

**Universidade Federal de São Carlos
Centro de Educação e Ciências Humanas
Departamento de Sociologia**

Otávio Ravagnani Franco de Almeida

**A LOUCURA DO ISOLAMENTO:
As formas de prevenção e os impactos da COVID-19 no hospital
psiquiátrico**

SÃO CARLOS – SP

2023

**Universidade Federal de São Carlos
Centro de Educação e Ciências Humanas
Departamento de Sociologia**

Otávio Ravagnani Franco de Almeida

A LOUCURA DO ISOLAMENTO:

**As formas de prevenção e os impactos da COVID-19 no hospital
psiquiátrico**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Sociologia da Universidade Federal de São Carlos como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Ciências Sociais com ênfase em Sociologia.

Orientadora: Profa. Dra. Jacqueline Sinhoretto

SÃO CARLOS

2023

Ele não deixava de lembrar a todos que chegavam que tinha previsto o que acontecia. A Tarrou, que reconhecia ter-lhe ouvido prever uma desgraça, mas que lhe recordava a sua ideia de terremoto, o velho guarda respondia: “Ah, se fosse um terremoto! Uma boa Sacudidela, e não se falava mais nisso... Contam-se os mortos, os vivos, e pronto. Mas esta porcaria de doença! Até os que não a apanham parecem trazê-la no coração.”

(Albert Camus, A Peste)

AGRADECIMENTOS

Agradeço, antes de mais nada, a Universidade Federal de São Carlos, por tão bem ter me recebido e se mostrado um espaço de trocas fundamentais a meu desenvolvimento e formação enquanto estudante, pesquisador, cidadão e humano. A universalidade e gratuidade do ensino, bem mais que significarem a possibilidade de minha manutenção em tal espaço, significaram a oportunidade de contato com pessoas incríveis, do Brasil e do mundo, cujo contato expandiu de forma que sequer cabem em palavras meus horizontes e meu mundo. As mais diversas formas de pensar e de ser, em sentido pleno que transcende o academicismo, que transitam dia após dia pelas salas, corredores, ruas e praças da Universidade tornam-na um centro bem mais que privilegiado na formação de profissionais, pessoas e cidadãos; é um espaço em que conhecimento, cultura, arte e resistência caminham lado a lado. Agradeço, portanto, a todos os servidores, professores e alunos que a fazem ser o que é, seja pelo trabalho incessante, as lutas constantes ou conversas corriqueiras que constroem esse espaço todos os dias. Bem mais que um agradecimento, que essas linhas expressem meu desejo sincero de um acesso cada vez mais amplo e universal a seu espaço, pois sem a manutenção e expansão de Universidades públicas, gratuitas e de qualidade, cuja excelência é a marca inquestionável, pouco pode se imaginar um futuro mais justo e igualitário à nação e suas diversas populações. A democracia se faz pela valorização e construção de espaços democráticos, e disso as universidades públicas brasileiras são, há muito, arquétipos.

Esse estudo foi realizado durante a pandemia de COVID-19 e atravessou, mesmo que em sua fase de planejamento, de seus momentos mais difíceis a retomada da vida “normal”. Todos aqueles que a vivenciaram e apegaram-se ao mínimo de bom senso, solidariedade e humanidade conhecem a dor, medo e solidão que dela se desdobraram. Sabemos que se houvesse uma gestão humanitária de tal crise sanitária, que atribuísse à vida seu real valor, a tragédia que vivenciamos seria significativamente menor. A partir disso, meus agradecimentos se dirigem ao Sistema Único de Saúde (SUS) e a todos seus profissionais, que arriscaram suas vidas, saúde mental e bem estar para a promoção do cuidado, mesmo expostos ao sucateamento do Sistema e aos constantes ataques ideológicos, discursivos e políticos da parcela da sociedade que, guiada por sua mesquinhez e egoísmo, insistiam em subverter direitos em função de seus privilégios, agindo na contramão dos esforços globais de proteção da vida. Em todos os momentos em que, longe de minha cidade ou familiares, adoecia, foram o SUS e seus profissionais que de mim cuidaram, sendo, assim, peça

fundamental não apenas para a execução e conclusão deste trabalho e de meus estudos e permanência estudantil, mas para o funcionamento de toda a sociedade.

Sou total e profundamente grato à minha orientadora, Jacqueline Sinhoretto. A primeira aula que assisti, na graduação, foi ministrada por ela. E é justamente seu lado que encerro essa etapa de minha formação. É um privilégio imensurável tê-la comigo, como professora, amiga e inspiração, não somente durante o ciclo que este trabalho encerra, mas no caminho que agora se inicia. Suas valiosas e atentas leituras, recomendações de material, sugestões, discussões e contribuições de toda a ordem, foram fundamentais para o desenvolvimento dessa pesquisa e para minha formação como estudante, pesquisador e indivíduo. O mesmo estende-se a todos os meus amigos e colegas integrantes do GEVAC: André Sales, Bárbara Pereira, Bruna Ribeiro, Bruno Paulo, Eduardo Rossler, Henrique Macedo, Isabela Araújo, Isabela Hamra, Jade Cavalli, Jordana Pereira, Julia Valentie, Juliana Tonche, Kênia Mattos, Lorena Calixto, Otávio Macacari, Raphael Silva, Thiago Coelho e Tomás Francisco. Através das contribuições diretas ou indiretas de cada um deles, este trabalho pôde ser concretizado. Agradeço imensamente a todas essas pessoas que, através da solidariedade e companheirismo, puderam tornar o processo de produção acadêmica muito menos frio e solitário.

Sou grato aos amigos trabalhadores e ex-trabalhadores do hospital em que a pesquisa foi realizada, por terem permitido minha entrada em campo e acesso à informações. A todos os meus interlocutores, funcionários e internos do hospital, por terem aceitado participar do estudo, me cedido um pouco de seu tempo e compartilhado comigo suas histórias, vivências e experiências. A todas as pessoas da instituição que colaboraram com esse trabalho.

Aos professores Jorge Leite, Samira Marzochi e Gabriel Feltran que contribuíram, através de suas aulas, para a consolidação de partes desta pesquisa e inquietudes de meu pensamento. Agradeço, também, Priscila Medeiros, Gabriel Casalecchi, Maria do Socorro, Clarice Cohn, Joelson Carvalho, Thales Andrade e todos os outros professores dos departamentos de Sociologia e Ciências sociais da UFSCar, aos servidores, funcionários e colaboradores que, de uma forma ou outra, foram fundamentais à minha formação. Aos meus amigos do curso de Ciências Sociais, em especial Lucas Sigoli, Beatriz Cassin, Victor Guastaldi, Patrick Silva, Luiz Vilhete, Mavi Queiroz, João Pedro Costa, Ariane Vicente, Melaní Garcia, Matheus Martins e Iago Marichi, que além de contribuírem com conversas, debates e ideias sobre os mais diversos temas que o pensamento sociológico pode percorrer, foram companhias valiosas no dia a dia desses anos de graduação.

Aos meus irmãos da República Canta Grillo: Risada, Elis, Zezé, Panceta, Tibum, Chapa, Sininho, Bila, Gina, Dori, Balão, Nena, Totô, Polenga, Ana, Coroinha, X9, Grafite, Gentil, Shefa, Galeguinho, Rogerinho, Sônico, Papi, Gorlami, Salud e Joselito, que apesar de colocarem cotidianamente minha sanidade à prova, me ensinaram que família é algo que escolhemos. Em cada sorriso, e em cada choro, foram eles que estiveram ao meu lado, isso quando não eram o motivo. Aos queridos Lucas Barreto e Davi Beraldo, por estarem ao meu lado desde sempre e mostrarem que distância e tempo são ínfimos se comparados à magnitude da amizade. Às Repúblicas Mau Exemplo, Zero Bala, Carlota Joaquina e Tapa da Pantera, por toda a amizade e bons momentos vividos.

Aos meus pais, Cyntia Helena e Raul Otávio, por bem mais que o suporte financeiro que me permitiu a permanência estudantil e conclusão do curso, pelo carinho, amor e suporte incondicionais que desde sempre me ofertaram. Não existem palavras capazes de expressar a eterna gratidão e amor que sinto. À minha irmã, Raphinha, cujo entusiasmo pela vida não cessa em me contagiar. Aos meus avós, Silvia, Ana e Cyneu, que sempre acreditaram em mim e em meus sonhos. À minha companheira Isabela, por, além de oferecer suporte durante toda a realização dessa pesquisa, especialmente nos últimos meses em que minha paciência e bom humor inexistiam, inundar os meus dias com a leveza e alegria que somente o verdadeiro amor é capaz. Vocês me inspiram a todo momento buscar o melhor.

Por fim, a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, que financiaram, em diferentes momentos, a execução do presente estudo. O suporte foi essencial para o desenvolvimento da pesquisa. Sem ele, pouco ou nada disso seria possível.

RESUMO

O presente trabalho busca compreender e analisar as formas de prevenção e os impactos causados pela pandemia de COVID-19 em um hospital psiquiátrico, localizado em uma cidade do interior do estado de São Paulo. Para tanto, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com funcionários de diferentes áreas da instituição, conversas informais com internos e pesquisa observacional, realizadas *in loco*. Além de análise documental de documentos cedidos pela instituição e dados secundários. Tendo como prismas analíticos conceitos de Foucault, Goffman e Bourdieu, argumento a instituição serviu-se das práticas de controle dos corpos, intrínseca à seu funcionamento, como forma de prevenção ao contágio entre os internos, somente reorganizando suas operações cotidianas, de modo que a rotina e viver institucional não foram afetados. O maior impacto sentido pelos internos, dá-se quanto à medida de controle dos fluxos, que impediu as visitas durante o período da pandemia. Os mais afetados, pois, foram os funcionários do hospital, que passaram a conviver com a incerteza e medo da contaminação, além de terem de se adaptar às medidas de controle que, durante o período, estenderam-se a eles com maior intensidade. A partir da observação das rupturas e continuidades de práticas, rotinas e vivências institucionais, foi possível tomar a pandemia enquanto janela analítica que permitiu uma ampla compreensão da instituição, seus fenômenos, dinâmicas e nuances.

Palavras-Chave: Pandemia; Hospital Psiquiátrico; Controle Social; Institucionalização.

ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CIT	- Comissão Intergestores Tripartite
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
DRS	- Departamento Regional de Saúde
E	- Entrevistador
MRS	- Movimento da Reforma Sanitária
MTSM	- Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	- Núcleos de Atenção Psicossocial
NASFs	- Núcleos de Apoio a Saúde da Família
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PT	- Partido dos Trabalhadores
PND	- Política Nacional sobre Drogas
PNSM	- Política Nacional de Saúde Mental
RAPS	- Rede de Atenção Psicossocial
RPB	- Reforma Psiquiátrica Brasileira
SIGEM	- Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais
SRT	- Serviços de residência Terapêutica
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TO	- Terapia Ocupacional

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Internações por ano.....	90
-------------------------------------	----

SUMÁRIO

1. Introdução	10
2. Metodologia	15
3.Revisão Bibliográfica	20
3.1 Resistência e agência	32
3.2 As violências políticas de assistência à saúde mental no Brasil: rupturas e continuidades	35
3.2.1 De 60 pra cá: a trajetória das políticas de assistência à saúde mental brasileiras	38
3.3 A pandemia	52
4 Instituição, Cotidiano e COVID-19.	62
4.1 Poder da Razão	62
4.2 “O tratamento meu é esse”: cotidiano hospitalar, controle dos corpos e forja do espírito	71
4.3 Os impactos da pandemia no hospital psiquiátrico	88
5. Considerações finais	103
6 Referências	106
5.1 Leis e Sites:	109

1. Introdução

No ano de 2020, a crise sanitária desencadeada pela pandemia de COVID-19, levou bilhões de pessoas em torno do globo a adotarem as medidas de isolamento e distanciamento social, privando-as do contato com o outro, e demonstrando a importância deste contato em nossas vidas cotidianas. Apesar de dotados de recursos que sejam capazes de nos aproximar mesmo à distância (através de telefones e da internet e sua infinidade de possibilidades), todos sentem as mazelas do distanciamento. Houve uma quebra das rotinas habituais, tiveram de ser inseridas em nossas vidas maior rigor nos hábitos de higiene, maior cautela e cuidados em todas as nossas ações e principalmente em relação ao contato com o outro. Isso porque, nesse cenário, justamente o outro, o corpo do outro, torna-se, ainda mais, um objeto de risco potencial e constante (CARVALHO *et al*, 2020).

Dentro desse cenário, as instituições disciplinares, configuradoras de subjetividades, que pautam todo o formato de suas ações, operações e mecanismos sobre a inferência de uma série de operações intensivas e ininterruptas sobre o corpo, e que dependendo justamente da absorção do corpo a seu interior, podem configurar um espaço de alto risco para a propagação da doença. Nesse sentido, as escolas foram fechadas, havendo a proposição do ensino remoto, a fim de evitar a contaminação dos alunos; as prisões, arquetipo da forma social disciplinar, foram atravessadas por uma série de disputas, políticas e ideológicas, sobre a gestão da população em seu interior e sobre questões como o (des)encarceramento. Mas, como ficam, então, os hospitais psiquiátricos? Ao passo que se configuram como instituição disciplinar, a presença dos corpos em seu interior é substancial; e, enquanto instituição inserida na esfera da saúde, sob a função discursiva do cuidado, o impedimento dos fluxos de internos é impossibilitado.

A partir disso, o presente estudo se dedica a analisar os impactos da pandemia de COVID-19 e das medidas adotadas para sua prevenção em um hospital psiquiátrico, localizado em uma cidade do interior do estado de São Paulo. Para tanto, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 4 funcionários da instituição, sendo o modo de recrutamento de participantes estruturado a partir do método *bola de neve*; bem como 7 conversas informais com internos do hospital. Além disso, utilizou-se da pesquisa observacional realizada nos momentos de visita a campo, assim como as entrevistas e conversas, *in loco*, a fim de captar as interações dos diversos atores em seu interior, compreender os fenômenos, particularidades e especificidades presentes na instituição a partir da experiência de contato próximo aos agentes. Consoante a isso, foi realizada pesquisa

documental, de dados cedidos pela instituição e de dados secundários, como jornais e legislações. Realizou-se, por fim, intensiva e extensiva pesquisa bibliográfica, com levantamento, leitura e análise de literatura especializada que permitisse a compreensão do fenômeno estudado e daqueles que o orbitam. A exposição dos resultados do presente estudo, portanto, inicia-se na revisão bibliográfica da literatura analisada e parte para a análise dos dados empíricos, iniciando-se a nível macrossociológico, dedicando-se, em sequência, as análises dos fenômenos presentes a nível intra-institucional e, por fim, explicitando como se deu e quais os impactos da pandemia no interior da instituição.

As políticas de assistência à saúde mental no Brasil, sob uma perspectiva sócio-histórica, sempre se apresentaram como formas de controle social. Em 1852 foi criado o Hospício D. Pedro II, espaço que se dedicava a internação de indivíduos em posição social hierarquicamente subalterna, como operários industriais, negros libertos, imigrantes estrangeiros e subempregados (BASTOS *apud* SARTO, 2020), com a premissa de criar e manter uma nova ordem social, que apoiava-se sobre ideais higienistas propagados na época. A maior parte das internações dizia respeito a alcoolistas, homossexuais; pessoas que se rebelavam e se tornavam incomodadas para aqueles mais poderosos (ARBEX, 2013).

Nesse sentido, absorvendo o arcabouço que havia muito se fortalecera, a partir da década de 1960, na consolidação de nossa modernidade, a atenção manicomial-asilar, cuja marca central é o isolamento daquele indivíduo considerado louco, passa a engrenar um modelo de negócio rentável, bem articulado e complexo que assumiu a forma de capitalização da saúde mental e da vida. Pautando-se em terapias violentas, como o uso de eletrochoque, retirada de dentes dos internos e mesmo banhoterapia (FARIAS; SONIM, 2014) que chegavam a ser usadas como forma de tortura e repressão. Tal arquétipo foi conhecido como "indústria da loucura" (CERQUEIRA, 1984), culminando, até mesmo, na venda massiva de corpos dos internos que morriam no interior dessas instituições às universidades (ARBEX, 2013).

Ao final da década de 1970, constantemente os movimentos sociais passam a se estruturar e organizar, levantando pautas como a universalidade da atenção, e melhorias nas condições de cuidado e de trabalho nos manicômios e hospitais psiquiátricos (BISPO JUNIOR; SAMPAIO, 2001). Assim, em 1978, nasce o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, organização extremamente importante no processo que origina a Luta Antimanicomial, focada na transformação dos espaços de exclusão e violência que se justificam como forma de tensão às pessoas com transtornos mentais. Ao final da década de

1980, surgem, a nível municipal, serviços de atenção à saúde mental alternativos, como Centros de Atenção Psicossocial e Núcleos de Atenção Psicossocial, promovendo formas de tratamento comunitárias, focada no desenvolvimento e valorização da cidadania e particularidades dos indivíduos em detrimento do modelo de isolamento e violência.

Em 2001 as forças e movimentos que passaram a se delinear em favor de uma reforma do modelo manicomial-asilar tomaram forma jurídica, com a promulgação da lei 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. A lei, como demonstram Figueiredo, Delevatti e Tavares (2014), buscou proporcionar mudanças aos pacientes psiquiátricos, no que se refere às formas de tratamento, quanto às próprias concepções da sociedade em relação à loucura. Mas, como aponta Paulo Delgado, autor da lei da Reforma “Se considerarmos toda a complexidade do problema, esta é uma lei cautelosa, quase conservadora.” (BRASIL, 1990, p. 7877). Isso porque, ao se tratar de uma lei polêmica, que envolve questões já enraizadas na cultura política brasileira, principalmente no que se refere ao trato com alteridade, diversas concessões precisaram ser feitas, desde seu projeto, para sua aprovação. Dessa forma, o que se definiu foi a redução progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos, visando sua potencial extinção. Como resultado, o que vemos hodiernamente é a coexistência dos serviços substitutivos a instituições que fundam o tratamento sobre as bases do isolamento, como os hospitais psiquiátricos ou comunidades terapêuticas.

