

Saúde Mental e Sofrimento Psíquico: reflexões de uma Etnografia de Hospitais Psiquiátricos¹

Sabrina Melo Del Sarto, UEMS/ Mato Grosso do Sul

Palavras-chave: Etnografia de Hospital; Institucionalização; Desinstitucionalização.

Resumo

Neste estudo, apresento um fragmento de uma etnografia que investiga a vida social de moradores permanentes de alas asilares em dois hospitais psiquiátricos públicos de Santa Catarina. O objetivo principal foi observar as experiências singulares desses indivíduos diante da institucionalização, destacando como a realidade restritiva e coercitiva desses ambientes influencia suas possibilidades micropolíticas de movimento. Além disso, busquei analisar a inserção desses locais nos processos de institucionalização, examinando a presença ou ausência de orientações para a implementação de potenciais mecanismos de desinstitucionalização. Em termos gerais, adotei uma abordagem etnográfica para compreender de que maneira a construção social do cotidiano institucional contribui para reforçar a perspectiva manicomial da doença mental. O enfoque da investigação concentrou-se nas experiências e vivências dos moradores que permanecem institucionalizados por, pelo menos, 35 anos em hospitais psiquiátricos. Questões interdisciplinares foram também exploradas, destacando as diversas formas de conduzir uma pesquisa etnográfica dentro do campo psi, com o intuito de construir novas perspectivas sobre a institucionalização psiquiátrica permanente no Brasil. Ao final, a complexidade das histórias de vida compartilhadas por essa população emergiu como um elemento fundamental para a compreensão da atual realidade da institucionalização no país.

Introdução

As reflexões deste artigo emergiram a partir da revisão de um material etnográfico de uma pesquisa realizada entre os anos de 2020 e 2024 no interior de dois hospitais psiquiátricos, públicos e asilares localizados no Estado de Santa Catarina. Frequentei os hospitais diariamente entre os anos 2022 e 2023, totalizando 90 encontros transcritos de modo detalhado no diário de campo. Compôs também o acervo etnográfico entrevistas com profissionais que trabalhavam nos hospitais, análise dos documentos institucionais e participação nas Conferências de Saúde Mental de Santa Catarina e nos movimentos populares de Luta Antimanicomial. Na pesquisa que resultou em uma tese recentemente defendida², foquei principalmente em uma investigação para compreender porquê ainda hoje pessoas continuam vivendo dentro de hospitais psiquiátricos, em alas asilares, de forma permanente e obrigatória.

¹ Trabalho apresentado na 34ª Reunião Brasileira de Antropologia (Ano: 2024).

² “Essa vida eu não desejo nem pra um cachorro”: uma etnografia de hospitais psiquiátricos (Del Sarto, 2024).

Dito de outro modo, busquei compreender quais são as barreiras que impedem a desinstitucionalização permanente daqueles sujeitos que ainda hoje vivem naqueles espaços, mesmo com todos os movimentos de Reformas Psiquiátricas que o país tem passado ao longo das últimas décadas. Para este enquadramento específico, optei por abordar algumas reflexões emergidas naquele material, principalmente sobre as influências da realidade cotidiana restritiva e coercitiva institucional, nas possibilidades de existência de micropolíticas de movimento dentro dos espaços asilares. Na reflexão deste artigo, poderemos perceber o modo como a própria construção social do “cotidiano institucional” contribui para reforçar e reificar a perspectiva manicomial da doença mental.

Rotina Institucional e Etnográfica

Percorri as instituições vivenciando intensamente a rotina hospitalar das alas escolhidas e, em ambas, a rotina era muito parecida. Por fins metodológicos, apresento os hospitais a partir de duas denominações, o primeiro como o “hospital mais aberto” e o segundo como o “hospital mais fechado”, visto que a estrutura física de ambos era muito diferente. Entretanto, embora os espaços destoassem, descobri em campo que os moradores transitavam entre os dois hospitais e, quando fiz o levantamento dos perfis dos moradores (identificatório, socioeconômico e clínico), percebi que os dados referentes aos moradores pouco variavam, independente do hospital que habitavam. A média de tempo de internação, por exemplo, se repetiu nas duas instituições, correspondendo a 35 anos, assim como a média etária que ficou, nos dois hospitais, entre os 60 e 65 anos.

