

## Etnografia da "loucura": uma reflexão de dentro dos muros<sup>1</sup>.

Sabrina Melo Del Sarto, UFSC/SC, bolsista CNPQ.  
Etnografia; Loucura; Agência.

### Resumo

Por compreender que questões relativas à saúde e à doença devam ser estudadas a partir de considerações a respeito de aspectos sociais mediados pela cultura que conferem sentidos às experiências (LANGDON & WIJK, 2010), utilizo as reflexões desenvolvidas pela Antropologia da Saúde como pano de fundo para tecer um estudo etnográfico no interior de um hospital psiquiátrico e espírita com moradores permanentes. Nesta instituição, a rotina hospitalar envolve uma dinâmica de tratamento medicamentoso e religioso, ambos obrigatórios. Embora o ambiente psiquiátrico condicione atitudes e interpretações dos pacientes que são modeladas pelo ambiente hospitalar, a cotidianidade asilar demonstra diferentes formas de resistências que subsistem para além da proposta institucional. Neste sentido, proponho, a partir da experiência etnográfica, compreender como esses moradores permanentes interpretam, vivenciam e experimentam o ambiente em que vivem. Busco observar as auto-organizações daqueles que habitam o local institucional e, assim, reconhecer as motivações, preocupações e anseios que permeiam suas cotidianidades.

### O Hospital.

*"Sabe por que a gente tem cabelo branco? É o sofrimento da gente".  
(Marta<sup>2</sup>, 63 anos)*

Foi em uma tarde chuvosa que Marta, de 63 anos, me recebeu em sua casa numa de minhas visitas de campo. Ela é nova no Lar Abrigado e está em fase de treinamento. Mas, começemos do começo. Sempre gosto de iniciar meus textos com uma página do meu diário de campo que traduz e ilustra muito bem o ambiente que escolhi experienciar para minhas pesquisas antropológicas. Este já é o terceiro ano que estou lá. Mas quem é Marta? E o Lar Abrigado? O que é? Vamos ao diário:

“O despertador começa seu barulho matinal antes mesmo do sol nascer. Os alto falantes despertam com avisos corriqueiros e, mesmo com o sol ainda prestes a aparecer, sabe-se que é hora de acordar. O primeiro caminho pela manhã se repete todos os dias da semana, com chinelos e roupas ainda de dormir, os moradores do Hospital Espírita de Marília, pertencentes à ala "Lar abrigado", caminham em direção ao café da manhã, no refeitório. Logo em seguida, vão para a enfermaria. A “hora do remédio” é uma das primeiras obrigações do dia. O motivo da medicação nem sempre é explicitado; para alguns é apenas mais uma obrigação que deve ser cumprida, nas palavras de Valdir, um morador do hospital: "é pra gente ficar bem, aqui tem muita gente nervosa". Logo em seguida, os moradores caminham para a

---

<sup>1</sup> Trabalho apresentado na 31ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 09 e 12 de dezembro de 2018, Brasília/DF.

<sup>2</sup> Todos os nomes apresentados neste artigo são fictícios.

última obrigação da manhã, também não justificada, mas obrigatória, a reunião espírita, finalizada com o passe<sup>3</sup>. (Diário de campo, 10/03/2016).

Remetendo-se à rotina asilar e hospitalar, essa passagem ilustra, muito brevemente, parte do cotidiano da ala Lar Abrigado, no Hospital Espírita de Marília. Palavras justapostas jamais seriam suficientes para desenhar ou decifrar este ambiente, faltam-me adjetivos e as imprecisões não se desvencilham da escrita. Conhecido como HEM, é uma instituição espírita psiquiátrica e asilar. Fundado em 1948, destina-se ao tratamento de pessoas diagnosticadas com doenças mentais, abrigando indivíduos de todo o Brasil, sendo alguns como moradores permanentes e outros como moradores temporários. É subdividido em alas médicas e, neste estudo, escolhi para nossas reflexões a ala chamada “Lar-Abrigado”, um anexo ao hospital que possui cinco casas e tem capacidade máxima para trinta e três moradores, porém, atualmente, possui apenas vinte e dois. Marta é uma dessas pessoas que estão institucionalizadas no hospital, na “categoria” de “moradora permanente”. Ela mora no hospital há mais de dez anos, entretanto, conseguiu ir para a ala Lar Abrigado há alguns meses, antes, ela vivia em outra ala, em suas palavras: “Eu morava lá dentro, no patião, lá não tem liberdade, lá tem que dormir com o chinelo embaixo do travesseiro.” (Diário de campo, 04/04/2017).



