres que vivenciam o adoecimento. Respondiam-me considerando ser obviamente um problema. Trata-se de algo julgado de maneira incontestada. O olhar de alguns sobre mim revelava tamanha ‘ingenuidade’ da minha parte por expectar outra resposta.

Para o domínio de situações que põem em ameaça as leis institucionais e sociais no que diz respeito aos relacionamentos, algumas atitudes são tomadas. Sendo um casal homossexual flagrado, a mulher envolvida na situação acaba sendo a que sofre uma punição mais intensa. De acordo com os profissionais, são elas as reprodutoras, logo sua contenção se

torna necessária. “O asilo também regula a reprodução dos lugares do homem e da mulher no espaço social, o que se revela de forma marcada nos seus procedimentos face à transgressão social” (BIRMAN, 1980, p.45). A mulher tem seu espaço limitado por ser considerada o agente principal que coloca em jogo o grande perigo: a gravidez.

Essa postura nos remete a grandes discussões que a antropologia trava ao pensar as questões de gênero quando vemos o homem associado ao campo público e mulheres ao privado por explicações que se sustentam em termos biológicos. A reprodução é um fenômeno que ocupa grande relevância para problematizar os papéis sociais. As mulheres ficam incumbidas ao cuidado dos filhos, enquanto aos homens cabe o papel de prover economicamente a casa (ROSALDO, 1979). As explicações para a ‘natural’ desigualdade entre os gêneros se orienta principalmente pela questão biológica.

Como afirma Pierre Bourdieu, “a diferença biológica entre os sexos, isto é, entre o corpo masculino e feminino, e, especificamente a diferença anatômica entre os órgãos sexuais, pode assim ser vista como justificativa natural da diferença socialmente construída entre os gêneros [...]” (BOURDIEU, 2003, p.20). O foco dado ao fisiológico acaba desvirtuando e naturalizando uma diferença que está aquém do biológico. Para desnaturalizar a crença de que a identidade de gênero está diretamente relacionada ao aparelho fisiológico e é ‘divinamente’ projetada, Joan Scott define: gênero como “uma categoria social imposta a um corpo sexuado” (SCOTT, 1995, p.75). Assim, os corpos são aparatos que funcionam através de seus hormônios, metabolismos e pulsões, os quais — não podemos deixar de enfatizar — são frutos da socialização histórica (HELIBORN, 2006).

São discussões de décadas que ainda hoje persistem em nossa sociedade. A responsabilização pelo cuidado dos filhos desde o processo da gravidez é atribuída às mulheres, como pudemos ver no dado relatado acima em que é a *paciente* quem recebe o maior castigo. E, como justificativa para tal procedimento, está a biologia como ordenadora. Segundo escreve Duarte,

O *homem* é o verdadeiro representante “moral” maior do ente familiar (enquanto mediador de sua presença no mundo e responsável máximo do respeito), na mesma medida em que a *mulher* — sob este prisma — é a representante do que se poderia chamar de um polo encompassoado de “fiscalidade” (graças à sua condição de mediadora com o plano da “natureza” — seja através da procriação, seja através da *cozinha*) (DUARTE, 1986, p.178, grifos do autor).

As classificações de gênero estão intimamente ligadas às representações sobre o “nervoso”. Homens e mulheres, por não atenderem seus papéis sociais, desenvolvem o “nervosismo”, como pôde perceber Duarte (1986). O hospital pactua dessas representações na medida em que escalona a responsabilidade de homens e mulheres diante da possibilidade de gravidez.

A gravidez é o ápice do problema gerado pelo envolvimento sexual, e alguns artifícios são administrados para o seu impedimento. Tendo em vista que as *pacientes*, no geral, não fazem uso de nenhum método anticoncepcional, contê-las no setor de Emergência Psiquiátrica é o recurso imediato mais eficiente. De acordo com os profissionais, outro método utilizado quando descobrem — através dos próprios *pacientes* que admitem ou por outros que os ‘entregam’ — que houve penetração na relação é a administração da pílula do dia seguinte. Aliada ao combate da gravidez está também, como alguns profissionais e *pacientes* sugerem, a própria medicação psicotrópica, que, dependendo da dosagem, os deixam bastante indolentes. O medicamento Amplictil é apontado por alguns profissionais e *pacientes* como o maior suspeito de causar a diminuição da libido.

Este último recurso não é empregado somente para o comando sobre as mulheres, os homens parecem também ser geridos por essa tática de contenção. Como o *paciente* Otávio, um dos que frequentemente me acompanhava durante minhas andanças no hospital, que se mostrava *afrito*, na visão da psicóloga, ao me olhar insistentemente e falar da porta da sala coisas que eu e ela não entendíamos. Ela comenta que o *paciente* encontra-se *naqueles momentos* e, de forma sutil, aventa que a psiquiatra responsável por ele poderia verificar seu medicamento.

Os remédios são elementos presentes no discurso dos *pacientes* psiquiátricos quando o assunto é a manifestação das sexualidades. No hospital, ao contrário do que foi visto no CAPS (SANTOS, 2012), esse assunto não foi apresentado em *grupos* terapêuticos. As vezes que houve expressão foram em situações singulares: quando interpelei algum *paciente* sobre sexualidade, e este colocou a medicação como problema; ou pela informação dada por profissionais que frequentemente recebem reclamações sobre o efeito inibidor do desejo sexual causado pela medicação. Destarte, o medicamento é um forte aliado no combate, como sobredito, à maior preocupação da instituição, que é a gravidez, pois, na medida em que cinde o desejo, ‘corta o mal pela raiz’.

A noção da gravidez como problema é apresentada também nos estudos de Maria Heliborn (2006) com jovens que têm a “ilegitimidade” como uma das questões problemáticas, pois é percebida enquanto um fenômeno perturbador para o seguimento considerado ideal da etapa juvenil. O Brasil tem 90% de seus partos e gravidez medicalizados, portanto, são os médicos os principais atores engajados na luta contra tal fenômeno. Para isso, a autora escreve: “mencionam-se risco de aborto espontâneo e de prematuridade, problemas para a saúde da mãe, riscos no parto, mortalidade materna e, enfim, riscos para a criança [...]” (HELIBORN, 2006, p.31). O argumento médico é socialmente legítimo, assim, fundamenta o discurso de risco e dá sustentação a avaliações morais sobre o assunto, principalmente quando tem a “imaturidade psicológica” como diagnóstico. As características apontadas pela autora se aplicam aos *pacientes* uma vez que são considerados “imaturos” como os jovens.

Algumas situações serviam de justificativa para a atestação de que a maternidade e paternidade não eram condições ‘saudáveis’ aos *pacientes*. Quando conversava com a assistente social sobre o tema, uma *paciente*, senhora de aproximadamente 60 anos, nos visita na sala e solicita que a profissional faça uma ligação para sua irmã para que ela vá visitá-la e leve alguns objetos e lanches. A profissional explica que já havia feito a sua ligação da semana e que não se preocupasse porque Tiago havia ligado para saber dela e reforçou seu pedido. Tiago é filho da *paciente*, que não o reconhece como tal. A assistente social fundamenta seu argumento sobre mães e pais que vivenciam o sofrimento psíquico a partir deste caso. Enquanto a *paciente* encontrava-se na sala junto conosco, a profissional a questiona sobre Tiago, se ele é seu filho, e ela nega. A *paciente* é diagnosticada como esquizofrênica crônica. Apesar do esforço em relativizar afirmando que, a depender do diagnóstico, percebe como problemática a gravidez, a profissional engessa a esquizofrenia com impossibilidades, percepção comum entre os profissionais.

A esquizofrenia parece ser o diagnóstico máximo da representação de loucura. “Essa é a imagem e a ideia que as pessoas têm da pessoa com esquizofrenia: alguém com um comportamento muito estranho, que fala coisas incompreensíveis e que não compreende as coisas mais simples que lhe são ditas” (ASSIS et al., 2013, p.45). No intento de desconstruir tal prerrogativa, Jorge Assis et al. (2013) trazem as experiências dos autores somadas ao longo dos anos — inclusive um dos autores é diagnosticado como esquizofrênico. É um livro bastante didático e esclarecedor sobre o que é viver e conviver com o adoecimento. Minha pretensão não é qualificar diagnósticos, todavia, foi preciso sinalizar sobre a esquizofrenia em especial por ter sido a que mais se fez presente nos discursos profissionais.

Após a abertura deste parêntese sobre a esquizofrenia, voltemos à incumbência da instituição sobre a gravidez. Por assumir com a família o compromisso pelo cuidado do *paciente* quando este é internado, “[...] o perigo da gravidez é o fantasma que persegue as autoridades administrativas nas transgressões sexuais; é a materialização, no corpo da mulher, da ausência de cuidados institucionais adequados” (BIRMAN, 1980, p.47). Quando o cuidado não é administrado como esperado e a gravidez se faz presente, ocorre a perda de confiança por parte da família. Por outro lado, a Ordem Penal amedronta a instituição por ser ela responsável pelo sujeito considerado institucionalmente incapaz (BIRMAN, 1980).