Ainda, desde o ano de 2016, com o golpe parlamentar que instituiu a presidenta Dilma Rousseff do poder, e a ocupação de grupos conservadores no governo, as discussões pró-manicomial em sentido de reordenamento da política de saúde mental passam a se intensificar, na contramão dos avanços alcançados pela Reforma (MACHADO *et al apud* BISPO JUNIOR; SAMPAIO, 2021). Soma-se a isso, o chamado “apagão de dados” em saúde mental, a partir de 2015, que parou de produzir e distribuir informações sobre o que ocorre na saúde mental nacional. Durante o governo de Jair Bolsonaro, marcadamente violento e extremista, foi publicada a Nota Técnica n.11/2019, os serviços de assistência que contrapunham as internações deixam de ser vistos como substitutos, havendo uma (re)centralização do discurso de tratamento focado no isolamento, materializado pelo reajuste de distribuição de verbas aos hospitais (BISPO; SAMPAIO, 2021). Isso significa a volta do manicômio.

Como destaca Foucault (2019), a história da loucura poderia ser entendida como a história da razão sobre a desrazão, ou seja, o controle dos loucos/desviantes (acometidos da desrazão) por aqueles ditos normais, arautos da razão, diretriz da própria forma de ser humana. Pelo processo que torna a loucura o objeto de uma disciplina específica, a

psiquiatria, reduziu-a à condição de patologia e, portanto, sujeita à intervenção médica. Nesse sentido, o papel do médico encarna uma relação de poder muito específica: aquele que produz a verdade da doença. A institucionalização da loucura serve como um artifício espacial que garante a existência de um território de exposição-expressão e conta com um poder que se faz presente para melhor conhecer e "tratar" (SANDER, 2010).

Tais instituições caracterizam-se enquanto espaços disciplinares, uma vez que, incontestavelmente, a disciplina normaliza (FOUCAULT, 2008). Ela estabelece os procedimentos de adestramento progressivo e de controle permanente e, a partir daí, estabelece a demarcação entre os que serão considerados inaptos, incapazes, e os outros. Em tal momento, é que se faz a demarcação entre o normal e o anormal. A operação de normalização disciplinar consiste em procurar tornar as pessoas, os gestos, os atos, resignados a tal modelo sendo normal quem é capaz de se conformar a essa norma e o anormal aquele incapaz. Assim, a normalização disciplinar primeiro oferece um modelo objetivo em função de certo resultado.

Foucault (1999) traduz as disciplinas como um controle minucioso das operações do corpo, realizando sujeição constante de suas forças e lhes impondo uma relação de utilidade-docilidade. São fórmulas gerais de dominação estabelecidas por técnicas e métodos de controle, de coação constante e ininterrupta das operações do corpo. A noção de docilidade que une o corpo analisável do manipulável, sendo dócil um corpo que pode ser utilizado, transformado e aperfeiçoado. O autor narra as diversas regras que aplicam as disciplinas como o controle do horário e a organização espacial dos corpos, entre outras que auxiliam, por exemplo, um exercício sutil de poder do grupo dominante. O hospital psiquiátrico, portanto, ao lado de escolas, conventos, e a instituição arquétipo do sistema disciplinar, a prisão, desempenha a função de adestramento e adequamento do indivíduo ao sistema de poder vigente, às formas de vida consideradas normais que, em nossa sociedade, representam aquelas que se baseiam sobre os ideias de produção e consumo. Isso, a partir de uma série de operações ininterruptas sobre o corpo da pessoa a ela submetida.

Em outro sentido, Goffman expressa que a construção do eu perpassa um complexo processo que envolve diversas instituições como, por exemplo, a família ou a religião, e se manifesta através de uma rede de significações atribuídas pelo e para o ator, sendo influenciadas e influenciando o estigma. O autor, ao estabelecer um estudo sobre instituições totais, aponta como teriam potencial para transformar, ou mortificar o eu daqueles a ela submetidos. Dentro da instituição os internos são expostos, embora por vezes não intencionalmente, a processos que desconstroem o indivíduo no que diz respeito a seu eu

extramuros, de tal modo a (re)configurá-lo a partir da experiência institucional. Esse processo da mortificação do eu dentro de instituições psiquiátricas é encarado como uma das formas de "cura". As marcas empregadas pela institucionalização influenciam as formas pelas quais o indivíduo será percebido pelos outros – na relação intra e entre grupos – desencadeando construções de estigma, uma espécie de rótulo atribuído a alguém a partir de atributos que a tornam diferente podendo o atributo estigmatizar alguém e confirmar a normalidade de outrem (GOFFMAN, 2008). O estigma pode, ainda, ser manipulado por aqueles que o recebem, e transformado, em certa medida, em potencial de resistência, podendo, ou não, ser incorporadas ao eu do indivíduo, transformando sua percepção acerca de si mesmo (GOFFMAN, 1974).

De tal forma, a compreensão que o interno possui de si mesmo, seja como louco ou doente, se constrói a parte de um sistema de violência simbólica (BOURDIEU, 2002; 2007), que implica na manutenção de uma ordem social, e de dominação vigente. O conceito de violência simbólica de Bourdieu (2007) parte da noção de poder simbólico. Esse é um poder de construção da realidade que tende a estabelecer uma ordem gnoseológica. Isso significa que o sentido imediato do mundo, a percepção consensual da realidade pressupõe a disputa de diferentes grupos, em nível simbólico, pela construção desse sentido. Destarte, só podem exercer um poder estruturante na medida em que são estruturadas. Nesse sentido, cumprem função política de instrumentos de imposição ou legitimação da dominação, que contribuem para assegurar a dominação de um grupo sobre outro, ou seja, violência simbólica; dando reforço de sua própria força às relações de força que se fundamentam, contribuindo para a domesticação dos dominados.

2. Metodologia

A presente pesquisa foi realizada em um hospital psiquiátrico que se situa em uma cidade do interior do estado de São Paulo. Em favor do cumprimento de preceitos éticos fundamentais para a boa execução e divulgação dos resultados do estudo, o nome da cidade e da instituição onde foi realizado não serão divulgados, bem como os nomes dos participantes da pesquisa, sendo, os desses últimos, substituídos por nomes fictícios a fim de garantir sigilo e anonimato dos participantes. O recorte espacial tomado não foi aleatório, baseou-se, antes de mais nada, nas possibilidades de acesso à campo e a dados devido a relação de proximidade do pesquisador com membros do corpo administrativo do hospital; em segundo lugar, até o momento da elaboração do projeto de pesquisa, em 2021, o hospital não havia registrado nenhum caso de COVID-19, o que originou a hipótese de que seguia rigorosas medidas de segurança contra o vírus. O recorte temporal do estudo é o período da pandemia, contemplando os anos de 2020, 2021 e 2022, com a entrada do pesquisador, efetivamente, em campo, datando de meados do último ano.

Desde a elaboração do projeto de pesquisa à fase de sua execução, o percurso metodológico foi redesenhado diversas vezes, especialmente no que tange ao acesso a documentos e forma de recrutamento dos participantes, a fim de que fosse enquadrado dentro das exigências do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)¹ e da própria instituição onde foi realizada. A pretensão inicial era a de realizar o recrutamento dos participantes, internos e funcionários, para a realização de entrevistas semi-estruturadas, a partir de análise documental que permitisse a seleção daqueles que estiveram institucionalizados ou trabalhando no hospital durante os anos da pandemia, ou seja, entre 2020, 2021 e 2022, e, se possível, estivesse lá também em 2019, para que se realizasse uma explanação comparativa entre o período da pandemia e o tempo de “normalidade”. Além disso, pretendia-se analisar documentos como dados laborais de funcionários e prontuários de internos.

Contudo, foi apresentado pelo CEP que tais documentos apenas poderiam ser acessados se cedidos por seus “proprietários” ou representantes legais por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), como consta na Lei n° 13.709/2018, a Lei Geral de Proteção de Dados, e na Resolução CNS 510/2016. Nessa mesma esteira, abriu-se mão de realizar pesquisa em ambiente virtual com ex-internos devido a dificuldade de acesso a informações de contato que possibilitassem um recrutamento destes últimos em cumprimento à legislação, uma vez que tais informações apenas poderiam ser

¹ Parecer positivo emitido no dia 12/07/2022. Número do parecer: 5.524.277; CAAE:52226821.3.0000.5504

cedidas por seus proprietários. Ademais, devido a questões e procedimentos internos da instituição, foi apresentada a impossibilidade dos internos assinarem o TCLE e dificuldade no acesso a seus responsáveis legais, o que resultou no não acesso a documentos pessoais dos segregados, como o prontuário, e na inexequibilidade de entrevistas semi-estruturadas gravadas com estes.

Destarte, a presente pesquisa pautou sua realização na combinação dos seguintes métodos qualitativos: *i)* análise documental de dados cedidos pela instituição e de dados secundários; *ii)* pesquisa observacional realizada *in loco*; *iii)* entrevistas semi-estruturadas com funcionários e ex-funcionários do hospital e conversas informais com internos; *iv)* pesquisa bibliográfica.

Na primeira etapa da pesquisa foi realizada a análise documental (GIL, 2000), sendo feito um levantamento de dados, solicitando à instituição alguns dados básicos através dos quais fosse possível, em um primeiro momento, mapear os efeitos da chegada da pandemia, o perfil das internações e quais suas causas. Para tanto, foram requeridos documentos em que se constasse: as quantidades de internações nos períodos entre 2019 e 2022, distinguindo entre as realizadas pelo Sistema Único de Saúde e ala Particular, além de distinção por sexo e cor/raça; quantidade de internações, relativas ao mesmo período, divididas pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10); plano de contingencia de COVID-19 da instituição. Tais dados, cedidos por e-mail, foram armazenados em dispositivo eletrônico local, convertidos de formato PDF para EXCEL, onde elaborou-se uma planilha contendo todas as informações. A planilha foi tratada através do aplicativo/site *DataStudio*², de uso livre, da plataforma Google, por meio da qual foram geradas tabelas e gráficos que facilitaram a visualização das informações, simplificando sua análise e compreensão. Além disso, foram visitados dados secundários como leis, legislações e notícias. Tais informações complementam os achados qualitativos, na medida em que puderam orientar linhas de análise e questionamentos.

A pesquisa observacional foi realizada nos momentos de visita a campo, compreendendo as interações e conversas com os diversos atores que compõem a teia social da instituição. Buscou-se estar atento aos fenômenos e situações que se desenrolaram em campo, a organização arquitetônica e espacial, elementos e sua disposição, sistemas e organizações, interações intra e entre grupos. Enfim, buscou-se a partir da experiência dos fenômenos em proximidade com os atores, mapear significações e percepções atribuídas, a fim de assimilar as especificidades da instituição (SPRADLEY, 1980). Os registros da

² <https://datastudio.google.com/> acesso em: 15/12/2022

pesquisa observacional foram feitos no diário de campo, tanto em caderno físico como aparelho celular do pesquisador, por meio de notas de áudio pelo recurso “gravador”, e notas digitais no aplicativo “bloco de notas”. Posteriormente à visita, as experiências eram registradas em documentos digitais. Todos os dados gerados e registrados em ambiente digital foram armazenados em dispositivo eletrônico local de uso pessoal do pesquisador.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com quatro funcionários³ da instituição, atuantes em diversas áreas. A amostra prevista era de cinco funcionários, entretanto a última entrevista, a se realizar com uma médica do hospital, não pode ser efetuada pois no dia combinado o pesquisador encontrava-se sob suspeita de ter contraído COVID-19. Os funcionários participantes da pesquisa foram recrutados da seguinte maneira: foi solicitado à instituição o contato interno das áreas, um e-mail institucional relativo a cada área profissional, para onde foi encaminhado um e-mail constando informações do estudo e convidando candidatos a participar. A partir da resposta estabeleceu-se o contato com um dos coordenadores de área que intermediou tanto as visitas do pesquisador a campo, quanto o contato com outros profissionais do hospital; de tal forma os outros profissionais participantes foram recrutados por meio do método *bola de neve*, em que o interlocutor indicou alguém apto a participar da pesquisa a partir da apresentação dos critérios de inclusão – no caso, ter vivenciado a instituição momentos anteriores e durante a pandemia–, e apresentando o pesquisador e o possível novo interlocutor.

Após a explicação do estudo e das minúcias da participação, caso a pessoa concordasse em participar da pesquisa, foi entregue e assinado o TCLE. As entrevistas foram realizadas *in loco*, em salas e ambientes cedidos pela instituição a esse propósito, sendo registradas por áudio, através do aplicativo "gravador" do aparelho celular do pesquisador, depois descarregadas e armazenadas em dispositivo eletrônico local e posteriormente transcritas manualmente em documento digital, armazenado em mesmo dispositivo. As entrevistas, pois, buscavam mapear a percepção dos agentes quanto à pandemia, e suas perspectivas quanto às transformações, ou não, desencadeadas por esta. Buscando, assim, pelas exposições, as perspectivas institucionais de como se lidou com a chegada da pandemia, e quais as percepções desses agentes - envolvidos diretamente na gestão da população hospitalar - quanto aos próprios internos, e impactos nas vidas desses desencadeados pela pandemia. Assim, foi seguido um roteiro em formato de tópico guia, mas

³ Dentro desse total inclui-se um ex-funcionário da instituição, que foi recrutado por fazer parte da rede de contatos do pesquisador. A fim de impossibilitar qualquer forma de reconhecimento do interlocutor, que ponha em questão os preceitos de sigilo e anonimato garantidos, suas narrativas e identidade serão incorporadas ao quadro de “funcionários” no decorrer deste trabalho.

abrindo espaço para que o interlocutor pudesse abordar e se aprofundar em questões pertinentes ao desenvolvimento e temática da pesquisa.

A amostra de internos ouvidos para o estudo foi de 7 pessoas que, entre diferentes diagnósticos e tempo de permanência institucionalizados, tinham em comum terem estado internados durante o período da pandemia. A previsão era a de realizar cerca de dez conversas, contudo, após observar a saturação das respostas, ou seja, o aparecimento de respostas comuns ou semelhantes em torno de certos temas, optou-se por encerrar essa etapa. Além disso, a decisão foi influenciada pelo alto nível de estresse e desgaste emocional que as conversas, por vezes, originam no pesquisador e nos interlocutores⁴.

Ao contrário do que se deu com os funcionários, não foi possível realizar entrevistas semi-estruturadas com os internos, uma vez que estando institucionalizados não poderiam assinar o TCLE e o acesso aos responsáveis era moroso e ineficiente. Assim, após conversas e negociações com a equipe dirigente do hospital, foram realizadas conversas informais no estilo de entrevista, onde buscou-se o apoio, quando possível, das questões do tópico guia. O método de recrutamento dos participantes internos se deu a partir da indicação, por parte do hospital, daqueles que estariam aptos a participar da pesquisa, ou seja, tenham vivenciado a pandemia dentro do hospital e dispusessem de condições de responder às perguntas.

O recrutamento e as conversas foram feitas *in loco*. Os funcionários apresentavam-me o possível participante e eu lhe explicava que a conversa fazia parte de uma pesquisa, apresentando o estudo. Caso apresentasse interesse em participar lhe eram apontadas as informações constantes no TCLE, como a garantia de sigilo e anonimato, a possibilidade de deixar de responder qualquer pergunta ou desistir da participação a qualquer momento. As conversas se deram em espaços cedidos pela instituição a esse fim, algumas vezes na presença de um funcionário. Em um caso específico, foram realizadas duas conversas enquanto o pesquisador acompanhou as atividades de terapia ocupacional do hospital, sendo realizadas no pátio. As conversas foram registradas por meio de notas do pesquisador em caderno físico, após seu término, e depois de deixar a instituição eram realizadas notas por áudio e registro em documentos digitais, em método idêntico ao registro das observações de

⁴ Como exemplo, é possível apontar o caso de uma conversa tida com uma interna. Para responder às questões de pesquisa, algumas perguntas voltavam-se à biografia dos atores, a fim de compreender como, e se, a passagem pelo hospital empregava marcas no indivíduo e quais as condições em que estava inserido antes e depois da institucionalização. Assim, ao narrar sobre experiências traumáticas de sua infância, momentos próximos de sua primeira institucionalização, a interna, usuária de drogas e esquizofrênica, precipitou-se à chorar e deu indícios de estar entrando em crise. Nesse momento busquei reconduzir o diálogo a temas mais tranquilos e confortáveis, o que se mostrou eficaz para controlar e contornar a situação. Contudo, é um processo de geração de estresse para ambas as partes, que agrava-se por tratar, no caso dos internos, de uma população em alto grau de vulnerabilidade, não apenas material mas principalmente psicológica.

campo. Também o tópico guia que buscou, em certa medida, orientar as conversas com internos, tinha suas questões pautadas em captar as percepções e significações atribuídas à instituição, a outros atores e as experiências estando institucionalizado.