Foto 1: Hospital Espírita de Marília.

### **Os Internamentos no Brasil.**

Fazendo uma breve viagem ao tempo para compreender a condição de “moradora permanente” de Marta, ou de “vida institucionalizada”, somos levados há alguns anos atrás, no início dos internamentos no nosso país. No Brasil, os espaços para

---

<sup>3</sup> Segundo o Dicionário de Parapsicologia, Metapsíquica e Espiritismo, passe é: “movimentos com as mãos, feitos pelos médiuns passistas, nos indivíduos com desequilíbrios psicossomáticos ou apenas desejosos de uma ação fluídica benéfica. (...) Os passes espíritas são uma imitação dos passes hipnomagnéticos, com a única diferença de contarem com a assistência, invocada e sabida, dos protetores espirituais.” (PAULA, 1970, p. 57).

internamento dos considerados “doentes mentais” surgiram ao mesmo tempo em que as indústrias se expandiram, nas últimas décadas do século XIX, sendo o crescimento urbano o fator determinante para a construção dos então chamados “hospícios”. Desde a criação do alienismo brasileiro, o país manteve-se "atualizado" aos métodos europeus de tratamento. As referências psiquiátricas foram introduzidas e os sujeitos da rápida urbanização, como os operários das indústrias, o imigrante estrangeiro, o negro liberto, os ex-escravos e subempregados, eram os principais alvos da nova instituição (BASTOS, 1997). Maria Clementina da Cunha (1986), ao elucidar essas questões, atenta-se ao fato de que a medicina higiênica ou mental, com caráter científico, construiu um discurso dominante sobre todas as instâncias da vida, invadindo, desta maneira, as relações pessoais e moldando-as segundo uma ideia de ordem e disciplina. Sobre o conceito de “loucura”, a autora diz: “(...) conceito escorregadio, de limites imprecisos e de natureza indefinível.” (p. 110).

Após a proclamação da república, o objetivo principal era educar as sociedades e acabar com os "lugares promíscuos" que abrigavam doenças e criminalidades, assim, as instituições manicomiais foram criadas para intervir na saúde pública. O asilo nasce como uma "necessidade" da sociedade e o Estado, principal responsável pelos internamentos, atribuiu à loucura uma natureza patológica, justificando a exclusão dos “loucos”. Entretanto, os hospitais brasileiros não acompanharam as mudanças que surgiram na Europa e que questionavam o modelo de tratamento utilizado, ficando ultrapassado em relação aos outros países. Somente a partir da segunda metade do século XX, Franco Basaglia, psiquiatra italiano, inicia a crítica e transformação das instituições psiquiátricas (BASTOS, 1997). No final da década de 70, com a mobilização dos profissionais da saúde mental e dos familiares de pacientes, inicia-se a Luta Antimanicomial, pautada na defesa dos direitos humanos e resgate da cidadania daqueles internados. Neste momento, a crítica do asilo deixa de visar o seu aperfeiçoamento ou humanização e passa a questionar os próprios pressupostos da psiquiatria. (DELGADO, 1992).

