

"Os mais fortes cuidam dos mais fracos": os medicamentos e as práticas-outras de cuidado em um hospital psiquiátrico asilar¹

Sabrina Melo Del Sarto, UFSC/Santa Catarina.

Palavras-Chave

Etnografia de hospital; Práticas de cuidado; Medicalização;

Resumo

Neste trabalho, apresento um fragmento de uma etnografia sobre a vida social de moradores de uma ala asilar de um hospital psiquiátrico, a fim de observar as maneiras particulares pelas quais os residentes permanentes vivem a/instituição. O enfoque deste estudo será dado nas relações entre os tratamentos, as práticas de cuidado e os medicamentos que podem, naquele contexto, serem pensados em dois grupos: 1) os remédios de ordem psíquica, conhecidos como “psicotrópicos” ou, entre os moradores, como “remédio de cabeça” e, 2) os “remédios básicos”, aqueles medicamentos para questões-outras que os moradores enfrentam no dia a dia (como dores diversas, desconfortos, entre outros). Observei, de maneira geral, que um aumento dos medicamentos acarreta na ideia de uma diminuição da necessidade de práticas de cuidado e, por outro lado, a falta ou a diminuição destes medicamentos exige também um aumento nessas mesmas práticas. Chamo atenção para o fato de que nas práticas de cuidado, os moradores não são somente “passivos” ou “pacientes”, eles também compõem com as possibilidades institucionais. Percebi, portanto, que os tratamentos com o uso de psicotrópicos eram exacerbados e havia uma grande quantidade de comprimidos disponíveis, entretanto, quando os moradores tinham outros desconfortos e precisavam de cuidados-outras, deviam percorrer um longo caminho até que pudessem ser atendidos e, nestes espaços, articulavam com a cotidianidade institucional e compunham com ela para que pudessem (sobre)viver nas situações que emergiam.

Introdução

Este artigo aborda uma das muitas dimensões que emergiram em um trabalho etnográfico que venho desenvolvendo desde 2016. Comecei com algumas visitas mensais a um hospital psiquiátrico neste referido ano e, em 2019, tive uma experiência intensa de 90 dias frequentando o mesmo diariamente. O desafio de fazer um trabalho etnográfico no interior de um hospital psiquiátrico pode ser pensado como uma tarefa ímpar e a entrada ao campo, assim como ocorre em vários outros ambientes, deve ser negociada em diferentes

¹ Trabalho apresentado na 32ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 30 de outubro e 06 de novembro de 2020.

dimensões. Primeiro é necessária uma autorização da equipe da instituição, depois o trabalho deve passar pelo comitê de ética em pesquisa nacional, em seguida começam as visitas aos internados que também escolhem se irão aceitar e inserir a nova pessoa (no meu caso a antropóloga) no cotidiano institucional e, por fim, ainda há que se desenvolver uma relação com os outros que vivem o/no ambiente hospitalar que, no meu caso, foram os funcionários e os voluntários da mesma.

Os sujeitos etnográficos desta pesquisa são os residentes do hospital. Eles têm em média 23 anos de institucionalização, sendo um grupo de 21 moradores, com 14 mulheres e 7 homens. A idade dos mesmos varia entre 34 e 70 anos e a maioria deles possuem o que chamo de “coleção de institucionalização”, pois são pessoas que antes de viverem no hospital, já habitavam outras instituições, como orfanatos e outros hospitais psiquiátricos.

Além dos sujeitos etnográficos, é importante conhecer brevemente as estruturas do hospital. Ele é uma instituição muito antiga, fundada em 1946 e está subdividido em alas médicas. A ala escolhida para a presente pesquisa é denominada “Lar Abrigado”; ela está vinculada ao Sistema Único de Saúde e pode ser pensada como uma vila que abriga os moradores que vivem em casas construídas dentro dos muros hospitalares. No Lar Abrigado, a rotina institucional é um pouco mais livre que nas demais alas, a maioria dos moradores pode fazer passeios rápidos fora do hospital e receber visitas. Além disso, todos os moradores recebem, semanalmente, um pagamento de 60 reais para comprarem o que desejam.

Os caminhos dentro do Lar Abrigado se repetem, o alto-falante desperta - diariamente - com avisos corriqueiros e os moradores, logo quando acordam, são levados para o refeitório público e recebem o café da manhã. Saindo de lá, vão para o *passé*², pois aliada à rotina medicamentosa, existem também os denominados “tratamentos espirituais”. Quando voltam do *passé* vão à enfermaria para a primeira medicação do dia e, depois, vão para suas

² “Ir ao *passé*” engloba duas situações diferentes: a primeira delas pode ser pensada como uma espécie de palestra ou reunião, na qual os voluntários espíritas se reúnem e falam sobre os temas do espiritismo kardecista e, no segundo momento, que ocorre após esta palestra, os voluntários caminham em direção aos internados para a realização de uma troca energética. Este segundo momento pode ser pensado assim como definiu Kurz (2017) como uma forma de benção e um tratamento energético em termos de uma transfusão de energias positivas. De acordo com alguns voluntários espíritas kardecistas, o momento do *passé* é importante porque os distúrbios mentais dos internados são resultados da ação de espíritos desencarnados que influenciam nas funções mentais de indivíduos encarnados e, como o hospital foi fundado por voluntários espíritas que se dedicavam à caridade e ao tratamento de pessoas diagnosticadas com “doenças mentais”, persistiu, até os dias atuais, o tratamento espiritual.

atividades diárias. Algumas moradoras - mulheres - limpam suas casas e três delas limpam também a casa dos homens e recebem um pagamento mensal para tal atividade. Os outros transitam entre suas casas e o quintal coletivo até a hora da próxima refeição, o almoço, servido também no refeitório comunitário do hospital. Ao voltarem do almoço, recebem uma garrafa de café por casa e passam o dia todo ali, transitando entre suas casas e o quintal coletivo. Alguns dormem depois do almoço, outros assistem televisão, muitos escutam rádios e alguns, com autorização para sair, fazem passeios pelas redondezas do hospital. À tarde recebem um lanche; Depois, têm mais uma medicação e, no fim do dia, recebem a janta e a última medicação. Antes de dormirem recebem a ceia.