A despeito da preocupação que a gravidez pode causar na reputação da instituição, não sendo negável que exista, não apareceu na instituição com tamanha gravidade como referido pelo autor. Em conversa com profissionais a respeito do assunto, alguns falaram de poucos casos que aconteceram na instituição, mas que não tiveram relevância. Fiquei intrigada com a afirmativa, já que para eles a gravidez é abjeta. Levando em consideração que os *pacientes* assistidos pelo SUS são de classe baixa, com pouca escolaridade — dados ratificados pelos profissionais — não dispõem de conhecimento para culpabilizar a instituição pelo fato. A questão mais intrigante é que os *cuidadores* não fazem alarde por medo de não poderem mais usufruir da assistência do hospital: uma vez que a instituição é de iniciativa privada, preferem se calar diante do acontecido para que, da próxima vez, haja vaga para seu parente, situação que foi relatada por alguns profissionais.

3.5 - O Jardim do Éden como contrapoder...

Apesar de haver técnicas de poder e controle das ações dos *pacientes* na instituição, sejam elas arquitetônicas ou morais, eles conseguem burlá-las. Como afirma Foucault (1988), “onde há poder, há resistência”. Dessa forma, poder aqui é pensado como transversal, por sua possibilidade de transgressão quando os *pacientes* usam o espaço do Jardim do Éden para descumprir as regras sobre envolvimento sexual. Nomeado pelos profissionais e também pelos *pacientes*, o local é citado por todos os profissionais quando o assunto é namoro. O ambiente está localizado por trás do casarão, o que possibilita aos *pacientes* melhor esconderijo. Indicavam-me constantemente como o ambiente onde acontecem os relacionamentos.



(Espaço conhecido como Jardim do Éden. Foto: Maria Ieda, 2013).

Ao anoitecer, o espaço vai perdendo sua luminosidade, figurando assim aos *pacientes* como um lugar mais propício aos relacionamentos. Não obstante os envolvimento aconteciam também à luz do dia, como foi presenciada por mim algumas vezes troca de carícias. Porém, um dia a cena foi mais explícita: um casal, um homem e uma mulher, encontravam-se praticando sexo oral. Passei rápido pelo local para não atrapalhar, não ser vista pelos *pacientes* nem ser percebida como cúmplice pelos profissionais. Esses flagrantes aconteciam no momento em que eu chegava à tarde, próximo às 14h, quando eles começavam a sair das enfermarias após o descanso do almoço e eu ia para a ala particular, trajeto que necessariamente passa pelo local. Gradativamente, as enfermarias eram abertas, alguns *pacientes* que saíam primeiro seguiam para o *Jardim do Éden*, local ainda sem muito controle dos profissionais, que se ocupavam com a distribuição dos medicamentos e o movimento frenético que começava a surgir na instituição naquele horário.

O *Jardim do Éden* nos remete à discussão travada por Foucault sobre o jogo de poder inerente à questão da sexualidade. De um lado, os profissionais são repressores e negativizam qualquer expressão que se vincule as sexualidades, ao mesmo tempo que conhecem o espaço onde acontecem essas práticas e nem sempre estão presentes para o controle. Nesse sentido, o poder não anula as sexualidades, se articula e, de forma sutil, controla as sexualidades dos indivíduos na medida em que patologiza algumas práticas e busca normatizá-la por múltiplos mecanismos de poder (FOUCAULT, 1988).

Retomemos um pouco a história bíblica sobre o espaço correspondente na instituição ao *Jardim do Éden* para nos ajudar a refletir sobre a representação do lugar na instituição. Deus criou um jardim no Éden onde ordenou um homem, Adão, para sua guarda e cultivo. Criou também a mulher, essa que o faria companhia e, como o homem, deveria seguir o preceito de não comer o fruto da árvore da ciência do bem e do mal. Porém, a ordem foi desobedecida, então passaram a conhecer os sabores da subversão (BÍBLIA, 1984). A associação do espaço no hospital ao Jardim do Éden bíblico supõe a ideia de transgressão cometida por Adão e Eva no paraíso. Por ser o local onde acontece uma das maiores preocupações no que se refere às infrações, o envolvimento sexual que, associado aos estudos bíblicos, é pecado/proibido.

Vale salientar que o controle é expresso não apenas pelos profissionais, mas pelos próprios *pacientes*, que são estimulados a entregar uns aos outros, com o intuito de conquistar a confiança dos profissionais. Tobias, o encarregado pelos profissionais dos serviços gerais, é o temor dos *pacientes*. A ele é incumbida a função de desvelo. Uma forte ameaça é dizer para os *pacientes*: “Vou chamar o Tobias!”. Tobias é fortemente associado à E.P, setor que causa pavor aos *pacientes*.

Teoricamente, são os médicos ou enfermeiros que fazem o encaminhamento à E.P, porém Tobias, por ter uma longa história dentro da instituição e ter acompanhando o psiquiatra fundador do hospital, é considerado ‘profissional de confiança’. Assim, a ele é demandado o poder de também punir os *pacientes* quando se fizer necessário.

Algumas vezes pude presenciar seus avisos aos *pacientes* para que não desobedeçam as leis, porque com ele *não tem conversa*. A postura despótica do profissional compartilhada por outros profissionais intensifica a desinformação, na medida em que os *pacientes* não ousam conversar sobre o assunto. Tal atitude repressora causa, não só nos *pacientes* como também em *cuidadores*, desconhecimento acerca da vida afetivo-sexual desses sujeitos.

O tema figura, para os *cuidadores* em especial, como um campo desconhecido. Alguns parecem preferir reservar os *pacientes* numa arena, como apontado no início da discussão da assexualidade. Giami (2004), ao tratar da representação que educadores e *cuidadores* têm sobre a sexualidade de deficientes mentais, categoria que muito se assemelha aos sujeitos que vivenciam o sofrimento psíquico, traz as figuras da “fera”, que simboliza a “selvageria libidinal”, e do “anjo”, sujeito assexuado desenhado por alguns *cuidadores*.

Tal representação foi exemplificada pela tia de Talita, *paciente* jovem que tem em média 28 anos, reside com a mãe na capital e tem grande histórico de internações. A *paciente* e sua mãe, em outro momento de conversa, nos relataram que estão em busca de uma alternativa de residência para a *paciente* em razão dos conflitos diários no convívio com a mãe.

Em um dia não oficial de visitas, seu primo e a tia paterna foram visitá-la pela manhã enquanto eu estava frequentando o setor de nutrição. A visita foi negociada porque ele trabalha junto com a nutricionista em uma penitenciária do Estado. Em conversa, descobriram que tinham Talita como conhecida em comum. Ele, pela afinidade que tem com a *paciente*, foi visitá-la junto com sua mãe. Os dois passaram cerca de 30 minutos conosco na sala: eu, a nutricionista, ele e a mãe e por alguns instantes Pedro — *paciente* colaborador do setor. A tia de Talita trouxe de presente lanche — bolo e refrigerante, para a felicidade da *paciente* — e calcinhas, as quais vergonhosamente ela prova para que eu, a tia e a nutricionista vejamos. Ficaram pequenas, tipo ‘fio-dental’ na visão da tia e da profissional. A tia e o primo recomendam que ela não as use por esse motivo.

A partir do assunto das calcinhas e da educação que a mãe prestou à *paciente*, julgada negativa por seus parentes, surge o assunto sobre relacionamento afetivo-sexual. Seu primo sugere que a mãe de Talita a incentivava a se envolver com homens em troca de dinheiro. E nos fala sobre um senhor que ela teria convivido para manter-se financeiramente. A *paciente* fala que nutria afeto pelo senhor e acrescenta que o relacionamento havia findado. Enquanto seu primo conversava com ela a respeito de sua alimentação, a tia discretamente pergunta à nutricionista: “Uma pessoa assim engravida?”. O questionamento da tia insinua a ideia de assexualidade, entendida como apresentado por Giami (2004) ao estudar os deficientes, que seriam qualificados por uma “afetividade pura”, dissociada da genitalidade. Outrossim, não havendo relações sexuais, existiria a impossibilidade de gestação.

Durante a conversa, insistentemente a *paciente* pedia licença para ir fumar no pátio, por alguns minutos os parentes conseguem delongar seu desejo. Porém, de tanta persistência, sua tia a acompanha. Na tentativa de distraí-la para não fumar, foram oferecidas balas, e a justificativa centrava-se em sua saúde. Até que, em um momento dirigiu-se a atenção para a estética, pois os cigarros escureciam os dentes, assim, dificultaria Talita encontrar um companheiro. Ela rebate que não está preocupada com isso. Caso Talita deixasse o cigarro, será que, aos olhos de seus parentes, ela poderia mesmo namorar? Ainda mais agora que sua tia tem ciência de que ela pode engravidar?

Sexualidade é, por parte dos profissionais e *cuidadores*, um assunto em alguns momentos velado como também negociado, uma forma de barganha como relatado acima. De acordo com a informação obtida das assistentes sociais, essas discussões só eram postas quando havia um *grupo* operativo administrado, na época, por quatro assistentes sociais que discutiam diversas temáticas, dentre elas Doenças Sexualmente Transmissíveis – DSTs.

Após o encerramento das atividades de *grupo*, sexualidade tornou-se um assunto silenciado. Hoje, o que restou foram dois cartazes afixados na parede do setor, com mensagem sobre o contágio de DSTs. Questiono à profissional se os *pacientes* comentam as mensagens contidas ali. De acordo com ela, uns sim, outros perguntam por curiosidade, por não conseguirem decifrar a mensagem, pois muitos *pacientes* são analfabetos. Outra informação colhida com a assistente social é que algumas vezes a Secretaria Estadual de Saúde encaminha cartazes sobre o assunto e camisinhas. Mas que as últimas não são entregues aos *pacientes*, são distribuídas entre os profissionais.