Em 1978, foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e, somente em 1990, o projeto de lei que propunha a regulamentação do direito daqueles que possuíam transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios chegou ao Congresso Nacional, entretanto, a reforma do asilo e ambulatorização não conseguiram

um impacto significativo na qualidade dos atendimentos (DELGADO, 1992). Essas mudanças esperadas começaram a ocorrer em 2001, com a rede de substituição hospitalar na área de saúde mental e com a fiscalização e diminuição gradual dos leitos nos hospitais. Desde então, o antigo modelo está sendo substituído gradativamente pelo modelo de atenção comunitária, no qual comunidades terapêuticas devem substituí-lo juntamente com o CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) e NAPS (Núcleo de Assistência Psicossocial). No mesmo ano, foi sancionada a Lei de Saúde Mental (lei 10.216), importante conquista para a efetividade das transformações da assistência psiquiátrica no país. Entretanto, algumas instituições não conseguiram que a desospitalização fosse efetivamente realizada e, por este motivo, ainda existem indivíduos que vivem dentro de instituições psiquiátricas (BASTOS, 1997). Este é o caso de Marta, que vive no Hospital Espírita de Marília.

### **O Lar Abrigado: os moradores permanentes.**

Desde a primeira visita ao hospital, todos os livros e conceitos que antes tinha estudado tomaram concretude na forma de vidas humanas e, em seguida, se diluíram. Os trabalhos já lidos que apontavam para determinações e exclusões, no sentido de também denunciá-las, se transformaram em sujeitos e se personificaram. “Desviantes”? “Loucos”? “Excluídos”? Foram justamente os moradores permanentes do hospital psiquiátrico de Marília que fizeram com que esses conceitos fossem imediatamente destruídos. Quem eram aquelas pessoas? O que elas tinham a dizer? De que maneira pensavam essas categorias com as quais foram classificadas? Vi-me então sem conceitos, não podia mais uma vez denominá-los de algo. Eram os moradores do hospital, e isso, naquele momento, bastou.

Peço que a partir de agora, você, leitor (a), entre comigo dentro do hospital, precisaremos dessa aguçada imaginação para que as questões e reflexões fluam enquanto caminhamos por este espaço. A ala esta localizada num espaço retangular no qual, à direita existem, enfileiradas, casas coloridas com tintas fortes e radiantes. Cada uma possui uma varanda e um pequeno quintal, são compostas por quartos, cozinha e sala, além de um banheiro. Logo em frente às casas, há um quintal comunitário, nele, algumas moradoras cultivam plantas e flores. Ao lado esquerdo, há três bancos de cimento e duas *portas*, atrás deles, outro prédio do hospital. Ao fim do retângulo, há uma terceira *porta*. No alto do muro do hospital o alto falante que pode ser ouvido (e

visto) por todas as casas. Nestas três *portas*, resumem-se, de maneira generalizante e ilustrativa, algumas regularidades da própria rotina asilar.



Foto 2: Lar Abridado.

A Primeira delas acessibiliza o refeitório, a segunda a enfermaria e a terceira o passe. Isso porque, atrelado ao tratamento medicamentoso, há o tratamento religioso obrigatório e diário com reuniões espíritas finalizadas com a prática do passe. Curiosamente, essas composições do espaço ilustram como funciona a rotina asilar, os moradores estão expostos, constantemente, a uma rotina comum e os caminhos se repetem e variam entre ir ao refeitório, ao passe e à enfermaria.

Existe ainda, dentro do hospital, duas formas de ordenamentos. O primeiro seria aquele determinado por indivíduos que compõe o ambiente hospitalar com intuítos religiosos ou médicos, este grupo integra a equipe médica e os voluntários religiosos. Já o segundo é composto por aqueles que vivem *o* e *no* ambiente, e é formado pelos moradores. Notei que para além da totalidade e regularidade, demarcada pelo tempo cronológico e a rotina proposta pelo hospital, havia (inter)relações paralelas que subsistiam simultaneamente. Percebi, portanto, que deveria ir além das questões relacionadas à instituição, para descer à abordagem dos casos que o hospital encerrou, no sentido de olhar o rosto e ouvir a fala dos internos, conhecer suas histórias de vida e as razões de seu internamento e perceber como se articulavam e se dividiam dentro da vida asilar, como proposto por Cunha (1986) em seu trabalho em Juquery.



Fotos 3 e 4: Lar Abrigado.