Para além da rotina hospitalar: o *devir* institucional

Convivendo no hospital, descobri uma vivência muito menos enrijecida do que se pode pensar ser uma rotina hospitalar. O *devir* institucional pode ser pensado, naquele ambiente, como um fluxo permanente que é percorrido e composto pelos moradores e que, também simultaneamente, os compõe. Fui levada a buscar reflexões que me auxiliassem a escapar das limitantes descrições das formas coercitivas do poder institucional para, assim como proposto por Cunha (1986, p. 144) em seu estudo sobre o hospital Juquery, “descer às abordagens dos casos que o hospital encerrou, no sentido de olhar o rosto e ouvir suas falas, conhecer suas histórias de vida e as razões de seu internamento e perceber como se articulam dentro da vila asilar”. Fugir da genealogia foucaultiana não implicou em negá-la, reconheço-a enquanto pano de fundo do mundo institucional, mas o que impulsionou este estudo está além das determinações estruturantes e coercitivas dos poderes institucionais.

A ideia de revisitar a institucionalização por este viés, além de ser muito inspirada pelo trabalho de Biehl (2005), surgiu também por perceber, em alguns estudos, que a maioria deles partia de interpretação de laudos médicos, entrevistas com funcionários, familiares e ex-pacientes e as reflexões sobre os modos de vivenciar a institucionalização dos usuários dos serviços de saúde mental que habitavam hospitais psiquiátricos de forma permanente eram raras se comparadas com as reflexões sobre o sistema coercitivo no qual estavam expostos. No levantamento bibliográfico que fiz, foi difícil encontrar trabalhos que traziam à tona a voz dos próprios moradores de hospitais psiquiátricos no momento de suas internações.

Como a antropologia traz muitas ferramentas de aproximação ao mundo 'do outro', essa “sensibilidade antropológica” foi fundamental para que eu mergulhasse nesses *entres* e, enfim, chegasse ao *devoir* institucional. Segundo Deleuze e Guatarri (1997, p. 64), o *devoir* é uma fonte de desejo, são formas de desejar, colocar-se, encontrar-se e fazer uma co-presença a partir de forças de construção e de destruição. Neste sentido, como dito anteriormente, o *devoir* institucional é entendido, neste trabalho, como uma vivência hospitalar em fluxo permanente, como movimentos ininterruptos que transformam e são transformados pelos sujeitos, seria o *vir a ser* da institucionalização. Este *devoir* é composto por uma rotina comum hospitalar, como citado acima e é também formado pela maneira que os próprios sujeitos etnográficos habitam o mundo do hospital.

Medicamentos e práticas de cuidado: os caminhos do *devoir* institucional

Margarete está com muita tosse, perguntei para ela o que fazem quando estão doentes e ela me disse: “Quando tá doente aqui? Quem cura é o bispo! O bispo, o bispo cura nois... o Padre Marcelo... [...] Acorda, toma remédio e se tiver bom da cabeça vai comer no refeitório; quem não tá bom das pernas ou dos miolos não vai. Você não vê aqueles carrinho de supermercado? Aqueles carrinho é pra levar comida...” (Diário de campo, 08/02/2019).

Esta passagem do diário foi escrita nos meus primeiros dias do retorno ao campo, no segundo ano do mestrado (2019). A fala de Margarete é reveladora, pois denuncia a ausência de cuidados-outras dentro do hospital, apontando que o único tratamento existente é o uso de medicamentos. Interessante notar o quanto nós, pesquisadores, vamos mergulhando no cotidiano de nosso campo e vamos reinventando nosso fazer etnográfico. Num primeiro momento, observei como era a relação dos moradores com os medicamentos psicotrópicos, a resistência que desenvolviam e o quanto atuavam ou não nos momentos que recebiam as drogas. Entretanto, não tinha me atentado ao fato de que, por serem moradores da instituição, os moradores têm necessidades-outras de cuidado e tratamento. Comecei a questionar como eram tratadas as dores de estômago, cabeça, enjôo, dor de dente, entre outras, dentro do hospital. A fala da moradora Margarete é extremamente significativa pois quando perguntei o que eles fazem quando estão doentes, ela foi enfática: “Quando tá doente? Quem cura é o bispo!”. Só então comecei a perceber a curiosa relação entre as práticas de cuidado, os tratamentos e os medicamentos.

Para melhor elucidar, primeiro gostaria de deixar evidente que há, portanto, duas categorias de medicamentos, uma primeira referente aos remédios de ordem psíquica, conhecidos como “psicotrópicos” ou, entre os moradores, como “remédio de cabeça”. Estes remédios são fáceis de serem conseguidos no hospital e os moradores desenvolvem, na maioria dos casos, uma relação de resistência em relação a eles. Segundo, há os medicamentos básicos, usados para outras questões que os moradores enfrentam no dia a dia, como dores diversas, desconfortos, entre outros. Há uma escassez desses remédios e os moradores, além de os solicitarem muito, demoram dias até recebê-los.