Durante o período da pesquisa foi realizada, ininterruptamente, pesquisa bibliográfica. Foi efetuada levantamento, leitura e análise de literatura especializada e legislações, que possibilitasse a construção de uma genealogia da questão dos hospitais psiquiátricos no Brasil, partindo da premissa que, para a compreensão do fenômeno estudado na presente pesquisa é necessário, também, entender a estrutura social a qual se relaciona, de tal modo que não houvesse confusão entre impactos da pandemia e processos de transformações já em curso. Houve, ainda, revisão do material bibliográfico já estudado pelo pesquisador, a fim de possibilitar uma melhor análise e compreensão das questões que se apresentaram durante o decorrer da pesquisa.

O levantamento do material se deu a partir de indicações de leituras de outros colegas, professores e participantes de Grupos de Trabalho (GT) em congressos científicos em que o pesquisador esteve presente. Além disso, foi realizada através de busca por temas e palavras chaves em bancos de artigos, tendo sido pesquisada, também a bibliografia usada por autores que orientavam a pesquisa. em grande parte, as leituras foram orientadas por estarem em consonância com os autores em conceitos que desempenham papel de prisma analítico no presente estudo, à saber: Os conceitos e pensamentos de Foucault, Bourdieu e Goffman, bem como de autores que trabalham o desdobramento ou embasam-se, também, em tais autores e linhas de análise.

A metodologia do presente trabalho, portanto, foi redesenhada durante o decorrer da pesquisa. Levou-se em conta as exigências institucionais do hospital, sendo balizado em muitos aspectos pela possibilidade de execução dentro dos parâmetros orientados. Outro ente que desempenhou papel fundamental no delineamento metodológico foi o CEP, expressando a demarcação do território da ética dentro do qual este estudo deveria situar-se. Por fim, as exigências e especificidades próprias do campo demonstraram o espaço de diferença que se dá entre o que se planeja e o que se pode executar.

3.Revisão Bibliográfica

Ao pretender compreender a loucura enquanto um fenômeno sociológico, e não como um fato orgânico-natural que se desprende de apreensões psicopatológicas, é necessário que se lance olhar a uma vasta gama de fatores e dinâmicas que atravessam o tema em sua composição. Como já apresentado nas obras de Foucault "[..]' a loucura não é um fato da natureza', mas da civilização" (FOUCAULT *apud* SANDER, 2010, p.382), ou seja, a constituição do que se compreende como loucura, e as formas de seu trato estabelecidas pela sociedade, configuram uma dinâmica específica de determinação de um tipo de norma a ser seguida, das consequências de seu descumprimento, do estabelecimento de um controle e das instituições destinadas a tal -seus efeitos objetivos e subjetivos, coletivos e individuais-, dos saberes e poderes que as envolvem e estruturam, de uma complexa formulação dos que são os “normais”, quem são os “outros”. Assim, o objetivo da presente seção é realizar uma análise de tal temática, a da loucura, e de outros que a tangenciam como violências, instituições totais, desvio, controle e entre outros, a partir da exposição teórica de obras e autores que ofereçam subsídios teórico-conceituais para a apreensão do fenômeno e dos demais que o orbitam.

É importante enunciar, de antemão, a intrínseca relação entre loucura e desvio, no sentido que opera em dupla função: não somente a de alocação dos ditos loucos como desviantes, mas a da qualificação dos desviantes enquanto loucos. O que escancara que a própria construção do que se concebe enquanto loucura perpassa o que é aceito, ou não, por uma sociedade enquanto dentro de suas normas, designando um local específico, uma instituição de controle, aqueles que a transgridem. Ou seja, a alocação de determinados desvios em uma classificação patológica expressa a classificação binária de norma e desvio, chamando de doença aquilo em que se pode detectar um sinal de mau funcionamento, com base em não importa que regra (BECKER, 2008). A exemplo, tomemos o postulado de Becker:

Por vezes as pessoas concebem a analogia de maneira mais estrita, porque pensam no desvio como produto de doença mental. O comportamento de um homossexual ou de um viciado em drogas é visto como o sintoma de uma doença mental, tal como a difícil cicatrização dos machucados de um diabético é vista como um sintoma de sua doença. (Becker, 2008, p. 19)

Neste sentido, o indivíduo caracteriza-se como um desviante à medida em que não se adequa a uma regra social estabelecida, seja de modo formal (por meio de leis) ou informal

(por meio de uma convenção social). A sociedade então se estrutura por mecanismos de adequação e controle social, como forma de assegurar o desenvolvimento do que se mantém na ordem, o "normal", identificando e remoldando os desordenados, "desviantes" (MARCANTONIO, 2010). Destarte, a configuração do que é o desvio se faz possível não a partir de um ato ou característica que seja desviante, mas a partir da feitura de regras cuja infração constitui desvio, e da aplicação dessas regras a pessoas ou grupos (BECKER, 2008). Ou seja, o desvio não é uma qualidade do ato que a pessoa comete, mas uma consequência da aplicação por outros de sanções em regras a alguém que será caracterizado como infrator.

A aplicação dessas normas e sanções, que objetivam, *a priori*, a manutenção do “bom funcionamento” social, ou seja, a manutenção de um modelo de sociedade que se estabelece a partir do referencial de grupos dominantes, pode ser, como antes mencionado, realizado a partir de meios formais ou informais. As sanções informais, aplicadas por olhares, comentários, tratativas, exclusões, dentre outras formas, estão presentes no cotidiano social, e se ramificam capilarmente dentre toda a sociedade, variando, muitas vezes, em cada círculo social, mas mantendo certos norteamentos comuns. As sanções e regras formais, por sua vez, apoiam-se em aparatos legais, em um conjunto de textos que estabelece aquilo que pode, ou não, ser tolerado. Nesse aspecto, as instituições de controle social se inserem enquanto reguladas, e regulamentadas, por tal aparato jurídico, que legitima a execução de controle, ditando quem são, ou não, os infratores da norma - que se estabelece a partir dele -, passíveis de jugo institucional, que em pretensão de se manter o desenvolvimento “funcional” de tal modelo de sociedade, pode isolá-los para que se adequem a essas normas a partir de sua exposição a um meio “normalizador”, uma instituição que deve reajustar os desviantes.

O campo jurídico, constituidor de tais normas, opera como um espaço definido por regras e disputas próprias, entre dominante e dominados, pelo monopólio da violência simbólica legítima, pelo direito de dizer e fazer direito (BOURDIEU, 2001). Assim, enquanto estrutura estruturada, ou seja, historicamente construída, contribui para construir o mundo, mas, dentro de limites de correspondência com estruturas preexistentes, de tal modo que a configuração do que se entende como visão de mundo justa, e do próprio *corpus* de textos, que assim os consagram, inclina-se a visão dos que, em tal momento, encontram-se como dominantes (BOURDIEU, 2001). De tal modo, tende a engrenar e (re) produzir o sistema de dominação, tornando o direito base de sustentação para outros campos, sendo um mecanismo de manutenção do *status quo* (BOURDIEU, 2001). Enquanto agente de violência simbólica, faz-se tanto mais eficaz enquanto consagrado como legítimo, ou seja, parte do pressuposto de cumplicidade de dominantes e dominados -mesmo que inconscientemente- para fazer valer

sua dominação simbólica, ou seja, a imposição de legitimidade de uma ordem social (BOURDIEU, 2001).

Acontece, que a loucura, como supra apresentado, é intimamente ligada à noção de infração de normas sociais, as quais estabelecem-se tanto culturalmente, quanto juridicamente - sendo a própria construção jurídica uma forma de reflexo do que perpassa o campo cultural, e o campo cultural também guardando homologias com o campo jurídico -, formuladas por aqueles que se encontram como dominantes. O aparato legal, pois, exerce papel essencial na regulação do trato com a loucura, sendo expresso através dele quem serão os considerados, em determinada sociedade e época, loucos, e quais as formas de “tratamento” serão submetidos⁵, embasando-se sobre a concepção de quem ocupa, no momento, as posições de mais poder, constituindo a norma.

Entretanto, apesar de operar enquanto uma regulação que se configura pelo exercício de dominação legitimada, o direito não é a peça exclusivamente fundamental na prática dos tratos com a loucura. Foucault (2019) expõe que a história da loucura poderia ser entendida como a história da Razão sobre a desrazão, ou seja, a aplicação de um controle dos loucos/desviantes (acometidos da desrazão) por aqueles ditos normais que seriam os arautos da Razão, tida como diretriz da própria forma de ser humana. Em um processo que torna a loucura o objeto de uma disciplina específica, a psiquiatria, reduziu-a à condição de patologia e, portanto, sujeita à intervenção médica. Nesse sentido, o papel do médico encarna uma relação de poder muito específica: aquele que produz a verdade da doença; e a institucionalização da loucura serve como um artifício espacial que garante a existência de um território de exposição-expressão e conta com um poder que se faz presente para melhor conhecer; e melhor conhecer para melhor "tratar" (SANDER, 2010).

Ou seja, apesar da intrínseca relação que se estabelece entre loucura e criminalidade, pelos aparatos legais e no imaginário popular⁶, a estruturação patológica que a gerência dentro de construções que perpassam tanto aspectos éticos e morais quanto psicopatológicos a fará objeto de um saber – e portanto poder – próprio: a psiquiatria. Fato esse que aloca outro agente na mediação de tais relações: o médico especialista, esse que se encontra em uma relação de poder capaz de ditar o que é, ou não, doença e como se deve lidar com ela.

⁵ À exemplo, pode-se observar as transformações ocorridas no campo das políticas de assistência à saúde mental no Brasil. Além de diferentes concepções de quem se enquadra nas populações alvo de tais políticas, há, ainda, diferenciações entre quais modelos de tratamento ao sofrimento mental serão oferecidos, variando desde a exclusão dos indesejados a políticas de saúde mais humanizadas (ARBEX, 2013; AMARANTE; NUNES, 2018; CABRAL; DAROSCI, 2019; BISPO; SAMPAIO, 2021).

⁶ Na próxima sessão, ao se realizar uma análise embasada nas legislações brasileiras, tal fato será exposto de maneira mais objetiva.

Assim, ambas as dimensões, jurídica e médica, se articulam, sem que, necessariamente, seja a consciência médica a ditar, propriamente, a forma como se edifica o campo legal (FOUCAULT, 2019). Como exemplo da regulação dual da loucura exercida pelos poderes legais e médicos, tomemos a explicação de Foucault (2019) acerca dos dois tipos de hospitalização que se propagaram durante a idade clássica, a dos hospitais propriamente ditos e a do internamento. O internamento, tomado de empréstimo do universo do direito e que usava seus conceitos, não seria uma variante cômoda das condenações habituais, na repressão do pensamento e no controle da expressão. Ela tem um sentido preciso e representa um papel particular: conduzir de volta à verdade através da coação moral (FOUCAULT, 2019). Já a hospitalização insere-se no campo da medicina, e tem como objetivo a cura -normalização- do indivíduo, que se encontra sob a exposição do poder do médico, o agente curador.

Ambos os domínios, ainda de acordo com Foucault (2019), se recobriram parcialmente, entretanto, permaneceram excêntricos, um em relação ao outro, definindo duas formas de alienação distintas. Uma considerada como limitação da subjetividade, numa linha traçada no âmago dos poderes do indivíduo, isolando as regiões de sua subjetividade. Tal alienação estrutura um processo no qual o sujeito se vê despojado de sua liberdade por meio de um duplo movimento, o natural, de sua loucura, e o jurídico, da interdição, que o coloca sob os poderes de um *outro*- o outro em geral, representado, no caso, pelo curador. A outra forma de alienação, ao revés, designa uma tomada de consciência pela qual o louco é reconhecido, pela sociedade, como estranho à sua própria pátria, é designado como sendo o *outro*, estranho, excluído. Nas palavras do autor:

[...] uma que concerne ao ser caído sob o poder do Outro e acorrentado à sua liberdade; a segunda, que diz respeito ao indivíduo que se tornou um Outro, estranho à semelhança fraterna dos homens entre si. Uma aproxima-se do determinismo da doença, a outra assume antes o aspecto de uma condenação ética. (FOUCAULT, 2019, p.135).

Destarte, a designação de um espaço onde os corpos dos indesejados, dos loucos, que passam a ocupar o papel de um “*outro*”, opera tanto em função de separar os aptos, ou não, ao convívio social, quanto como instituição normalizadora, onde o indivíduo seria conduzido ao adequamento da sociedade em que se insere. A figura idealizada do antigo manicômio que oferecia um tratamento que reconduzia à razão pela disciplina e pela justa repressão, num ambiente calmo e regado, longe das paixões e tumultos da vida cotidiana (ODA,

DALGALARRONDO, 2004), ainda impregna as maneiras como atuam os hospitais psiquiátricos hodiernamente. Tais instituições caracterizam-se enquanto espaços disciplinares, uma vez que, incontestavelmente, a disciplina normaliza (FOUCAULT, 2008). Ela estabelece os procedimentos de adestramento progressivo e de controle permanente e, a partir daí, estabelece a demarcação entre os que serão considerados inaptos, incapazes, e os outros, em tal momento é que se faz a demarcação entre o normal e o anormal (FOUCAULT, 2008). Assim, a normalização disciplinar primeiro coloca um modelo, um modelo ótimo, que se constrói em função de certo resultado, e a operação de normalização disciplinar consiste em procurar tornar as pessoas, os gestos, os atos, resignados a tal modelo; sendo normal exatamente quem é capaz de se conformar a essa norma e o anormal aquele incapaz (FOUCAULT, 2008).

Mas o que são, afinal, as disciplinas? Foucault (1999) as traduz como um controle minucioso das operações do corpo, realizando sujeição constante de suas forças e lhes impondo uma relação de utilidade-docilidade. São fórmulas gerais de dominação. A partir da descoberta, na época clássica, do corpo enquanto objeto e alvo de poder, são elaboradas técnicas e métodos de controle, de coação constante e ininterrupta das operações do corpo, uma noção de docilidade que une o corpo analisável do manipulável, sendo dócil um corpo que pode ser utilizado, transformado e aperfeiçoado (FOUCAULT, 1999). Apesar de, em qualquer sociedade, o corpo se prender no interior de poderes que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações, tais técnicas expressam diferenciações, como, por exemplo, a escala do controle: não se trata de cuidar do corpo, em massa, tal qual uma unidade indissociável, mas de trabalhá-lo detalhadamente, de exercer sobre ele uma coerção sem folga, de mantê-lo ao mesmo nível da mecânica (FOUCAULT, 1999). O que se configura, pois, é uma *anatomia política* e, ao mesmo tempo, uma *mecânica do poder*, que define como se pode ter domínio sobre o corpo do outro, não para que, simplesmente, façam o que se quer, mas para que operem como se quer (FOUCAULT, 1999). Assim, a disciplina aumenta as forças do corpo - em termos econômicos de utilidade- e reduz essas mesmas forças -em termos políticos de obediência-; ela dissocia o poder do corpo, é a racionalização utilitária do detalhe na contabilidade moral e no controle político (FOUCAULT, 1999).

O aparato disciplinar, pois, depreende diversas técnicas à sua realização. Não objetiva, o presente texto, esgotar as detalhadas análises de Foucault a respeito de seu funcionamento e execução, mas sim, pincelar de forma breve uma exposição sobre tais técnicas.

Ao proceder, em primeiro lugar, à distribuição dos indivíduos no espaço, a disciplina emprega diversos métodos. Exige, por vezes, a *cerca*, a especificação de um local

heterogêneo aos outros, fechado em si mesmo (FOUCAULT, 1999). O encarceramento, ou as internações de pessoas que não se enquadravam na normativa moderna que se estruturava no Brasil, são um bom exemplo disso. Contudo, esse princípio de clausura não é essencial e sequer constante nos aparelhos disciplinares. Trabalham o espaço de maneira mais refinada e maleável, através do princípio de *quadriculamento*, em que cada espaço é ocupado por um indivíduo, e cada indivíduo ocupa o seu espaço. Assim, o espaço disciplinar tende a se dividir em tantas parcelas quanto corpos ou elementos há a se repartir, estabelecendo as presenças e ausências, sabendo onde e como encontrar os indivíduos, podendo vigiar cada comportamento, apreciá-lo, sancioná-lo, de tal modo conhecendo, dominando e utilizando. A disciplina, pois, “decompõe em elementos que são suficientes para percebê-los, de um lado, e modificá-los, de outro.” (FOUCAULT, 2008, p. 74, 75). O quadriculamento disciplinar procura estabelecer os elementos mínimos de percepção e suficientes de modificação (FOUCAULT, 2008).

A regra das *localizações funcionais*, que aparece nitidamente nos hospitais, define lugares determinados para satisfazer não somente a necessidade de vigiar, romper comunicações perigosas, mas também criar um espaço útil (FOUCAULT, 1999). O controle e registro das operações médicas, dos doentes, a separação por leitos, a identificação e catalogação dos pacientes, a inscrição das informações de cada indivíduo que será utilizada para a consulta do médico, todos esses processos articulam um espaço administrativo e político ao terapêutico, tendendo a individualizar os corpos, as doenças, os sintomas, as vidas e mortes; constituindo um real quadro de singularidades justapostas e distintas (FOUCAULT, 1999). Na disciplina, ainda, os elementos são intercambiáveis, cada um se define pelo lugar que ocupa na série, e pela distância que o separa dos outros, por sua posição na *fila*. Ela individualiza os corpos através de uma localização que não os implanta, mas os distribui e faz circular em uma rede de relações (FOUCAULT, 1999).