A exposição constante à rotina institucional pode causar, segundo Cunha (1986), uma negação da individualidade e da privacidade do sujeito, uma vez que a própria rotina do hospital torna os pacientes cada vez mais parecidos. Mesmo identificando todas as determinações hospitalares, como já escrito por Goffman que: “toda instituição absorve parte do trabalho e dos interesses de seus membros e lhes proporciona um mundo próprio.” (1974, p. 17), observei que para além do devir institucional, subsistem algumas formas de “resistência” que demonstram as formas particulares de vivências desses moradores. A sociabilidade dentro do Lar abrigado não se resume, portanto, somente às determinações hospitalares. Foram exatamente essas particularidades dos moradores que me demonstraram o quanto as discussões que envolvem o tema da saúde, na antropologia, são importantes no sentido de (re)pensar as determinações médicas na busca de novas interpretações sobre o que se entende como “loucura”.

### **Memórias e Narrativas.**

No lar, muitos moradores perderam o contato e o vínculo familiar e, com a impossibilidade de saída e a ausência de vínculos externos, principalmente entre moradores que já vieram de outras instituições, esses indivíduos podem passar a ver aquele hospital como sua casa ou a sua única opção de moradia, enquanto que, para outros, pode haver também uma afirmação de não pertencimento ao local. Como as relações dentro de instituições podem ser, em alguns casos, desenvolvidas de modo impessoal e distanciado, pode-se refletir sobre a sensação de espera que é capaz de se desenvolver e torna-se presente no cotidiano asilar. A espera pode ser pensada em dois

sentidos: primeiro, os moradores podem pensar em esperar para futuramente saírem dali (concepção muito pouco presente nas falas dos moradores) e, segundo, no sentido de permanecer e esperar que o tempo ali passe, sem perspectiva de futuro fora da rotina hospitalar. Neste contexto, seus lugares de origem (ou de vida anterior à institucionalização) são revividos através de histórias e/ou memórias.

Como forma de viver o ambiente, os moradores fazem referência às suas vivências antes do hospital para contar suas histórias de vida. Sobre essas histórias, poucas são aquelas que dizem respeito aos “casos” que aconteceram dentro do hospital e, quando falam deles, falam de uma maneira mais impessoal, traduzindo suas rotinas básicas de obrigatoriedade comum. As referências à vida antes do hospital eram muito presentes, pois os moradores me falavam, o tempo todo, de memórias e histórias sobre seus pais, filhos e amigos:

Hoje alguns moradores foram para o supermercado e como eu não tive autorização para ir junto fiquei com uma outra moradora que também não pôde ir, pois “não tinha tomado banho”. Ao contar que veio de São Paulo, uma chuva de memórias começaram a surgir, estávamos no quintal comunitário quando ela me disse que sua nora teve “câncer no peito” e quando foi tirar, morreu. Disse ainda que teve muitos filhos em São Paulo, mas que não os vê há anos. (Diário de campo, 05/05/2017).

Outro morador, Carlos, gostava sempre de conversar sobre sua vida anterior ao hospital, como essa passagem do diário de campo ilustra:

Ao conversar com Carlos, o diálogo nos levou aos motivos que o levaram ao HEM: "Era pipoqueiro, depois fui chefe no jogo do bicho, comecei a ganhar muito dinheiro e sair, assim começaram as internações. Fiquei 8 anos no patião, lá é mais agitado, eles não respeitam o outro". No meio da conversa chegou seu companheiro de quarto que fica tempos no lar e tempos no patião. Os dois moraram em uma pensão antes de irem para o hospital, no centro de Marília. Ele tinha acabado de voltar da rua, onde foi fazer um jogo do bicho para o amigo (Diário de campo, 10/03/2016).

E mais uma vez, já em outro mês da pesquisa:

Sentei no alpendre para conversar com Joana, ela estava toda arrumada, na porta da sua casa e com uma bolsa dependurada nos ombros. Quando me viu, logo disse que não iria sair e me chamou para sentar na sala, sentamos e ela disse que tem bonecas que "são somente bonecas". Logo Carla chegou e sentou conosco. Quando olhei para ela, ela me disse que se lembrava de mim e começamos a conversar. Ela me contou que foi para o hospital com 26 anos e que antes trabalhava em uma lavanderia. (Diário de campo, 17/03/2016).