Em conversa com uma assistente social da Gerência de Núcleo em Saúde Mental (GENSAM/SESAU) do Estado de Alagoas, ela comenta sobre a deficiência nas políticas públicas voltadas ao enfrentamento das DSTs para o público da saúde mental. Revela que, ulteriormente o assunto era mais discutido nesse campo, porém, hoje não há grandes investimentos. Quando questiono se existe incentivo por parte da Secretaria de Saúde para esse diálogo nos hospitais psiquiátricos, a profissional expõe que, devido à Lei n. 10.216, de abril de 2001, que veio com a proposta de gradativa extinção dos hospitais psiquiátricos, não é interessante que haja investimentos.

Assim, a GENSAM, na medida em que deixa de dar atenção para esse aspecto da vida dos *pacientes* internados guiada pela lógica da Reforma Psiquiátrica, contribui para a marginalização da temática. Ademais, como vimos no capítulo anterior, a justificativa pautada nos intentos da Reforma não fazem muito sentido se analisados os encaminhamentos das propostas reformistas no Estado de Alagoas.

Ainda assim, sem problematização junto aos *pacientes*, as DSTs ocupam um lugar importante nos discursos de rejeição das práticas sexuais. Além do perigo da gravidez, as doenças parecem preocupar. Sem programas para enfrentamento, o que resta é o controle. Como no caso citado no começo do texto, o *paciente* Paulo, com suspeita de contágio, teve seus passos ainda mais comedidos por parte da equipe profissional dentro da instituição.

Tendo em vista os traços psíquicos descomedidos empregados aos *pacientes*, o risco de contaminação de DSTs torna-se axiomático para esses sujeitos na visão dos profissionais.

Para dialogar sobre uma das preocupações enfáticas acerca da promiscuidade sexual dirigida aos *pacientes*, que é a contaminação de DSTs, por serem esses sujeitos engessados na categoria de incapaz e conseqüentemente vulneráveis, me reporto à pesquisa apresentada por Mónica Franch e Artur Perrusi (2012) com casais sorodiscordantes usuários de serviços públicos de saúde da cidade de João Pessoa/PB.

De acordo com os autores, o uso intermitente do preservativo é uma situação bastante recorrente entre os entrevistados. Diferentemente dos *pacientes* psiquiátricos que os profissionais de saúde julgam necessitar de controle maior por sua condição de ‘irracionalidade’, os interlocutores da referida pesquisa não carregam diagnóstico psiquiátrico. Com isso, é possível desmistificar a ideia, de tempos atrás, quando surgiu o *boom* da AIDS no mundo, de ‘grupo de risco’.

Contudo, vale ressaltar que esta comparação não tem como pretensão ajuizar sobre os comportamentos desses casais. Para maior compreensão dos fatores que levam à rejeição do uso da camisinha, os autores se debruçam em análises da representação de risco para esses sujeitos. Falam-nos sobre a percepção dos profissionais concernente a tais posturas: “Essa micropolítica do cotidiano é interpretada pelo serviço como resistência, falta de informação ou de ‘consciência’ por parte dos casais sobre o risco a que estão submetidos” (FRANCH; PERRUSI, 2012, p.193). A categoria do risco é assim valorativa e ordena os comportamentos sexuais numa cultura biopolítica.

O *Guia para Profissionais de Saúde Mental* elenca algumas situações que consideram peculiares de sujeitos vivendo com sofrimento psíquico grave que podem aumentar os riscos de exposição ao HIV. São elas: “a dificuldade em estabelecer uniões estáveis; encontrar-se social e economicamente em desvantagem; ser vítima de abuso sexual; estar com o juízo crítico prejudicado, principalmente nos surtos psicóticos; hipersexualidade; impulsividade; baixa auto-estima” (BRASIL, 2002, pp.20-21). A partir das características dos *pacientes* pensadas como mais propensas, vemos estigmas ratificados dentro das políticas, como a ideia de hipersexualidade.

Todavia, segundo o próprio documento, não há no Brasil estudo que comprove soroprevalência do HIV nos Serviços de Saúde Mental, nem ao menos pesquisas qualitativas que estimem a vulnerabilidade dos usuários do campo de saúde mental para a AIDS. Por

enquanto, por optar não falar sobre o assunto, a instituição não segue o lema educativo do guia: “é melhor prevenir do que remédio dar”.

3.6 – “É melhor não falar sobre isso!”

Diante da discussão levantada acima, talvez seja *melhor não falar*. Namorar e ter relações sexuais geram sanções dolorosas aos *pacientes*. Então, por que razão falar para a pesquisadora? Será que ela não vai dizer ao Tobias, às enfermeiras?

Ao expor meu problema de pesquisa, logo os profissionais indicavam os *pacientes* com o perfil *namorador*, como uma psicóloga que logo me colocou numa sessão de entrevistas com os *pacientes*. Da porta do setor, ela chama um *paciente*: “Felipe, venha aqui, por favor, venha conversar com ela, que quer saber um pouco mais da sua vida. Fale dos seus namoros...”. Outros começaram a se aproximar, querendo que eu os entrevistasse também. Um fala: “Doutora, eu estou comendo bem, dormindo bem”. Acreditam que minha posição ali se assemelha à da profissional, que, ao acompanhar alguns atendimentos particulares, se encaminha por esses questionamentos que são próprios da sua *expertise*.

Alguns se chateiam querendo que eu os ‘consulte’ logo. Muitas vezes, o “Estou bem, doutora” está fortemente carregado da tão solicitada alta. ‘Estar bem’ quer dizer que o tratamento surtiu efeito, portanto, não há necessidade de ali permanecer, sendo assim, a alta se faz adequada. Essa reflexão me saltou aos olhos quando, nesse momento das ‘consultas’, um *paciente* começa a falar do seu estado e, enquanto escuto, ele pergunta: “Não vai colocar no meu prontuário?”. Prontuário este que no dia seguinte iria para a psiquiatria que o acompanha, a profissional responsável pela concessão de sua alta.

Peço que eles esperem um pouco, digo que em outro momento conversamos, uns se chateiam, mas atendem ao meu pedido. Então, a conversa se inicia com Felipe, a psicóloga se encontra na sala fazendo atendimento com outra *paciente*. Ele começa contando sobre as tensões que vive no bairro onde mora. Um dos aspectos quando olho seu prontuário são as *alucinações de caráter persecutório* demarcadas pelos profissionais. Quando Felipe me fala de seus medos, fico a me questionar se não havia sentido neles, pois o bairro é um dos considerados mais perigosos da capital. A partir das conversas mais gerais, adentramos nas questões sobre relacionamentos. A psicóloga indica Felipe por considerá-lo um garoto *com*

discurso erótico. O *paciente* me questiona se sou casada, se tenho filhos — como eu em relação a ele, Felipe também tem curiosidade sobre a minha vida.

Insisto em saber sobre seus relacionamentos, e, de maneira bem tímida, Felipe me conta que já namorou uma *paciente*, mas que isso aconteceu no internamento passado. A referência do ‘internamento passado’ não se restringiu apenas a Felipe, outros *pacientes* apontavam internações anteriores como o momento em que se envolveram. A alusão ao passado, para eles, torna a conversa de meu interesse ao mesmo tempo que os coloca numa posição de retaguarda, livrando-os da E.P.

No início da pesquisa, outros profissionais assumiram também a postura da psicóloga, chamavam os *pacientes* para que eu pudesse conversar. Porém, como esses iriam se abrir com uma pessoa indicada por um profissional que pode encaminhá-lo à E.P caso revele algo comprometedor? No cotidiano, tal postura mostrou que, por parte dos profissionais, a sexualidade não é um tema discutido. Todavia, quando o coloquei em relevo através da pesquisa, profissionais que em outros momentos se mostraram repressores passaram a ‘incitar’ os *pacientes* para que contassem seus segredos. Essa postura pode ser associada com o ato de confissão proposto por Foucault, que o classifica enquanto “ritual de discurso” embasado numa relação de poder em que a instância que requisita “impõe-na, avalia-a e intervém para julgar, punir, perdoar, consolar, reconciliar [...]” (FOUCAULT, 1988, p.71).

A frequência cotidiana à instituição suscitou uma relação, de certa forma, mais estreita com os *pacientes*. Ao chegar ao hospital, alguns já me esperavam no portão, acompanhando-me até o setor. Para minha surpresa, uma *paciente* demonstra confiança em mim e fala: “Tia, eu namoro, mas não conta para ninguém”. A empatia com essa *paciente* me fez enxergar alguns detalhes minuciosos aparentemente banais e que, sem sua ajuda, possivelmente eu não conseguiria percebê-los. Sabendo do meu interesse no tema, ela me indica alguns casais de seu conhecimento que eu não os identificaria sem seu auxílio, pois conseguem disfarçar bem o envolvimento. Enquanto estávamos na sala da T.O, ela sentada ao meu lado falava: “Tia, tu vai ver que ele vai entrar [na sala] e depois ela entra também, são namorados”.

O cenário fechado sobre o assunto da sexualidade, a partir da relação construída com os *pacientes*, vai sendo ‘despido’ e talvez não seja tão perigoso quanto parece apresentá-lo à pesquisadora. Como fala Brandão: “Por que não tem muito livro de métodos e técnicas de pesquisa em antropologia? Porque, embora haja teoria antropológica, método de pesquisa, ou

melhor, métodos de pesquisa, abordagens diferentes, a prática da pesquisa vai muito em cima de uma relação pessoal” (BRANDÃO, 2007, p.25).