No primeiro hospital, mais aberto, os moradores viviam em pavilhões subdivididos por quartos que eram compartilhados por apenas um ou dois moradores. Naqueles espaços, eles podiam guardar seus próprios pertences, como televisões, rádios, roupas, relógios e bolsas que recebiam, principalmente, através de doações ou de compras que eram feitas com parte de suas aposentadorias ou benefícios sociais. As portas dos pavilhões não ficavam trancadas e os moradores podiam circular pelas outras alas e pelo quintal, mas a saída para fora da instituição era proibida. A limpeza dos quartos era feita por profissionais terceirizados, assim como as roupas eram lavadas na lavanderia por um profissional contratado. As refeições eram feitas no refeitório comum, ou seja, o mesmo que era também ocupado pelas outras alas, em horários diferentes. A rotina hospitalar era composta, basicamente, pelos horários de medicação e alimentação e os moradores não tinham nenhuma outra atividade durante o dia. Apenas três deles frequentavam uma sala de “Terapia

Ocupacional”, que estava, naquele momento da pesquisa, sem um terapeuta, mas que era coordenada por outras duas antigas funcionárias de serviços gerais da instituição. Lá, eles faziam tapetes de barbante para vender dentro do próprio hospital.

A segunda instituição, mais fechada, tinha uma estrutura física bastante diferente. A ala de moradores era trancada e separada das outras alas que, por sua vez, também ficavam fechadas. Era, por exemplo, muito comum ver os moradores acumulados na entrada da ala, olhando para o lado de fora pela pequena fresta com grades de metal que tinha no alto da porta, pois eles não podiam circular livremente pelo hospital. Os pavilhões não eram divididos em quartos, diferenciando-se potencialmente do primeiro hospital. Eles eram compostos por dois grandes galpões fechados com divisão de cômodo apenas para a enfermaria, o quarto de descanso dos funcionários, um espaço para as roupas coletivas, o banheiro e o refeitório. As camas estavam dispostas uma ao lado da outra, formando quatro fileiras em cada um dos dois pavilhões. No primeiro deles, havia 32 moradores homens e, no segundo, havia 31 moradores mistos, ou seja, homens e mulheres vivendo juntos no mesmo galpão.

Alguns poucos residentes tinham pertences próprios que ficavam guardados em um armário com chave. Esses, só mantiveram esse pequeno espaço privado porque passaram alguns anos vivendo em outras instituições, mas foram trazidos para a internação fechada devido à falta de recursos, principalmente econômicos, daqueles outros espaços. A rotina comum dos residentes era composta somente pelos horários de medicação e alimentação, e os moradores tinham a possibilidade de passar o dia em um Centro de Convivência, uma sala dentro da ala. Naquele local, eles assistiam à televisão, escutavam músicas e recebiam alguns lanches, como frutas picadas e vitaminas. Eles também circulavam no quintal da ala, que levava até uma igreja que, por sua vez, também permanecia trancada e tinha algumas missas esporádicas.

Em resumo, a rotina comum e obrigatória na ala de moradores daquele hospital era composta somente pelo banho coletivo, a alimentação no refeitório da própria ala e pelos quatro horários de medicação. Chamei de banho coletivo porque, todos os dias, por volta das 8 horas da manhã, os moradores tiravam as suas roupas e ficavam todos no banheiro, ou na porta dele, esperando para serem banhados, numa espécie de linha de produção, na qual cada enfermeiro(a) ou técnico(a) de enfermagem tinha uma função. Um dos profissionais dava banho nos residentes, enquanto outro os secavam e outro escolhia a roupa que iriam usar. Em seguida, iam para uma fila para pentear os cabelos e passar desodorante, levantavam os braços e uma cuidadora espirrava o

produto neles, e depois, finalmente, eram liberados para irem para o Centro de Convivência ou para voltarem para suas camas, pois muitos passavam o dia deitados.

