

Internação perpétua à moda brasileira: relatos de uma etnografia de hospital psiquiátrico

Sabrina del Sarto
(UFSC)

Este artigo é um recorte de uma pesquisa etnográfica de doutorado realizada no interior de dois hospitais psiquiátricos públicos do Estado de Santa Catarina (Del Sarto, 2024). O tema fundamental do estudo foi a institucionalização psiquiátrica pública e permanente, além dos desafios atuais enfrentados nos processos de desinstitucionalização de sujeitos que vivem de forma asilar nessas instituições. O primeiro objetivo da pesquisa foi mapear os hospitais que ainda abrigam moradores permanentes em suas alas médicas e documentar a realidade institucional que esses sujeitos experimentam. Além disso, foi uma pretensão fundamental investigar, a partir das perspectivas dos próprios moradores, como a institucionalização permanente é vivida, construída e reificada, buscando observar os principais desafios que estão presentes no mundo institucional psiquiátrico e as barreiras que têm impedido os processos de desinstitucionalização desses sujeitos.

Neste recorte particular, primeiro abordo algumas questões gerais sobre a institucionalização psiquiátrica permanente brasileira e, em seguida, apresento dados específicos sobre o campo de pesquisa escolhido e retomo algumas questões metodológicas que emergiram no interior dos hospitais. Posteriormente, apresento alguns exemplos de barreiras institucionais encontradas na tese que agem, atualmente, no sentido de inviabilizar os processos de desinstitucionalização dos residentes. Encerro com uma reflexão sobre os usos das categorias de risco e perigo, que são manuseadas para reforçar argumentos manicomiais.

Assim como na tese, o que moveu este artigo foi um esboço sobre práticas cotidianas experimentadas no interior desses dois hospitais asilares catarinenses, para, bem 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. O trabalho etnográfico abarcou visitas aos hospitais, convivência com os moradores, entrevistas com os profissionais e leitura e análise dos prontuários médicos dos residentes. Os dados etnográficos extrapolaram o campo acadêmico, sendo utilizados como base na relatoria de propostas de políticas públicas nas Conferências de Saúde Mental do Estado. Nessas discussões e movimentações políticas, foram priorizadas a necessidade da transparência desses locais, a visibilidade das condições de vivência dessa população e a efetiva fiscalização desses espaços que têm corrompido as possibilidades de vida dos sujeitos internados.

Institucionalização psiquiátrica permanente: algumas considerações iniciais

No Brasil, as instituições para o internamento dos considerados “doentes mentais” surgiram com a expansão industrial, nas últimas décadas do século XIX (Delgado, 2019). Desde a origem do alienismo brasileiro e do surgimento das instituições de tratamento psiquiátrico, o foco principal das políticas higienistas eram os indivíduos desestabilizados pela rápida urbanização – a classe trabalhadora, os desempregados, os escravos libertos e os imigrantes (Moreira, 1905; Bastos, 1997). Assim, essas instituições asilares foram criadas, principalmente, como intervenções de saúde pública, para “limpar” a sociedade (Basaglia, 1968; Foucault, 2008; Goffman, 1989; 2001). Neste movimento, a medicina higiênica construiu um discurso dominante sobre todas as instâncias da vida, invadindo as relações pessoais e moldando-as segundo uma ideia de ordem e disciplina (Cunha, 1986).

As instituições públicas criadas para o tratamento de saúde mental, tornaram-se rapidamente espaços de violações de direitos e de reproduções

recorrentes de situações de violência (Amarante, 2020; Oliveira, 2010; Barreto, 2017; Basaglia, 1968). De modo geral, os moradores, depois de institucionalizados, normalmente perdiam o direito de escolha sobre os tratamentos que recebiam, não podiam manter seus próprios pertences, tinham um cotidiano marcado por formas coercitivas e limitantes de ação e recebiam poucas alternativas para seus tratamentos.

Por outro lado, desde o século passado, muitas mobilizações foram construídas por diferentes sujeitos, como ex-pacientes, familiares e profissionais de saúde, para mitigar o modelo manicomial de cuidado e tratamento brasileiro. Depois da promulgação da Lei de Saúde Mental (nº 10.216, 2001), fruto de décadas de embates políticos e denúncias sobre a vulnerabilidade social que a população internada estava exposta, muitos avanços aconteceram no campo. Entre os anos 2000 e 2013, por exemplo, foram criadas 27 diretrizes na tentativa de diminuir a violência da internação dentro dessas instituições. Muitos sujeitos foram desinstitucionalizados e espaços asilares foram criados para recebê-los, como os Residenciais Terapêuticos (RT). Nesse movimento, o número de leitos em hospitais psiquiátricos foi sendo reduzido gradativamente e, dos 80 mil leitos que tínhamos no país em 1970, subsistiu 20 mil leitos psiquiátricos em 2017.

Embora tenha sido promulgada a Lei de Saúde Mental, que, em resumo, previa a humanização dos serviços, o cuidado em rede com uma equipe multidisciplinar e objetivava a desinstitucionalização dos sujeitos que viviam como residentes dos hospitais psiquiátricos brasileiros – muitas reminiscências da lógica manicomial persistiu. Mesmo com os avanços, algumas instituições mantiveram alas médicas com moradores permanentes e tiveram poucas alterações nos modelos de cuidado e tratamento.

A pesquisa etnográfica realizada anteriormente entre os anos de 2016 e 2024, revelou uma grande população vivendo de forma permanente dentro dessas enfermarias psiquiátricas públicas. A investigação, que incluiu estudos de graduação (2016-2017) e mestrado (2018-2019) no Estado de São Paulo, e de doutorado (2020-2024) no Estado de Santa Catarina, evidenciou principalmente a vulnerabilidade social e econômica que aqueles sujeitos

estão expostos, além da ausência de movimentos para a desmedicalização e ressocialização progressiva desses moradores, levando a uma gradual perda das redes sociais externas à instituição e impedindo os processos de desospitalização (Del Sarto, 2018; 2020; 2024). Essa constatação enfatizou a necessidade de refletir sobre a institucionalização psiquiátrica permanente para além das estruturas repressivas explícitas, lançando luz sobre as experiências dos próprios moradores que vivem atualmente nesses espaços.