Os espaços criados pelas disciplinas são complexos, ao mesmo tempo arquiteturais, funcionais e hierárquicos, são reais e ideais porque coordenam a disposição física de edifícios, salas, móveis e indivíduos, mas também caracterizam, estimam e hierarquizam. Em suma, regem as disposições para melhor vigiar, e melhor vigiam para poderem adestrar. Mas as disciplinas valem-se, ainda, de outras técnicas para o controle dos sujeitos, tais quais o *horário*, cujos três grandes processos -o estabelecimento de cesuras, obrigatoriedade a ocupações determinadas e regulamentação de ciclos de repetição- há muito eram encontrados nos hospitais, e *utilização exaustiva*, em que se importa extrair do tempo sempre mais instantes disponíveis e de cada instante sempre mais forças úteis, estabelecendo uma

organização interna cada vez mais detalhada em que se pudesse tender a um ponto ideal em que o máximo de rapidez encontra o máximo de eficiência (FOUCAULT, 1999).

Longe de esgotar as tratativas sobre as técnicas e processos empregados pela, e para, a disciplina, nos ateremos agora a um último ponto crucial na composição dessa exposição: o *exame*. Esse é um controle normalizante, uma vigilância que permite classificar, qualificar e punir, manifesta a sujeição dos que são percebidos como objetos e a objetivação dos que se sujeitam; é por meio dele que a superposição das relações de poder e das de saber assume sua forma mais visível (FOUCAULT, 1999). Supõe um mecanismo que liga um certo tipo de formação de saber a uma certa forma de exercício de poder. Ele inverte a economia da visibilidade no exercício do poder; não mais o poder é o que se vê, invisibilizando aqueles sobre o qual é exercido, ao revés, o poder disciplinar se exer-se tornando-se invisível, mas, impõe aos que submete uma visibilidade obrigatória (FOUCAULT, 1999).

O exame faz, também, a individualidade entrar num campo documentário, gera um arquivo completo com detalhes e minúcias que se constitui ao nível dos corpos e dias, por meio de uma rede de anotações escritas coloca os indivíduos igualmente em um campo de vigilância e, assim, um poder de escrita constitui-se como peça fundamental no funcionamento do aparato disciplinar (FOUCAULT, 1999). O aparelho de escrita que acompanha o exame, e se traduz, nos hospitais, pelo prontuário dos internos, expõe duas possibilidades correlatas: a construção do indivíduo enquanto objeto descritível, analisável, a fim de mantê-lo em seus traços singulares, em sua evolução e trajetória particular, em suas capacidades ou aptidões próprias, sob o controle de um saber permanente; e, por outro lado, a estruturação de um sistema comparativo que permite a medida de fenômenos globais, a descrição de grupos, a caracterização de fatos coletivos, a estimativa dos desvios dos indivíduos entre si, sua distribuição numa população⁷. A partir dessas técnicas documentárias o exame faz de cada indivíduo um caso, que ao mesmo tempo constitui um objeto para o conhecimento e uma tomada de poder; o caso, assim, é o indivíduo tal como pode ser descrito, medido, mensurado e comparado a outros em sua própria individualidade e, ao

⁷ É válido ressaltar que a própria distribuição dos indivíduos em termos de “população”, supõe a estruturação do que Foucault (2008) chamou de biopolítica, ou seja, a gestão de vidas e mortes a partir do aparato de *segurança*. Esse, por sua vez, se constitui pela possibilidade de previsão, a partir do cálculo de possibilidades em uma conjuntura de vários elementos que se circunscrevem em um meio. Para tal discussão, o autor analisa o caso da varíola, em que a exposição de indivíduos ao vírus poderia gerar uma imunização, e, portanto, frear o alastramento do que era entendido enquanto “doença reinante”, essa que aparece a partir de casos numa população inscrita no tempo ou no espaço. A despeito da noção de caso escreve: “Aparecimento, por conseguinte, dessa noção de caso, que não é o caso individual, mas que é uma maneira de individualizar o fenômeno coletivo de doença, ou de coletivizar, mas no modo de quantificação, do racional e do identificável, de coletivizar os fenômenos, de integrar no interior de um campo coletivo fenômenos individuais.” (FOUCAULT, 2008, p. 79).

mesmo tempo, aquele que deve ser treinado ou retreinado, classificado, normalizado ou excluído (FOUCAULT, 1999). Os procedimentos disciplinares fazem, pois, da descrição um meio de controle e um método de dominação, abaixando o limite da individualidade descritível.

É importante ter em vista que os processos disciplinares atuam não apenas no âmbito das instituições disciplinares, nas quais o hospital psiquiátrico circunscreve-se, mas na sociedade de forma geral, capilarizando suas aplicações, e consequências, entre as mais diversas esferas, desde a aplicação de sanções legitimadas aos olhares e pequenas atitudes individuais. O pensamento de Foucault delineia não somente os mecanismos de propagação e operação do poder na teia social, em que capilariza-se e propaga-se nas mais diversas instâncias, é um subsídio para a compreensão do próprio poder e suas formas, na sociedade, nas instituições e nos indivíduos.

O presente texto buscará, a partir de agora, uma análise sob outra ótica, voltada às particularidades institucionais e seus efeitos sobre os indivíduos institucionalizados.

Goffman (1974), assim, ao elaborar um estudo sobre um tipo específico de instituições que, cada qual a seu modo, exercem - e são utilizadas como - formas de controle, objetivo e subjetivo, social e individual, que nas suas peculiaridades sociais-organizativas, possui potencial de empregar marcas e (trans)formar os indivíduos que são a elas submetidos. O estudo debruçava-se ante manicômios, prisões e conventos, os primeiros antecessores dos contemporâneos hospitais psiquiátricos, instituições essas classificadas pelo autor como *instituições totais*, na medida em que tinham em comum o fato de centralizar, em si, todos os aspectos da vida, como as esferas do lazer, trabalho e descanso, rompendo as barreiras que comumente as separam, sendo seu caráter total simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes incluem-se no esquema físico de sua disposição geográfica e arquitetônica (GOFFMAN, 1974).

Em sua análise acerca dessas instituições, Goffman (1974) apresenta uma divisão basal entre dois agrupamentos de pessoas que compõem a teia social: o grande grupo de pessoas controladas, os *internados* e a *equipe dirigente*, pequeno grupo de supervisão formado pelos funcionários. Os primeiros, via de regra, vivem na instituição e têm restrito contato com o mundo extra muros; enquanto que, os segundos, muitas vezes trabalham em um sistema de horas, sendo apenas nesse período sua permanência na instituição estando integrados ao mundo externo. Enquanto aos internos são estabelecidas minuciosas formas de controle de muitas necessidades humanas, como o estabelecimento rigoroso de horários para as atividades, e o contato direto com diversas pessoas - as quais podem ser completamente

estranhas - com quem são obrigados a realizar grande parte das atividades na instituição, a equipe dirigente é quem realiza tal controle, através de uma organização burocrática, exercendo, ainda, uma vigilância⁸ constante ante o primeiro grupo (GOFFMAN, 1974).

Referida cisão grupal opera, ainda, como disputas e exercícios de poder, que aloca as relações entre os grupos em uma esfera de atritos que tende a moldar, em muitos aspectos, a visão que depreendem uns dos outros. Além das relações embebidas de representações de violência simbólica e formas de estigmatização inerentes ao campo da alteridade, Goffman (1974) expõe que a equipe dirigente tende a ver os internados como amargos, reservados e não merecedores de confiança, enquanto que, em sentido oposto, os internos tendem a vê-los como arbitrários, condescendentes e mesquinhos. E, ainda, os participantes da equipe dirigente, muitas vezes, inclinam-se a sentimentos de superioridade e certezas; e os internados, inclinam-se, em alguns aspectos, a sentimentos como culpa, inferioridade, fraqueza e censurabilidade. Ou seja, há uma disputa simbólica que permeia as relações, e traz luz às formas de representação que se estruturam dentro do ambiente institucional entre os grupos.

Tendo definido as formas básicas de organização da teia social institucional, e compreendendo, *a priori*, as formas elementares do exercício de poder, a análise volta-se aos efeitos que a permanência na instituição causa sobre os indivíduos, uma vez que essas “são as estufas para mudar pessoas; cada uma é um experimento natural sobre o que se pode fazer ao eu” (GOFFMAN, 1974, p.22). Ao chegar na instituição, o novato carrega consigo um conjunto de valores e experiências, uma visão do mundo que se edifica ao longo de sua vida, que forma e confirma uma concepção tolerável do “eu”. A instituição total, pois, não substituiria algo que já foi formado pela cultura específica do indivíduo, mas cria e mantém um tipo de tensão entre o mundo doméstico e o institucional, usando dessa tensão persistente como força estratégica de controle (GOFFMAN, 1974).

A ruptura do cotidiano, a partir do cerceamento institucional, despoja o indivíduo da estabilidade conferida por disposições sociais estáveis de sua vida doméstica. Assim, a permanência institucional desloca o indivíduo de seu cotidiano, alocando-o em uma nova esfera social que possui, enquanto objetivo central sua transformação, sua reconstrução. Nem todas as ações, nesse sentido, são calculadas pela administração e aplicadas de forma totalmente consciente a esse favor, mas fato é que a institucionalização imprime marcas no

⁸ “fazer com que todos façam o que foi claramente indicado como exigido, sob condições em que a infração de uma pessoa tende a salientar-se diante da obediência visível e constantemente examinada dos outros.” (GOFFMAN, 1974, p.18).

indivíduo, seja pela imposição das relações hierarquizadas que se instituem entre os internos e a equipe dirigente, pelo contato com outros internos, ou mesmo pela exposição às práticas que se estabelecem em âmbito institucional e corroboram a aceção do indivíduo em relação a uma construção da imagem de si.

Dentro da instituição os internos são expostos, embora por vezes não intencionalmente, a processos denominados por Goffman (1974) como *mortificação do eu*, processos que desconstruem o indivíduo no que diz respeito a seu *eu* extramuros, de tal modo a reconfigurá-lo a partir da experiência institucional. Esse processo da mortificação do eu dentro de instituições psiquiátricas pode ser encarado como uma das formas de "cura", como salientado por Gomes (2020) "[...] desconstrução e reconstrução do indivíduo em contexto de segregação transitória e de relações de co-presença em espaços físicos demarcados.". Sua efetivação perpassa as mais diversas operações da instituição, o despojamento de bens a que o interno é submetido ao chegar afeta a organização do eu na medida em que o indivíduo atribui à suas posses certas formas de auto-reconhecimento, de representações de si (GOFFMAN, 1974). O despedimento da aparência usual do indivíduo tende a causar a desfiguração pessoal, a imposição de constantes relações hierárquicas traduzidas por meio de tratativas, da necessidade de pedir pequenas coisas ou itens quando deles precisar; ter de participar de atividades cujas consequências simbólicas são incompatíveis com a concepção do "eu", todos esses fatores exercem, por meio de operação material e simbólica, a função de promover um "renascimento" dentro da instituição, que implica em uma adequação do interno às normas sociais que se impõem na vida social extramuros (GOFFMAN, 1974).

São chamados, pois, *traços de institucionalização* os processos de "mortificação do eu" do indivíduo institucionalizado, produzindo, assim, formas de subjetividade específicas. A subjetividade, por seu turno, é considerada eminentemente social e, portanto, coletiva, sendo produzida, no contexto institucional, na inserção de práticas discursivas (imaginativas-simbólicas) e não-discursivas (BENELLI, 2004). As práticas não discursivas compõem um conjunto de ações e atitudes que originam a mortificação do eu (e assim a transformação, ou melhor, "normalização", do *self*) e produção de subjetividade a partir da instituição, que modificam a visão do interno sobre si mesmo, o que influi e opera transformando, também, a visão do outro sobre ele. A exemplo, Goffman (1974) expressa a condição de internos num hospital psiquiátrico serem obrigados a comer de colher, ou participar de atividades "cujas consequências simbólicas são incompatíveis com sua concepção do eu" (p. 31), tendo que, por exemplo, executar uma rotina diária de vida que considera estranha, "aceitando um papel com o qual não se identifica" (p.31). As marcas

empregadas pela institucionalização influenciam as formas pelas quais o indivíduo será percebido pelos outros – na relação intra e entre grupos – desencadeando construções de estigma.

Ao expor sobre a construção – e conseqüente desconstrução institucional – do *eu*, o autor apresenta o complexo processo que envolve diversas instituições, como a família ou a religião, e se manifesta através de uma rede de significações atribuídas pelo e para o ator, sendo influenciadas e influenciando o *estigma*. Este pode ser compreendido como uma espécie de rótulo atribuído a alguém a partir de atributos que o tornam diferente, em sentido de que o atributo que estigmatiza alguém, confirma a normalidade de outrem (GOFFMAN, 2008).

Os indivíduos, moradores ou internos transitórios, alocados dentro dos muros de hospitais psiquiátricos, carregam consigo um estigma (GOFFMAN, 2008), que faz com que eles próprios se percebam como desviantes: "Atendo-se ainda a esse relato, nota-se uma incorporação do olhar do outro que o reconhece como desviante, isto é, o próprio paciente identifica-se como tal." (MACHADO, MANÇO, SANTOS, 2005, p 1474). Em meio a isso é possível que notemos então a aproximação dos pacientes entre si, ao observarem-se em igual situação perante a sociedade: estigmatizados e segregados; ou seu distanciamento, ao passo que não se reconhecem como doentes mentais e afastam-se dos que os interpretam como potencialmente "contaminadores", no sentido de transmitirem, simbolicamente, aspectos ligados a formas de estigmatização que podem vir a ser incorporados, por terceiros, ao eu de quem possui contato com os estigmatizados.

Dentro da vida entre muros é importante ressaltar a (re)significação que os internos passam a atribuir aos elementos que circundam os aspectos de sua vida (CAMARGO, 2017), ao notar que o significado possui uma função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas (TURATO, 2005). Faz-se possível compreender de que forma os significados que atribuem às suas rotinas e pessoas de sua convivência inferem em sua maneira de morar e manter-se em uma instituição total que foca na reconstrução do "eu" dos indivíduos segregados.

Em outro sentido, as percepções que se moldam em torno da figura do "louco" –tanto do outro sobre este, deste sobre si e deste sobre os outros– ligadas a estigmatização e a hierarquização –entre e intra grupos–; podem assumir aspectos de, e traduzir-se por, formas de violência simbólica, que implicam na manutenção de uma ordem social e de dominação vigente. Antes de mais nada é fundamental apontar, tal qual feito por Bourdieu (2002) que o termo "simbólico" não se opõe à "real"; não se trata de uma violência meramente espiritual,

sem efeitos reais. O objetivo da análise dos elementos simbólicos é fazer ver na teoria, “a objetividade da experiência subjetiva das relações de dominação” (BOURDIEU, 2002, p.46). O conceito de violência simbólica desenvolvido pelo autor parte da noção de poder simbólico (BOURDIEU, 2007). Esse é um poder de construção da realidade que tende a estabelecer uma ordem *gnoseológica*, isso é, o sentido imediato do mundo e do mundo social, que supõe o conformismo lógico⁹. Os símbolos são instrumentos da integração social, nesse sentido, na posição de instrumentos de conhecimento e comunicação, tornam possível o *consensus* sobre o sentido do mundo social que contribui basalmente para a reprodução da ordem social, sendo a integração lógica condição de integração moral (BOURDIEU, 2007).

Tal percepção consensual da realidade pressupõe a disputa de diferentes grupos, em nível simbólico, pela construção do sentido de tal consenso. Nessa esteira, a cultura dominante contribui para a integração real da classe dominante, no sentido de assegurar entre seus membros enquanto os difere de outras classes; para a integração fictícia da sociedade em seu conjunto, logo, à mobilização, ou falsa consciência, das classes dominadas. Portanto, a legitimação da ordem estabelecida através do estabelecimento das distinções, leia-se hierarquias, e para a legitimação dessas distinções (BOURDIEU, 2007). Nesse sentido, cumprem função política de instrumentos de imposição ou legitimação da dominação, que contribuem para assegurar a dominação de um grupo sobre outro, ou seja, violência simbólica; dando reforço de sua própria força às relações de força que se fundamentam, contribuindo para a domesticação dos dominados.

A violência simbólica se constitui pela adesão que o dominado não pode deixar de conceder ao dominante, quando não se dispõe de mais de que instrumentos de conhecimento que ambos têm em comum – e que não sendo mais que a forma incorporada da relação de dominação, fazem ela ser vista como natural – para pensar sua relação (BOURDIEU, 2002). Ou então, como demonstra o autor, quando os esquemas postos em ação para se avaliar, ou para ver e avaliar os dominantes¹⁰, resultam da incorporação de classificações assim naturalizadas, de que seu ser social é produto. Para Bourdieu, o dominado tende a assumir a respeito de si próprio o ponto de vista do dominante a partir, principalmente, do efeito de destino que a categorização estigmatizante produz. Em outras palavras, a visão de mundo tende a ser orientada pela formulação de ideias dos grupos dominantes, orientadas a partir de distinções que asseguram a dominação sendo legitimada por dominantes e dominados. É,

⁹ Termo que Bourdieu toma emprestado de Durkheim, e significa uma concepção homogênea do espaço, tempo, do número, da causa, tornando possível a concordância entre as inteligências (BOURDIEU, 2007).

¹⁰ Esquemas que se desenvolvem por pares de oposição hierarquizados e hierarquizantes: elevado/baixo, masculino/feminino, branco/negro, louco/normal, cidadão de bem/criminoso.

enfim, a dominação imposta pela aceitação das regras, das sanções, a incapacidade de conhecer as regras de direito ou morais (VASCONCELOS, 2002)

Por fim, conclui-se que os hospitais psiquiátricos atuam, dentro de uma estrutura maior de controle social, como entidades postas na função de adequar os desviantes à norma social. Através de um sistema que se mescla entre material e simbólico, exerce sobre os segregados a função de normalização, aplicando e condicionando-os às disciplinas, ao mesmo passo em que se veem remoldados pela instituição, tendo sua percepção e representação de si transformadas. A partir do contato com a instituição e os processos lá empregados verá impressa sobre ele uma marca, que será tomada pelos outros enquanto marcador de diferença, resultando em formas de exercício de estigmatização e violência simbólica, enquanto ele mesmo se verá em um jogo de negociações de normalidade que implicam em sua permanência, ou não, na instituição.