Como se pode imaginar, a dinâmica das visitas de uma pesquisadora naquele ambiente foi muito variada, pois, ao mesmo tempo que passava horas sentada com os moradores esperando o tempo passar, também me era solicitado alguns papéis que escapavam das demandas de uma pesquisa. Os moradores foram compondo uma rotina que eu deveria seguir, construimo-nas juntos e, quando eu chegava ao hospital, já tinha algumas obrigações fixas, como passar no quarto de morador x, ir com morador y na enfermaria, pentear o cabelo de morador z, ajudar algum morador a se trocar, etc. As demandas apareciam no cotidiano e, juntos, a seguíamos. Dito de outro modo, naquele espaço de pesquisa, meu próprio *papel* como pesquisadora foi influenciado pelas urgências e escassezes do campo, em um ambiente no qual as necessidades dos moradores excediam aquilo que era previsto para uma etnógrafa e, em certa medida, extrapolava também o que a própria equipe, formada majoritariamente por enfermeiros e técnicos de enfermagem, podia fornecer (Tinney, 2008, apud Finkler; Hunter; Iedema, 2008, p. 249).

O cotidiano exigia papéis-outros, tanto para a equipe, quanto para mim que estava experienciando aquele espaço e, por outro lado, parecia aniquilar toda e qualquer possibilidade de movimento dos próprios moradores, cristalizando para eles um único papel possível: o de paciente. Era no cotidiano institucional que eles eram impedidos de pentear seus próprios cabelos, de servir seus pratos de comida, de escolher o que iriam comer ou de optar se deixariam os cabelos longos ou curtos, se fariam ou não a barba ou se tomariam ou não a medicação. Todas as possibilidades de micropolíticas de movimentos eram inibidas de forma extremamente coercitiva, com a justificativa da necessidade de evitar riscos e proteger os moradores. Naquele ambiente, a vivência dos residentes era assistida de modo desmedido, numa recorrente reificação do poder institucional que fazia subsistir, em última instância, a própria necessidade e a manutenção da instituição.

Segundo Mulemi (2008), a baixa posição que os *pacientes* ocupam na hierarquia social e médica dentro dos hospitais, além dos recursos inadequados, tornam a possibilidade de negociar seus cuidados quase impossível. Atrelado a isso, está o sentimento de dependência, criado cotidianamente, principalmente pelos profissionais, que também é usado para fortalecer essa estrutura em um cenário que, antes de tudo, faz com que os moradores restrinjam sua própria agência. Isso porque, no interior dos dois hospitais, a própria estrutura de funcionamento das instituições aniquilam as formas de agenciamento dos moradores. Nesse movimento, era difícil acreditar na possibilidade de uma investigação etnográfica que fugisse dessa regra manicomial e,

remando contra a maré, incorporasse às suas tecituras a perspectiva daqueles internados. Distanciando do conceito agência como sinônimo de resistência, inspirada pela antropóloga Mahmood (2008), penso nessa pesquisa a noção de agência a partir do paradoxo da subjetivação, em um processo no qual ao mesmo tempo assegura a subordinação do sujeito às relações de poder e produz meios para que possa também se produzir enquanto um agente autoconsciente. Entretanto, depois de internados, os pacientes percebem que a hospitalização pode ser sinônimo de uma “[...] rendição involuntária, e às vezes degradante, às pessoas que cuidam da saúde” (idem p. 124-125). Nesse movimento, ocorre algo parecido ao que também notou o antropólogo Mulemi (2008):

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

Naquele espaço, as possibilidades de aparição das particularidades dos moradores ficam limitadas aos movimentos de aniquilamento do próprio cotidiano institucional. Nesse sentido, a “obediência” aparece como uma forma de autoproteção e, antes de tudo, uma forma de evitar as punições, como a injeção ou a medicação compulsórias. Só no diário de campo, por exemplo, a ocorrência do uso da injeção como forma de punição apareceu em 22 situações. Isso atua diretamente no sentido de impedir que os moradores desenvolvam suas experiências de modos singulares (Petitmengin et al., 2019) e, de alguma forma, a estrutura institucional ainda mantém aquele modelo de tratamento ou cuidado manicomial para poder, em última instância, manter seu próprio funcionamento.