Histórias sobre outros internamentos também são constantes, como nesta conversa sobre o passe,

Hoje, enquanto estávamos no passe, Marta me disse que olha e não enxerga nada, porque “fica meio escuro” e com sua visão “não da pra ver nada”. Disse ainda que só ouve as vozes, completando: “Um olho apagou esses dias”. Perguntei então por que ela ia ao passe e ela disse que era para “tirar os maus do corpo”. Depois ela me disse que em Tupã, no outro hospital que vivia, não era assim. Ela contou que lá não tinha passe, mas faziam tapete, bordado e escreviam, acrescentou ainda que gostava muito de lá e que “quando enxergava com os dois olhos” bordava muito bem. (Diário de campo, 10/05/2016).

Percebi que por mais que a instituição, como um todo, tenha ações que parecem organizar e homogeneizar o ambiente, muitas particularidades sobrevivem em formato de memórias e histórias. O ato de narrar permeia a vida institucional de Marta e de quase todos os outros moradores, como uma recusa ao resumo cotidiano de estarem institucionalizados. Narrar era um dos poucos espaços em que se podia “fugir” do controle do hospital, pois em formato de narrativas, podiam comunicar desejos, aflições, medos, entre outras composições formadas no campo das subjetividades de cada um.

A vida nas narrativas não era presa dentro de muros, a vida expressa tinha liberdade de ir e vir entre as palavras ditas e não ditas. Nas histórias, podiam dizer aquilo que “não deveria ser dito”, podiam dizer aquilo que queriam dizer. Nas histórias, apareciam mais do que cenas interpretáveis e o passado e o futuro se aglutinavam com o presente. Essa liberdade existia porque entre os funcionários do hospital, pouco eram aqueles que tinham desenvolvido a habilidade de ouvir (as histórias dos moradores). Consideradas “histórias”, entre aspas mesmo, sem “relevância”, “mentira”, “coisa desnecessária”, “alucinação” ou “invenção”, o que os moradores queriam contar era muito pouco ouvido. Neste espaço, podiam contar o que quisessem que não seriam prejudicados, suas palavras não eram suficientes para denúncias, pois a equipe tinha a possibilidade de dizer: “é louco”, “tem muita alucinação”, “esse aí não fala coisa com coisa” (passagens tiradas do diário de campo). Neste espaço do narrar podiam se encontrar com seus próprios *eus* e suas subjetividades não passavam por filtros.

Refletindo sobre algumas barreiras de comunicação, percebi que não ouvir os pacientes era uma rotina comum da equipe (inúmeras são as justificativas para tal ato, entretanto, não as abordarei aqui). Lembrei da denúncia de Benjamin (1986), ao dizer que, em nossa sociedade, a experiência de narrar está em vias de extinção e ainda, que



está desaparecendo o dom de ouvir e a comunidade dos ouvintes. Por mais radical que possa ser essa afirmação, no hospital, isso parece estar presente de maneira muito evidente. Quando um morador chama alguém da equipe, é esperado que diga situações práticas, resumidas em pedidos ou queixas (nem sempre atendidas). Se o morador tenta contextualizar seu pedido/queixa ou contar algo cotidiano que lhe ocorreu é imediatamente interrompido. Não é ouvido. Foucault (1997) escreveu um pequeno trecho sobre a comunicação entre esses mundos:

No meio do mundo sereno da doença mental, o homem moderno não se comunica mais com o louco; há de um lado, o homem de razão que delega para a loucura o médico (...) há, do outro lado, o homem de loucura (...) Linguagem comum não há; ou melhor, não há mais (...) um diálogo rompido, dá a separação como já adquirida, e enterra no esquecimento todas essas palavras imperfeitas, sem sintaxe fixa, um tanto balbuciante, nas quais se fazia a troca entre a loucura e a razão. ( p. 152).