No último campo de pesquisa, foram encontrados 89 sujeitos vivendo de forma permanente nas alas asilares psiquiátricas do Estado de Santa Catarina, sendo 26 mulheres e 63 homens. A média etária dos residentes é de 65 anos e o tempo médio de internamento psiquiátrico é de 32 anos. Além disso, grande parte dos moradores não recebe visitas, têm, na maioria dos casos, o ensino fundamental completo, recebem pelo menos um salário mínimo por mês, através de benefícios sociais, além da diária recebida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para a manutenção de suas internações. Eles não têm acesso a nenhum desses recursos, sendo o montante de dinheiro administrado por curadoras¹, profissionais do hospital e, nos poucos casos de familiares presentes, pela família. Eles também não têm, na maioria dos casos, a ocupação laborativa anterior à institucionalização constatada nos seus prontuários. Para além disso, o número médio de comprimidos psicotrópicos que recebem, diariamente, varia entre 16 e 22 pílulas.

1 As curadoras são pessoas de fora do hospital, nomeadas pelo Estado para gerir o Benefício Social dos moradores, normalmente o BPC (Benefício de Prestação Continuada). Os internos que ainda têm contato com os familiares não são curatelados por elas, ficando suas aposentadorias ou seus benefícios sociais como responsabilidade da própria família. Diferente das curadoras, os familiares não precisam, judicialmente, prestar contas de como o dinheiro é utilizado e, em nenhum dos dois casos há uma norma da porcentagem que deve ser repassada para os residentes, o que tem provocado, pelo que foi relatado, uma ausência de transferência do dinheiro para eles.

Percurso metodológico: etnografia de hospital psiquiátrico

O trabalho de campo em Santa Catarina foi iniciado em julho de 2021 e se estendeu até junho de 2022. Teve como pano de fundo pesquisas realizadas anteriormente, a partir de prontuários médicos de ex-residentes e entrevistas com profissionais e usuários do Sistema único de Saúde (Maluf, 2020; Costa, 1989; Maluf; Andrade, 2017; Martinhago; Oliveira, 2014, Schneider et al., 2011; entre outras). Entretanto, trouxe para a cena, a partir da pesquisa etnográfica, as experiências atuais que são vividas dentro desses espaços asilares psiquiátricos.

No mapeamento inicial, foram identificados 526² leitos psiquiátricos ou de saúde mental no Estado e duas instituições que ainda abrigam moradores em suas alas médicas. Na primeira visita às duas instituições encontradas, pude apresentar a pesquisa para os coordenadores responsáveis pelos locais. Meu objetivo principal, como dito anteriormente, era compreender como funcionavam as internações de longa permanência, quais eram as estruturas das alas asilares psiquiátricas atualmente e por que elas continuavam existindo mesmo com todos os processos de Reforma Psiquiátrica brasileira, que pressupunham a desinstitucionalização desses internos. Queria encontrar, de modo geral, as barreiras que impediam os processos de desinstitucionalização.

Além de levar cópias do projeto, aproveitei a visita para conversar com os dirigentes e também para me apresentar. Eu já estava trabalhando com etnografia de hospital desde 2016 e precisava que eles soubessem que eu tinha certa experiência naquele campo. Combinamos que depois da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-SC), eu iniciaria visitas às alas de moradores permanentes ou, nas palavras deles, “pacientes crônicos”. Um dos hospitais tinha um Comitê de Ética próprio, e meu projeto foi discutido e aprovado no local.

2 Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/enderecos/15816-hospitais-sm-atualizado/file> . Acesso em 30/6/2021.

O percurso no CEP rendeu um longo caminho. Pareceres diferentes vinham a cada submissão e, devido à demora do processo, com intervalos de até dois meses para que notícias sobre os pareceres fossem adicionadas ao sistema, mesmo com prazo máximo para retorno vencido, só recebi a aprovação seis meses depois. Quando retornei à segunda instituição, a ala em que eu faria a pesquisa havia sido fechada, e os moradores foram levados para outro espaço do hospital. Precisei então reformular brevemente o projeto, que levava o nome da ala no título.

Ficou acordado que eu faria pesquisa de campo nos dois hospitais, mas não simultaneamente, devido aos riscos da pandemia de Covid-19. No primeiro hospital, eu fazia visitas de segunda a sexta, das 8 horas até às 15 horas. No segundo hospital, fiz visitas também de segunda a sexta, das 8 horas até o meio-dia. Naquela fase da pesquisa, para iniciar a etnografia de hospital proposta, fiz o que pode ser definido como observação participante ou, com algumas atualizações, como observação interativa negociada (Wind, 2008), pois, ao observar, também vivemos o/no ambiente, nos envolvemos com as vivências e com as tramas e percorremos fluxos de acontecimentos que são direcionados pelas relações construídas. Hirsch (1995) contribui nessa discussão, ao propor aos pesquisadores uma mudança de perspectiva em relação à observação, que incluiria – também – o exame da relação entre os diferentes níveis que as constituem e a consciência da posicionalidade e perspectiva do pesquisador (Müller, Ortega, Martínez-Hernández, 2022, p. 9).

As visitas nas duas instituições totalizaram mais de 70 relatos registrados no Diário de Campo. Sempre me apresentei para os moradores como antropóloga e pesquisadora e justificava minha presença na instituição dizendo que me interessava saber como era viver dentro de hospitais psiquiátricos. Em cada uma das instituições, um grupo de moradores me acompanhava me ensinando a viver na ala médica e me dando indicações de como agir e como me relacionar com os residentes e profissionais, trabalhei essas questões de forma detalhada na tese defendida anteriormente (Del Sarto, 2024). A dinâmica das visitas foi muito variada e os moradores

foram compondo uma rotina que eu deveria seguir, construímos-na juntos e, quando eu chegava ao hospital, já tinha algumas obrigações fixas, como passar no quarto de algum morador, ir com outro residente na enfermaria, pentear o cabelo de algum outro morador, entre outras atividades.

Dito de outro modo, meu papel como pesquisadora foi influenciado pelas urgências e escassezes do campo, em um ambiente no qual as necessidades dos moradores excediam, muitas vezes, aquilo que era previsto para uma etnógrafa em campo e, de certa forma, extrapolava também o que a própria equipe podia fornecer (Finkler; Hunter; Iedema, 2008, p. 249). O cotidiano me exigia papéis-outros, como de cuidadora, amiga e ouvinte e, por este motivo, o campo criou para mim essas rotinas e nossa relação foi sendo construída de maneira lenta e horizontal.