Ambos os medicamentos estão inter-relacionados com uma lógica de cuidado. Primeiro pensemos nos sujeitos que praticam o cuidado, há - de um lado - a equipe hospitalar, que desempenha um papel de “cuidado-trabalho” e - do outro lado - há também os próprios moradores, que desempenham uma espécie de “cuidado por afinidade”, no qual eles cuidam, dentro de seus limites de atuação, uns dos outros. Além disso, como citei, a lógica de cuidado desenvolvida pela equipe do hospital está diretamente relacionada ao uso de medicamentos. Um aumento dos psicotrópicos, por exemplo, pode acarretar numa diminuição da necessidade de cuidado e, por outro lado, a falta de medicamentos cria a necessidade do aumento dos "cuidados-trabalho" ou "cuidados por afinidade”. Entretanto, na ausência dos cuidados advindos da equipe, os moradores começam a compor com a cotidianidade institucional e desenvolvem práticas de cuidado entre eles próprios.

Em outras palavras, os psicotrópicos parecem substituir algumas formas de cuidado e a falta dos outros medicamentos parece fazer emergir ainda mais essas formas-outras de cuidado, vindas principalmente dentro das relações entre os moradores. Sobre esta sobreposição dos psicotrópicos, escreveu Parada (2008, p. 514):

El aumento de diagnósticos psiquiátricos y la prescripción de psicofármacos es una tendencia a nivel mundial. En gran parte del mundo occidental, el sistema de salud mental prioriza el acceso al tratamiento farmacológico por sobre los abordajes psicosociales y comunitarios [...] Junto con ello, el consumo masivo de medicamentos psiquiátricos ha implicado un aumento de las rutinas represivas y lógicas manicomiales en los procesos de atención psiquiátrica. En Chile, a pesar de la implementación del modelo comunitario de salud mental desde la década de 1990, sigue primando una lógica autoritaria y vertical desde la mirada psiquiátrica.

No hospital onde foi feita a pesquisa, esta lógica de cuidado parece ser replicada e, como citei, o tratamento com os psicotrópicos parecem dominar as formas de cuidado entre a equipe e os moradores. É comum também, no cotidiano institucional, que os moradores

desenvolvam redes de relação uns com os outros para mitigar os dilemas da falta de medicação e das práticas de cuidado que fujam do campo farmacológico. Um exemplo simples pode ser pensado se colocarmos em evidência um caso que vivenciei: antigamente, no Lar Abrigado, havia um refeitório para que os moradores pudessem fazer suas próprias refeições, inclusive, nos primeiros anos de minha pesquisa, o frequentávamos. Atualmente, o refeitório foi desativado e, agora, os moradores do Lar Abrigado devem comer no refeitório público do hospital, junto com os internados das outras alas (também públicas). Há uma moradora que se queixa por ter que ir ao refeitório comum, ela diz que tem “traumas”, que “não se sente bem” e que “lá no refeitório ela não consegue comer”. A equipe do hospital, depois das queixas da mesma, continuou dizendo que ela só poderia comer se fosse até o refeitório, pois é uma regra da instituição, entretanto, a moradora continuou a não ir e a justificar dizendo que não se sentia bem quando ia.

Durante todo o meu campo a vi apenas 1 vez no refeitório, nas outras vezes ela ficou em casa e não foi. A equipe médica aumentou sua medicação algumas vezes enquanto ela negava ir ao refeitório e a mesma reclamou que estava com a boca espumando, devido aos efeitos colaterais da medicação exagerada. Como para comer ela deveria ir ao refeitório, mas ela dizia que não conseguia estar lá, as moradoras da sua casa começaram uma prática que tornou-se rotineira: elas levavam para o refeitório, no café da manhã, uma garrafinha plástica, dentro da bolsa de uma delas. Depois que elas recebiam seus copos de leite, já na mesa, cada uma delas colocava um pouco do seu leite na garrafinha, até que ela ficasse cheia com a soma das doações e depois a guardavam na bolsa para levar para a moradora: “Ela não pode ficar sem comer, né Sabrina? A gente tem que fazer alguma coisa, vai fazer o que? Não tem jeito não” (Madalena, 64 anos, moradora do hospital, 29/04/2019).

Interessante notar que a população dos Lares Abrigados está envelhecendo e é muito raro que um morador novo chegue no ambiente. Desde que comecei minha pesquisa, já houve 4 falecimentos e 1 caso de desinstitucionalização³, mas nenhum novo morador chegou. Como estão envelhecendo, estão tendo outras demandas médicas que não aquelas solucionadas apenas pela ordem psiquiátrica. As práticas de cuidado estão sendo resignificadas e há, por exemplo, moradores mais novos (de idade) que acompanham moradores mais velhos, dando

³ Um dos moradores do Lar Abrigado foi morar com sua irmã em uma cidade vizinha.

as mãos para caminharem, levando-os em algum lugar que precisam ir, ajudando-os nas tarefas de casa entre outras formas que se fazem necessárias no ambiente.

Desde os primeiros anos do Lar Abrigado (1996) até ano passado (2018), os moradores tinham também uma 'cuidadora'; ela os acompanhava todos os dias pela manhã, cuidava da higiene dos mesmos e da de suas casas, dividia as tarefas entre eles e organizava a rotina comum. Em 2019, ela foi transferida para outra ala e o Lar Abrigado ficou sem nenhuma outra cuidadora. A enfermeira, a psicóloga e a assistente social, que são também responsáveis por outros serviços e alas, dividem agora as práticas de cuidado com os moradores - que eram feitas pela cuidadora - entre elas.