3.1 Resistência e agência

Interessa, neste ponto, o papel do segregado nesse maquinário e as formas de resistência que se expressam no contexto entre muros, apontando os segregados também como agentes, e não apenas como receptores de forças externas.

Como mencionado, diversos são os mecanismos presentes no contexto institucional, capazes de impor certo grau de controle e poder disciplinar (FOUCAULT, 1999), além de processos de transformação do *self* do interno (GOFFMAN, 1974), de modo que, em consonância, tendem a gerar indivíduos lapidados de acordo com o querer da instituição, consolidado a partir da noção do "louco". Entretanto, seria engano pensar que a ação parte exclusivamente do hospital. Os internos prestam-se a uma série de atitudes e formas de agir que impõem resistência ante a dominação e "normalização" de formas de ser. E, entretanto, faz-se importante pontuar que a mesma resistência pode, por vezes, ser utilizada pela instituição como forma de manutenção do *status quo* e reafirmação de um paradigma (GOFFMAN, 1974; BENELLI, COSTA-ROSA, 2003).

Ao pensar a resistência, também, como uma "força da afirmação de si" (CANAVÊZ, 2015), podemos observá-la como um instrumento de negação dos processos de mortificação do eu (GOFFMAN, 1974). Goffman demonstra, ao longo de seus escritos, como o processo da fala do segregado, ao narrar a um interlocutor sua própria história, elabora uma forma de autoafirmação do eu, de modo a manter a consolidação de sua visão de si mesmo, ou reelabora-la, ante tantas tentativas de construção de um novo *self* "normalizado", adequado às

funções e normativas da instituição. Tais narrativas, no entanto, se apresentam com maior eficácia quando dadas a alguém em situação horizontal, uma vez que a equipe dirigente, em posse do prontuário do segregado (documento esse legitimado como portador da "verdade"), pode vir a desmentir as histórias e utilizá-las, em contrapartida, como um meio de reafirmar sua posição de "louco".

Tais histórias "[...] que são um pouco mais fundamentadas do que pura fantasia e um pouco mais frágeis que os fatos" (GOFFMAN, 1974, p. 131), foram denominadas por Camargo (2017) de "*narrativas de delírio*". De acordo com a autora, seriam um mecanismo de (re)elaboração dos fatos vividos pelos internos do hospital, haja vista que, em sua grande parte, são oriundos de um contexto de violência, marginalização e desamparo familiar. As narrativas apresentam-se, pois, como uma forma de resistir às pressões externas de transformação do eu, bem como aos processos de estigmatização moral (GOFFMAN, 1974; 2008) e, para além disso, atribuem aos seus narradores um papel de agência em relação a violência e sofrimento. Nas palavras da autora:

[...] ao (re) elaborarem suas experiências de rupturas dos laços familiares, por meio de histórias (re) inventadas, as narrativas do delírio, [...], demonstram que apesar de estarem alocadas em um espaço destinado ao esquecimento, são capazes de abandonar o papel de vítimas e de transtornadas que lhes concede a sociedade, para serem agentes de sua própria história. (CAMARGO, 2017, p. 82).

Destarte, é possível que observemos como, através do recurso narrativo, os internos constroem um espaço de resistência às pressões institucionais. Transcendendo a noção de existência entre muros, as narrativas se apresentam com a possibilidade de se encontrarem com seus próprios *eus* em outras temporalidades (uma evocação do passado, de modo que possa ser vivenciado no presente), ao passo que sua subjetividade não é filtrada (SARTO, 2020). Nessa mesma esteira, Aureliano (2012) aponta a importância de analisar os processos narrativos que envolvem "doença" não somente como histórias contadas, mas como histórias construídas, refeitas e encenadas, dada a condição de ruptura "biográfica" na qual o sujeito se vê encaixado.

A análise do material etnográfico desenvolvido por Camargo (2017) e Sarto (2020), permite observar formas agenciadas em torno da vida institucional que os internos experimentam. Os internos e moradores podem, dentro do contexto entre muros, aplicarem-se a atividades que os agradam (como colorir ou ouvir música na rádio, por exemplo), ou na

realização de pequenos serviços, de modo a terem o sentimento de "escapes" possíveis nas "lacunas" institucionais. Não obstante, a forma como os internos empenham-se, ou não, nas atividades institucionais também explicita uma variável das formas de resistência, o sujeito que se recusa a participar de determinada atividade proposta pelo hospital, ou aplica-se a ela de forma a fugir dos padrões esperados, desempenha, em tal ato, uma forma de resistência ante o devir institucional. Tais formas de agir foram denominadas por Goffman (1974) como "ajustamento secundário", e abrangeria, para além disso, formas de organização na teia social entre internos de modo a contrapor as imposições da equipe dirigente.

Busca-se aqui demonstrar, que a resistência no contexto hospitalar se apresenta, tal como o poder ou a dominação, em sua grande parte a nível microfísico (FOUCAULT 1999), ou seja, através de pequenos detalhes do cotidiano, expressando-se através do que é a construção do próprio indivíduo, na linguagem, uma vez que "o sujeito se serve da palavra e do discurso para "representar-se a si mesmo, tal como quer ver-se, tal como chama o "outro" a comprovar" (BENVENISTE, 2005, p. 84), e em suas ações.

Para além disso, o contexto institucional pode apresentar-se de maneira variada aos sujeitos postos em sua lógica, podendo ser mais "fluido" para alguns, que conseguem adaptar-se a ele e encontrar formas de expressar sua subjetividade nas pequenas lacunas, e mais coercitivos a outros. Faz-se necessário um olhar atento às formas de resistência para que se possa enxergá-las como tal, caso contrário há a possibilidade de cair na semiótica da loucura, em que as formas de resistência são apresentadas como sintomas de alguma doença, como no caso das *narrativas de delírio* (CAMARGO, 2017), ou outras formas que afrontem o *modus operandi* do hospital.

Assim, os internos se prestam a uma série de atitudes e formas de agir que impõem resistência ante a dominação e "normalização" de formas de ser. Por meio de práticas discursivas e não discursivas, coletivas ou individuais, a resistência expressa-se em cada contexto institucional de formas distintas. A indisciplina, discursos de afirmação de si que reiteram a percepção própria do eu, a não concordância com a visão de mundo dominante, ou mesmo a recusa em participar das atividades ou aceitar certas formas de tratamento exemplificam formas de resistência potencial, de modo que o indivíduo se constitui como agente e não apenas sujeito às estruturas de dominação, poder e construção de verdade

3.2 As violentas políticas de assistência à saúde mental no Brasil: rupturas e continuidades

A presente seção objetiva apresentar como se deu a construção sócio-histórica do sistema de atenção à saúde mental brasileira através dos anos. Partindo de uma breve apresentação que remonta anos mais longínquos, a fim de estruturar uma espécie de genealogia da questão, como forma de compreender as origens da problemática que envolve as políticas de assistência à saúde mental, a explanação, contudo, terá especial ênfase nas décadas que se seguem de 1960 à contemporaneidade, devido ao entendimento de que estas apresentam maior influência sobre o fenômeno hodiernamente. Assim, será remontada a origem da assistência aos "alienados", passando por temas como a construção da "indústria da loucura", as reformas emergentes a partir dos sinais de redemocratização, a estruturação da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), suas continuidades e rupturas. Tal reconstrução, pautada na literatura especializada, foi elaborada a fim de que se possa compreender a estrutura em que se insere o objeto de pesquisa, tomando tal percepção como fundamental para a discussão dos dados coletados.

Oda e Dalgarrondo (2004) apresentam uma análise histórica de , como, após o início da tentativa de transição à urbanização, surgem no Brasil as instituições manicomiais-asilares, para onde serão encaminhadas pessoas consideradas perigosas ou indesejadas à nova forma social que se estabelecia:

Maiores pressões sociais exigindo restrições à livre circulação dos chamados alienados parecem ter surgido como decorrência do processo de urbanização e da conseqüente necessidade de manutenção da ordem das cidades em crescimento, pois o espaço urbano determinaria o estabelecimento de novos padrões de controle social (ODA, DALGARRONDO, 2004, p. 129).

Como exemplo, temos a criação do Hospício D. Pedro II em 1852, onde os principais alvos da institucionalização seriam indivíduos alocados em posição subalterna na hierarquia social que se (re)produzia, como operários das indústrias, os negros libertos, os imigrantes estrangeiros e os subempregados (BASTOS apud SARTO, 2020). Em sua maioria os segregados não eram diagnosticados com patologias mentais, eram "[...] epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder" (ARBEX, 2013, p. 14). Em suma, pessoas que desafiavam a tentativa de homogeneidade higienista, pautada na repressão e segregação de uma parcela

populacional com a prerrogativa de produzir, a partir de novas práticas de "higiene", melhorias na saúde, alicerçada sobre os ideais da elite de uma sociedade que se estruturava após a proclamação da República.

O Brasil, posto sob forte influência da cultura europeia, manteve-se atualizado quanto às formas de "tratamento" lá implantadas. Foi promulgada em 1912 a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados, que se seguiu ao ganho de especialidade médica autônoma dos psiquiatras, aumentando o número de instituições destinadas a doentes mentais (FIGUEIREDO, DELAVATI, TAVARES, 2014). A partir da criação dessa estrutura manicomial, é possível notar a preocupação com a criação de espaços de saber disciplinar por meio de hospitais, não mais como um sistema punitivo de pura segregação de desajustados, mas um tratamento que se focava na "cura" e "normalização" dos segregados. Consoante a isso, ao enunciar a psiquiatria como mecanismo capaz de identificar os perigos da *psique* humana, o aparato institucional responsável pelo controle social se viu munido de elementos potencializadores desse controle (MARCANTONIO, 2010). Em 1932 houve a promulgação da segunda Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais, determinando o hospital psiquiátrico como única forma de tratamento (RAMMINGER apud FIGUEIREDO *et al*, 2014), o que levou, conseqüentemente, a uma explosão no número de internações, superlotando os manicômios e agravando ainda mais sua precariedade.

Os tratamentos e métodos disciplinares aplicados dentro de tais instituições eram extremamente desumanos como narrado por Arbex (2013) e Sonin e Farias (2014). Consistiam em banho-terapia, eletroconvulsoterapia, retirada dos dentes do interno, imobilizações praticadas com violência, entre tantas outras que, comuns entre as décadas de 1960 e 1970, se mantiveram até depois dos anos de 1980 com a emergência da RPB. No final da década de 1980 surgem então novos serviços voltados à saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial¹¹ (CAPS) e Núcleos de Atenção Psicossocial¹² (NAPS), que representavam uma rede de assistência externa intermediária entre o hospital e a comunidade. No ano de 2001 houve a aprovação Lei nº 10.216, conhecida como Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica, que teria como objetivo proporcionar mudanças aos pacientes psiquiátricos,

¹¹ O CAPS, tal qual descrito por Amarante e Torre (*apud* FIGUEIREDO; DELAVATI; TAVARES, 2014), enquadra-se numa rede assistencial externa intermediária entre o hospital e a comunidade, funcionando como um filtro de atendimento entre ambos a partir da prestação de serviços preferencialmente comunitária; com vistas a entender a comunidade e instrumentalizá-las ao exercício da vida civil.

¹² Possui, tal qual o CAPS, função de dispositivo substitutivo aos hospitais psiquiátricos que fundamentavam o tratamento em internação.

tanto no que diz respeito ao tratamento quanto às concepções de loucura para a sociedade (FIGUEIREDO; DELAVATTI; TAVARES, 2014), abdicando de um modelo hospitalocêntrico/manicomial vigente até então e adotando novas formas de tratamento, agora mais humanizadas e não mais focadas na cultura de isolamento. Contudo, mesmo com a reforma psiquiátrica, as concepções arcaicas acerca da loucura ainda impregnam a sociedade, e o "tratamento" por meio da internação em hospitais psiquiátricos é ainda uma realidade.

Por fim, os anos que se seguem à reforma psiquiátrica expõem transformações nas políticas de saúde mental brasileira atreladas a mudanças em outros aspectos da sociedade e sua estrutura. Os avanços institucionais da RPB até 2016 sofrem retrocessos a partir do *Impeachment* da Presidenta da República Dilma Rousseff, onde galgou o poder um governo alinhado a ideologias reacionárias. Tal histórico de transformações, que carregam e (re)produzem, em certa medida, o arcabouço manicomial escancaram um processo de disputa de concepções epistemológicas e simbólicas sobre a loucura e o adoecimento mental, que, em contato com outros fatores contextuais, influenciam os modelos assistenciais e as práticas de cuidado (SAMPAIO; BISPO JUNIOR, 2021).

Feitas as considerações iniciais, que delimitam o espaço institucional psiquiátrico nacional, a observação do desenvolvimento de tal fenômeno, da postura estatal frente ele – enquanto (re)produtor ativo da lógica estabelecida e, posteriormente, agente de resolução do conflito estabelecido –, e do quadro estrutural brasileiro que o acompanha, permitirá o vislumbre do quadro presente. Para tanto, será realizado, agora, um salto analítico detalhado para as décadas de 1960 e posteriores, a fim de compreender as transformações que culminaram no modelo atual de assistência estabelecido no país.

3.2.1 De 60 pra cá: a trajetória das políticas de assistência à saúde mental brasileiras

Durante a década de 1960 o Brasil, sob contundente sistema de desigualdades, não detinha um sistema de atenção à saúde que fosse universal. A assistência à saúde mental concentrava-se no sistema manicomial-asilar, tendo sua lógica pautada no isolamento como premissa de tratamento aos "enfermos mentais", mesmo com a promulgação do Decreto n. 49.974, publicado em 21 de janeiro de 1961 que previa, em teoria, a flexibilização ao modelo vigente. Contudo, bem como demonstrado por Farias e Sonim (2014), tais políticas de assistência apresentavam-se mais como políticas de controle, destinando a esses espaços indivíduos desviantes não apenas no papel de "loucos"¹³, mas também, os funcionários que, com exceção de alguns médicos, eram levados à trabalhar lá à força se considerados "baderneiros", demonstrando assim, que tal proposta constituía prioritariamente em ajuste político-econômico, mantendo quase totalidade do financiamento voltado para asilos privados (LIMA *apud* BISPO; SAMPAIO, 2021).

Enuncia-se o "cuidado" como central no hospital e no encarceramento, com foco na privatização e emersão da chamada "Indústria da Loucura" (CERQUEIRA, 1984), onde as internações e sofrimento mental tornam-se objeto de quimérico lucro aos segmentos empresariais. Quase todos os recursos financeiros da psiquiatria destinavam-se em internações em clínicas privadas, essas contratadas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, marcada por exorbitante número de internações a serem consideradas desnecessárias (PITTA, *apud* BISPO; SAMPAIO, 2021). Além disso, devido às precárias condições em tais instituições, a partir de 1960, como apontado por Arbex (2013), a disponibilidade de cadáveres acabou alimentando uma macabra indústria de venda de corpos. Tendo, somente a Universidade Federal de Minas Gerais, adquirido 543 corpos em uma década.

Além de formas de "tratamento" extremamente violentas e desumanizadas, destinadas às populações qualificadas como "loucas", demonstrando materialmente o lugar reservado aos "diferentes"/desviantes, as políticas de saúde da época escancaram a posição hierárquica da vida frente ao lucro. O sistema violento de dominação e controle que se legitimava como premissa de tratamento e assistência, enreda a engrenagem de uma lucrativa indústria que se

¹³ Enquadravam-se, em tal papel, presos políticos, drogados, alcoólatras, homossexuais, japoneses que por terem o olho puxado eram assemelhavam-se à mongoloides e italianos que haviam feito greve no porto de Santos, por exemplo. (FARIAS; SONIM, 2014)

edifica ante o sofrimento, a morte e classificação de determinadas populações e indivíduos enquanto "não-humanos" ante o grupo dominante. As políticas públicas, serviram, pois, como premissa de lucro e não como garantidoras de efetiva assistência e dignidade.

A partir de 1964, com o golpe cívico-militar que sufoca a frágil democracia brasileira, interrompem-se as discussões sobre um novo modelo de assistência, por exemplo, as discussões realizadas na III Conferência Nacional de Saúde em novembro de 1963. As ideias que pretendiam superar o modelo sanitário vigente tornaram-se crime (CABRAL; DAROSCI, 2019).

Em um sistema político cujo discurso dominante centrava-se na ordem e na hierarquia, a estrutura institucional, onde encaixam-se os hospitais psiquiátricos e serviços de internação, voltam-se, também, a tal discurso (HOLANDA; RIBEIRO; SILVA, 2017). As chamadas "políticas campanhistas" da ditadura alinhavam-se à psiquiatria biomédica, tornando tal posição mais evidente quando, em 1966, são extintos os Institutos de aposentadoria e Pensões, unificando-se em um único instituto: o Instituto de Previdência Social (INPS) (CABRAL; DAROSCI, 2019). A partir de tal fato dá-se a expansão da privatização dos hospitais psiquiátricos, momento esse conhecido como "Indústria da Loucura".