Além do diário, mantive outro caderno com datas, horários, tentativas de contato e informações gerais dos processos burocráticos da pesquisa. Como convivia muito mais com os moradores do que com os profissionais da instituição, optei por fazer entrevistas com estes últimos, pois a pouca convivência não seria suficiente para traçar o tipo de observação que precisava. As conversas semiestruturadas totalizaram 14 entrevistas, gravadas, transcritas e anexadas aos dados que acumulei. Ademais, compôs os materiais etnográficos, os 89 prontuários médicos dos residentes, que foram transcritos, à mão, em visitas específicas aos dois hospitais, pois era proibido que os materiais fossem escaneados e/ou fotografados.

Também compus o trabalho de campo com participações nas Conferências de Saúde Mental de Santa Catarina, nas quais não somente observei, mas também fui convidada a apresentar os dados das etnografias de hospital que já havia feito anteriormente. Frequentei audiências públicas que discutiam a criação de serviços substitutivos de saúde mental, participei de eventos da Luta Antimanicomial, fiz visitas a um Residencial Terapêutico (RT) que também abriga moradores permanentes e participei da relatoria das propostas de Políticas Públicas de Saúde Mental no Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina. A possibilidade de bricolagem dos

dados tornou-se infinita e agora apresento, por motivos óbvios, apenas alguns excertos de tudo o que foi experienciado e construído.

Os hospitais: algumas implicações do campo

A pesquisa etnográfica foi realizada, como dito anteriormente, em dois hospitais psiquiátricos públicos, localizados no Estado de Santa Catarina. A primeira ala que fiz visitas, era um espaço muito fechado, no qual os moradores não tinham seus próprios pertences e viviam em dois grandes pavilhões, com aproximadamente 30 camas colocadas lado a lado em cada um dos espaços e sendo divididas por corredores, dispostos de um modo que eu mal conseguia passar entre elas. Na segunda ala, do outro hospital, os moradores viviam em quatro pavilhões, mas esses estavam subdivididos em quartos que abrigavam até dois moradores cada, o que permitia que eles mantivessem seus próprios pertences. Escolhi, ao longo da pesquisa, apresentar os dados dos moradores das duas instituições juntos, pois todos residentes do hospital “mais aberto”, antes viveram na instituição “mais fechada” e, de certa forma, os históricos não têm diferenças significativas, até mesmo a média etária nas duas instituições se repetiu. É importante salientar que, nos casos de diferenças significativas, os dados foram trabalhados separadamente.

Ambas as instituições não possuíam tratamentos alternativos para os moradores. A ressocialização também não era trabalhada, nem a desmedicalização progressiva. Também não encontrei nenhum movimento para possibilitar a desinstitucionalização. No hospital “mais fechado”, a única alternativa que os moradores tinham era passar o dia no Centro de Convivência, um galpão dentro da ala com uma única televisão e mesas e cadeiras plásticas espalhadas. Lá eles recebiam lanches e frutas picadas e passavam o dia vendo televisão ou ouvindo músicas. No outro hospital, “mais aberto”, os moradores também não tinham nenhuma atividade extra-hospitalar e passavam o dia em seus quartos vendo televisão ou circulando no quintal. Em nenhuma das duas alas havia a atuação de uma

equipe multidisciplinar e apenas os enfermeiros e técnicos de enfermagem conviviam com os residentes.

Nos dois hospitais em que fiz o trabalho de campo, um paciente considerado “bom” pela equipe de profissionais, era aquele que seguia as regras do hospital, que tomava os medicamentos sem questionar ou negar e que aceitava os horários de acordar, de dormir e de comer. Um “bom paciente”, naqueles ambientes, não conversava, não fazia pedidos e não impedia o fluxo de trabalho dos profissionais que precisavam atender dezenas de internos e que, por sua vez, também estavam sobrecarregados. No lado oposto, havia o “paciente solicitante”, a partir da perspectiva institucional, que falava abertamente sobre suas dores, fazia tentativas de iniciar conversas com a equipe, contava sobre suas preferências e desejos e reivindicava seus direitos.

A “obediência” aparecia como uma forma de proteção e, antes de tudo, como uma estratégia para evitar as punições, como a injeção ou a medicação punitiva e educativa. Só no Diário de Campo, a ocorrência de injeção como forma de punição e contenção apareceu em 22 situações e isso, talvez, podia impedir que os moradores desenvolvessem o que eu mais buscava, a saber: as microdinâmicas das experiências singulares (Petitmengin et al., 2019). Minha intenção, desde o início da pesquisa, era conhecer exatamente essas brechas, os movimentos micropolíticos dos moradores, mas assim que elas emergiam, eram instantaneamente silenciadas, através dessas punições medicamentosas. Presenciei incontáveis situações em que os profissionais recorreram à contenção física e medicamentosa quando os moradores reclamavam sobre algum tratamento, negavam tomar algum medicamento ou quando faziam pedidos que fugiam do que era esperado para o momento. Vivenciando aquelas situações, comecei a questionar a própria possibilidade da pesquisa, pois como poderia percorrer os movimentos micropolíticos dos moradores se, no menor sinal, eles eram aniquilados?

Exemplo disso foi vivenciado em recorrentes cenas, como um dia em campo, quando dois profissionais conversavam, ao meu lado, sobre um

morador que, devido ao “seu olhar”, iria precisar ser medicado. Eles disseram: “N. [morador] está precisando de medicação... Ele vai mesmo precisar de injeção! Olha o olhar dele! Vem cá bebê... vem...” (Diário de Campo, 12 de abril de 2022). Ele foi conduzido para a cama, onde ficou muito agitado e começou a chorar e a pedir para ser solto, os profissionais o contiveram e, em seguida, a injeção foi manuseada. Depois do episódio, ele passou o dia todo dormindo. Em outra situação, observei que uma moradora estava tremendo muito, provavelmente devido aos remédios, pois ela tinha reclamado que estava estranhando a nova medicação que recebeu. As tremedeiras ficaram ainda mais fortes no refeitório e, enquanto caminhava para sua mesa com um prato cheio de comida nas mãos, acabou derrubando-o no chão. No diário, escrevi como decorreu a situação:

Hoje a S. [moradora] estava tremendo demais, quando recebeu o prato de comida acabou derrubando tudo no chão, na hora a C. [profissional] disse: “Vai ter que ser medicada... jogou o prato no chão! Segura ela pra mim?” [falando pra outra profissional]. Saiu rápido e voltou com uma injeção. Deram a injeção e levaram ela pra cama e amarraram as pernas e os braços dela... ela ficou super agitada... tentando se proteger e sair dali... (Diário de Campo, 28 de março de 2022).