Entendendo o cuidado tal como definiu Mol (2008), a saber: como um trabalho compartilhado, envolvendo não apenas profissionais, mas também os moradores e outros seres humanos ou tecnologias (MOL, 2008, p. 32), busquei observar as práticas de cuidado desenvolvidas entre os moradores no Lar Abrigado e este caminho foi revelador e ilustrou redes de relacionamentos que pareciam ocultas no cotidiano institucional, como uma situação que observei entre as moradoras Otávia (56 anos) e Cida (50 anos). No dia a dia, não as via conversando ou fazendo algo juntas, normalmente elas ficavam com outras pessoas, entretanto, fui depois observando uma relação de cuidado que estava implícita:

Otávia tem diabetes e a médica pediu para ela se cuidar e emagrecer e Cida também quer emagrecer, disse que quer ficar com o corpo como era quando chegou aqui no hospital. Hoje vi elas indo até uma sala que tem ao lado da enfermaria, lá tem uma balança daquelas antigas diferente das digitais, daquelas que devemos empurrar os pesos pra lá e pra cá para pesar. Resolvi ir com elas e, chegando lá, Otávia subiu na balança e Cida a pesou: “Tá com o mesmo peso, tá mantendo, tá mantendo o peso. É só não comer pão. Dá aqui o papel pra eu marcar pra você, 79 kg” Otávia tirou do bolso um papelzinho todo amassado e nele já tinha 3 anotações de peso, Cida anotou novamente o peso dela e depois se pesou: “É Sabrina, a gente vai acompanhando, tem que emagrecer”. (Diário de campo, 16/03/2019).

Outro dia presenciei outra forma de cuidado entre as duas moradoras, vi Cida indo atrás de Otávia, na casa dela, pedindo um dinheiro para comprar salsichas. Otávia foi até seu quarto e, em uma de suas gavetas, embaixo das roupas, tirou a carteira de Cida e entregou para ela, Cida pegou o dinheiro e devolveu a carteira para Otávia dizendo para mim: “A Otávia guarda minha carteira pra mim, pra ninguém mexer eu deixo aqui com ela.” (Diário de campo, 20/03/2019). Segundo Mol (2008, p. 11) o cuidado não é um produto limitado, mas

um processo contínuo e notei que seguir os fluxos desse processo revelava muito as sociabilidades formadas no cotidiano institucional. Uma conversa que tive com a moradora Margarete (52 anos), sobre a permissão para sair do hospital, tb foi muito reveladora, ela me contou: “Tem uns que não podem sair... A Magda [outra moradora] vai vir pra cá, já falaram que ela mijá na casa inteira, vai sobrar pra quem? Se a gente reclamar ainda sai de errado, os mais fortes cuidam dos mais fracos, não é assim?” (Diário de campo, 21/02/2019).

Quando via os moradores em silêncio, em suas casas, não imaginava as relações desenvolvidas nos espaços que tinham para compor com/nas suas vivências, como me contou também a moradora Margarete na citação acima: “[...] os mais fortes cuidam dos mais fracos [...]”. Chamo, portanto, atenção para o fato de que nas práticas de cuidado, os moradores não são somente “passivos”, pois eles compõem - ativamente - com as possibilidades institucionais (MOL, 2008, p. 7). Outra prática de cuidado que observei foi entre alguns moradores que recomendavam formas assertivas de agir para os outros moradores para que evitassem situações de problemas maiores com o hospital que poderiam implicar em punições, como o aumento da medicação ou o internamento em alas em que as condições de vivência eram mais fechadas e coercitivas⁴.

O morador João Antônio começou a reclamar de um interno da ala masculina, fazendo sinal de murro com as mãos e falando: “Não gosto de você não.”. Paulo, outro morador, o aconselhou: “Não fala nada, João Antônio, fica quieto, não fala assim não, se não você vai parar lá pra dentro. Se te bater não bate não, chama alguém que é melhor. Só escuta, não fala nada não.” (Diário de campo, 28/02/2019).

Os moradores Valdir e Magda cuidavam um do outro também:

Tenho notado que Valdir sempre dá conselhos pra Magda... João falou “A Magda é desorientada” e Valdir: “É mesmo, a Magda tem a cabeça fraca.”, depois foi até a fila de remédio e falou: “Toma o remédio sim, Magda, toma direitinho. Tem que tomar se não eles vão te levar lá pra dentro, pro patião”. Depois que ela tomou o

⁴ Havia outras duas alas, também públicas, que abrigavam outros moradores que estavam em um estágio mais crítico da doença. As alas eram destinadas aos moradores que já não possuíam nenhum contato com o mundo fora do hospital e, segundo a equipe médica, tinham perdido a capacidade de sociabilidade e autocuidado. A ala masculina era chamada de “patião” e a para as mulheres era conhecida como “feminina”. Os moradores do Lar, quando deixavam de cumprir alguma regra, eram levados para estas outras duas alas como forma de punição e correção. Lá eles permaneciam até que a médica os autorizasse a voltarem para o Lar.

remédio, ela parou um pouco em frente ao postinho de remédios e ele continuou: “Vamo Magda, vamo pra lá, vão te chamar.”. (Diário de campo, 19/03/2019).

Além dessas orientações, outra prática comum no Lar Abrigado é a divisão de comidas. Quando os moradores vão ao supermercado e compram salgadinhos ou refrigerantes, é bem comum que eles os dividam entre si. Além das compras, no hospital tem uma horta e o funcionário responsável pela plantação sempre leva pés de alfaces na casa da moradora Otávia. Quando ela recebe, ela prepara saladas, as tempera, coloca-as em pratos plásticos e divide com os outros moradores. Otávia sempre ganha presentes, lembro de outro dia que ela ganhou uma sacola de abacates de José, seu namorado. Ela abriu todos eles, amassou e misturou com açúcar, encheu uma vasilha com os abacates, depois os dividiu nos pratos plásticos e distribuiu entre os moradores.