Em outras palavras, naqueles espaços as formas de biopoder e biopolítica são materializadas no cotidiano das práticas, através da medicalização dos sofrimentos, da reprodução de práticas clínicas disciplinares advindas do modelo biomédico hospitalocêntrico, da verticalidade das relações profissionais e, também, da concepção biologicista do adoecimento mental (Barbosa et al., 2016, p. 185). Esse caso de hospitais psiquiátricos que mantêm moradores permanentes em suas alas, vivendo ainda de forma muito precária, revela que o poder sobre aquilo que é considerado *anormal* e também para definir os significados da *anormalidade* pode ser expandido para todas as instâncias da vida. E, por esse motivo, tal como apontado por Foucault (2006), revela também a expansão desmedida desse poder pré-estabelecido.

Ainda assim, vale, nessa estrutura de poder, estarmos atentos às dinâmicas da vida cotidiana e à singularidade desses movimentos que são criados ou inibidos. A noção de “paisagem médica”

(*medical landscapes*) pode nos ajudar a destacar essas características nas pesquisas, principalmente quando se pretende tecer uma etnografia de hospital, pois aponta para a necessidade de priorizar esse caráter fluido, relacional e contextual das práticas que são gerenciadas por atores sociais no campo que vivemos (Hsu, 2008, apud Müller, Ortega, Martínez-Hernández, 2022).

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

Paisagem médica na ala de moradores crônicos

Caso I

Pesquisadora: E me conta do teu sonho?

Morador: Eu sonhei que nois tinha ido embora desse pavilhão, me acordei assim... sonhando... eu, qualquer coisa que eu sonho, eu me acordo!

Pesquisadora: Como que foi o sonho?

Morador: Eu me acordei sonhando que nois tinha ido embora desse pavilhão aqui. Nois tinha ido embora desse hospital.

Pesquisadora: Tava sol ou tava chuva?

Morador: Tava sol...

(Diário de Campo, 2 de novembro de 2021)

O vislumbrar de um dia de sol, saindo do hospital psiquiátrico, é uma cena que ressoa no imaginário quando penso nos moradores, uma ideia que rapidamente se dissipa quando recordo que eles ainda estão lá, vivendo de forma permanente na instituição. Pois bem, foi exatamente essa possibilidade de um dia de sol, verbalizada pelas palavras do morador, que despertou para a pesquisa um redirecionamento do olhar para fluxos-outros que estavam compondo e sendo compostos pela institucionalização psiquiátrica asilar. Como mencionei, queria encontrar o

movimento que também estava contido dentro daquelas estruturas coercitivas e não somente descobrir o que as fortificavam ou como elas atuavam, mas também o que as desestabilizavam.

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

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

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

Isso compunha com o que foi constatado anteriormente, pois entre os discursos que retificam a institucionalização, está a construção cotidiana de uma vivência que não permite o deslumbrar de alternativas outras. Entretanto, nas entrelinhas dessa mesma institucionalização, os moradores encontraram caminhos para compor com aquelas situações que favorecem a manutenção de seus internamentos permanentes, percorrendo as possibilidades de sair ou o próprio desejo de saída a partir de outros meios.

Persisti seguindo uma espécie de “arqueologia do implícito” (Taussig, 1980, p. 10), a partir da qual os mapeamentos das relações sociais vislumbradas pelas categorias de doença foram sendo desestabilizados. Nelas, as narrativas transitavam, principalmente, entre as falas que diziam não querer dali sair ou entre aquelas que pediam, incansavelmente, para que pudessem sair. Por um lado, dizer que preferiam estar ali era uma maneira de manter a autonomia, no âmbito da narrativa, sobre a própria vida, uma vez que reforçavam que “escolhiam” estar ali. Por outro lado, essas narrativas transitavam também pela possibilidade de estar fora, de ter uma casa e a liberdade de ir e vir, mas essas apareciam muito mais no formato de sonhos.