Por observar que a própria estrutura de funcionamento das instituições aniquilava as formas de agenciamento dos moradores, também comecei a duvidar da possibilidade de construir um trabalho 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 aqui a noção de agência a partir do paradoxo da subjetivação, em um processo no qual ao mesmo tempo que assegura a subordinação do sujeito às relações de poder, produz meios para que ele possa também subsistir enquanto um agente autoconsciente.

Notei, naquele ambiente, repetindo o que constatou anteriormente Taussig (1980), que os sinais e os 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. Viver em uma estrutura manicomial torna possível que situações como as apresentadas anteriormente permaneçam ainda nos espaços subentendidos como alas de cuidado e tratamento. 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 presentes também fora do hospital. Mesmo com essas considerações, nas práticas biomédicas, 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 esses sujeitos.

Na pesquisa, como podemos imaginar, os percursos dentro das instituições foram construídos sobre muitos dilemas. Tentei, algumas vezes, conversar com a equipe sobre o que experienciava, mas me diziam comumente que utilizavam apenas medidas de precaução e proteção, dado que os pacientes eram muito “solicitantes” e que eles sabiam que se não os contivessem, a situação poderia piorar. Quando questionava sobre alguma situação de violência que presenciava, era me dito que os moradores tinham “delírios” e que eu não podia acreditar no que falavam. Achava curioso esse posicionamento, pois os moradores não somente me contavam, eu também observava aquelas situações, as via cotidianamente e o que para mim era incompreensível, era para os profissionais algo muito naturalizado.

Os saberes dos residentes também eram silenciados de diferentes formas, não só no mundo institucional, como na literatura científica e também na própria realidade social, e essa contestação foi uma das primeiras hipóteses para responder à pergunta sobre por que, ainda hoje, temos pessoas vivendo de forma permanente em hospitais psiquiátricos. A partir de recorrentes silenciamentos, despersonificações e falsos ideais de proteção

e segurança, a necessidade da instituição é reificada na nossa sociedade. Nesses espaços, os moradores são, normalmente, representados por números e por seguidas justificativas de necessidade de contenção e, nos relatórios, leis, prontuários médicos ou até mesmo em pesquisas, é muito raro encontrar a *palavra da loucura*.

Hoje, logo quando cheguei, G. [moradora] estava na janela com o rosto encostado no vidro e, do outro lado, estava o J. [outro morador], também encostado no vidro da mesma janela... eles estavam se olhando... cada um falava alguma coisa do seu lado, mas não dava para ouvir o que falavam... ela olhou para mim e disse: “Por que será que eu não morro? Por que eu não posso morrer?” Respondi: “Por que você quer morrer?” E ela: “Porque eu já sumi...”. (Diário de Campo, 5 de abril de 2022).

Naquele ambiente, como podemos ver, os moradores vivem em um campo de descon siderações e apagamento, tal como a sensação relatada pela moradora de desaparecimento, quando ela diz, no caso anterior, que já “sumiu”. A institucionalização, embora justificada em termos de proteção, longe de proteger e assegurar os direitos civis dos moradores, cria uma noção de dependência e de ausência de possibilidades de agência, num movimento que escamoteia, de diferentes formas, o outro lado do espelho.

A inversão (necessária) da lógica da dependência

Tenho ficado intrigada com a M. [moradora]. Ela tem o costume de parar em frente ao espelho e fica se olhando bem de perto, fazendo alguns comentários bem baixinho... Hoje, num desses momentos, perguntei se ela lembrava meu nome, ela disse que não... Me falou assim: “Não uso muito a cabeça mais... não tô muito boa”... Depois emendou dizendo que sentiu uma dor no olho... que teve uma crise... uma “crise de sono”... e disse que achava que era por conta do remédio... Me perguntou: “Quanto tempo demora pra chegar a outra segunda-feira?”, falei que faltava quase uma semana... e ela

continuou: “Tô com uma preguiça... uma preguiça de graça... Tomei tanto remédio... pra melhorar não sei do que... acho que pra melhorar os acontecimentos...” (Diário de Campo, 5 de abril de 2022).

No fragmento anterior podemos ver como a cotidianidade reifica a noção de dependência institucional e, também, começamos a nos aproximar da perspectiva dos próprios moradores sobre a internação. *Melhorar os acontecimentos* é uma interessante justificativa para o uso das drogas psicotrópicas e a necessidade de continuidade desse uso é mais uma hipótese do que, ainda hoje, sustenta aquela instituição. Explico melhor. Nos hospitais era muito comum que os profissionais justificassem a permanência dos moradores, através da necessidade que eles tinham de serem cuidados de maneiras específicas e que, em ambientes fora daquele espaço, seria difícil que os mesmos conseguissem manter os remédios controlados e, no caso daqueles que fossem viver com a família, muito provavelmente seria difícil também para os parentes lembrarem de manusear as drogas da maneira correta. Vejamos então estas duas camadas.

A primeira, reifica a necessidade da institucionalização se valendo de direitos comuns e básicos da população, como o direito à moradia e à alimentação. Vimos no tópico anterior que isso é muito recorrente e tanto os profissionais, quanto os moradores, afirmam a importância residencial que aqueles espaços têm. Por outro lado, em uma segunda camada, vemos a característica residencial se valendo de neuronarrativas (Martinez, 2023), ou seja, de questões do discurso biomédico, para reafirmar a necessidade da institucionalização. Como atualmente o único tratamento que os moradores recebem é o medicamentoso, a manutenção das pílulas aparece como um impedimento para a desinstitucionalização:

Entrevistado [profissional]: Porque a gente percebeu que, ao longo do tempo, com o convívio deles aqui, eles tinham toda condição de morar com a família... não eram adoecidos... era só dar a medicação no tempo certinho, né? Então, alguns não tinham como ir... outros... dava até pra morar sozinho, sabe? Só que assim, ó... a família não sabe manusear [os

comprimidos]... a família esquece, não tem condição de estar em casa o dia todo pra poder dar o remédio pro paciente...