Francine (34 anos), a moradora mais jovem do Lar tem uma tarefa semanal que exemplifica, mais uma vez, essas práticas de "cuidado por afinidade" no hospital. Como ela tem autorização para fazer saídas rápidas, no dia do pagamento ela recebe também o dinheiro dos moradores que não podem ficar com seu próprio dinheiro e, nestes casos, Francine se encarrega de fazer as compras para eles. Os moradores se reúnem com a assistente social na cozinha de uma das casas femininas para decidirem se irão pegar os 60 reais ou se irão guardar um pouco de dinheiro para comprarem algo que precisam e que é mais caro, o que demanda juntar dinheiro de várias semanas para a compra. Cada um tem uma bolsinha que fica com a assistente social e nelas alguns fazem pequenas poupanças.

Depois do pagamento, a manhã do cotidiano asilar fica extremamente agitada e os moradores combinam com a moradora Francine o que querem que ela compre para eles no supermercado que tem perto do hospital. Normalmente, os pedidos variam entre refrigerantes, balas, salgadinhos, bolachas, iogurte, paçoca e macarrão instantâneo. Alguns moradores têm permissão de saírem acompanhados por Francine para as compras de terça-feira. Ela então acompanha-os até o mesmo supermercado que tem em frente ao hospital. Para os moradores que não podem sair, Francine escolhe cuidadosamente cada item. Ela escolhe os itens de morador por morador e sempre finaliza uma compra antes de começar a outra. No final, Francine volta para o Lar com os moradores que a acompanharam até lá e leva também as sacolas daqueles que não podem sair e que encomendaram da moradora algumas compras.

Nestes exemplos fica nítido o quanto os moradores desenvolvem, a partir das práticas de cuidado, redes de relações sociais e com elas compõem com a rotina asilar de

maneira-outras. Nestas redes de sociabilidade, eles encontram espaços que os permitem se relacionar e, em conjunto, vivenciar de formas-outras o próprio mundo do hospital. Além destas práticas de cuidado, como citei anteriormente, havia no ambiente os tratamentos medicamentosos obrigatórios e os moradores desenvolviam relações diversas com esta outra prática.

Podemos lembrar que os medicamentos podem ser de duas categorias, os “psicotrópicos” e os “básicos”. A relação dos moradores com os comprimidos era muito curiosa. Nos primeiros dias, quando os via indo para a enfermaria, pegando os copinhos plásticos no corredor que tinha no caminho e enchendo-os com água e depois parando em uma fila para esperar o remédio, parecia-me que realizavam a tarefa de modo muito mecânico, talvez ritualístico. Entretanto, como citei, notei uma forte resistência dos moradores com os comprimidos e observei também que o momento de tomar o remédio não era tão automatizado como eu pensava.

Madalena foi a primeira moradora que me fez notar isso:

Hoje, na hora do remédio, depois do almoço, aconteceu algo muito curioso [...] os moradores, embora muitas vezes dizem não saber para que servem os remédios que tomam, decoram a aparência de cada um dos comprimidos e a quantidade de medicação. Eles recebem os comprimidos destacados da enfermeira e com eles numa mão e a caneca de água na outra já tomam direto, na frente da enfermeira. Ela pede para alguns deles para abrirem a boca e mostrarem que tomaram todos sem jogar nenhum fora. Quando a moradora Madalena pegou seus comprimidos hoje cedo, ela reclamou que tinha um “comprimidinho diferente”, depois notou um “coloridinho” que também não conhecia, reclamou para Talita, a enfermeira, que foi rever o saquinho e na verdade aqueles comprimidos eram de outra moradora. Quase que Madalena tomou os comprimidos errados, mas ela percebeu e questionou (Diário de campo, 08/02/2019).

Magda (62 anos) também reconheceu algo diferente em seus remédios:

Desde o café da tarde, Magda estava reclamando de tontura, me disse que o remédio está dando reação nela e que se ela o tomar mais uma vez ele vai matá-la. Na hora do remédio, ela olhou bem para o montinho de comprimidos que recebeu e tirou do monte um deles, negando toma-lo. Disse depois que o comprimido “cor de abóbora” está dando muita reação, tontura e que está inchando sua mão. A enfermeira aceitou o pedido e deixou que ela não tomasse esse, dizendo que ia ver com a médica o que poderia fazer (Diário de campo, 13/03/2019).

Essa situação da enfermeira aceitar que ela não tomasse o medicamento aconteceu apenas neste dia pois, normalmente, quando eles questionam os medicamentos, são

orientados a tomá-los mesmo assim. Alguns dias depois daquela ocasião, Magda continuou reclamando:

Magda chegou no banco que eu estava sentada para dizer que estava “perdendo as ideias”, elogiei o vestido dela para tentar mudar de assunto e ela: “Eu não gosto de vestido rosa, parece que eu tô gorando, que eu to morrendo. Será que eu to morrendo? Tô perdendo as ideias. Isso é cabeça fraca, né? Será que eu to com a cabeça fraca? Você acha? To com reação do remédio.” (Diário de campo, 21/03/2019).

4 dias depois ela continuava a reclamar, mas ainda estava tomando o mesmo comprimido:

Estava no quintal quando Magda me viu e veio aos prantos falar comigo, dizendo que estava morrendo, perdendo as ideias... tentei mudar o foco, mostrei o céu, a árvore que tem em frente à casa dela... nunca sei o que fazer nessas situações... ela reclamou que o remédio ainda está dando muita reação nela, que está com tontura e que vai morrer... ficou segurando firme no meu braço... chamei o morador Valdir para conversar um pouco com a gente... eles ficaram conversando um pouco e ela acalmou... (Diário de campo, 25/03/2019).