A grande difusão de privatizações pela compra de serviços particulares com dinheiro público valorizou quantitativamente a produção de procedimentos do setor privado, favorecendo a empresa médico-industrial, resultando na medicalização em massa da sociedade (CABRAL; DAROSCI, 2019). E, enquanto isso, a ampliação de ofertas de leitos reforçou o modelo psiquiátrico hospitalocêntrico. Havia, pois, uma prática médica orientada em termos de lucratividade, evidenciando a capitalização da medicina por meio do privilegiamento do setor privado em detrimento dos serviços médicos próprios da Previdência Social (STOCKINGER *apud* RIBEIRO *et al*, 2017). Ou seja, quase a totalidade dos recursos da psiquiatria destinavam-se a internações em clínicas privadas, contratadas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, apresentando, ainda, altos índices de internações consideradas desnecessárias (BISPO; SAMPAIO, 2021).

No início dos anos de 1970 sentiam-se as reverberações de tais políticas, a quase totalidade dos recursos financeiros da psiquiatria destinava-se a internações em clínicas privadas, contratadas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

Contudo, os anos 70 marcam o início da contratação de funcionários públicos concursados, diferente do que se via antes, quando o trabalho nos manicômios era destinado aos "baderneiros" (FARIAS; SONIM, 2014). A manutenção do sistema de controle social que se edificava sob o isolamento de desviantes de toda a ordem, e pautava os "tratamentos" sob a égide da violência - de modo tal que empenhavam o papel de tortura, como no caso do uso deliberado da eletroconvulsoterapia¹⁴- estruturou uma rede complexa de capitalização da saúde mental (leia-se: premissa para reclusão de indesejados) e da própria vida, resultando na venda até mesmo de cadáveres das inúmeras pessoas que perderam a vida nos manicômios (ARBEX, 2013).

Entretanto, em meados da década de 1970 começam a surgir possibilidades de vislumbrar a modificação do sistema vigente, onde os hospitais públicos encontravam-se em situação de extrema carência, superlotação e serviços de má qualidade; e os particulares atuavam na perspectiva de maximizar os lucros, com condições estruturais precárias e condições de assistência degradantes (BISPO JUNIOR; SAMPAIO, 2001). A secundarização das políticas de proteção social e atuação do Estado voltada a interesses do capital lucrativo resultam na crise do setor de saúde, com consequências igualmente negativas ao campo de saúde mental (MESSAS *apud* BISPO JUNIOR; SAMPAIO, 2021). Ante tal realidade amadurecem-se críticas ao modelo privatista/asilar excludente, provocando reivindicações trabalhistas, gerando discussões acerca do tratamento psiquiátrico brasileiro, que desencadeou a demissão de 260 profissionais grevistas da Divisão Nacional de Saúde Mental (AMARANTE *apud* FIGUEIREDO *et al*, 2014). As precárias condições de trabalho e baixa remuneração, podem ser citadas como fatores que impulsionaram, em 1978, a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) marcando o início do movimento da RPB, que incorpora críticas ao modelo hospitalocêntrico e as precárias condições de trabalho e tratamento (HOLANDA; RIBEIRO; SILVA, 2017). Postos sob influência direta do italiano Franco Basaglia – que visitou, em tal período, o hospital de Barbacena denunciando os horrores lá instaurados (ARBEX, 2013) – sua produção teórica e práticas psiquiátricas democráticas desenvolvidas na Itália, o MTSM passa a configurar um dos primeiros esboços da luta antimanicomial que se desenvolveria no Brasil nas décadas seguintes.

¹⁴ "Bastava os pacientes ouvirem as letras E, C e T para morrerem de medo. [...] Antes de entrar no hospital, não podia imaginar que aqueles louquinhos de cabeças raspadas recebessem choque elétrico. Só quando participei da primeira sessão me dei conta da crueldade daquela prática." (FARIAS; SONIM, 2014, p. 23)

O fim da década de 1970 é marcado, então, por diversos encontros que visavam a discussão do modelo de assistência à saúde mental empregado no país. Vale ressaltar o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, realizado no Rio de Janeiro em outubro de 1978, que contou com a presença de diversos teóricos e personalidades influentes em tais movimentos, a saber: Franco Basaglia, Erving Goffman, Thomas Szasz, Robert Castel, Félix Guattari, entre outros (SANDER, 2010). Seguem-se, pois, uma série de mobilizações como o I Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em janeiro de 1979, por exemplo, marcado por uma forte crítica à dominação que o Estado exercia no setor da saúde mental, bem como a reivindicação de maior participação de técnicos nas decisões.

É possível notar que durante os anos 70 sentem-se as consequências das políticas desenvolvidas por um Estado autoritário, que se orienta pela maximização dos lucros. As reverberações de tais estruturas desenvolvidas alicerçam as reivindicações que passam a faiscar em meados dessa década, resultando no desenvolvimento de instituições e organizações que serviriam para iniciar o que se delineou como movimentos de mudança do sistema segregador e violento que se impunha como única alternativa de tratamento aos sofrimentos psíquicos – isso quando realmente se configuram como tal –, que passariam a inflar e tomar formas mais concretas durante os anos seguintes, junto às lutas pela liberdade e enfrentamento do regime ditatorial.

No final da década de 1970 começam a se delinear, no Brasil, os esboços da reforma psiquiátrica. Mais especificamente, o ano de 1978 marca o início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, que se achavam em posição sub-humana, atravessados por experiências de violência material, simbólica e jurídica. Assim, o MTSM se configura com um caráter forjado pela crítica ao saber psiquiátrico e marca, a partir de então, o início do movimento conhecido como RPB, que incorpora críticas ao modelo hospitalocêntrico, às políticas de privatização que se propagavam, exibindo precárias condições de trabalho e a hipervalorização do lucro em detrimento à vida dos segregados em tais espaços (HOLANDA; SILVA; RIBEIRO, 2017; BISPO; SAMPAIO, 2021; AMARANTE, 1996).

A gênese da RPB, em tal período, encontra-se envolta pela luta para a redemocratização do país, a busca por reestruturação do sistema de saúde e pela transformação dos cuidados em saúde mental (BISPO; SAMPAIO, 2021). O movimento pela

reforma psiquiátrica expressa uma maior maturidade teórica e política, a qual se pode entender como delimitação mais clara do projeto das transformações em psiquiatria, transcendendo a busca de soluções exclusivamente técnicas ou administrativas, remontando a questões em um só tempo teóricas, políticas, culturais e sociais (BIRMAN *apud* AMARANTE, 1996). Amarante (1996) aponta que nesse novo cenário, o conceito de *cidadania* torna-se palavra-chave fundamental, na medida em que percorre os níveis anteriores e que, devido aos estatutos de alienação mental, ao "louco" é subtraída a possibilidade de inscrição no mundo da cidadania, no espaço da cidade e no mundo dos direitos. Sendo curioso pensar as formas como a liberdade e cidadania passam a permear as discussões institucionais e políticas no Brasil em início de abertura democrática.

Consoante a RPB emerge no Brasil, também, o Movimento da Reforma Sanitária (MRS), que objetivava um sistema de saúde igualitário, descentralizado, universal, com os serviços organizados de forma regionalizada e hierarquizada (HOLANDA; RIBEIRO; SILVA, 2017). Apontando, ainda, a integralidade e a participação social enquanto princípios fundamentais, coerentes com o conceito de saúde como direito inerente à *cidadania*. Nos anos 1980, o RPB e MRS ganharam corpo no seio da sociedade brasileira, conquistando espaços discursivos e novos adeptos na luta pela redemocratização, transformação da realidade sanitária e mudança na saúde mental (YASUI *apud* BISPO; SAMPAIO, 2021). E, apesar das divergências entre os movimentos, ambos concebiam a saúde como elemento central dotado de potencial revolucionário para a obtenção de transformações na sociedade.

Os princípios da reforma sanitária, que visavam um sistema único de saúde e a democratização das práticas institucionais, buscaram, nesse processo social e político, contemplar o campo da saúde mental e sua nascente "reforma". Dentro de um processo maior na área da saúde, a saúde mental pôde trilhar os mesmos caminhos. A mobilização dos trabalhadores de saúde, no cotidiano de suas práticas institucionais e nas universidades, politizou a questão da saúde mental, especialmente na luta contra as instituições manicomialis-asilares; produziu reflexões críticas que caminharam à uma ruptura epistemológica; criou experiências de cuidado contra-hegemônicas, buscando produzir efeitos no campo sociocultural (YASUI *apud* HOLANDA; RIBEIRO; SILVA, 2017).

Por fim, o processo de redemocratização e as discussões que o envolviam serviu como instrumento mobilizador de diversas áreas, dentre elas a saúde. Os discursos trabalhados em diversos campos surgiam como consoantes, mobilizando diversos atores em lutas que se

complementavam e caminhavam juntas, em aspectos que permeavam não somente o espectro material das liberdades e não-violências mas, também, no espaço simbólico da transformação de discursos e direitos, possibilitando o vislumbre de construção de uma sociedade mais justa e universalizante.

A década de 1990, por seu turno, marca o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira como política consentida, com os ideais de universalização e democratização da saúde legitimados por aparatos legais - a Constituição Federal de 1988 - e institucionais, alicerçados sob o Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, vislumbrava-se o início do que poderia vir a ser declínio do sistema manicomial. Ao final da década de 1980 observam-se ações que caminham em tal sentido, como a inauguração do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo, o CAPS Luiz Cerqueira; e o fechamento, em 1989, da Casa de Saúde Anchieta de Santos (SP), lugar marcado por intensa violência e mortes de pacientes, e a implementação do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) (CABRAL; DAROSCI, 2019).

Destarte, após a marca desses expoentes episódios, a rede de dispositivos substitutivos criados em vários municípios do país passa a ter visibilidade, regulamentados pelas portarias 189, de 1991, que introduziu os códigos NAPS/CAPS na tabela do SUS e pela 224, de 1992, que os define como unidades de saúde locais/regionalizadas a fim de oferecer cuidados intermediários entre a rede ambulatorial e a internação hospitalar (AMARANTE; NUNES, 2018). Contudo, apesar dos avanços progressistas que fagulhavam, e da notável redução de leitos psiquiátricos no SUS na referida década¹⁵, os hospitais psiquiátricos e as internações ainda fundamentavam as políticas de assistência à saúde mental mantendo o sistema de segregação e violência. O ano de 1999 é marcado pelo caso Damião Ximenes, um portador de transtorno mental com sintomas de esquizofrenia que foi encontrado morto e com sinais de tortura na Casa de Repouso Guararapes - filiada à época ao SUS -, levando seus familiares a encaminharem o caso à Corte Interamericana de Direitos Humanos¹⁶ (GARCIA, 2016). Ademais, grande parte dos "tratamentos" violentos, como o eletrochoque, mantiveram-se e eram amplamente empregados (GUIMARÃES *et al*, 2013).

¹⁵ De aproximadamente 90.000 em 1992 mantém-se, em 1999, um pouco mais de 70.000 (BORGES; BAPTISTA, 2007).

¹⁶ Sendo esse o primeiro caso contra o Brasil em tal corte e o primeiro a abordar a questão da saúde mental e dos portadores de transtornos mentais dentro do Sistema Interamericano (GARCIA, 2016)

A crescente onda de expansão e (trans) formação do consumo, aliada a concretização da urbanização e lógica trabalhista contribuiu, ainda, para a (re) produção da violência simbólica e estigmatização para com os segregados em instituições psiquiátricas. Os ideais adotados e propagados pela nascente classe média brasileira inferiram diretamente na constituição do olhar ante o "outro", construindo o imaginário popular sobre quem são, agora, os indivíduos alvo de institucionalização. De tal maneira, percebe-se a tendência a transformação de violência física em *violence douce*, por controles ideológicos, sem que, todavia, a violência física extinguisse, não transformando as instituições de violência, mas adaptando-as à retórica democrática (PINHEIRO, 1991).

Faz-se perceptível, pois, que os avanços progressistas na área de saúde mental caminham em favor da transformação do sistema manicomial através das redes substitutivas que começavam a se estruturar, amparadas pelos ideais de universalização e democratização que compõe as égides dos debates em saúde. Entretanto, as Instituições Psiquiátricas ainda operam em sentido de controle social mergulhadas nas mais diversas formas de violência, mesmo que de forma tácita, no sentido de violência simbólica e estigmatização, haja vista que as internações hospitalares passam a se impor como marcadoras de um tipo específico de subjetividade, ainda delineando e excluindo os desviantes, os que se afastam da nova ordem social que se edificava. Os hospitais psiquiátricos, assim, se mantêm como principal itinerário dos desamparados pela família, dos drogados, dos vagabundos, pois as concepções acerca da loucura se transformam, mas mantêm a função sócio-histórica de segregação e diferenciação de indivíduos, transformada pelas novas formas de organização social, mas delimitando e (re) produzindo o espaço central da razão nas sociedades modernas e, em especial, pela adaptação de sua função normativa aos avanços do capital.

Os anos 90 marcam-se, ainda, pela consolidação da violência urbana, pela expansão do mercado de drogas e repressão violenta às populações periféricas tanto por vias legais quanto por extra-estatais. A chegada massiva do mercado de cocaína no país, representou, também, a problemática atrelada ao consumo da droga, bem como as questões relacionadas a seu mercado. Além disso, a expressiva massa de desemprego originou inúmeros problemas sociais quanto ao consumo de álcool e outras substâncias, aliando-se à pobreza, má distribuição de renda e expansão dos ilegalismos enquanto garantia de sobrevivência e possibilidade de ganhos. De tal forma, os itinerários de populações periféricas, em especial dos usuários de drogas, constituem-se enquanto muros (in)visíveis, a saber: a prisão, o

hospital ou as ruas (OLIVEIRA *et al*, 2019); que marcam sua subjetividade, de modo que a visão da sociedade sobre eles configura um tipo específico de sua constituição enquanto *outro, desviante*, passível do jugo institucional e dos ônus de tal condição¹⁷, colocando as populações periféricas sobre coerção e violência constante, retirando suas possibilidades de plena cidadania direta ou indiretamente.

No ano de 2001 houve a aprovação Lei nº 10.216, conhecida como Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica, que buscou remodelar o sistema de atenção à saúde mental, abrindo mão do sistema manicomial-asilar que se desenvolvia até então, buscando novas formas do trato com a loucura, agora mais humanizadas e no sentido oposto do isolamento. O importante marco institucional abre o horizonte das reformas progressistas no âmbito da Saúde Mental, que se alastrariam ao longo dos anos 2000 durante o governo do Partido dos Trabalhadores (PT). Notícias da época¹⁸ demonstram que o número de internações no ano de 2002 foi de 280.504, contrapondo as 394.889 registradas em 2000, expondo, assim, os impactos da legislação que ordenou a progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos em detrimento dos serviços substitutivos e internações em hospitais gerais, quando fossem necessárias. Entretanto, o processo de desconstrução do sistema manicomial asilar impõe-se como complexo, contraditório e demorado, de modo tal que as instituições psiquiátricas, as práticas biomédicas tradicionais e o sistema segregador passam a coexistir simultaneamente com práticas inovadoras e emancipatórias em saúde mental (BISPO JÚNIOR; SAMPAIO, 2021).

O que se colocava em pauta, pois, no seio da RPB, segundo Birman (*apud* AMARANTE; NUNES, 2018), era o delineamento de um outro lugar social para a loucura em nossa tradição cultural, ou seja, a quebra do paradigma da segregação do *outro*, a favor da inserção na comunidade a partir da construção de uma cidadania expropriada. Nesse sentido, tal aspecto pode ser considerado uma das principais referências para que se construíssem outras estratégias e dispositivos políticos, sociais e culturais e não somente clínicos e terapêuticos (AMARANTE; NUNES, 2018). Nessa esteira Amarante e Nunes (2018) lançam luz à concepção de transformação no âmbito da cultura, das práticas culturais, apresentando o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, em Salvador, que propôs a construção do supracitado lugar social da loucura, trabalhando com a cultura enquanto meio e fim;

¹⁷ Ou seja, da submissão dessas populações à violência empregada pelas instituições de controle, sob a premissa de possibilidade de ordenamento do indivíduo, reconstruindo-o de forma tal que enquadre-se nos parâmetros requeridos pela sociedade.

¹⁸ <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1805200301.htm>

transpondo o uso da arte e cultura como recurso meramente terapêutico ou auxiliar da clínica, passando a assumir a dimensão de produção da subjetividade e da vida. Destarte, o processo da RPB é tomado por grande contingente de iniciativas artístico-culturais visando promover transformações no imaginário social e nas práticas discursivas sobre loucura, diferença e diversidade, dentre as quais destacam-se, além das exposições de artes plásticas, eventos culturais e criação de variadas expressões artísticas, os blocos e coletivos carnavalescos¹⁹.

A transposição, pois, do espaço cerceado da instituição à rua, caracterizado pela dita desmistificação do estigma durante o Carnaval, demonstra a pretensão de se alicerçar a RPB no âmbito cultural da sociedade. Contudo, ao considerarmos, tal qual Da Matta (1997), o Carnaval enquanto uma festa *do povo* em que a inversão carnavalesca se situa como princípio que suspende *temporariamente* a classificação precisa das coisas, gestos, pessoas, categorias e grupos no espaço social, dando margem para que tudo e todos possam deslocar-se, em uma plena associação do evento a uma "grande ilusão" ou "loucura", podemos compreendê-lo enquanto espaço propício à inserção cultural dos segregados social e institucionalmente. De tal modo, a operação das transformações pelo viés cultural situada no espaço carnavalesco de intrínseca subversão da ordem, não apresenta, em si, uma efetiva ruptura, haja vista que "a transformação do carnaval brasileiro é, pois, aquela da hierarquia cotidiana na igualdade mágica de um momento passageiro" (DA MATTA, 1997, p 171).