A temática da possibilidade de saída do Hospital apareceu em 53 situações no trabalho de campo e os direcionamentos dela eram muito variados. Nos primeiros dias, na segunda instituição, encontrei uma moradora que tinha uma rotina de fazer 50 minutos de bicicleta ergométrica pela manhã. Comecei a sentar ao lado dela para conversarmos enquanto ela fazia a atividade, pois sempre que eu chegava, no Centro de Convivência, ela - em movimento - me chamava para conversar um pouco. Em uma de nossas conversas, quando estávamos falando sobre a rotina no hospital, ela me surpreendeu com uma fala muito específica:

Caso II

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

Pesquisadora: Morro do Aipim? O que é?

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

(Diário de Campo, 4 de novembro de 2021)

Nessa conversa, podemos ver que a moradora vislumbrava a possibilidade de saída apenas depois de seu óbito, uma realidade que, infelizmente, é comum entre os moradores. Alguns funcionários chamam esses episódios de “alta celestial” pois, para muitos, essa é a única maneira de deixarem de viver nas instituições. Outras possibilidades de vivência eram pouco abordadas nos primeiros encontros, entretanto, naquele cotidiano tão limitante, fui percebendo que alguns espaços permitiam emergir as alternativas outras com mais facilidade. Habitar o chão, por exemplo, podia ser uma dimensão alternativa daquela realidade, pois no chão nós nos colocávamos para o mundo numa posição diferente daquela esperada, ao mesmo tempo em que reconectávamos com uma perspectiva de finitude e miudeza que era dada, a todo tempo, para nós (em maior grau para alguns e em menor grau para outros).

O chão podia representar, nos primeiros encontros, situações de desistência, desesperança e desafeto, mas foi no chão do hospital que os moradores me viram de forma horizontal e perceberam que o aprendizado que eu buscava somente eles poderiam me entregar. Obviamente que o estar no chão é, para mim, muito diferente do estar no chão de um residente. A medicação exacerbada, a apatia e o fluxo que insistia fazer ver, imóvel, a vida passar, pareciam ocupar o cotidiano institucional, o que causava um certo efeito de conformidade e desilusão. Entretanto, me surpreendi quando comecei a notar, nos momentos de escrita do diário de campo, que estava sendo recorrente, nessas ocasiões, a aparição da “vontade de sair” do hospital e essa verbalização estava acontecendo, normalmente, quando ocupávamos o chão.

Caso III

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

Pesquisadora: E fora do hospital?

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

(18 de novembro de 2021)

Essa conversa aconteceu um dia em que estávamos sentados próximos ao refeitório, no chão do quintal do hospital. Quando o morador relatou o sonho que teve na noite anterior, ele citou momentos que viveu no passado, com seus irmãos e, logo em seguida, disse que não pode mais viver fora do hospital. Era como se no espaço do sonho que tinham à noite, a saída emergisse como uma alternativa possível. Me surpreendeu descobrir que, embora negassem em outros espaços o desejo de sair, o olhar com o qual eles viam a vida e o tempo passar, deitados junto a um corpo no chão de cimento, também vislumbrava essa possibilidade, mesmo depois de décadas vivendo na mesma condição. Esse movimento, do desejo de sair, não foi apagado pela coercitiva vida que recebiam enquanto ocupavam o papel de morador de hospital psiquiátrico. Alguns residentes foram mais rígidos ao dizerem que a saída do hospital seria impossível de acontecer, delongando um comprido discurso que justificava sua desesperança com as dificuldades financeiras de se viver uma vida em liberdade. Outros moradores não diziam exatamente que queriam sair, mas contavam sobre situações que se imaginavam naquele movimento, principalmente através do ato contar os sonhos que tiveram em noites anteriores. Por fim, alguns eram enfáticos e compunham, cotidianamente, suas realidades com a possibilidade da saída.

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

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

Quando me aproximei do significado do *devir* paciente, desse vir a ser em movimento rumo às múltiplas possibilidades de ser e estar no mundo, pude começar a assimilar a magnitude daquilo que não se escancarou, mas era ao mesmo tempo fluido e irrefreável. Através da possibilidade de expressar o desejo de sair, foi possível redescobrir a copresença que desinstalava certezas: “O *devir* é uma fonte de desejo. Desejar-se, colocar-se, encontrar-se, fazer uma co-presença, não somente com outro indivíduo, mas também com toda a realidade à nossa volta.” (Deleuze; Guattari, 1997, p. 64).