Como visto, as reclamações sobre os remédios vinham de variadas formas, assim como as justificativas para pedir para não tomá-los, como em um dia no qual a moradora Margarete estava brava porque a enfermeira tinha pedido para ela tirar a “barba do queixo”:

Eu não vou tirar hoje, eu tiro uma vez por semana pra não crescer grosso. Perguntei se ela vai pagar depilação pra mim, quero nem ver se ela me colocar lá dentro. Olha isso, ela pediu pra Isabel se depilar, será que ela sabe? Ela pode se depilar sozinha? Ela tá lá trancada no banheiro, vai ficar o dia todo. Eu aqui querendo usar, a Tavinha quase cagando nas calças segurando com a mão e ela lá depilando... vou te explicar uma coisa, esses cabelo que tão crescendo no meu queixo é por causa do remédio que eles dão, esses remédio que estão dando pra cabeça deixa o queixo cabeludo (Diário de campo, 11/02/2019).

Pude notar, principalmente, que negar tomar os remédios podia implicar em punições, pois era considerado uma forma de “desobediência”, uma vez que tomar o remédio era uma das regras e obrigações da instituição. Quando alguém negava tomar seus remédios ou fingia tomá-los mas os jogava fora, podia haver diferentes formas de castigos e ameaças. Além disso, as queixas dos moradores não pareciam ser suficientes para denúncias e mesmo reclamando dos sintomas e dos efeitos colaterais que estavam sentindo, eram instruídos a tomarem os medicamentos.

No pagamento, Maria Fulana começou a chorar e a tremer, a psicóloga explicou que todos deviam ter paciência pois ela estava com delírios, ela então fez sinal que se continuasse a tomar os remédios iria morrer. João Antônio foi colocado lá no patião hoje também, pelo mesmo motivo, não queria tomar os remédios e estava jogando-os fora. (Diário de campo, 05/02/2019).

O descontentamento de Maria Fulana continuou no dia seguinte e escrevi no diário: “Maria Fulana continua chorando muito e dizendo que se continuar a tomar os remédios vai morrer. Hoje ela ficou tremendo.” (06/02/2019). Além das tremedeiras, outras reações apareciam no dia a dia institucional:

Fui na casa de Cida e ela começou a me contar várias coisas. Primeiro falou sobre seu namorado, o Ezequiel, reclamando que não dá pra passear com ele na cidade, porque ele anda muito devagar! Depois disse que ama o seu cachorrinho Bolinha, que a assistente social chegou com ele no hospital e disse: “Quem adivinhar o que eu trouxe fica com ele” e Cida disse: “um cachorrinho!”. Ela acertou e ficou com o cão. Enquanto ela contava essas histórias, a boca dela estava espumando muito e juntando muita saliva, foi quando ela começou a falar dos remédios: “A gente briga e eles dão remédio pra gente, pra castigar. Olha minha boca, fica espumando, esses remédios pra depressão faz isso com a gente, é remédio pra cabeça, olha a Madalena, ela tem cabeça boa, não precisa tomar [...] Pra emagrecer eu tomo chá verde, pra cabeça Risperidona. Eu tomo Akineton pra desvirar os olhos, pra combater o Risperidona. Pergunta pra Francine pra você ver, tem hora que eu viro o olho por conta do remédio, aí tem que tomar outro pra combater. É muito remédio que a gente tem que tomar aqui e se não tomar vai lá pra dentro. Se eu tivesse uma casa eu ia querer morar lá só pra não tomar tanto remédio psiquiátrico. Aqui eles lotam a gente. A gente fica com a boca espumando. A Bia não vira os olhos porque ela tem organismo forte, mas ela também toma esses e mais um pra diabetes. A gente tem que tomar remédio pra cabeça, pra depressão... a noite eu tomo 2 Amplictil de 25, Risperidona, chá verde e Dogmatil. Eles dão remédio pra corrigir a gente (Diário de campo, 11/03/2019).

Esses casos ilustram ainda mais o quanto não é automatizada a relação dos moradores com os medicamentos e que eles não simplesmente tomam os comprimidos. Essa experiência institucional, que os permite saber sobre os sintomas e os remédios, também apareceu em outro caso, quando chegou uma enfermeira nova no hospital:

Paramos para descansar um pouco e a nova enfermeira chegou [...] ela chamou os moradores para a hora do remédio e fomos pro postinho. Lá, a fila se aglomerou, como de costume, com os moradores com seus copinhos de água. Ela não sabia fazer o exame de glicemia no aparelho que tinha no Lar, não sabia como encaixar a agulha pra furar o dedo, o que fez com que a hora do remédio fosse mais longa que o comum. Ela separou as agulhas dos que tinham que fazer o exame e foi dando primeiro os comprimidos de um por um em ordem alfabética. Margarete reclamou pois estavam em fila e ela não estava respeitando a ordem mas a enfermeira explicou depois que como não conhece eles ainda ia fazer daquele jeito. Por fim,

as moradoras Margarete e Rose a ensinaram a mexer com a agulha e ela fez os exames de glicemia (Diário de campo, 15/03/2019).

Notei também que muitos moradores do Lar Abrigado tinham diabetes e a moradora Margarete, com toda sua experiência institucional, fez uma observação que depois se revelou para mim como uma descoberta interessante:

Eu não entendo isso aqui, é remédio pra lá, remédio pra cá. Olha isso, aqui no hospital não dá doce, né? Só tem coisa salgada. Daí que nois tudo tem diabetes, tem diabetes que jeito? Eu, antes de morar aqui, não tinha diabetes, tive de uns tempo pra cá e eles me falaram que é de comer doce, aí eu perguntei: “De comer doce que jeito? Aqui ceis não dão doce pra gente! Só se seu tiver pegado diabetes de tanto comer sal!” (13/04/2019).