Destarte, as transformações pretendidas pelo viés cultural, apesar de efetivas em vários campos, não operaram amplamente na (des)construção do senso comum e imaginário popular frente à loucura, estigmatização e propagação de violência simbólica ante os segregados. A promoção do fechamento das instituições psiquiátricas levantou, agora, outro debate no que tange à inserção comunitária e familiar dos doentes mentais, uma vez que ao deixar os hospitais, os pacientes necessitam de novo itinerário. Frente a tal cenário as discussões a despeito da RPB enquadram a forma de lidar com o doente mental na família como um dos contrapontos centrais à Reforma, tal qual explicitado por diferentes reportagens

¹⁹ A presença no carnaval foi apontada por um interlocutor, trabalhador de um hospital psiquiátrico, durante a realização de entrevista: "E agora eu acredito que a cabeça do povo tá... se abrindo mais, sabe? Perante a isso, e a gente tá tentando divulgar melhor o nosso trabalho. Eu acho que foi... As pessoas pensavam isso por falta de divulgação. Informação, divulgação. E agora a gente tá tentando fazer isso ser mais visível, ver que a coisa não é desse jeito que as pessoas pensam. Tanto que a gente foi pro carnaval, teve o aniversário da cidade e a gente foi pra um desfile. A gente levou 16 pacientes. E a gente desfilou todo mundo na avenida. Ganhou camiseta, ganhou tudo essas coisas. Pra eles foi o evento do ano. E pra sociedade foi uma surpresa, né? " ai meu deus, os loucos saíram". E viram que os loucos eram mais normais que eles (risos), entendeu? Então acredito que isso tá mudando, tá melhorando bastante." (TRECHO DE ENTREVISTA COM ARIELA, 05/07/2022).

da época, colocam a incapacidade da família em lidar com situações de crise como ponto central na defesa da permanência dos hospitais²⁰. Assim, o hospital psiquiátrico mantém as internações em coexistência aos espaços alternativos, enquanto a opinião e o imaginário popular mantém o isolamento e segregação do diferente enquanto alternativa plausível à transformação cultural que representa a ruptura com a visão deturpada do diferente, uma vez que a figura do louco ainda se atrela aos arquétipos de violento, drogado, vagabundo, entre tantos outros que estruturam uma justificativa lógica da repressão, violência e segregação de grupos enquadrados fora da normalidade social vigente, sendo esses, em grande parte, os sujeitos com marcadores sociais de diferença.

Porém, apesar dos percalços envoltos nas reformas efetivadas durante os anos 2000, é irrefutável que o período apresenta expressivo progresso na área da saúde mental. Os avanços na área dos cuidados e a promoção significativa dos serviços substitutivos e outros programas fora da lógica de institucionalização – CAPS, NAPS, Serviços de Residência Terapêutica (SRT), o programa "De volta para a casa"²¹, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs)²², por exemplo, apresentam as alternativas tomadas a favor do desmanche do maquinário psiquiátrico edificado até então. Outro importante marco no avanço das Políticas em Saúde Mental foi a instituição, em 2011, da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Portaria GM/ MS nº 3.088 de 23/12 de 2011), cujos objetivos principais foram definidos como a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população, considerando os diferentes níveis de complexidade, promoção do acesso de pessoas com transtornos mentais e necessidades oriundas do uso de álcool, crack e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; além de garantia da integração e articulação dos pontos de atenção de redes de saúde no território qualificando, assim, o cuidado por meio do acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências (AMARANTE; NUNES, 2018). Ou seja, com a RAPS, houve a demarcação da valorização do caráter territorializado e comunitário do cuidado (BISPO; SAMPAIO, 2021).

Tais continuidades de progressões na RPB, salvas as necessárias críticas já antes feitas, expressam-se através de diversos avanços, apresentados quantitativamente por

20

<https://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/reforma-psiquiatrica-completa-oito-anos-e-ainda-divide-opiniones-bky1ebbzejgg2ebuv54lebia6>

²¹ Criado em 2003, para a ressocialização de pacientes vítimas de internações de longa permanência (BISPO; SAMPAIO, 2021).

²² Criado em 2008, a fim de realizar, entre outras atribuições, apoio matricial em saúde mental às equipes de saúde da família (BISPO; SAMPAIO, 2021).

Amarante e Nunes (2018): a expressiva diminuição de leitos psiquiátricos, tendo sido reduzidos de 80 mil na década de 1970 para 25.988 em 2014. Ainda, considerando os investimentos em serviços de atenção psicossocial, em especial CAPS, ultrapassando a marca dos 2 mil, em 2014, e alcançando uma cobertura de 0,86 CAPS por 100 mil/habitantes, os gastos com hospitais caíram de 75,24% em 2002 para 20,61% em 2013, enquanto que, em sentido oposto, os gastos com atenção psicossocial passam de 24,76% para 79,39% no mesmo período. Registraram-se, em 2014, 610 SRT's com 2.031 moradores egressos de instituições psiquiátricas e o Programa de Volta Para Casa atinge 4.349 beneficiários. Tais dados quantitativos expressam, materialmente, os esforços empregados na superação do sistema psiquiátrico anterior. Entretanto, apesar dos avanços em serviços substitutivos, isso não significou uma ruptura com o sistema antecessor. As práticas assistenciais passam a conviver simultaneamente com as práticas biomédicas tradicionais e com práticas inovadoras e emancipatórias em saúde mental (LIMA; GONÇALVES *apud* BISPO JUNIOR; SAMPAIO, 2021).

Mas, como nem tudo o que é sólido desmancha-se no ar, os ventos do progresso logo esbarraram nos duros muros do conservadorismo e retrocesso. Em 2016, com o golpe parlamentar que destituiu do poder a presidenta Dilma Rousseff, e a ocupação de grupos conservadores no governo federal, ocorrem novos arranjos institucionais que definem a redução de direitos constitucionais e do papel do Estado diante das políticas públicas (MACHADO *et al apud* BISPO JUNIOR; SAMPAIO, 2021). As discussões pró-manicomiais, com vistas a reordenar a política de saúde mental intensificam-se e, nessa esteira, desencadeiam-se mudanças institucionais devido a aprovação de um novo arcabouço legal que reorganiza a estrutura da rede e o cuidado desenvolvido pelas unidades integrantes da RAPS (BISPO JUNIOR; SAMPAIO, 2021).

Destarte, no ano de 2017, entram em vigor a Resolução CIT n. 32/2017, que estabelece diretrizes para o fortalecimento da RAPS e Portaria n.3588/2017, que estampa em seu discurso a construção de uma rede de assistência segura, eficaz e humanizada (CABRAL; DAROSCI, 2019). A Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a qual reúne o Ministério da Saúde e representantes dos estados (CONASS) e municípios (CONASCEMS), anunciaram as supracitadas medidas que promoveram mudanças na Política Nacional de Saúde Mental. Dentre as principais alterações, destacam-se a inserção do hospital psiquiátrico na RAPS, com importantes retrocessos nos avanços alcançados pela RPB, gerando, ainda, riscos de

subfinanciamento dos serviços extra-hospitalares e desestímulo ao fechamento dos hospitais psiquiátricos (BISPO; SAMPAIO, 2021). De acordo com Siqueira (*apud* CABRAL; DAROSCI, 2019), no ano de 2018 o orçamento para a saúde mental não foi distribuído de forma satisfatória no Brasil, do total de 320 milhões, dois terços foram destinados à rede privada, formada por hospitais psiquiátricos, manicômios e comunidades terapêuticas. De tal modo, apenas um terço dos recursos acabou destinado, factualmente, aos equipamentos públicos da RAPS. Tal quadro aponta para a possibilidade de reestruturação da indústria da loucura, retomando a capitalização da saúde mental.

Não obstante, em Nota Técnica n. 11/2019 (CGMAD/DAPES/SAS/MS), o Ministério da Saúde apresenta esclarecimentos acerca das mudanças na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas (PND). A PND assume posição expressamente contrária à legalização das drogas, preconizando o tratamento e transferência de recursos públicos para as comunidades terapêuticas e foca o cuidado na abstinência do uso em oposição à redução de danos, medida adotada anteriormente. Sampaio e Bispo (2021) apontam para o risco de retomar o modelo de cuidado que se centra, prioritariamente, na doença que desconsidera a multicausalidade que se associa ao uso dessas substâncias. Ponderam, também, que as bases das comunidades terapêuticas despontam na contramão das propostas da RPB, que prioriza a produção de autonomia e liberdade, além do desenvolvimento de estratégias de cuidado no seio comunitário e com centralidade nas necessidades dos sujeitos (BISPO; SAMPAIO, 2021).

A Nota Técnica n.11/2019 apresenta ainda, ao longo de seu texto, diversos pontos que contrapõem e ignoram os mais de quarenta anos de luta e reivindicações por transformações no sistema psiquiátrico. Há o fortalecimento da RAPS, enunciando a igual importância de todos os serviços que a compõem, incluindo o hospital psiquiátrico. Em seguida, pontua: "O Ministério da Saúde não considera mais os serviços como sendo substitutivos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. [...] não há mais porque se falar em "rede substitutiva", já que nenhum Serviço substitui outro" (BRASIL, 2019, p.3;4). Tal colocação serve de prelúdio às determinações que viriam a seguir, resgatando as antigas formas de atenção à saúde mental. Consta a atualização, depois de nove anos, do valor pago pelas internações em hospitais psiquiátricos, bem como a necessidade de modernizá-los. O documento expressa que o Governo Federal continua incentivando a desinstitucionalização dos pacientes moradores de hospitais psiquiátricos, mas deixa clara a nova posição adotada:

"[...] a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos". Medida essa na contramão de todos os avanços legais pretendidos, e defendidos, pela RPB. Linhas a frente no corpo do texto, após apresentar dados sobre os baixos números de leitos, aparece uma informação crucial:

Em contrapartida [ao baixo número de leitos], houve migração considerável de doentes mentais graves para a população prisional, sendo as cadeias o maior manicômio do Brasil na atualidade. [...] Tal cenário é fruto direto dos equívocos de fechamento de leitos psiquiátricos no Brasil, nas últimas duas décadas principalmente.(BRASIL,2019, p.5)

A afirmação, que se impõe, em semiótica, como justificativa da necessidade de retomada dos investimentos e manutenção dos hospitais psiquiátricos, ao mesmo tempo, sela cabalmente o que deve ser o destino dos "loucos": o isolamento, se não nos hospitais, nas prisões. O enquadramento dos doentes mentais enquanto tipo potencialmente perigoso, enquanto sujeito de tendências criminais, opera exercendo função de violência simbólica, e estigmatiza para impor controle social.

De acordo com o texto, ainda, problemas na condução da antiga PNSM concorreram para, além do aumento de pacientes com transtorno mentais graves nos cárceres brasileiros, o aumento das taxas de suicídio, aumento de pacientes com transtornos mentais graves em situação de rua, aumento e proliferação das cracklândias, aumento da mortalidade de pacientes mentais e dependência química, alta de afastamento do trabalho de pacientes mentais, e entre outras (BRASIL, 2019). Parece ignorar por completo o fato de que existem diversos outros fatores de cunho social e econômico que corroboram diretamente para os apontamentos feitos como originários da antiga PNSM, bem como aparenta desconsiderar que a pobreza extrema, desemprego, violência e ruptura com os laços sociais estão intimamente relacionados ao aumento dos casos de sofrimento mental (SANTOS E VIEIRA, 2018 *apud* BISPO; SAMPAIO, 2021). O mesmo documento também insere os aparelhos de Eletroconvulsoterapia (ECT) na composição da lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde, passando a financiar a compra desse tipo de equipamento, pois "Quando se trata de oferta de tratamento efetivo aos pacientes com transtornos mentais, há que se buscar oferecer no SUS a disponibilização do melhor aparato terapêutico para a população" (BRASIL, 2019, p.6). E, além disso, institui a possibilidade de internação de crianças e adolescentes em unidades psiquiátricas.

Fica evidente que a guinada conservadora ultraliberal, que desponta a partir de 2016 com o *impeachment* de Dilma e se consolida no governo Bolsonaro, opera no sentido de uma contrarreforma do sistema psiquiátrico brasileiro. A reinserção dos aparelhos segregadores como componentes das redes de atenção à saúde mental apontam para a retomada das internações enquanto foco de tratamento, e o isolamento enquanto alternativa preconizada ao trato com o sofrimento mental. Retoma-se a construção da figura do "louco" enquanto ente perigoso, desenvolvendo formas de estigma que justificam a postura do Estado de promotor de um controle social "justificável". Faz-se necessário pontuar que os caminhos que se desenvolvem remontam, em muitos aspectos, às antigas políticas de atenção à saúde mental, que menos eram voltadas ao cuidado, e mais à produção de lucro a partir de um sistema complexo e sofisticado de capitalização do sofrimento mental que se enredou industrialmente, pautado em interesses públicos e privados edificados sob a lógica da exclusão. Ainda, enquanto ilustrativo de tal cenário enreda-se, desde 2016, o chamado "apagão" de dados de saúde mental. Os últimos dados consolidados acerca da saúde mental datam de 2015, ano em que houve a última publicação do Saúde Mental em Dados, relatório emitido pelo Ministério da Saúde.²³

O objetivo central da realização de tal reconstrução sócio-histórica foi o de escancarar os processos envoltos na construção do fenômeno dos hospitais psiquiátricos na contemporaneidade, compreendendo-o enquanto uma construção feita através de processos que se apresentam enquanto rupturas e continuidades de uma estrutura de controle social, que baseada na hierarquização de indivíduos e formas de vida, elege aqueles *cidadãos*, e aqueles destinados ao isolamento. Que transforma, assim, os espaços em ambientes homogeneizados, que realoca o *outro* para fora das relações. Destarte, a partir do entendimento de todos os processos que atravessam o tema da presente pesquisa, é possível lançar luzes ao fenômeno, tendo, ainda, em perspectiva que um fator externo penetrou diretamente a questão: a pandemia de COVID-19 que, a partir do ano de 2020, levou a uma reorganização da vida em seus mais diversos aspectos.

²³ Para mais informações acessar: <https://www.camara.leg.br/noticias/895583-pesquisadores-criticam-apagao-de-dados-sobre-saude-mental-no-pais/> [Descarregado no dia 08/09/2022].

3.3 A pandemia

Poe (2018), no século XIX – e antes deles Boccaccio (2004) no século XIV – capturou através de sua obra literária um dos flagelos que assombra a humanidade através das eras: a peste. Basta olhar para o passado para que se vislumbre o que acontece quando uma doença alastra-se incontrolavelmente, sem que se disponha de conhecimento ou meios para tratá-la ou preveni-la de forma eficaz. A morte, o sofrimento, o medo e a(s) crise(s) espelham-se pela cidade, pelo país, pelo mundo. Para proteger-se, ao menos do contágio, e escapar do risco constante da morte que paira no ar, a única alternativa plausível é evitar o que a propaga, ou seja, o contato com os outros. Mas, mesmo isolando os doentes, a incerteza de quem pode, ou não, contaminar é uma constante. Assim, é preciso isolar-se. Poe (2018) em seu conto descreve o cenário de epidemia da “Morte Rubra” e de um príncipe que, ao ver a população de seu domínio reduzida à metade, realizou uma festa em uma de suas excêntricas abadias acasteladas, reunindo mil de seus amigos saudáveis, proibindo a entrada e saída de qualquer um. Ao decorrer do baile de máscaras, contudo, a presença de uma figura misteriosa fez padecer todos os presentes; era ela a própria doença. A doença não discerne nobres e plebeus, contamina e mata a todos igualmente – afinal, não é racional –, mas enquanto a corte pôde se isolar em uma luxuosa abadia com provimentos em abundância, o povo morria na cidade, entregue à fome e à peste. Essa reflexão é importante.

O ano de 2020 foi marcado por uma crise de saúde pública global: a pandemia originada pelo vírus SARS-CoV-2, agente etiológico da COVID-19. Após a notificação de 110 mil casos e 4 mil óbitos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declara pandemia, em 11 de março de 2020 (GARCIA, DUARTE, 2020). Os Estados fecharam suas fronteiras, voos nacionais e internacionais foram cancelados por companhias aéreas, observou-se um movimento que tentara frear o inevitável em nossa realidade globalizada, que o vírus se espalhasse pelos continentes. Carvalho *et al* (2021) apontam que a partir do constante aumento do número de casos e mortes pela doença, cidades inteiras decretaram *lockdown*²⁴; foram proibidas aglomerações em espaços públicos, escolas fechadas, estabelecimentos comerciais e de serviço tiveram seu horário de funcionamento reduzido, tendo sido criados até toques de recolher. Mobilizou-se uma aparelhagem de vigilância sobre os corpos, de controle espacial.

²⁴ Que significa bloqueio total, é uma medida preventiva contra o vírus. Consiste em evitar que as pessoas saiam de suas casas para realizar atividades não essenciais.

Mediante isso, como bem descrito por Caponi (2021), emerge o estranho sentimento de se estar inserido em uma narrativa foucaultiana sobre quarentenas, isolamento e peste. Foucault (1999) explicita que, no decorrer do século XVII, o controle da peste era exercido da operação intensa do dispositivo disciplinar através da inspeção, vigilância e repressão constantes; são controlados os movimentos, registrados os acontecimentos. Cada indivíduo é constantemente localizado, examinado e distribuído entre doentes, vivos e mortos, o poder se exerce de forma centralizada, segundo uma figura hierárquica contínua. Perante a ausência de estratégias imunitárias efetivas, muitas estratégias definidas ontem e hoje permanecem iguais. Contudo, tais regulamentos não são, sem dúvidas, iguais aos protocolos adotados hodiernamente; não há o mesmo espírito punitivo e sequer vigilância hierárquica (CAPONI, 2021).