Na etnografia de hospital, por ter perseguido os desejos que se revelavam nas duas instituições, comecei a compreender que os moradores encontravam sim meios para fazer subsistir suas particularidades e também para criar, dentro das estruturas totalizantes e coercitivas dos hospitais asilares, espaços que faziam sobreviver suas formas singulares de viver. Tal como tem nos ensinado uma extensa literatura antropológica, mesmo no interior dos limites estabelecidos pela cultura, o comportamento humano sempre tem alguma liberdade de ação e pensamento (Evans-Pritchard, 1976, p. 174). É como se, de alguma forma, a partir do movimento do desejo emergido e verbalizado, os moradores encontrassem, dentro das referências dominantes, espaços

para incluírem seus próprios arranjos dissidentes, mesmo com toda coercitiva tentativa de aniquilação dos processos de singularização (Guattari, 1997, p. 43).

Retomando o *Caso I*, do início desse tópico, o morador me contou que tinha sonhado, na noite anterior à nossa conversa, que tinha ido embora do hospital, em um dia de sol. No decorrer da nossa convivência, era comum que ele me contasse o quanto era grato por ter o hospital, com comida garantida e uma “cama quente” para dormir. Nesse caso, podemos ver o quanto era comum o transitar entre a possibilidade de saída e também da sua impossibilidade, visto que o morador habita a mesma instituição há 32 anos. No contar dos seus sonhos, sempre apareciam imagens fora do hospital, com convivência com familiares e amigos, mas no dia a dia ele não verbalizava o desejo de sair explicitamente.

Essa passagem nos revela duas constatações. Na primeira delas, podemos notar que percorrer os espaços criados pelo desejo, dentro do cotidiano hospitalar asilar, pode revelar algumas micropolíticas presentes de forma implícita nesses espaços limitantes e coercitivos, ou seja, embora a estrutura pareça aniquilar as possibilidades de agenciamento dos moradores, a partir da etnografia podemos deslumbrar possibilidades outras. Na segunda constatação, podemos também compreender que a partir do contar dos sonhos e da verbalização do ato de desejar, o próprio desejo encontra espaço para ser revelado e cocriado, compondo a realidade hospitalar de maneiras outras e também sendo constantemente recomposto por ela, até mesmo quando esse desejo não encontra forma para existir na realidade. Por fim, no *devoir* paciente os atos de desejar e de sonhar permitem o revelar de algumas singularidades dos moradores que subsistem à coercitividade cotidiana que estão expostos.

Considerações Finais

No ambiente institucional psiquiátrico, os moradores vivem em um campo de descon siderações e a institucionalização, embora justificada em termos de proteção, longe de assegurar direitos civis, cria uma noção de dependência, num movimento que escamoteia, de diferentes formas, o outro lado do espelho. Nessa toada, a própria construção social do cotidiano institucional contribui para reforçar a perspectiva manicomial da doença mental, isso porque, a realidade restritiva acaba por influenciar nas possibilidades micropolíticas de movimento.

Em campo, sentia que os moradores se fechavam dentro de seus corpos institucionalizados, na busca de manterem vivos quem eram para além da realidade manicomial em que viviam. De certa forma, essa era uma das únicas saídas para combater uma lógica que, de diferentes formas, os

desumaniza diariamente. Eles criavam uma espécie de espaço de proteção, formado principalmente pela ausência de interação. Trazê-los novamente para o centro, durante uma pesquisa que queria conhecer suas perspectivas e que os via como agentes que podiam relatar sobre o que viviam, causava um certo estranhamento e uma desconfiança. Além do mais, os esforços cotidianos dos moradores, bem como suas dinâmicas interpessoais, transcendiam abordagens experimentais de curto prazo e exigiam escuta e compromissos de longo prazo (Biehl, 2005) e, por esse motivo, a etnografia se revelou como uma das únicas possibilidades de aproximação daquela realidade.