Aquela observação da moradora Margarete ficou me rondando. Dois meses depois, participei de um congresso nacional sobre saúde mental, eu era a única antropóloga do ambiente que estava dominado por pessoas da área da saúde, predominantemente psiquiatras, psicólogos e enfermeiros. Lá, em uma das palestras, estavam discutindo sobre os medicamentos utilizados nos tratamentos e disseram que um dos efeitos colaterais dos psicotrópicos é a diabetes. Quando ouvi aquela informação lembrei na hora de Margarete que havia descoberto que tinha algo errado através de sua própria experiência institucional enquanto moradora do hospital. Ela e os outros moradores, a partir de suas experiências institucionais, notaram que algo maléfico podia acontecer com o uso de tantos psicotrópicos. Sobre as adversidades dos medicamentos, escreveu Parada (2008, p. 519-521)

[...] los efectos adversos de los medicamentos son muy comunes, generando consecuencias diversas en las personas. Al respecto, se describen efectos de inquietud motora intensa, “incomodidad permanente”, disminución de ciertos sentimientos cotidianos, presencia de pensamientos negativos como el deseo de morir, así como un estado de aplanamiento afectivo en que la persona no siente placer, dolor, tristeza. [...] Sin embargo, cabe señalar que los psicofármacos no solo afectan la subjetividad, también producen efectos físicos sobre el cuerpo, por ejemplo, aumento excesivo de peso y dificultades para la realización de actividades cotidianas, como el simple acto de abrocharse los zapatos.

A moradora Raquel (50 anos) também alertou: “O remédio derruba a gente” (Diário de campo, 12/03/2019). Atualmente, não são raros os estudos que apontam para a medicalização da subjetividade e patologização do sofrimento. Ocorreu, como denunciado por Aguiar (2004, p. 22) “um processo de remedicalização ou biologização da psiquiatria [...] e uma substituição da relação terapêutica médico-paciente pelo “controle farmacológico dos

sintomas”.” (apud MALUF, 2010, p. 23). St-Onge (2008, apud GARRAFA; LORENZO, 2010, p. 22) revelou também que a indústria farmacêutica “tem oscilado entre o primeiro e o quarto lugar entre as principais atividades lucrativas no mundo [...] competindo, na maioria das vezes, apenas com os grandes bancos internacionais”, essa informação é importante à medida que ilustra os direcionamentos dessa dominação dos psicotrópicos sobre as outras formas de cuidado, referente à uma possível manutenção do sistema capitalista através da circulação e consumo de medicamentos psiquiátricos.

Para refletir um pouco mais sobre essas formas de resistências aos medicamentos, retomo Parada (2008, p. 521) que também escreveu: “Tú funcionas a pesar de los medicamentos, no gracias a los medicamentos” e, trazendo as reflexões sobre os efeitos colaterais dos psicotrópicos, observei que a equipe me falava - quando eu perguntava sobre as críticas negativas tecidas aos medicamentos - que estes eram uma evolução e que foram fundamentais para substituir os tratamentos invasivos e agressivos como os eletrochoques e as contenções físicas. Parecia, pelo que me contavam, que os medicamentos chegaram para substituir essas formas de violência, entretanto, parece que não foi previsto o quanto os próprios psicotrópicos poderiam, através do uso exacerbado, se transformarem num modelo punitivo e também agressivo de tratamento. A indústria farmacológica dominou muitas áreas que antes necessitavam de diferentes práticas de cuidado, Amarante (2014)⁵ salientou:

Há muita dificuldade em aceitar que as pessoas são diferentes e devem ser diferentes. Minha luta atual é que se pode até suspender a medicação. Isso para um médico é um absurdo: eles não acreditam que se possa ser um psicótico sem tomar antipsicótico. É um mito que a indústria farmacêutica criou, que só há um jeito dele se manter vivo, tomando remédio.

Tomando tantos remédios, há décadas, os moradores continuam a viver a vida de uma maneira manicomial. Entretanto, a vida institucional não se resume apenas a esta lógica. Voltado à ideia de que as queixas dos moradores não são suficientes para denúncias, pude notar isto ainda melhor nos casos de outros desconfortos que necessitavam dos outros

⁵ Entrevista com Paulo Amarante disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/amarante-e-cultura-que-faz-pessoas-demandarem-manicomio-exclusao-limitacao>

medicamentos, que não os psiquiátricos. O caso limite que me ilustrou isto foi o seguinte: uma moradora fez xixi na cama a noite e se levantou para tomar banho, acabou por deixar o corredor molhado. Outra moradora levantou à noite para usar o banheiro e escorregou no corredor, machucando o pé. No outro dia cedo, cheguei ao hospital e ela estava reclamando de dor no pé, contando o ocorrido da noite anterior e culpando a companheira de casa. Uma responsável pelo hospital chegou e perguntou o que ela tinha, ela disse que estava com dor no pé, mas nada foi feito e ela passou a manhã toda reclamando de dor. Ela discutiu com a amiga, que se desculpou dizendo que o motivo por ter feito xixi na cama era o “efeito do remédio”. Uma terceira moradora, à noite, levou comida para a mesma que ainda estava reclamando de dor e não conseguiu ir ao refeitório.

No outro dia ela continuou reclamando de dor no pé, disse que estava vomitando e que à noite passou mal. Como ela sempre reclama de dores, uma funcionária do hospital me disse que ela era muito “solicitante” e que como sabia que iam chamar atenção dela por ela ter discutido em casa, estava falando isso. Ela ficou sentada reclamando o dia todo de dor e foi para o refeitório mancando. Nada foi feito. No terceiro dia, quando cheguei cedo ao hospital me deparei com a moradora com o pé e a perna engessados até o joelho. No dia que caiu, ela tinha quebrado um dedo e machucado uma parte do pé e somente na noite do segundo dia que suas queixas foram atendidas e descobriram a lesão.