3.7 – “Mais doido é quem namora uma pessoa assim...”

Pensar os *pacientes* envolvidos em relacionamentos afetivos ‘estáveis’ é pouco cogitado pelos profissionais, e quando o outro partilha do *status* de anormalidade, ou seja, é ‘louco’ também, isso ganha uma proporção maior. Os relacionamentos de sujeitos em sofrimento psíquico são caracterizados pelos profissionais como algo desacreditado, algo inimaginável. Dentre as características que socialmente lhe são próprias, a instabilidade é uma das principais marcas. A representação das crises, por exemplo, coloca os sujeitos numa qualidade limitante.

A ideia que permeia os relacionamentos entre os *pacientes* é de algo irrealizável pelas razões levantadas acima. Porém, o campo revelou que essa máxima pode ser descortinada, como o exemplo de um casal de *pacientes*. Alcides e Glaucia se conheceram no hospital; durante uma internação, começaram a se envolver e, como narrado por Glaucia, combinaram que a relação continuaria extramuro institucional. Assim aconteceu, e o relacionamento já dura dois anos.

Glaucia tem três filhos e hoje mora apenas com Alcides, que, de acordo com ela, é seu maior parceiro. A *paciente* me conta sua história de vida, ressaltando os sofrimentos já vividos em outros relacionamentos. Mostra-me as marcas de suas crises nas mãos quando tentava suicidar-se quebrando as janelas de sua casa. Hoje tem os movimentos das mãos restringidos em razão disso.

O que, para muitos, é classificado como uma ‘bola de neve’, um sujeito em sofrimento psíquico que se envolva com outro, para Glaucia e Alcides é solução. Agora, de acordo com eles, vivem em situação confortável, construíram uma grande parceria. Como os dois relataram, quando um necessita de internamento, logo o outro o mais breve possível também o faz. Como uma espécie de contrato por eles estabelecido. Quando iniciei a pesquisa de campo, Glaucia e Alcides já se encontravam em tratamento, passaram cerca de um mês e tiveram alta, também em conjunto. Dado em média um mês, Alcides veio para reinternamento. Quando o encontrei, perguntei por Glaucia, e ele afirmou que, na semana seguinte, ela estaria chegando.

Alcides e Glaucia formam um casal reconhecido pelos profissionais, mas não é por isso que fogem às regras estabelecidas pela instituição. A proibição de envolvimento se estende a eles também, já que ali é o local destinado ao cuidado de suas enfermidades mentais. Essa premissa é absorvida por Glaucia, que, em nossa conversa me contando sobre seu casamento, procura deixar claro que lá não mantém nenhuma aproximação com o parceiro, por entender que não é o local adequado. A respeito dessa prática pedagógica, Birman observou:

Assim, a equipe técnica procura dizer ao paciente que ele se encontra internado para se cuidar, e não para ter relações sexuais, que não são ruins em si, desde que realizadas no lugar, com o objeto e nas circunstâncias adequadas. Enfim, o internado poderia ter acesso ao prazer sexual após a alta, ou nas licenças, fora do espaço hospitalar, como uma espécie de prêmio por seu bom comportamento (BIRMAN, 1980, p.36).

O discurso de que o hospital é o lugar de tratamento é insistentemente utilizado pelos profissionais e por *cuidadores* para convencer os *pacientes* de que não devem se envolver dentro da instituição. E alguns pacientes parecem absorvê-lo, como é o caso de Glaucia e Alcides.

O relato de campo põe em xeque uma questão atinente tida como problemática: “mais doido é quem namora uma pessoa assim”. Contudo, o caso nos revela que a premissa é algo socialmente construído, tido como irracional e que, assim, descarta a concepção normatizada, idealizada de relacionamentos.

Silvia Monnerat (2008) realizou pesquisa em um Centro de Convivência em Niterói. Refletiu sobre o importante papel que o Centro representa como “local de ancoragem identitária” para os *usuários*, pois, de acordo com a autora, é restrito o trânsito desses por outros espaços de sociabilidade. Em sua vivência etnográfica, a autora constatou que o local, para além de tantas funções que exerce, é cenário para histórias amorosas entre os *usuários*; conta até com desfechos matrimoniais. Contabiliza alguns casos:

A relação amorosa entre usuários é prática corrente no Centro: quatro casais freqüentam, por ocasião da pesquisa, as atividades do C.C. e, nos doze anos de sua existência, aproximadamente quinze casais já foram formados entre pacientes. Destaca-se que, dos quatro relacionamentos que ocorrem atualmente dentro do C.C., três se iniciaram dentro da instituição psiquiátrica — um dentro do hospital, durante a internação dos pacientes em questão, e dois no próprio Centro — e, apenas um deles, iniciou-se fora da instituição (MONNERAT, 2008, p.7-8).

Vale a ressalva de que o contexto investigado por Monnerat é diferente do hospital psiquiátrico, pois se tratava de um espaço construído pelos moldes da Reforma Psiquiátrica, que objetiva o convívio social; portanto, não pactua da experiência dos que estão vivenciando a internação numa “instituição total”. As informações trazidas por Monnerat (2008) revelam que a ideia de ‘impossibilidade’ é desnaturalizada quando pensamos os casos por ela apresentados, bem como o apresentado no campo em que esta dissertação foi construída.

As representações dos profissionais do hospital foram constatadas também em pesquisa apresentada anteriormente, em que Santos (2012), tendo o CAPS como campo de análise — outro modelo substitutivo do espaço asilar —, percebi que os profissionais de saúde, em sua maioria, veem a vida afetivo-sexual dos *usuários* como problemática.

A alegação da visão preconceituosa a respeito das vivências afetivas dos *pacientes* é, para alguns profissionais, exemplificada por algum casal que, ao contrário de Glaucia e Alcides, não tenham levado a sério o relacionamento. “É coisa de só ficar naquela hora e pronto”, como definiu uma técnica de enfermagem. Balizam os envolvimento afetivos dos *pacientes* pela lógica cristã moralista, dessa forma, os categorizam enquanto sujeitos pervertidos.

Uma *paciente*, Vânia, foi apontada como um desses exemplos. Por ter se envolvido, segundo os profissionais, com vários *pacientes* e ainda se insinuar para alguns profissionais. O porteiro me revelou que ela estava *cheia de ousadia* para com ele, que havia cortado tamanha liberdade para não haver complicações em seu trabalho. Restringiu-lhe até o tempo que ela passava junto ao portão, como era costume de alguns *pacientes*, seja à espera de algum visitante ou mesmo pela companhia do porteiro, que alguns consideram agradável.

Vânia passou uns dias tendo desmaios, e surgiu a suspeita de que estivesse grávida, como também a ideia de que isso era apenas para *chamar atenção*. As especulações giravam em torno da dúvida: se a criança teria sido gerada no hospital ou se Vânia já teria chegado à instituição gestante. Fazia três semanas que eu tinha começado a pesquisa, e o tempo de internação da *paciente* girava em torno disso também. Começaram as ‘brincadeiras’ entre os profissionais: “Será que é fulano (*paciente*) o pai? Ou é você?”, falou jocosamente a *recreadora* para um funcionário da limpeza. A falta de respeito e ética profissional por parte de alguns desmerecia a *paciente* com a ideia de que, caso a gravidez fosse confirmada, seria só mais um filho no mundo, já que a *paciente* tinha dois, segundo ela.

3.8- “Se der ousadia...”

Outro ponto relevante para pensar sobre o assunto diz respeito à relação tecida entre os *pacientes* e os profissionais. Os últimos, em razão dos ditames éticos prescritos pela profissão e também dos preconceitos que os norteiam, se posicionam enquanto “anjo branco” (MIRANDA C.L., 1994) diante dos *pacientes*. A sexualidade é vista como inexistente na relação, restringindo-se apenas a questões que dizem respeito a higienização — especialmente no caso dos técnicos de enfermagem, que são os profissionais que lidam diretamente com o corpo dos *pacientes* —, ao contato estabelecido no *grupo* terapêutico pelas psicólogas etc.

Esse tópico é nomeado pela fala de uma terapeuta ocupacional. Quando eu ia para a sua sala pela manhã, um *paciente* me acompanhou calado durante o caminho desde o portão de entrada da instituição. Ao chegar a meu destino, a profissional abriu a porta, e ele estendeu sua mão para que ela pegasse, ela correspondeu ao seu cumprimento de maneira rápida. O *paciente* tentou entrar na sala junto comigo, e a profissional logo o repreendeu dizendo que não estava na hora de o setor abrir — teoricamente abre às 9h, e ainda era 7h30. Então ela me ‘alertou’: “Se der ousadia...”. O lema de alguns profissionais seguia o que me disse uma enfermeira: “Não pode destratar, mas também, se não colocar limite, abusa da boa vontade”.

Os vínculos são estritamente profissionais, e, na visão dos profissionais, é preciso deixar isso claro. Porém, como já falado, existem os que caem no agrado e se tornam ‘protegidos’ dos profissionais. Essa necessidade de deixar entendida a relação ali a ser estabelecida está muito ligada à adjetivação dos *pacientes* como ‘ousados’, principalmente no que tange as sexualidades. Várias vezes fui avisada: “Aquele ali é muito enxerido, fique de olho”.