Entre algumas conversas com os moradores, percebi a preferência por narrativas de histórias do passado. Segundo Benjamim (1986), ao narrar, os indivíduos encontram no passado germes de outra história, que viveram fora da realidade do presente. Essa narrativa considera os sofrimentos acumulados ao longo dos anos com o intuito de dar uma nova face às esperanças, frustradas ou não. Seria como uma construção de uma experiência com o passado, fazendo com ele que seja vivido no presente, despido das cronologias para enfim triunfar no conforto das incertezas com novas experiências. Nas palavras de Hita (1994), os relatos demonstram aspectos relativos à construção das identidades e do senso de si mesmo que emerge nas histórias contadas.

Sobre essa questão, além de narrar, há também as situações de silêncio. Veena Das (2011) ao procurar compreender o silêncio de pessoas portadoras de algum tipo de sofrimento questionou se a dor poderia vir a desconstruir a capacidade de comunicação ou se, em outra instância, criaria uma comunidade moral entre aquelas pessoas que sofrem. Neste caminho, ela encontra, para além da mutilação dos corpos, a mutilação da própria linguagem, observando que a mesma torna-se omissa, chegando à condição de silêncio. Assim, a violência aniquila a linguagem, o que indica que o terror surge no campo do “indizível” (p. 184). Bispo (2016) retoma Veena Das (2007) para dizer que:

[...] essa pobreza narrativa é resultado de uma dinâmica subjetiva que, em muitos casos, tende a tornar-se a grande virtude existencial desses sujeitos, aquilo que permite refazer suas próprias vidas frente aos dilemas provocados por suas vivências diárias junto a outras pessoas. (BISPO, 2016, p. 252).

### **Entre as casas.**

Observei também que os moradores usam conceitos próprios para diferenciá-los uns dos outros, denominando, em alguns casos, aqueles que apresentam comportamentos diferentes daqueles considerados "comuns" dentro do cotidiano asilar de "nervosos" (Diário de campo, 17/03/2016). Como exemplificado por essa escrita do diário de campo:

"Cheguei ao HEM e a psicóloga me acompanhou até o Lar Abrigado. (...) Sentei com Roger, que me disseram anteriormente - alguns moradores - ser "nervoso", mas que hoje estava calmo. Ficamos conversando e mais dois senhores chegaram, perguntei o que iriam fazer e me disseram que não fazem nada e que iriam esperar o almoço." (Diário de campo, 26/01/2016)

Durante outra visita, ocorreu-me uma situação em que na varanda de uma casa feminina chegou um morador de uma ala interna que estava passando por um processo de "experiência" para saber se poderia ou não morar no Lar Abrigado. Ele começou a cantar e mostrar seus óculos escuros novos. As mulheres da casa logo disseram que ele era "nervoso" e que não seria interessante falar com ele, pois ele "balança a cabeça". Essas denominações tornaram-se recorrentes ao longo das outras visitas. Pude notar, aos poucos, essas categorias de diferenciações internas e próprias dos moradores, como nessa outra exemplificação:

Mônica voltou e veio conversar comigo, as outras duas moradoras me disseram que não entendem o que ela fala, pois ela é "muda". (...) Outras moradoras vieram falar comigo, dizendo que ela estava de passagem, que ela era muito "agressiva" e "nervosa" e que iria "lá pra dentro". Passou por perto de nós outro morador e as mesmas mulheres disseram "Ele não está muito bom não", "ele é agressivo" e ainda "ele balança a cabeça". (Diário de campo, 17/03/2016).

Observei, portanto, que embora o ambiente psiquiátrico condicione atitudes e interpretações dos pacientes, há também a recepção e interpretação própria dos moradores. Como não é possível haver agência fora de uma estrutura de poder

(ORTNER, 2006), são exatamente as determinações hospitalares que fazem emergir e demonstram as ações individuais dos moradores do hospital.