(Entrevista com técnico de enfermagem, 3 de fevereiro de 2022)

Os moradores também se relacionavam com os medicamentos de maneiras particulares, um deles me contou que devido à quantidade de remédios que tomava, não conseguia mais “ter relações públicas”, pois “o inconsciente e o consciente estavam fora” e ele não conseguia mais manter uma conversa (Diário de Campo, 22 de novembro de 2021). Nesse caso, podemos ver como o efeito do remédio é manuseado para também falar sobre a condição de vivência dos residentes e não tão somente sobre suas próprias “doenças”. O mesmo medicamento era, naquele ambiente, usado para medicar, punir e tratar.

O eletrochoque também apareceu de forma curiosa em uma de nossas conversas, quando perguntei, para outro morador, se ele já residia em alguma instituição psiquiátrica na época em que era utilizada a eletroconvulsoterapia para o tratamento em hospitais públicos. Ele me contou que sim, que já levou muito “choque na cabeça”. Perguntei para que aquele tratamento servia e ele me respondeu: “Para desamassar o corpo”. (Diário de Campo, 10 de janeiro de 2022).

Nas falas, podemos ver que estava muito cristalizada a vivência medicada, pois tanto no discurso dos residentes, quanto no dos profissionais, essa questão aparecia como algo dado, quase ontológico. Aqueles residentes eram “vítimas” de um modelo centrado nas drogas (Moncrieff, 2013, apud Caponi, 2019), segundo o qual “[...] as drogas psiquiátricas têm a função de induzir alterações cerebrais, produzindo um estado anormal ou alterado, e estão longe de corrigir um estado anormal ou restabelecer um equilíbrio neuroquímico”. Nessa relação, ocorre o que o autor chamou de “intoxicação cerebral”, tal como acontece com outras substâncias psicoativas, como por exemplo o álcool. Nesse raciocínio, “[...] atrever-se a falar das drogas psiquiátricas a partir do efeito que elas provocam nos usuários significa reconhecer que a prescrição de psicofármacos encontra seu fundamento nos

efeitos que o fármaco produz, e não na capacidade de reverter um estado patológico” (Caponi, 2019, p. 89).

Isto evidencia, tal como percebido no cotidiano institucional, que as justificativas para a permanência da medicação, muitas vezes, não eram compostas por argumentos biomédicos da ordem psiquiátrica. Isso porque, muitos moradores já não recebiam medicamentos psicotrópicos. Encontrei, por exemplo, um caso de uma moradora que tem no seu prontuário médico a seguinte frase: “Paciente não possui diagnóstico psicótico”. Isso nos leva, de novo, para a dimensão ainda mais profunda da cena institucional, aquela que reforça a condição de vivência dos moradores a partir de questões principalmente pautadas na ordem social. Segundo Basu (2009), a doença mental está carregada de uma série de conotações e experiências negativas, tanto para a pessoa afetada como para o seu ambiente social e expressões como desordem, ruptura das relações sociais, violências, sofrimento, medo e estigmatização são as consequências mais comuns nessas interações.

O próprio conceito de *paciente* era interpretado pelos moradores através de composições relacionadas à possibilidade ou impossibilidade de relacionamento entre os pares ou com pessoas de fora. O conceito não necessariamente era acionado para falar de aspectos de saúde e de doença dos residentes. Exemplo disso foi notado quando eu questionava os moradores sobre o que era ser, afinal, um paciente, já que isso aparecia muito nas nossas conversas, quando me diziam que paciente não podia casar, que paciente não podia cozinhar ou que paciente não podia sair sozinho na rua. Quando questioneei, em uma roda de conversa, o que para eles significava ser um paciente, eles me disseram:

[...] R. [morador] disse que paciente é uma palavra que inventaram, que não existe nos livros e que ele não gostaria mais de ser chamado pelos funcionários assim [...] Disse que inventaram esse nome pra chamar ele, mas que ele não sabe o que significa, que lá são os moradores, “pacientes moradores que deambulam na estrada”. C. [morador] falou na mesma conversa que não sabe porque chamam ele de paciente e que ele não está ligando para

isso, disse que sabe o que significa isso, pois quem é paciente não pode sair e não pode comprar as coisas no supermercado... P. [morador] disse que não pode ir na zona e que quando não era paciente ainda ia (Diário de Campo, 26 de janeiro de 2022).

Ser ou não ser paciente implica, basicamente, poder ou não poder cumprir papéis sociais e viver a experiência da vida com liberdade de ação e de escolha. Naquela conversa, os moradores não usaram argumentos pautados na lógica biomédica para construírem suas definições, para eles, ser denominado de “pacientes” era mais uma espécie de argumento que os impediam de agir e de se movimentar para dentro e para fora dos muros das instituições. Além disso, ser paciente também criava barreiras nas formas de se relacionar e construir laços, tanto na vida institucional, quanto fora dela.

A própria lógica da “segurança”, aquela que diz que dentro do hospital os moradores estão seguros, longe dos perigos que os cercariam caso vivessem fora daquele espaço, perde sua força quando vemos como os casos clínicos se misturam com questões econômicas e sociais. Principalmente quando fica explícito que viver em um ambiente hospitalar expõe os moradores ainda a mais riscos, como escrevi no diário:

Achei interessante um ponto que uma enfermeira levantou hoje, quando estávamos conversando sobre a institucionalização psiquiátrica permanente. Ela falou sobre o risco de morar em hospitais, disse que é uma ilusão isso de segurança, porque no hospital eles estão expostos a muitos riscos, por exemplo, de pegar uma infecção generalizada ou alguma bactéria mais séria. Ela disse que, para ela, o risco de viver em um hospital é muito maior do que ser desinstitucionalizado. Achei isso muito interessante, porque todos os profissionais que conversei antes, falaram que o ponto positivo da institucionalização é justamente a segurança (Diário de Campo, 31 de janeiro de 2022).