Outras reclamações, de situações menos limites também aconteceram ao longo da pesquisa, como escrevi sobre um morador: “João (58 anos) me viu e veio me dizer que hoje não está bom, que está com dor de garganta e que ninguém quer dar xarope... ele cuspiu a manhã inteira... uma hora até chorou reclamando da garganta e pedindo para ir embora.” (Diário de campo, 08/04/2019). Ele falou da dor de garganta por mais de uma semana, até que ela passou, pois não o vi falando mais nada. A moradora Rose (57 anos) ficou também alguns dias reclamando de dor nos dentes, não ia nem no refeitório pois dizia sentir dor para comer, entretanto, enquanto estive no hospital ela não conseguiu ser atendida pelo dentista. De modo geral, o que percebi é que os tratamentos psiquiátricos eram exacerbados e havia uma grande quantidade de comprimidos psicotrópicos disponíveis, entretanto, quando os moradores tinham outros desconfortos e precisavam de outros cuidados e tratamentos, deviam percorrer um longo caminho até que pudessem ser atendidos e, nestes espaços,

articulavam com a cotidianidade institucional e compunham com ela para que pudessem (sobre)viver nas situações que emergiam.

Considerações Finais

Neste artigo, apresento algumas cenas da rotina institucional hospitalar para (re)pensar as maneiras como ela é experimentada e vivenciada. Observei, de maneira geral, que um aumento dos medicamentos acarreta na ideia de uma diminuição da necessidade de práticas de cuidado entre a equipe médica e os moradores e, por outro lado, a falta ou a diminuição destes medicamentos exige também um aumento nessas mesmas práticas entre os próprios moradores. Chamo atenção para o fato de que nas práticas de cuidado, os moradores não são somente “passivos” ou “pacientes”, eles também compõe com as possibilidades institucionais. Percebi, portanto, que os tratamentos com o uso de psicotrópicos eram exagerados e de fácil acesso, entretanto, quando os moradores tinham outros desconfortos e precisavam de outros cuidados, como dores de cabeça ou enjôos, deviam encontrar meios-outros para solucioná-los e isso fazia com que percorressem longos caminhos de solicitações e queixas até que pudessem ser atendidos.

Annemarie Mol (2008), ao desenvolver um estudo sobre a lógica do cuidado, chegou a uma conclusão que pode ser vista também no hospital, ela ressaltou que novas estratégias são introduzidas para lidar com os desafios socioeconômicos que decorrem de uma população em envelhecimento. Esta ocorrência parece ser replicada no hospital, uma vez que, com o processo de reforma psiquiátrica, os investimentos nas internações de longa duração estão cada vez mais escassos, a equipe está sobrecarregada com trabalhos em mais de uma ala ao mesmo tempo e há uma falta de medicamentos básicos, o que implica na necessidade de desenvolvimento de práticas-outras de cuidado, muitas vezes realizadas, como dito anteriormente, entre os próprios moradores. Dito de outro modo, o tratamento com os psicotrópicos parece dominar as formas de cuidado entre a equipe e os moradores do hospital, entretanto, há uma ausência de outras formas de tratamento que fujam do campo da psiquiatria e da farmacologia. Neste sentido, é comum, no cotidiano institucional, que os moradores desenvolvam essas redes de sociabilidade para que possam mitigar estes dilemas, criando práticas de cuidado entre eles.

De maneira geral, observei que os mesmos criam maneiras de viver suas condições de internados através e além da normatividade imposta, em outras palavras, emergem formas de viver a instituição que subsistem à rotina hospitalar comum e, neste sentido, os moradores desenvolvem, ao longo da vivência institucional, maneiras de resistir às coercitividades impostas. Mesmo quando inseridos em um ambiente que pretende condicioná-los às regras pré-estabelecidas, eles conseguem fazer subsistir suas formas particulares de viver e experienciar o mundo hospitalar, seja negando remédios, chorando, resistindo, articulando situações ou buscando pequenas atitudes que viabilizem a realização de seus pedidos. Este fato reforça a ideia da existência de formas de agenciamento de vida dos moradores e, a partir deste ponto de vista e da sequência de fatos descritos durante todo o trabalho, é possível refletir sobre a institucionalização para além das formas repressivas explícitas.

Bibliografia

- BIEHL, J. **Vita: life in a zone of social abandonment**. Photographs by Torben Eskerod. Berkeley: University of California Press, 2005.
- CUNHA, M. C. P. **O Espelho do Mundo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- DELEUZE, G. e GUATTARI, F. **Mil Platôs**. Capitalismo e Esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34. 1997.
- GARRAFA, V. & LORENZO, C. Helsinque 2008: redução de proteção e maximização de interesses privados. In S. Caponi (Org.). **Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica** (pp. 21-35). Palhoça: Unisul, 2010.
- KURZ, H. **Diversification of Mental Health Care: Brazilian Kardecist Psychiatry and the Aesthetics of Healing**. Zeitschrift für Medizinethnologie Journal of Medical Anthropology, vol 40, 2017.
- MALUF, S. Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. In: MALUF, S. & TORNQUIST, C. (orgs). **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas**, Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.
- MOL, A. **The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice**, London: Routledge Mol, Annemarie, 2008.
- PARADA, C. T. **Subjetividad y autonomía: significados y narrativas sobre la discontinuación de fármacos psiquiátricos**, 2008.