### **Tratamento religioso: o passe.**

Como citei anteriormente, algo muito presente na rotina hospitalar são as práticas religiosas espíritas. Os moradores possuem uma rotina religiosa obrigatória e, todos os dias, pela manhã, vão a uma reunião espírita e depois “tomam o passe”. Quando, em campo, conversávamos sobre o passe, poucos eram os moradores que me falavam que gostavam de ir ou que se sentiam bem quando iam. Mesmo indo ao passe, algumas crenças subsistiam e permaneciam nos cotidianos individuais dentro das casas desses moradores. Era dentro da estrutura de poder, ou seja, dentro das normas hospitalares, que emergiam e tornavam-se explícitas as formas de “resistência”. Um exemplo empírico dessa subsistência de práticas religiosas é o altar católico de Ilda, que comecei a observar já no primeiro mês da pesquisa, quando fui à sua casa:

Ilda estava fazendo faxina quando me chamou para entrar e me mostrou suas bonecas. Perguntei o nome e ela me disse que não tinha, logo em seguida pegou uma caneta e pediu para que eu escrevesse meu nome no braço da boneca, dizendo: "Ela vai chamar seu nome". Em seguida, foi me mostrar seu altar, com imagens e estátuas de santos católicos, disse que é lá que ela reza por “nós”. Me mostrou um quadro religioso (com a imagem de Jesus) na parede e disse que era de sua mãe, que faleceu no HEM. Pegou uma Santa Teresinha e disse: “Pode levar de lembrancinha, coloca na sua bolsa!” (Diário de campo, 26/01/2016).



Foto 5: Altar Católico de Ilda.

A aversão à forma obrigatória de religiosidade, no cotidiano asilar, esteve sempre muito presente nas conversas que tivemos durante os dias em campo e foi mais

um ponto chave para compreender as formas de agência que se constituíam. Quando eu chegava mais cedo ao hospital e dizia que tinha ido naquele horário para poder participar do passe, os moradores sempre me questionavam o porquê de querer ir lá. Quando eu perguntava sobre as reuniões espíritas, as respostas variavam e eles diziam: “É todo dia a mesma coisa e não acaba logo” ou “Vou lá só para escutar eles.” (Diário de campo, 10/05/2016). Em uma ocasião, com a moradora Marta, comecei a falar sobre ir às igrejas e ela me disse que só ia à igreja evangélica quando sua amiga a buscava para passear. Perguntei então sobre o passe, e ela me disse: “é tudo a mesma coisa, tem que ir, senão marca no computador”. Terminou me questionando: “Você não tem computador na sua casa?” (Diário de campo, 09/05/2017).

Foi me dito, por alguns funcionários, que em outras alas essa obrigatoriedade não existe. Segundo os voluntários espíritas kardecistas, a rotina religiosa é importante porque os distúrbios mentais são resultados da ação de espíritos desencarnados que influenciam nas funções mentais de indivíduos encarnados. Como o hospital foi fundado por voluntários espíritas que se dedicavam à caridade e ao tratamento de indivíduos diagnosticados com doenças mentais, persistiu, até os dias atuais, a presença da religiosidade nos tratamentos.

#### **À luz de algumas considerações finais - ainda em construção.**

Segundo Butler (2002), a estrutura reiterativa das normas não apenas consolida um regime particular de discurso/poder, mas fornece meios para a sua desestabilização. Assim, não existiria a possibilidade de “desfazer” normas sociais dissociada do “fazer” das mesmas normas. Neste sentido, ao serem internados permanentemente, os moradores do Lar Abrigado podem passar, como citado no início deste artigo, do *status* de pessoa ao de paciente e, neste momento, pode ocorrer um declínio no *status* de adulto livre, que implica na perda de sua privacidade (GOFFMAN, 1974). Este fato reforça a destituição de suas particularidades e faz com que passem a serem vistos como não capazes de falarem por si.

Essas particularidades dos moradores demonstram o quanto as discussões que envolvem o tema da saúde, na antropologia, são importantes no sentido de (re)pensar as determinações médicas, não no sentido de negá-las, mas de um exercício contínuo na busca de novas interpretações. Isso justifica o porquê de questões relativas à saúde e à doença não deverem ser estudadas isoladamente, sem que sejam considerados também

os aspectos sociais mediados pela cultura e que conferem sentidos a essas experiências . (LANGDON & WIJK, 2010).