Nessa argumentação, a ideia de risco é trazida para a instituição, que abriga também dentro de seus pavilhões muitos perigos. Nos dois

pensamentos, há diferentes riscos de sair do hospital e de viver dentro dele, mas o curioso é que no cotidiano institucional, os riscos possíveis de uma vida em liberdade são muito mais manuseados para construir argumentos institucionalizantes do que os riscos de permanecerem ali. Para ser exata, o risco de viver dentro do hospital só apareceu em uma conversa, e não esteve presente em nenhuma das entrevistas e em nenhuma troca de experiência com os moradores nem com os profissionais. Vemos, assim, que o próprio ambiente hospitalar residencial reforça a percepção dos moradores sobre a vulnerabilidade e a dependência que estão expostos (Mulemi, 2008), o que fortalece, uma vez mais, a lógica que os aprisiona.

Entrevistado: Vou perguntar uma coisa pra ti assim, ó... tu achas correto a gente dar uma chave para um paciente da psiquiatria? Ou, vou aumentar a pergunta: Tu achas correto qualquer paciente independente de ser da saúde mental [...] ficar fechado no quarto? Pesquisadora: Ficar fechado por escolha dele? Entrevistado: Ter a chave... Pesquisadora: Ah, eu acho que é importante ter a individualidade dele... Entrevistado: E se esse paciente ficar trancado com a chave por dentro? Pesquisadora: (silêncio). Não sei... Porque fico pensando assim... todos esses riscos são reais, mas eles também existem pra quem mora fora do hospital... todo mundo pode sofrer um acidente... assim... [...] eu fico pensando... até que ponto então temos que limitar isso ou não [...] mas eu entendo que é uma responsabilidade do hospital... Entrevistado: É... Eu falo isso porque assim, ó, não sei se é bom ou ruim... mas assim, como as famílias não têm contato, a gente não teria grandes problemas, mas se fosse família mais presente e acontecesse uma intercorrência grave dessa, a instituição teria com certeza muitos problemas... (Entrevista com um enfermeiro, 3 de fevereiro de 2022)

Aqui, além dessa ideia de proteção, aparece também a questão dos moradores não terem pessoas de fora da realidade hospitalar para reivindicar seus direitos e para fiscalizar as formas de tratamento e cuidado que eles recebiam. Essa é uma questão muito perigosa, porque ela acompanha os profissionais que trabalham com aqueles moradores cotidianamente, uma vez que eles sabem que ninguém de fora irá intervir na maneira como eles lidarão com aquelas pessoas. Nesses procedimentos de cuidado, considerados institucionalmente como terapêuticos, os moradores são, diariamente, lembrados sobre sua posição como pacientes (Mulemi, 2008) em vez de participantes mútuos de um processo de recuperação e reinserção social, tal como preconizava a Lei de Saúde Mental (2001). E, embora tenhamos literatura científica suficiente que comprova que as opiniões subjetivas também dos pacientes sobre o tratamento que recebem influenciam no resultado da hospitalização (Mulemi, 2008; Tamburini et al., 2003; Shaw, Baker, 2004), ainda assim vemos essa questão ser estruturalmente negligenciada.

Cheguei e encontrei T. [morador] deitado no banco. Perguntei como ele estava e ele disse que “enraivado”. Disse: “Aqui a gente só come e eles não agradam a gente, preciso de nada, preciso sair daqui, sair daqui de pressa, o mais rápido possível!” “Pra onde você gostaria de ir?” “Lá pro Norte, essa turma daqui não presta pra nada!”. (Diário de Campo, 30 de novembro de 2021).

Isso nos leva a pensar, por fim, na possibilidade de inversão da lógica tão difundida e já trabalhada anteriormente que faz crer ser necessário, para os moradores, ter um local para morar no interior dos hospitais psiquiátricos, o que justificaria a necessidade da manutenção da instituição e a inexistência dos movimentos de desinstitucionalização. Entretanto, por outro lado, vemos que a instituição também precisa criar mecanismos para manter pessoas vivendo dentro de suas estruturas, pois é essa a única forma de garantir sua própria existência. Essa inversão da necessidade, passando da instituição para os moradores, é uma das principais ações que garantem a institucionalização permanente dessas pessoas. Podendo, em

tempo, ser considerada como uma eficiente barreira que inviabiliza a saída dos mesmos.

Dito de outro modo, tem ocorrido, e isso foi percebido após os longos anos de experiência de campo – não somente no Estado de Santa Catarina, mas também no Estado de São Paulo – uma inversão secular da lógica da dependência que mantém a instituição em pé, até os dias atuais. Pois, não resta, para o imaginário social, espaço para criar alternativas outras para aquela condição. Afinal, argumentos e questões manicomiais solidificadas emergem de forma repetida, como as perguntas: Para onde os moradores iriam? Quem manusearia os comprimidos que eles precisam tomar? Como eles conseguiriam fazer suas comidas e cuidar de suas casas, depois de viverem décadas institucionalizados? Nota-se, aqui, que em momento algum surgem as perguntas: A instituição manterá suas atividades se não tiver moradores em suas alas? Quem ocuparia os prédios vazios caso os moradores fossem desinstitucionalizados? Qual seria o fim daqueles pavilhões, caso fossem esvaziados?

Percebemos, finalmente, que antes dos moradores dependerem de um local para viver, de comida para sobreviver e de medicamentos para continuarem seus tratamentos, temos também instituições que precisam deles para continuarem existindo, temos pavilhões que dependem de moradores para continuarem recebendo recursos, temos profissionais que dependem desses espaços para continuarem com seus trabalhos e temos uma necessidade social de manter um local para enviar aqueles casos clínicos que fracassaram. Para onde iria tudo, caso os moradores voltassem a viver de forma livre, em Residenciais Terapêuticos, e não nos hospitais? Será que as internações transitórias dos pacientes agudos seriam suficientes para manter uma instituição psiquiátrica funcionando ou eles poderiam ser tratados em hospitais gerais, em leitos destinados a esta demanda social, o que provocaria a interrupção das atividades daqueles espaços?

Em resumo, a própria instituição psiquiátrica e manicomial precisa manter pessoas vivendo em suas alas para que continue funcionando, mas ela nos faz crer que somos nós, sujeitos sociais, que precisamos dela.