A chegada em campo, como descrita no capítulo metodológico, foi sustentada por medo e curiosidade, que se intensificavam com as conversas muitas vezes assustadoras para uma novata. O caso relatado por uma das psicólogas me assustou. Em uma das nossas primeiras trocas de experiências, ela contou sobre um acontecimento que envolveu um *paciente* que não conheci. Segundo a profissional, ele foi internado por consumo abusivo de álcool. Ela quem fez o acolhimento psicológico do *paciente*. Segundo ela, a todo momento ele queria atendimento individual — como já foi dito, em razão do grande número de *pacientes* e

de haver apenas duas psicólogas para atender à demanda, a consulta individual não se realiza, a menos que seja considerada necessária pelas profissionais.

A história se desenrolou na insistência do *paciente* em ser atendido individualmente, procurar destaque nos *grupos* e frequentemente querer agradá-la com balas. No começo, aceitava sem problemas, por entender que a atitude do *paciente* não significava nada além de retribuição pela atenção dada pela profissional. Ademais, passados vários dias e com a proximidade de sua alta, ele insinuou seu interesse para além da relação profissional-*paciente*, e a psicóloga cortou a relação por perceber que andava por caminhos contrários à sua profissão.

Depois da alta, o *paciente* passou a persegui-la. Quando seu turno no hospital se encerrava, ela ia para a parada de ônibus e, sem que ela percebesse, ele estava esperando para ver qual seria seu destino. Descobriu onde ela morava e, certo dia, chegou à sua porta. Foi preciso que seu irmão intercedesse na situação. De acordo com a profissional, foi uma experiência assustadora. Ele insistentemente queria contato, e ela tinha medo de sua reação, por não corresponder a suas expectativas, mas também pela possibilidade de destruir o casamento do *paciente*, gerando conflito de maior proporção.

Ele é policial, e sua profissão gerava muita preocupação, uma vez que faz uso de armamento. Para sua proteção, a profissional o denunciou ao Batalhão Policial ao qual estava vinculado. Quando o caso foi apresentado ao hospital, foi deferido pela direção que o *paciente* não poderia mais internar-se naquela instituição. A partir da exposição da psicóloga, fiquei ainda mais pávida, com receio de aceitar qualquer tipo de agrado vindo dos *pacientes*, como é comum receber balas.

Conquanto, o dia a dia me possibilitou o desmanche da parede que me separava dos *pacientes*, embaraço abertamente direcionado aos *pacientes* homens. Eu tinha maior cautela com um *paciente* em especial, porque algumas vezes ele se mostrou mais excessivo ao pegar em minhas mãos, por exemplo, fazendo insinuações convidativas para relações sexuais, como o ato popularmente entendido de passar o dedo na palma da mão de outrem. Tive a experiência fora da instituição de estar no mesmo ônibus que ele e ficar escondendo-me para que o *paciente* não soubesse onde moro, situação que absorvi da psicóloga.

Em alguns momentos com os *pacientes*, pude perceber que havia interesse. Várias vezes fui pedida em casamento, ganhei balas, mas, com certo ‘jogo de cintura’, consegui desviá-los e a vivência fora dos muros institucionais já não me perturbava. Como eu poderia

me valer das informações fornecidas por eles, que foram de suma importância na construção desse trabalho, inibindo-me? Como aponta Geertz, “não há melhor tarefa para um estudioso do que destruir um medo” (GEERTZ, 2001, p.47).

3.9 – “Para toda regra, há uma exceção”

As relações travadas com os *pacientes* nem sempre seguem a lógica do distanciamento nem da repressão por qualquer motivo. Apesar de me referir de maneira geral à representação que os profissionais têm sobre sexualidade, mostrando a percepção de caráter hegemônico que rege a temática, é preciso deixar registrado que meu exercício aqui não é generalizar. Sendo assim, apresento outra visão — digamos positiva — das sexualidades que conheci dentro da instituição, a visão de uma psiquiatra.

Tive a oportunidade de conhecer a profissional já nos fins da pesquisa, quando transferi meu cronograma, depois do insucesso de acompanhar um dos psiquiatras, para estágio na secretaria. Com vários anos atuando em psiquiatria, Antônio hoje é aposentada pelo Estado de Alagoas pelo serviço prestado no hospital psiquiátrico estadual. Inúmeras são as histórias vivenciadas por ela junto aos *pacientes*, motivo que a levou a escrever alguns livretos sobre o cotidiano fervilhante do mundo do internado. Surpreendo-me com a forma descontraída como trata as sexualidades de seus *pacientes*, postura diferente de muitos que rejeitam até mesmo a “verborreia sexual” (GIAMI, 2004).

Em suas narrações nos livros, está a de um *paciente* que conta: “Bati uma punheta, pensando nessa enfermeira magrinha. Gozei tanto que meus olhos quase reviraram. Foi melhor do que pensar em várias atrizes despidas”. Para alguns profissionais, esse é o tipo de coisa a que não se deve dar ouvidos, são alucinações que não devem ser alimentadas. Outro exemplo dessa natureza, a profissional me conta em uma de nossas tardes de conversas.

Quando conversávamos sobre como entende as sexualidades dos *pacientes* e como é administrada na instituição, Antônio colocou que percebe nos profissionais grande dificuldade em falar sobre o assunto; talvez pelo pudor que o tema apregoa e por entender as sexualidades como frutos da doença, exista a coibição. Exemplifica com o caso de um *paciente*: ela estava de plantão na instituição, sentada em seu birô, com a porta aberta que tem visão direta para o pátio do hospital, e aproximou-se um *paciente* já se desculpando, mas dizia que precisava confessar para ela que havia *batido uma punheta* pensando no laço do sapato que ela estava

usando. A profissional supôs que provavelmente a atitude do *paciente* seria passível de repreensão na visão de outros companheiros de trabalho, como sugeriu uma técnica de enfermagem quando ela contou o ocorrido.

Diante dos dados expostos, sob o prisma de uma ideologia potencializadora do sujeito em sofrimento psíquico, em especial no que concernem as suas sexualidades, Birman faz um levantamento das perspectivas que geriram esse fenômeno da vida desses sujeitos.

Na psiquiatria clássica, a sexualidade do doente mental sempre foi estudada num plano secundário, seja porque não recebia o estatuto de uma dimensão essencial do humano, seja porque a individualidade do enfermo desaparecia na construção dos sistemas nosográficos. A sexualidade era simplesmente uma função biológica, entre várias outras, destacando-se por sua finalidade de reprodução da espécie, como um aspecto do *corpo animal* do sujeito, que poderia alterar-se em função de um processo patológico, configurando sintomas e anomalias que o distanciavam dos padrões de normalidade sexual (BIRMAN, 1980, p.9).

Com base nos dados apresentados ao longo do trabalho, é possível observar a ideia de negatização das sexualidades mesmo com o novo cenário da saúde mental a partir dos holofotes propiciados pela Reforma Psiquiátrica. O novo jeito de fazer psiquiatria é questionável quando pensado inserido no campo de investigação retratado aqui — com ressalvas a alguns profissionais, que, em alguns aspectos, fogem às regras.

CONSIDERAÇÕES

Mesmo tendo alcançado, com a ajuda de meus interlocutores, os objetivos da pesquisa, ressalvo que este texto deixa algumas lacunas, pois trata-se de um recorte em um campo bem mais complexo. A relação profissional – *paciente* não é unívoca. Como pudemos ver durante toda discussão apresentada, este relacionamento será influenciado, por exemplo, pelo conhecimento que o profissional tem com a família do interno ou mesmo se o *paciente* é *colaborador* do setor do qual pertence o profissional.

Este trabalho demandou grande esforço, construção e desconstrução de perspectivas como foi visto durante toda a dissertação. Onde o medo, elemento importante para pensar a construção histórica de periculosidade do ‘louco’, se fez presente. A surpresa ao deparar-me com estratégias de controle físico como a contenção e a medicação, mecanismo crucial na agência das sexualidades dos *pacientes* dentro da instituição. Esta dissertação utilizou os ‘ingredientes’ das atividades de pesquisa e a relação pesquisador/interlocutores que, “estão envolvidos, entre outros, os sentimentos de dúvida, preocupação, simpatia, pesar, solidariedade e até frustração. Certamente, esses sentimentos deixam sua marca no resultado do trabalho”. (ARAUJO, 2008, p. 114).

Reitero o que mais me motivou para a elaboração do trabalho: apresentar as sexualidades das pessoas em sofrimento psíquico como elemento importante de suas vidas. Elemento este que não só permite o ato pleno de se constituir enquanto “pessoa” (DUARTE, 1986), mas pode, da mesma maneira, fortalecer a temática da autonomia proposta pelas novas políticas de saúde mental, como foi possível perceber a partir da escuta dos profissionais de saúde, *pacientes* e da minha vivência cotidiana na instituição.

Meu esforço dirigiu-se para uma apresentação do serviço de saúde prestado na instituição, sem negligenciar o comportamento dos profissionais, não só de saúde como de outras especialidades, no que tange às concepções negativas sobre as sexualidades destas pessoas. Todavia, sem o propósito de delimitar uma relação estritamente algoz dos profissionais para com os *pacientes*. É mister considerar desta forma, a maneira punitiva e disciplinadora que rege o cotidiano hospitalar sob a lógica estigmatizada do ‘louco’. A categoria “*safadeza*” mostrada no primeiro capítulo está estritamente associada a essa representação. Entretanto, ao ouvir os relatos, pudemos ver que as condições desgastantes de trabalho dos profissionais dizem muito da *falta de paciência* com os *pacientes*.