Ultrapassar o senso comum é, segundo Peirano (2016), uma pretensão fundamental da antropologia, portanto, lançar luz à ideia de agência em indivíduos institucionalizados em um hospital psiquiátrico é imprescindível. No HEM, parafraseando Veena Das (2011) em seu estudo realizado em outro contexto, foi quando o internamento “de ontem” virou uma moradia “de hoje” que os projetos de vida tiveram que ser reformulados. Portanto, refletir sobre a agência em indivíduos institucionalizados que tiveram suas particularidades condicionadas a uma rotina hospitalar com intuito de demonstrar como eles ressignificaram o ambiente de modo a viabilizar a presença de suas formas particulares de vivências é imprescindível nesses tempos de retrocessos em que está inserido o campo de saúde mental brasileiro.

Na maioria das vezes, o que se sabe sobre essas pessoas institucionalizadas é um ideal formado pela ideia conhecida como 'senso comum' que construiu uma imagem de indivíduos “diferentes” ou “loucos”. Essas denominações fazem com que as pessoas sumam de nosso campo de vista e mesmo vendo-as fisicamente, não conseguimos, em alguns casos, ver para além das determinações médicas que para ela foram dadas. Não há dúvida do quanto os diagnósticos marcam corpos. Ser ou não ser louco? Ser ou estar louco? A cotidianidade asilar, de maneira geral, é ocultada e desconhecida. Ao realizar a pesquisa, a todo momento, fui convencida do quanto aqueles moradores, a cima de qualquer laudo médico, podiam sim falarem por si, expressarem suas preferências e contarem suas histórias de vida. As vivências hospitalares são também experienciadas de modos diferentes e os moradores do Lar Abrigado conseguem fazer com que, sem fugir ou negar as regras, permaneçam suas particularidades.



Fotos 6 e 7: Moradores no refeitório.

### Referências Bibliográficas:

BASTOS, O. **The history of psychiatry and mental health in Brazil**. J bras Psiqu, 46(9): 473-475, 1997.

BENJAMIN, W. O Narrador - considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: \_\_\_\_\_. **Magia e técnica, arte e política**. São Paulo: Brasiliense, 1986.

BISPO, R. **Tempos e silêncios em narrativas: etnografia da solidão e do envelhecimento nas margens do dizível**, Etnográfica, vol. 20 (2), 2016.

BUTLER, J. **Cuerpos que importan**. Sobre los límites materiales y discursivos del «sexo». Buenos Aires: Paidós. 2002 [1993].

CUNHA, M. C. P. Da. **O Espelho do Mundo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DELGADO, P. G. G. **Psiquiatras, Juizes e Loucos: Modelos de Interação entre a Psiquiatria e a Justiça, na Conjuntura da Luta pela Cidadania Plena e Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo (USP), 1992.

FOUCAULT, M. **A História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1997.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

HITA M. G. Identidade feminina e nervoso: crises e trajetórias. In: ALVES, P.C.; MINAYO, M.C. (Org.). **Saúde e doença – um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

- LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. **Antropologia, saúde e doença**: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2010.
- ORTNER, S. B. **Anthropology and Social Theory**: Culture, Power, and the Acting Subject. Duke University press, 2006.
- PAULA, J. T. D. **Dicionário de Parapsicologia Metapsíquica e Espiritismo**, Banco Cultural Brasileiro, 1970.
- PEIRANO, M. **Etnografia e rituais**: relato de um percurso. Anuário Antropológico, Brasília, UnB, 2016.
- VEENA DAS. **Life and Words: Violence and the Descent into the Ordinary**. Berkeley, University of California Press, 2007.
- \_\_\_\_\_. **O ato de testemunhar**: violência, gênero e subjetividade. Trad. Plínio Dentzien. Cadernos Pagu, Campinas, n. 37, 2011.