Observem como, depois dos movimentos de Reformas, aqueles hospitais que deixaram de ter moradores acabaram também fechando suas portas. Não precisamos ir longe, no próprio Estado, temos exemplo disso, o Hospital do Rio Maina que, inclusive, enviou os últimos dois moradores para um dos hospitais que fiz essa última pesquisa. Quando os moradores saíram daquele hospital, ele acabou por ter suas atividades encerradas e suas alas foram ocupadas por um espaço de tratamento para as vítimas da pandemia de Covid-19. Atualmente, o local não está em funcionamento.

Sem os moradores, aquela estrutura de violência e aniquilamento também não se sustentaria. O projeto político manicomial e a ideia de necessidade do espaço hospitalar e asilar tomou conta do imaginário social brasileiro referente à loucura e reforçou, de modo generalizado, a ideia da necessidade da internação perpétua à moda brasileira, impossibilitando, de diferentes formas, a execução de uma efetiva desinstitucionalização. Entretanto, por outro lado, a própria instituição não poderia se manter se não tivesse vivendo em suas alas moradores permanentes e os tratamentos, tão ultrapassados e violentos, também não existiriam em espaços que garantam os direitos humanos dos internados, nem poderiam ser reproduzidos em outros sujeitos que transitam dentro e fora dos hospitais.

Considerações Finais

Foi escutando os sons e os ruídos do ambiente asilar e também dos moradores e dos profissionais, além das trocas de experiências diárias, em uma etnografia de hospital que me fazia registrar cada detalhe, que pude finalmente chegar em algumas constatações. Naquele ambiente institucional, não bastaria entrar nos hospitais e simplesmente fazer algumas entrevistas, pois eu precisava que os moradores escolhessem compartilhar suas vivências, em uma temporalidade que pertencia àquele ambiente e era, para uma vida agitada, algo lento e demorado. Isso era muito complexo, pois muitos daqueles sujeitos têm passado anos sem poder compartilhar o que vivem ou o que sentem. Parecia uma ênfase do que Walter Benjamin

(2012, [1985]) constatou muitos anos atrás, quando escreveu sobre as vias de extinção da comunidade dos ouvintes e, dentro de um hospital psiquiátrico, aquilo se potencializava.

Aos poucos, os moradores abriram as portas do mundo institucional e foi, convivendo com eles, na rotina cotidiana, que pude escapar das *ciladas da lógica manicomial*, que têm reificado verdades institucionlizantes na nossa sociedade. Eles me mostraram, nas entrelinhas de nossa convivência, que o modelo institucional que ainda mantemos no país é insustentável, além de revelarem os perigos da escassez de recursos e de políticas que fomentem a desinstitucionalização, principalmente para nós que vivemos em uma sociedade adoecida que carece de muitos cuidados nessa esfera. Além do mais, foram eles que mostraram, a partir do cotidiano institucional e de suas experiências singulares, como o mundo hospitalar asilar é habitado atualmente, situação essa desconhecida por grande parte da população brasileira.

Naqueles espaços de internamento, coabita uma regulação biomédica dos corpos que reforça argumentos neuroquímicos que afetam a consciência social sobre as expressões de mal estar psíquico (Martinez, 2023). Além do mais, esses discursos têm fomentado um posicionamento dominante sobre as diferentes instâncias da vida (Foucault, 2009; Cunha, 1986), invadindo múltiplos espaços sociais. Nesse raciocínio, a institucionalização, como moradia e tratamento, não é reificada somente pelo campo biomédico, mas também pelo campo social que admite o perpetuar desses espaços.

De forma resumida, ainda persiste uma reificação da lógica de desumanização típica do regime autoritário e neoliberal que prevê, para os sofrimentos psíquicos, tratamentos fundamentados em um viés punitivista e excludente. Podemos perceber, também, que as repetidas denúncias em diferentes relatórios, a partir de profissionais, familiares e ex-pacientes que buscavam reformas daqueles espaços, não foram suficientes para provocar as mudanças esperadas naquela condição. Por esse motivo, a pesquisa revelou que é necessário refletir sobre a institucionalização psiquiátrica permanente para além das formas repressivas e estruturantes explícitas,

trazendo à luz as trajetórias que ainda percorrem esses espaços, ou seja, as experiências daqueles residentes que vivem nessas alas atualmente. Essa nova contribuição auxilia na efetivação de novos arranjos para a condição que vivem, uma vez que as intimidades institucionais são muito pouco reveladas.

Como, atualmente, o único tratamento que os moradores recebem é o medicamentoso, a manutenção das pílulas aparece como um dos impedimentos para a desinstitucionalização. Coabitam também, naqueles espaços, diferentes pensamentos sobre os riscos; primeiro de sair do hospital e depois de viver dentro dele, mas o curioso é que no cotidiano institucional, os riscos possíveis de uma vida em liberdade são muito mais manuseados para construir argumentos institucionalizantes do que os riscos de permanecerem ali. Aqui, além dessa ideia de proteção, aparece também a questão dos moradores não terem pessoas de fora da realidade hospitalar para reivindicar seus direitos e para fiscalizar as formas de tratamento e cuidado que recebem. Essa é uma questão muito delicada, porque ela acompanha os profissionais que trabalham com aqueles moradores cotidianamente, uma vez que eles sabem que ninguém de fora irá intervir na maneira que eles lidarão com aquelas pessoas, o que pode provocar - e tem ocasionado - a recorrência de negligências, abusos e falta de transparência.

Os saberes dos residentes eram também silenciados de diferentes formas, não somente dentro dos hospitais, como também no campo acadêmico e nos espaços de luta antimanicomial. Somente após a apresentação dos dados da pesquisa, que a condição dos moradores passou a ser conhecida também nos espaços de discussões antimanicomiais de Florianópolis (SC), pois era muito comum encontrar profissionais e usuários que desconheciam a realidade manicomial destinada aos moradores que viviam de forma permanente nos hospitais do Estado. Essa contestação também revelou mais uma barreira que impede a desinstitucionalização, pois, a partir de recorrentes silenciamentos, despersonalizações e falsos ideais de proteção e segurança, a necessidade da instituição é reificada. Nesses espaços institucionais, de modo geral, os moradores são representados por números e por

seguidas justificativas de necessidade de contenção e, nos relatórios, leis, prontuários médicos ou até mesmo em pesquisas, é raro aparecer a *palavra da loucura*.