A formação dos profissionais de saúde caracteriza a relação que, guiada pela visão biocêntrica, deixa de lado as nuances simbólicas que regulam a vida dos *pacientes*. Como afirma Gori (2010), é tarefa para a psiquiatria definir desvios sociais, sem dedicar-se a entender as relatividades sociais, regras que são endossadas nos manuais de transtornos mentais. Característica que anda junto às discussões sobre a biopolítica que, com as estratégias direcionadas à vitalidade humana através das formas de conhecimento, regimes de autoridade e práticas de intervenção que são desejáveis, legítimas e eficazes; buscam controlar os corpos e mentes (MARTINS, 2004).

Nessa linha, ressalvo que a utilização das categorias êmicas, por mim empregadas, suscitaram a ideia de incorporação das concepções nativas dos profissionais a respeito dos *pacientes*. Entretanto, ratifico que a opção de utilizá-las foi para retratar os valores nativos, como a categoria *paciente*, que sugere uma relação fundamentalmente desigual, calcada na autoridade e negligência da cidadania do sujeito, ao contrário da proposta que os CAPSs colocam ao utilizar o termo *usuário*, como foi explicado no segundo capítulo.

Sobretudo, como afirma Vance (1995), apesar de setores como o Estado, a religião e grupos profissionais como o da saúde dispor de grande poder, isso não quer dizer que sejam hegemônicos ao passo que não sejam contestados pelos grupos subalternos. Esses criam e recriam subculturas e mundo de significados que os levam a uma posição não reativa como se imagina. Pudemos ver as artimanhas utilizadas pelos *pacientes* para fraudar as regras, principalmente as que não lhes permitem namorar. O *Jardim do Éden* é o principal espaço onde o contra-poder opera, dentre outras estratégias de subtração do controle institucional.

Algumas representações são significativas e devem ser aqui consideradas, como é a ideia de que não *sabem o que estão fazendo*; a irracionalidade é fruto de outra marca comum, os comportamentos ‘animalescos’. Seja pelo fato de não saber se comportar no refeitório ou por práticas sexuais em público. Tudo isso configura, para os ‘normais’, o modo singular de ser ‘louco’. Por isso, apresentar apontamentos históricos sobre o fenômeno, torna-se interessante, pois nos conta como esses adjetivos foram sendo associados aos sujeitos na medida em que os tornam “alienados”, “fora do mundo racional” e os conjuram como ‘inferiores’.

Por meio da pesquisa, pude considerar que os profissionais de saúde, apesar de algumas diferenças de perspectiva e graus de controle por eles exercidos, percebem as

manifestações sexuais como problemáticas. Caracterizado pelo o que Foucault (1988) nomeou de “psiquiatrização do prazer perverso”. O castigo, representado na “tecnologia política” da E.P, continua sendo a principal pedagogia adotada para a busca de domesticação do comportamento “anormal”.

A consideração que exalto como crucial na representação dos profissionais sobre as sexualidades é a anormalidade, como supracitado. Hipersexualidade e assexualidade é o par de oposição que figura a condição diferenciada dos *pacientes*. Porém, como se pôde perceber no texto, a hipersexualidade é o fenômeno mais frequente para a classificação dos *pacientes* pelos profissionais, pois *só pensam naquilo*. Assim, as sexualidades são vistas de forma plural pelos profissionais por ser os sujeitos hipersexuais, assexuais; mas, contudo, o que os definem é o fato de serem diferentes.

Outra representação dos profissionais, justificada pela ‘anormalidade’, é o descrédito nos relacionamentos afetivos dos *pacientes*. Esses relacionamentos são desprestigiados, são vistos como efêmeros por eles ‘não ter juízo’. A instabilidade percebida como característica da doença é apontada como um desafio para a manutenção dos relacionamentos. *Mais doido é quem namora uma pessoa assim*, fala que ilustra a posição dos profissionais frente a questão.

Dentre tantos problemas que as sexualidades parecem despontar, outro que se soma é a gravidez, pois, se os pacientes já são, para seus *cuidadores*, considerados um peso, um filho só vem a tornar a bagagem mais árdua, visto que, de acordo com os interlocutores, os filhos sempre ficam sob a responsabilidade de terceiros e não dos *pacientes*. Destarte, a ‘bola de neve’ só cresce. Diante do fenômeno da gravidez, a homossexualidade que, apesar de não ser plenamente aceita por questões morais/religiosas, é tida de forma menos ofensiva por não trazer a gravidez como resultado. Não afirmo que as relações homoafetivas sejam percebidas como ‘normais’, mas que os profissionais são conhecedores de alguns casais e é sabido que durante a noite há relações sexuais dentro das enfermarias que, por permitirem a estadia dos *pacientes* no mesmo espaço, é sutilmente consentida.

Apesar de não ter como foco a análise da eficiência ou não do sistema asilar, aponto que, através do evento que surgiu sobre o fechamento da instituição, para *cuidadores* e profissionais, esse ainda é o tratamento mais pertinente para os *pacientes*. Contudo, não percebi que essa posição venha acompanhada de reflexões acerca de necessárias modificações como o período de internação tão reclamado pelos *pacientes*. A ideia de que *aqui tem banho*,

bola, comida e ainda namorico, é hotel cinco estrelas; retrata bem a representação positiva que os profissionais têm do lugar.

A condição de cidadania e o direito de viver em sociedade são subsumidos diante das internações sem data determinada de alta, seja pela folha de pagamento que não favorece em determinado dia, seja mesmo por *cuidadores* que julgam que ali é o melhor local para aquelas pessoas que fora dos muros do hospital geram conflitos. Desta maneira, as reflexões sobre a construção histórica da loucura mencionada neste texto se torna relevante, pois nos ajudam a compreender o lugar que o ‘louco’ ocupa na sociedade.

Findo o texto convidando outros pesquisadores a explorar o universo das sexualidades que é tão incipiente nos estudos sobre os fenômenos que povoam a saúde mental no Brasil. No sentido de que as sexualidades não sejam reduzidas ao campo da natureza e silenciada dentro das instituições que cuidam de pessoas em sofrimento psíquico. Dito isto, desejo que esta pesquisa possa auxiliar os profissionais para um tratamento mais humano e multidimensional.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- ARAÚJO, Marivânia Conceição de. A teoria das representações sociais e a pesquisa antropológica. **Revista Hospitalidade**. São Paulo, ano V, n. 2, jul.- dez. 2008.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- ASSIS, Jorge Cândido; BRESSAN, Rodrigo Affonseca; VILLARES, Cecília Cruz. **Entre a razão e a ilusão: desmistificando a esquizofrenia**. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- ATHIAS, Renato. Doença e cura: sistema médico e representação entre os Hupde-Maku da região do Rio Negro, Amazonas. **Horizontes antropológicos/ UFRGS**. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Ano 1, n.1. Porto Alegre: PPGAS, 1998.
- BÍBLIA. Português. **Bíblia Sagrada**. Tradução por Centro Bíblico Católico. 45ª edição. São Paulo: Ave Maria, 1984.
- BIRMAN, Joel. **Sexualidade na Instituição Asilar**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1980.
- BLIKSTEIN, Flávia. Destinos de crianças: estudo sobre as internações de crianças e adolescentes em Hospital Público Psiquiátrico. **Dissertação** (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2012.
- BOLTANSKI, Luc. A relação doente-médico. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.
- BOURDIEU, Pierre. Espaço social e a gênese das “classes”. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. Reflexões sobre como fazer trabalho de campo. **Sociedade e Cultura**, v. 10, n.1, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para Profissionais de Saúde Mental. Sexualidade & DST/AIDS: discutindo o subjetivo de forma objetiva**. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/IFB, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº52**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

- _____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 3.347**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 336**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** 10, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012 (acesso em 12 de fevereiro de 2014).
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 148**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Lei 9.656 de 3 de junho de 1998**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656compilado.htm. Acesso em: 08 de jan. de 2014.
- BUTLER, Judith. **Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”**. In: **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.
- CARDOSO DE OLIVEIRA, L.R. Pesquisas em versus pesquisas com seres humanos. In: **Antropologia e Ética. O debate atual no Brasil**/Ceres Vítora, Ruben George Oliven, Maria Eunice Maciel e Ari Pedro Oro (organizadores). Niterói: EdUFF, 2004.
- CAROSO Carlos; RODRIGUES Núbia. Doença mental crônica e tecnologias comunitárias de manejo terapêutico. In: **Cultura, tecnologias em saúde e medicina: perspectiva antropológica**. Salvador: EDUFBA, 2008.
- CARRARA, Sérgio. Introdução. In: **Antropologia e direito: temas antropológicos para estudos jurídicos**. Rio de Janeiro/ Brasília: Contra Capa/ LACED/ Associação Brasileira de Antropologia, 2012.
- CHAZAN, Lilian Krakowski. Vestindo o jaleco: reflexões sobre a subjetividade e a posição do etnógrafo em ambiente médico. In: **Cadernos de campo**, n. 13, 2005.
- CLIFFORD, James. Sobre a autoridade etnográfica. In: **A experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2002.
- CUNHA, Olívia Maria Gomes da. Corpo. In: **Antropologia e direito: temas antropológicos para estudos jurídicos**. Rio de Janeiro/ Brasília: Contra Capa/ LACED/ Associação Brasileira de Antropologia, 2012.
- DESLANDES, Suely et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed; Brasília: CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, 1986.
- _____. Investigação antropológica sobre doença, sofrimento e perturbação: uma introdução. In: **Doença, sofrimento, perturbação perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.
- EULÁLIO, Maria do Carmo; SOUZA, Ana Angélica Pereira. “E agora, o que vai ser da gente?” – fim de um hospital psiquiátrico: relato de caso em Campina Grande-PB. In: **Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização**. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

FAVRET-SAADA, J. Ser afetado. Tradução de Ana Paula Siqueira. **Cadernos de Campo**, n. 13, 2005.