O que moveu esta pesquisa foi, portanto, um esboço sobre práticas cotidianas experimentadas no interior dos dois hospitais asilares catarinenses, para, assim como definiu De Certeau (1978, p. 15), “[...] extrair do seu ruído as maneiras de fazer” e também de compor não tão somente a vida institucionalizada, mas também a própria institucionalização psiquiátrica permanente. A partir das experiências etnográficas, podemos perceber que nas entrelinhas da institucionalização, os moradores encontram caminhos para compor com aquelas situações que favoreciam seu internamento, percorrendo principalmente as possibilidades ou o desejo de sair a partir de outros meios, como através do ato de narrar sonhos e de contar casos sobre a vida em espaços que distoavam daquilo que era esperado na paisagem etnográfica, principalmente nas interações que aconteciam recorrentemente no chão do hospital.

Isto demonstrou que seguir os fluxos criados pelo desejo e pelo narrar dos sonhos, dentro do cotidiano asilar, pode revelar importantes micropolíticas presentes de forma implícita nesses espaços limitantes, aniquilantes e coercitivos, pois, foi a partir do contar dos sonhos e da verbalização do desejar, que o próprio desejo passou a cocriar a realidade institucional que insistia em reificar uma vivência manicomial para aqueles residentes e, através desses escapes, os moradores podiam também compor com a realidade hospitalar de maneiras outras, ao mesmo tempo que eram, de forma repetida, limitados por ela.

Referências Bibliográficas

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro; Edições Graal; 1968.

BARBOSA, Valquiria Farias Bezerra; MARTINHAGO, Fernanda; HOEPFNER, Ângela Maria da Silva; DARÉ, Patrícia Kozuchovski; CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo de. O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 40, n. 108, p. 178-189, mar. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104-20161080015>.

- BIEHL, J. **Vita: life in a zone of social abandonment**. Photographs by Torben Eskerod. Berkeley: University of California Press, 2005.
- DE CERTEAU, MICHEL. **A Invenção do cotidiano: Artes de fazer**. Petrópolis: Editora Vozes, 1978.
- DEL SARTO, Sabrina Melo. **“Essa vida eu não desejo nem para um cachorro”**: uma etnografia de hospitais psiquiátricos. 2024. Tese de Doutorado em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC. 250p.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs**. Capitalismo e Esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34. 1997.
- EVANS-PRITCHARD, Edward Evans. **Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande**. Edição resumida. Introdução por Eva Gillies. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1976.
- FINKLER, Kaja; HUNTER, Cynthia; IEDEMA, Rick. What is going on? Ethnography in hospital spaces. **Journal of Contemporary Ethnography**, v. 37, n. 2, p. 246-250, 2008.
- FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**: curso dado no Collège de France, 1973-1974. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- GUATTARI, Félix. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34, 1997.
- GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Buenos Aires: Tinta Limón, 2006.
- MAHMOOD, Saba. Teoria feminista, agência e sujeito liberatório: algumas reflexões sobre o revivalismo islâmico no Egito. *Etnográfica* [Online], vol. 23 (1) | 2019, acesso em 01 maio 2022. URL : <http://journals.openedition.org/etnografica/6431>.
- MENÉNDEZ, Eduardo. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. **Revista de Antropología Social**, 14: pp.33-69, 2005. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/838/83801402.pdf>. Acesso em dezembro de 2022.
- MULEMI, Benson A. Patients’ perspectives on hospitalisation: Experiences from a cancer ward in Kenya. **Anthropology & medicine**, v. 15, n. 2, p. 117-131, 2008.
- MÜLLER, Manuela R.; ORTEGA, Francisco; MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, Angel. The woman who chose the terreiro. Lay care and medical landscapes in mental health care in Rio de Janeiro. *Anthropology & Medicine*, p. 1-16, 2022.
- PETITMENGIN, Claire. Anchoring in lived experience as an act of resistance. **Constructivist Foundations**, v. 16, n. 2, p. 172-181, 2021.
- TAUSSIG, Michael T. Reification and the consciousness of the patient. **Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology**, v. 14, n. 1, p. 3-13, 1980.