Caminhamos então para uma questão inegável, sobre a necessidade de transparência da co-dependência existente entre a manutenção da instituição, ou seja, a continuidade da sua existência, e a permanência dos moradores naquelas alas que, de outro modo, teriam suas atividades interrompidas. Em outras palavras, esses espaços só sobrevivem se mantiverem pacientes e, nesse caso, manter moradores é sinônimo de garantia para manter a própria instituição. Dito de outro modo, os hospitais parecem valer de suas características asilares para justificar a ideia de permanência de suas próprias atividades, mesmo quando vistas como ultrapassadas e degradantes.

Amarante (2014)³ traz uma contribuição interessante para essa temática da manutenção, ao dizer que a própria ideia de Reforma Psiquiátrica é limitada, porque seria mesmo necessário uma reforma política e cultural para que pudéssemos superar o modelo que vivemos, pois, segundo o autor, é culturalmente que as pessoas demandam o manicômio, a exclusão e a limitação do outro. De acordo com este raciocínio, para que tenhamos uma mudança significativa nessas condições, precisamos também de uma transformação da própria relação da sociedade com a loucura.

Em resumo, podemos notar que muito do que era constatado anos atrás ainda reverbera atualmente, de forma repetida e cíclica, a partir da função institucionalizante dos hospitais psiquiátricos sobressaindo à função do cuidado, tendo os hospitais catarinenses a característica principal da perpetuação do modelo manicomial brasileiro. As reformas nas estruturas

3 Entrevista disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/amarante-e-cultura-que-faz-pessoas-demandarem-manicomio-exclusao-limitacao#:~:text=reforma%20da%20cultura.-,%C3%89%20culturalmente%20que%20pessoas%20demandam%20manic%C3%B4mio%2C%20exclus%C3%A3o%2C%20limita%C3%A7%C3%A3o%20do%20outro,um%20processo%20longo%2C%20muito%20demorado..> Acesso em 17 de janeiro de 2024.

físicas desses espaços, longe de provocar melhorias nas condições de vida dos internos, acabou por reforçar a necessidade das instituições, a partir dos ideais de proteção e moradia para eles. Mesmo com as reformas, as expressões de violência que esses ambientes representam continuaram a existir e se proliferaram dentro e fora dos muros. Elas reificam a lógica da necessidade do aprisionamento, reforçam o imaginário social que exclui esses sujeitos e transformam, em última instância, pessoas vivas em perpétuos casos clínicos fracassados.

Referências Bibliográficas

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Autobiografia de um movimento: quatro décadas de Reforma Psiquiátrica no Brasil (1976–2016)**. 2020.

BARRETO, Lima. **Diário do hospício e O cemitério dos vivos**. Editora Companhia das Letras, 2017 [1953].

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

BASTOS, Othon. Primórdios da psiquiatria no Brasil. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 29, n. 2, p. 154–155, ago. 2007.

BASU, Helene. Contested Practices of Control: Psychiatric and Religious Mental Health Care in India. **Curare**. Volume: 32, Número: 1/2, 2009, pp. 28–39.

BENJAMIN, Walter. **Magia e técnica, arte e política**. São Paulo: Brasiliense, 2012[1985].

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a

proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e re-direciona o modelo assistencial em saúde mental. **Lex**–Legislação em Saúde Mental 1990–2004, Brasília, 5.ed. amp., p. 17–19, 2001.

CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo de. **Uma sala tranquila**: Neurolépticos para uma biopolítica da indiferença. São Paulo: Liber Ars, 2019.

CHENHALL, Richard. What's in a rehab? Ethnographic evaluation research in Indigenous Australian residential alcohol and drug rehabilitation centers. **Anthropology & Medicine**, [S.L.], v. 15, n. 2, p. 105-116, Jul. 2008. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/13648470802122024>.

COSTA, Eliani; BORENSTEIN, Miriam Süsskind. O projeto Ana Teresa: o caminho para desinstitucionalização do doente mental? **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 52, n. 1, p. 79-90, mar. 1999.

CUNHA, Maria Clementina Pereira da. **O espelho do mundo**: Juquery, a história de um asilo. [s.l.] Portal de Livros de Acesso Aberto, 1986.

DE CERTEAU, MICHEL. **A Invenção do cotidiano**: Artes de fazer. Petrópolis: Editora Vozes, 1978.

DEL SARTO, Sabrina Melo. **Além da loucura**: um estudo etnográfico no interior de um hospital psiquiátrico, espírita e asilar. Monografia de bacharelado em Ciências Sociais. Universidade Estadual Paulista (UNESP). Marília, SP, Brasil. 2018.

----- . **Institucionalizados**: Uma etnografia da vida social de moradores de um hospital psiquiátrico e asilar. 2020. Dissertação de Mestrado em Antropologia. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil.

----- . “Essa vida eu não desejo nem pra um cachorro” : Uma etnografia de hospitais psiquiátricos. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 2024.

DELGADO, Pedro Gabriel. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 17, n. 2, p. 1-1, maio 2019. Fap UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>.

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. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo (Sp): Perspectiva, 2009 [1979].

----- . **O nascimento da clínica**. Rio De Janeiro, RJ: Forense Universitária, 2008 [1977].

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1980. (Original inglês de 1963).

----- . **Manicômios, prisões e conventos**. Tradução de Dante Moreira. Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001 [1961].

HIRSCH, Eric. **Landscape Between Place and Space u The Anthropology of Landscape**: Perspectives on Place and Space; ur. Hirsch, Eric i O’Hanlon, Michael. 1995.

MALUF, Sônia Weidner. et al. Por dentro do Hospital Colônia Santana: uma leitura etnográfica de prontuários psiquiátricos de mulheres internas nas décadas de 1940 e 1950. **Anuário Antropológico**, n. v.45 n.2, p. 54–75, 13 abr. 2020.

MALUF, Sônia Weidner; ANDRADE, Ana Paula Müller de. Entre políticas públicas e experiências sociais: impactos da pesquisa etnográfica no campo da saúde mental e suas múltiplas devoluções. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 171–182, 2017.

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>.

MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Angel. **ELOGIO DE LA INCERTIDUMBRE y otros ensayos antropológicos sobre el saber «psi» y las aflicciones humanas**. Tarragona: Publicacions Urv, 2023.

MARTINHAGO, Fernanda; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. O cenário dos CAPS II de Santa Catarina na ótica dos profissionais de Saúde Mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health** 6.13 (2014): 177–177.

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.