FLEISCHER, Soraya. **Parteiras, buchudas e aperreios: uma etnografia do atendimento obstétrico em Melgaço, Pará**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2011.

_____. “Para quem os antropólogos falam?”. In: **Ética e regulamentação na pesquisa antropológica**. Brasília: Letras Livres. Editora Universidade de Brasília, 2010.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura: na Idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2009.
_____. **Historia da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1988.

_____. **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, 2012.

FURTADO, Juarez Pereira; CAMPOS, Florianita C. Braga. Problemas de uma casa chamada serviço: buscando novas perspectivas de moradia para portadores de transtorno mental grave. In: **Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização**. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

GEERTZ, Clifford. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2013.

_____. Anti Anti-relativismo. In: **Nova Luz sobre a Antropologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

GIAMI, Alain. **O anjo e a fera: sexualidade, deficiência mental, Instituição**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

_____. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2010.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências**. Rio de Janeiro: Record, 2004.

GOLDMAN, Marcio. Alteridade e experiência: antropologia e teoria etnográfica. **Etnográfica**, vol. X (1), 2006.

GONÇALVES, Amadeu Matos. A doença mental e a cura: um olhar antropológico. In: **Revista Millenium**, n. 30, 2004.

GORI, Roland. Le DSM : un dispositif de normalisation idéologique? In: **Sciences Sociales et Santé**, Vol. 28, n. 1, 2010.

HELIBORN, Maria Luiza. Antropologia e Saúde: considerações éticas e conciliação multidisciplinar. In: **Antropologia e ética: o debate atual no Brasil**. Niterói: EdUFF, 2004.

_____. Experiência da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis. In: **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006.

HERZLICH, C. A problemática da Representação social e sua utilidade no campo da doença. In: **Physis – Revista de Saúde Coletiva**. Vol. 1, n. 2, 1991.

_____. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14 (2), 2004.

HORTA, Bernardo Carneiro. **Nise: arqueóloga dos mares**. Rio de Janeiro: Aeroplano, 2009.

JARDIM, Denise Fagundes. Antropologia em campos up. In: **Experiências, dilemas edesafios do fazer etnográfico contemporâneo**. Porto Alegre: Ed. Da UFRGS, 2010.

LOYOLA, Maria Andréa. A antropologia da sexualidade no Brasil. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro 10 (1): 143-167, 2000.

LUZ, Madel Therezinha. Especificidade da contribuição dos saberes e práticas das ciências sociais e humanas para a saúde. **Saúde soc.** Vol. 20, n. 1, 2011.

MALINOWSKI, Bronislaw. Introdução: objecto, método e alcance desta investigação. **Argonautas do Pacífico Ocidental**. São Paulo: Abril Cultural, 1976.

MARTINS, André. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. **Interface** (Botucatu), Fev 2004, v. 8, n. 14.

MEINERZ, Nádia. Corpo e outras (de)limitações sexuais: uma análise antropológica da revista Sexuality and Disability entre os anos de 1996 e 2006. **RBCS** v. 25, n. 72 Fevereiro/ 2010.

MIRANDA F A N; FUREGATO A R F. Representações sociais da atuação do enfermeiro psiquiátrico no cotidiano. **Psicologia: Teoria e Prática**, p. 67-78, 2004.

MIRANDA, C. L. **O parentesco imaginário: história e representação social da loucura nas relações do espaço asilar**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 1994.

MONNERAT, Silvia. **Louco amor? Um estudo sobre relações amorosas em uma Instituição Psiquiátrica**. 32º Encontro Anual da Anpocs GT 38 Subjetividade e emoções, Minas Gerais, 2008.

MOTA, André; SEIXAS, André Augusto Anderson; ZILBREMAN, Monica L. A origem da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu contexto histórico. **Rev Psiquiatr RS**. 2009;31(1):82

PAES, Marcio. et al. Contenção física em hospital psiquiátrico e a prática da enfermagem. **Rev. enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, 2009, 17(4):479-84.

PERRUSI, Artur; FRANCH, Mónica. Carne com carne: Gestão do risco e HIV/Aids em casais sorodiscordantes no Estado da Paraíba. **Revista de Ciências Sociais**, n. 37, Outubro de 2012 - pp. 179-200. ISSN 0104-8015 | ISSN 1517-5901 (online)

PALMEIRA, Leonardo. Como tratar?. A esquizofrenia. **Entendendo a esquizofrenia**. Disponível em:<http://entendendoesquizefrenia.com.br/website/?page_id=132>. Acesso em: 22. jan 2014.

PELBART, Peter Pál. Manicômio mental – a outra face da clausura. In: **revista Saúde & Loucura**, n. 2, Editora Hucitec, 1990.

RABINOW, Paul; ROSE, Nikolas. O conceito de biopoder hoje. **Política & Trabalho Revista de Ciências Sociais** nº. 24 Abril de 2006.

RAYNAUT, Claude. Interfaces entre a antropologia e a saúde: em busca de novas abordagens conceituais. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2006 jun; 27(2).

RINALDI, Alessandra de Andrade. Saúde e doença. In: **Antropologia e direito: temas antropológicos para estudos jurídicos**. Rio de Janeiro/ Brasília: Contra Capa/ LACED/ Associação Brasileira de Antropologia, 2012.

ROSALDO, Michelle Zimbalist. A mulher, a cultura e a sociedade: uma revisão teórica. In: **A mulher, a cultura e a sociedade**. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1979.

ROSE, Nikolas. **The Politics of Life Itself**. (SAGE, London, Thousand Oaks and New Delhi), Vol. 18(6), 2001.

SAHLINS, Marshall. O “pessimismo sentimental” e a experiência etnográfica: por que a cultura não é um “objeto” em via de extinção (Parte I). **Mana**, v.3 n.1, 1997.

SAMPAIO, José Jackson Coelho. **Epidemiologia da imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

SANTOS, Jarissa Porto dos. Reflexões em torno da vida afetivo-sexual de sujeitos em sofrimento mental: uma etnografia do CAPS Casa Verde (**monografia de conclusão do curso de ciências sociais**). Maceió: Universidade Federal de Alagoas, 2012.

SARTI, Cynthia Andersen. Saúde e sofrimento. In: **Horizontes das ciências sociais no Brasil: antropologia**. São Paulo: ANPOCS, 2010.

SCHUCH, Patrice et al. Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo: uma introdução. In: **Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo**. Porto Alegre: Ed. Da UFRGS, 2010.

SILVA, A.C. Gênero e Práticas Profissionais em um Corredor Hospitalar de Alta Complexidade em Maceió/AL. **Dissertação** (Mestrado). Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2013.

SILVA, M.B. Um caso entre a saúde mental e os direitos humanos: as versões e a vítima. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23 [4], 2013.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Revista Educação & Realidade**. Porto Alegre: v. 2, n. 20, 1995.

VANCE, Carole S. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*. Vol. 5, n. 1, 1995.

VICTORA, Ceres; KNAUT Daniela Riva; AGRA, Maria de Nazareth. Introdução. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WAWZNIAK, João Valentin. Percepção da internação e do ambiente hospitalar por ribeirinhos do Tapajós, Pará, Brasil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 5, n. 2, p. pag. 85-100, Jun. 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTAS (provisório – aplicado aos profissionais de saúde)

1. Elementos de identificação do interlocutor

2. Questões temáticas:

Quanto tempo trabalha na área de saúde mental?

Como foi sua trajetória até chegar ao campo da saúde mental?

Como o/a Sr (a) percebe sua relação com os pacientes?

Como o/a Sr (a) percebe a relação entre os pacientes?

Como se dá as manifestações da sexualidade entre os usuários?

Como aparece a sexualidade em seu cotidiano profissional com pessoas em sofrimento?

O que se faz diante dessas manifestações?

Qual é a posição da instituição sobre a expressão da sexualidade entre os internos?

E se as pessoas com sofrimento psíquico resolvem namorar, casar?

Ou ter filhos?

Como o/a Sr (a) percebe a gravidez de mulheres com sofrimento psíquico?

Os pacientes falam sobre sexo/relacionamentos com o/a Sr (a)?

Qual é a reação da família às expressões da sexualidade dessas pessoas?

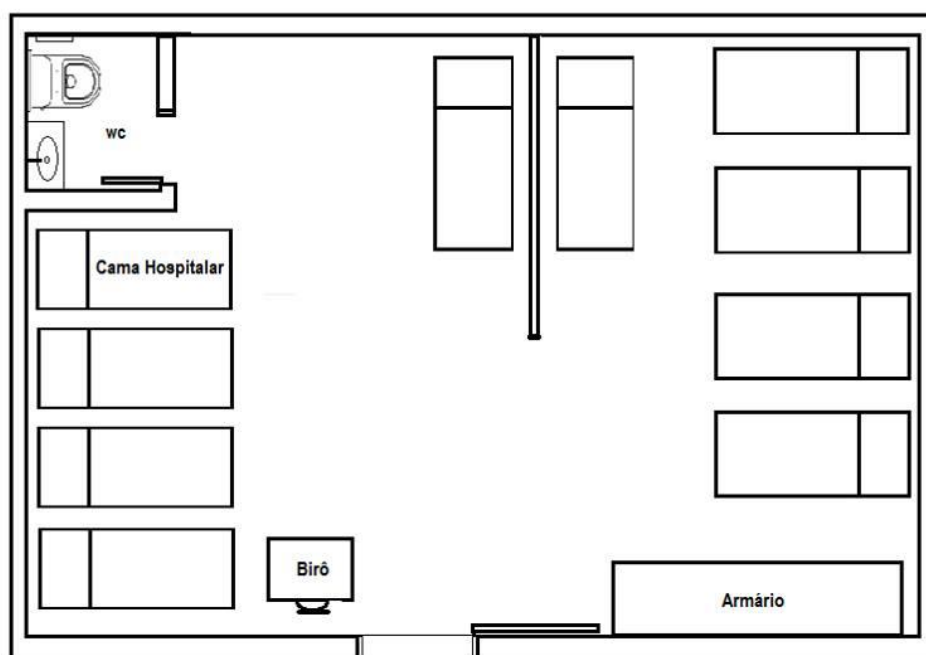
O que o sr (a) orienta?

Na instituição é desenvolvida alguma atividade de educação sexual?

Aonde as pessoas aprendem sobre sexualidade?

APÊNDICE B

EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA - E . P

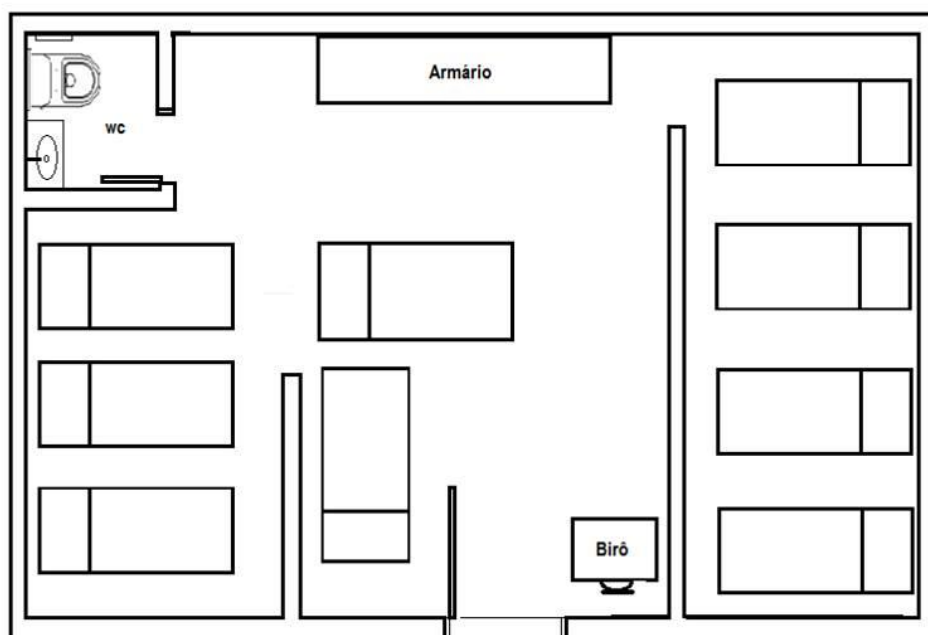


1 PLANTA BAIXA
SEM ESCALA

Sem medidas precisas do espaço, a figura ilustra um dos principais espaços que o texto retrata. Em média, a E.P tem 8 m².

APÊNDICE C

INTERCORRÊNCIA CLÍNICA - I.C



2 PLANTA BAIXA
SEM ESCALA

Como a E.P, a I.C é um espaço relativamente pequeno, tem cerca de 9m².

ANEXOS

ANEXO A

Tabela 3 – Centros de Atenção Psicossocial por tipo e UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes por UF (Brasil, 2011)

UF	Pop	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	TOTAL	Indicador CAPS/100.000 hab
Acre	732793		1			1		2	0,27
Alagoas	3120922	38	6		1	2		47	0,90
Amapá	668689				1	2		3	0,45
Amazonas	3480937	7	4	1				12	0,26
Bahia	14021432	125	32	3	7	16		183	0,87
Ceará	8448055	48	29	3	6	17		103	0,95
Distrito Federal	2562963	1	2		1	3		7	0,25
Espírito Santo	3512672	7	8		1	3		19	0,44
Goiás	6004045	16	16		2	4		38	0,50
Maranhão	6569683	37	14	1	3	6		61	0,65
Mato Grosso	3033991	24	2		2	5		33	0,69
Mato Grosso do Sul	2449341	9	6	1	1	4		21	0,69
Minas Gerais	19595309	86	44	10	12	21		173	0,69
Pará	7588078	24	15	2	2	6		49	0,50
Paraíba	3766834	39	8	3	8	8		66	1,27
Paraná	10439601	37	28	2	8	22		97	0,76
Pernambuco	8796032	28	19	2	7	12	1	69	0,64
Piauí	3119015	30	7	1	1	4		43	0,91
Rio de Janeiro	15993583	36	39	1	16	18	1	111	0,59
Rio Grande do Norte	3168133	15	11	1	2	7		36	0,92
Rio Grande do Sul	10695532	66	37		17	26	1	147	1,07
Rondônia	1560501	11	5			1		17	0,74
Roraima	451227	1				1		2	0,33
Santa Catarina	6249682	47	13	2	6	11		79	0,90
São Paulo	41252160	64	79	27	43	67	2	282	0,64
Sergipe	2068031	19	4	3	2	4		32	1,16
Tocantins	1383453	7	2			1		10	0,47
Brasil	190732694	822	431	63	149	272	5	1742	0,72

Fonte: Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

ANEXO B

Tabela 7 – Leitos em Hospitais Psiquiátricos por UF (Brasil, 2011).

UF	População	Nº hospitais	Leitos SUS	Leitos por 10.000 hab.
AC	15993583	1	53	0,03
AL	3120922	5	880	2,82
AM	41252160	1	126	0,03
BA	10439601	7	832	0,80
CE	8796032	7	928	1,06
DF	6004045	1	85	0,14
ES	3766834	3	620	1,65
GO	3168133	10	1171	3,70
MA	3512672	3	663	1,89
MG	2068031	17	2242	10,84
MS	19595309	2	200	0,10
MT	1383453	2	202	1,46
PA	8448055	1	56	0,07
PB	6249682	5	706	1,13
PE	6569683	13	2028	3,09
PI	2449341	1	160	0,65
PR	10695532	15	2460	2,30
RJ	3033991	33	5819	19,18
RN	14021432	4	572	0,41
RS	3119015	6	801	2,57
SC	732793	4	670	9,14
SE	2562963	2	280	1,09
SP	7588078	54	10570	13,93
TO	3480937	1	160	0,46
Total	188.052.277	198	32.284	1,717
Total Brasil	190.732.694			1,693

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS./Datasus

ANEXO C

Tabela 9 – Leitos em Hospitais Gerais por UF (Brasil, 2011).

UF	Nº DE HOSPITAIS	LEITOS SUS
AC	12	13
AM	1	1
AP	1	16
BA	15	116
CE	29	103
DF	2	33
ES	7	29
GO	13	156
MA	6	20
MG	42	272
MS	29	113
MT	8	10
PA	11	82
PB	17	52
PE	7	68
PI	15	42
PR	19	166
RJ	53	150
RN	5	19
RO	1	60
RR	2	11
RS	199	1086
SC	77	509
SE	3	54
SP	65	712
TO	7	17
Total	646	3910

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, DATASUS.

ANEXO D

Tabela 4 – Residências Terapêuticas por UF.
(Brasil, 2011)

SRTs NO BRASIL – 2011				
UF	MÓDULOS		TOTAL DE MÓDULOS	TOTAL DE MORADORES
	EM FUNCIONAMENTO	EM IMPLANTAÇÃO		
BA	20	1	21	112
CE	5	4	9	29
ES	5	0	5	37
GO	11	3	14	58
MA	3	1	4	18
MG	77	27	104	518
MS	1	0	1	2
MT	10	0	10	76
PA	0	2	2	0
PB	17	6	23	107
PE	45	24	69	329
PI	4	0	4	22
PR	22	3	25	138
RJ	106	25	131	593
RN	3	0	3	20
RS	39	4	43	141
SC	4	1	5	31
SE	20	0	20	103
SP	233	52	285	1136
TO	0	1	1	0
Total	625	154	779	3470

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

ANEXO E

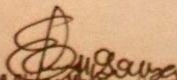
CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO CEP


UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 5ª Reunião realizada no dia 20/05/2013, o projeto de pesquisa intitulado: “SEXUALIDADE E SOFRIMENTO PSÍQUICO: ESTUDO ANTROPOLÓGICO SOBRE PERCEPÇÕES DA SEXUALIDADE PELOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA SAÚDE MENTAL EM MACEIÓ/AL” da Pesquisadora Jarissa Porto dos Santos. Prot. nº 0246/13. CAAE: 12204213.0.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Drª Berta Marques D. Sousa
Coordenadora CEP/CCS/UFPB
Mat. SIAPE: 0332618

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba
Campus I – Cidade Universitária – Bloco Arnaldo Tavares – Sala 812
CEP 58051-900 – João Pessoa – PB – ☎ (83) 3216 7791