A bibliografia demonstra, pois, que o que se desenvolveu em diversos países foi uma estratégia biopolítica (CAPONI, 2021; CARVALHO *et al*, 2021). A biopolítica – que pode ser definida como o conjunto de mecanismos pelos quais tudo o que constitui características biológicas fundamentais na espécie humana pode fazer parte de uma política e da estratégia geral do poder – aparece no pensamento de Foucault (2008), a partir da análise do modelo da varíola, uma epidemia que exigiu uma nova configuração das relações de poder para seu controle, uma estratégia que focalizava no dispositivo de segurança. Esse dispositivo, que permanece e se articula junto aos outros, por sua vez pode ser traduzido enquanto o cálculo de possibilidades, gestão de séries abertas que são controladas a partir de uma estimativa de probabilidades, que se tece pelo acúmulo de informações relacionadas ao fenômeno em questão, como crimes ou epidemias. De tal modo, a biopolítica desloca o foco da docilização do corpo individual para o controle do corpo biológico em escala populacional, tem como função maior a gestão da vida, ao revés do direito do soberano que “faz morrer ou deixa viver”, é um direito “de fazer viver e de deixar morrer” (FOUCAULT *apud* CARVALHO *et al*, 2021).

Segundo Caponi (2021) o modelo de controle das epidemias, portanto, os cálculos de controle de risco e as estratégias de antecipação ocupam lugar central na construção da biopolítica, sendo possível antecipar um perigo sobre a saúde e a vida, legitimando e dotando de aceitabilidade as intervenções sobre as populações, a partir da perspectiva biológica. Os cálculos permitem a identificação de regiões e locais com maior potencial de contágio, calcular a quantidade de infectados, o nível de imunidade existente, determinando que regiões ou cidades devem entrar em esquema de isolamento maior e indicar quando medidas podem ser flexibilizadas. Nesse cenário, a partir do pensamento de Foucault, a saúde pública pode

ser pensada como uma estratégia biopolítica fulcral para a garantia de gestão de populações e governo aos Estados modernos. Para Danner (*apud* CARVALHO *et al*, 2001), a morte, no biopoder, pode ser aceita, apenas, na medida em que se proponha “eliminar o perigo biológico” em favor do fortalecimento de um grupo que se define também em termos biológicos. Através dessa nova tecnologia de poder, o racismo se torna um mecanismo de Estado que não estabelece apenas uma fragmentação no conjunto da população, subdividindo-a em raças, como permite, também, uma relação positiva entre morte e vida. O que significa que quanto mais se deixa morrer, mais se vive, a morte do outro não significa simplesmente a vida em sentido de ser segurança pessoal; a morte do outro, da “raça inferior”, do anormal, é o que deixaria a vida mais sadia, mais pura (FOUCAULT *apud* CARVALHO *et al*, 2021).

Caponi (2021) apresenta que a gestão da pandemia de COVID-19 na Nova Zelândia pode ser interpretada como o modelo mais adequado de biopolítica. É necessário expor que o país conta com vantagens em relação a outros no que tange à sua condição de população e geográfica. O controle de ingressos e fechamento de fronteiras é simplificado devido ao fato de ser uma ilha, facilitando o isolamento; de outro lado, o seguimento e controle de casos é facilitado devido à baixa densidade populacional.

A gestão da pandemia na Nova Zelândia, segundo a autora, reitera elementos das velhas estratégias biopolíticas narradas por Foucault, articulando novos conhecimentos científicos. Foi criado um sistema em 4 níveis de alerta para controlar o contágio, como modo de instruir a população sobre o grau de gravidade da pandemia em determinado território, divulgando quais restrições devem ser seguidas. O sistema de alerta era abastecido com informações atualizadas que permitiam sua manutenção e eficácia. Além disso, somou três novas estratégias às medidas biopolíticas clássicas, a saber: a garantia de auxílio financeiro para que as pessoas pudessem manter-se isoladas; medidas de testagem, com testes nos centros de saúde para pessoas com sintomas, e testes aleatórios para a comunidade; por fim, um sistema de rastreamento de casos, através da utilização do aplicativo NZ Covid Tracer²⁵.

Como resultado do diálogo permanente entre as estratégias de governo e as novas informações e conhecimentos científicos, que não nega os conhecimentos que possam ser úteis para salvar vidas, e compromete-se com a tarefa educativa para que a população compreenda os riscos existentes e a necessidade do cuidado entre todos (CAPONI, 2021), a Nova Zelândia registrou, até o dia 14 de dezembro de 2022, o total de 1.988.259 casos de

²⁵ Foram expostos em locais de trabalho, comércio e transporte público, códigos de rastreio QR, emitidos pelo governo da Nova Zelândia, para permitir a captação pelo aplicativo (CAPONI, 2021).

COVID-19 e 2.257 mortes (WHO, 2022). O que representa 41.231,08 casos e 46,8 mortes por 100.000 habitantes, de modo tal que é possível imputar ao país a condição de melhor gestão da pandemia. Isso demonstra, factualmente, que é possível organizar uma gestão biopolítica que maximize a vida e minimize a exposição ao contágio e à morte com medidas educativas claras, divulgando e avaliando riscos, considerando os conhecimentos científicos adquiridos por diversas áreas (CAPONI, 2021).

Apesar de haver diretrizes unificadas da OMS, cada país desenvolveu suas estratégias de controle da pandemia a partir de possibilidades econômicas e com as lutas de poder existentes em cada caso (CAPONI, 2021). Ao deslocar, portanto, o olhar para o Brasil, é necessário ter em mente as profundas desigualdades que preenchem todos os campos e esferas da sociedade. Some à isso, ainda, um chefe do Executivo que de diversas maneiras atuou na contramão do combate efetivo à pandemia, principalmente em favor da “liberdade individual” e da sobrevivência do mercado acima de tudo, e teremos o resultado de uma gestão de pandemia ancorada na ideologia neoliberal: 35.643.770 casos e 691.015 mortes por COVID-19 (WHO, 2022), até dia 14 de dezembro de 2022, o que significa 16.786,85 casos e 325,9 mortes por 100.000 habitantes (WHO, 2022).

Como bem demonstrado por Santos (2020), todo processo de isolamento social tende a ser mais difícil para certos grupos sociais do que para outros. Mulheres que sofrem violência doméstica viram-se confinadas com seus agressores; idosos, grupo de risco que requer ainda mais cuidado, viram-se ainda mais isolados e solitários. Enquanto pessoas não possuíam sequer uma casa para se isolar e ficavam entregues à cidade vazia, ou então dividiram pequenos cômodos com inúmeros outros corpos, uma pequena parcela privilegiada da população pode manter seu resguardo em suas casas ou apartamentos, cercados pelos muros do condomínio. Se alguns dispunham de recursos para estocar mantimentos e enclausurar-se por longo tempo, outros sequer possuíam água encanada para realizar a higienização das mãos, medida basilar de contenção da pandemia. Enquanto os filhos das classes médias e altas puderam acompanhar o ensino remoto com bons computadores, acesso a internet e disposição de ambiente preparado, os filhos dos pobres viam-se em desalento.

Não bastassem as abismais desigualdades demográficas, habitacionais, econômicas, sociais, entre tantas outras, que necessitam de atenção para que se possa gerenciar a pandemia garantindo acessos iguais aos meios de prevenção de seguridade, Jair Bolsonaro, que esteve à frente do governo durante os anos da crise sanitária e elegeu-se sobre pautas neoliberais, colocava-se em contraposição às medidas recomendadas pela OMS. De tal modo que mesmo as medidas de isolamento e distanciamento social que foram adotadas eram brandas e seriam,

talvez, inexistentes não fosse a capacidade de municípios e estados de gerirem, de forma mais ou menos independente, as políticas de saúde locais e estaduais. Desde o início da crise endêmica o então presidente do Brasil deu indícios de como seria a postura e posicionamento do governo ante ela. Enquanto o mundo, em geral, somava esforços para tentar conter o vírus que se espalhava rapidamente, levando países a crises intensas no sistema de saúde – dado que uma das principais dificuldades enfrentadas ao longo da pandemia foi o da superlotação de hospitais e disponibilidade de recursos – Bolsonaro o tratava como “uma gripezinha”²⁶.

Nesse sentido, apoiado sobre a lógica neoliberal de valorização de uma hiper-liberdade individual que se sobrepõe ao bem estar e proteção coletivo, e da luta pela sobrevivência do mercado acima da sobrevivência humana, Bolsonaro – assim como, e orientado por, seu aliado político Donald Trump – desestimulou as medidas de segurança e recomendações das autoridades científicas e internacionais, como o isolamento social e o uso de máscaras de proteção. Em sua concepção, e na de muitos de seus seguidores, tais medidas iriam ao encontro da liberdade individual assegurada. Além disso, apoiado por médicos aliados à ideologia bolsonarista, recomendou o “tratamento precoce” com um kit de medicamentos²⁷ que sequer apresentavam qualquer grau de comprovação de eficácia, ao revés, eram comprovadamente ineficazes no tratamento da COVID-19, podendo até mesmo gerar efeitos adversos e sequelas.

Como expressa Carlos (2020) a fala de Bolsonaro segundo a qual “alguns vão morrer na pandemia porque assim é a vida!” representa perfeitamente a escolha do modelo neoliberal como destino da sociedade. Explico o porquê. O neoliberalismo, lembra Caponi (2021), não produz apenas bens de consumo. Produz também capital humano, o empresário de si, o indivíduo que preocupa-se fundamentalmente com o lucro e a competição. Diante do processo cognitivo que naturaliza as desigualdades pelo signo da alucinada competição que se edifica sobre a falácia do mérito, o governo Bolsonaro, temeroso de que as medidas de isolamento e confinamento social prejudicassem a retomada do desenvolvimento econômico, propôs que tais medidas fossem ignoradas, uma vez que as consequências da pandemia seriam desprezíveis se comparadas aos prejuízos econômicos que as medidas e estratégias preventivas poderiam provocar (LIMA; CAMPOS, 2021).

O que passou a se engrenar, portanto, foram políticas que se capilarizaram em todas as esferas administrativas, desde os níveis federais à municipais, que sobrepunham a valorização

²⁶ <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52205918> Acesso em: 15 de dezembro de 2022

²⁷ Não serão divulgados os nomes dos medicamentos, como forma direta de desestímulo de seu consumo fora de recomendações médicas.

do mercado e a proteção da vida. Mesmo em estados, como no caso de São Paulo, em que o governo estadual passou, em alguns sentidos, a se opor ao federal como no caso em que tornou obrigatório o uso de máscaras em contraponto ao que disseminado pelo presidente; as políticas de isolamento rapidamente sucumbiam à necessidade neoliberal de “retomada econômica”, fazendo com que fossem brandas e abrandadas em movimentos de instabilidade sanitária, “como se de fato fosse possível imaginar conquistas econômicas edificadas sobre cadáveres” (CAPONI, 2021, p.8).

Segundo Lima e Campos (2021), a naturalização da desigualdade jurídica entre os brasileiros, que origina o foco em mecanismos repressivos de controle social, resulta na semelhança entre políticas de segurança pública e de saúde pública durante a pandemia de COVID-19. Enquanto no primeiro campo materializa-se tal desigualdade através de ações repressiva de controle social, na saúde pública manifesta-se através da negação da eficácia da adoção de políticas de controle e prevenção da doença expressa, especialmente, pela rejeição do isolamento horizontal, aplicação massiva de testes e universalidade da vacinação pelo governo federal. A comparação entre os campos se dá, portanto, no sentido em que ambos funcionam, no Brasil, somente pelo viés da repressão, pois é essa a forma privilegiada de controle social em uma sociedade de juridicamente desiguais.

Para os autores, o que se definiu no Brasil foi uma sujeição sanitária²⁸ e uma cidadania vertical para a implementação do isolamento social restrito a um segmento vulnerável da população (LIMA; CAMPOS, 2021). Nesse pensamento, sujeição sanitária e cidadania vertical refere-se à uma cidadania fundamentalmente hierarquizada, ou seja, tem-se de um lado a maioria da população que não detém igual possibilidade de obtenção dos mesmos recursos, sejam sociais, econômicos ou jurídicos para exercer direitos no espaço público ou privado, para exercer uma cidadania horizontal e adotar medidas preventivas contra a doença pois “precisa trabalhar”; enquanto, de outro lado, os grupos privilegiados possuem recursos econômicos, simbólicos e jurídicos desiguais não só para o “home office”, mas para não irem aos mercados e obrigarem seus funcionários domésticos a usar máscaras de proteção, por exemplo. Assim, desigualam e reproduzem a naturalização da desigualdade no espaço público e no espaço privado.

Foram nos espaços de trabalho, portanto, em que tal desigualdade primeiro se revelou durante a pandemia de COVID-19: enquanto alguns poucos privilegiados puderam exercer o

²⁸ O termo origina-se do que Misse (*apud* LIMA; CAMPOS, 2021) chamou de sujeição criminal, processo em que certos indivíduos, oriundos de segmentos menos favorecidos e com marcadores sociais de diferença, são indigitados, de antemão, como sujeitos preferenciais de políticas de repressão criminal que exerce-se, muitas vezes, de forma letal pela polícia militar ou judiciária.

trabalho em suas casas pelo chamado “home office”, a maioria da população, composta por classes menos privilegiadas que integram fundamentalmente o mercado de trabalho de serviços domésticos, trabalhadores do mercado informal, trabalhadores da indústria de bens e serviços, além dos profissionais de saúde que atuaram na ponta das redes de assistência social e em saúde (LIMA; CAMPOS, 2021) viram-se relegados à manutenção de suas rotinas, sendo expostos de forma intensiva e extensiva aos riscos de contração da doença. É nítido que a implementação do home office possui, também, seu ônus. Como apresenta Carlos (2020), o trabalho remoto subverteu a lógica e o uso do espaço privado da família, que tornou-se um espaço produtivo da capital, subordinando o tempo familiar. Assim, novas regras de convívio se impuseram por meio de sérias imposições ao uso do tempo e de espaços privados, devido ao fato do tempo doméstico, tal qual o espaço, ser totalmente subsumido à produção econômica, aumentando a exploração do trabalho e diminuindo aquele dedicado à vida privada. A casa, portanto, torna-se síntese dos espaços-tempos cotidianos antes desenvolvidos em diversos lugares.

Contudo, a maior parte da população foi sistematicamente exposta ao risco de contágio e morte. Não houve, como antes mencionado, políticas de seguridade que garantissem as mesmas possibilidades de gozar do direito de proteger-se do contágio a todos. No Brasil, as políticas de assistência social foram criadas a fim de reservar uma renda mínima à população vulnerável, mas o principal intuito de tais políticas era, fatidicamente, estimular a economia; no momento em que foi criado o auxílio emergencial, o poder executivo ainda insistia no discurso negacionista da pandemia, propagando *fake news* sobre recomendações da OMS – isso quando não afrontando-as diretamente, no discurso e em ações –, relativizando a crise de saúde e boicotando tentativas dos poderes municipais e estaduais no controle do vírus (CARVALHO *et al*, 2021).

A rejeição das medidas preventivas foi justificada pelo argumento de que sua implementação, de modo que se tornassem obrigatórias, limitavam a liberdade individual dos cidadãos. Para Lima e Campos (2021) tal afirmativa desconsidera algumas questões centrais: não leva em conta que a obrigatoriedade das medidas de segurança funda-se nos limites impostas à essa liberdade em situação de calamidade pública, em que o bem-estar coletivo se impõe sobre os comportamento individuais; além disso, ignora que em nossa sociedade o exercício do direito à liberdade individual não incorpora caráter de universalidade, estendendo-se a todos os cidadãos. Assim, caracterizam essa liberdade individual enquanto uma liberdade hierárquica, desigualadora dos poucos que a podem exercer. De modo

paradoxal, torna-se desejada por todas aquelas que pretendem se desigualar de seus pares, transformando essa diferença em efêmera superioridade.

O discurso sobre a liberdade individual que fundamentou as ações tomadas pelo governo federal durante a pandemia tomam forma no sentido de afronta às medidas que pretendiam, de acordo com tal narrativa, vigiar e cercear os indivíduos. Logo, através do discurso de negação dos métodos disciplinares que se derramariam para fora do controle pandêmico, materializando o controle intensivo da população, o governo brasileiro pôde exercer uma biopolítica que se estruturou sobre o racismo de Estado, resignando às parcelas mais desprivilegiadas e vulneráveis da população o risco constante e intensivo de contágio e morte pela doença. O que se efetivou, portanto, foi algo próximo ao que Mbembe (*apud* CAPONI, 2021) identificou como necropolítica: uma prática frequente de Estados exporem certos indivíduos sistematicamente à morte, da qual podemos tomar o nazismo como arquétipo, mas que pode também ser identificado no imperialismo colonial.

Como aponta Harvey (*apud* VOLOCHKO, 2020), trata-se de uma pandemia de classe, de raça e de gênero. O sentido do capitalismo neoliberal intensifica-se durante a pandemia, sendo absorvido e propagado pelo governo de extrema direita de Bolsonaro que traveste uma política de extermínio populacional pelo discurso de valorização da liberdade individual e economia. Uma vez que os momentos de crise tendem a acelerar processos sociais já em curso (HARARI *apud* CARVALHO *et al*, 2021), o que se observou foi a uma veloz efetivação das políticas pautadas em tons de violência pretendidas pelo governo desde que as disseminou como bandeiras em seus discursos eleitorais.

Entretanto, apesar das políticas e normas, ou justamente sua ausência, terem direcionado grande parcela da sociedade²⁹ ao risco iminente do contágio e à morte, houve aqueles que não contraíram a doença ou não desenvolveram sintomas graves. Em contrapartida, privilegiados à quem as condições permitiram a tomada das medidas preventivas contra a doença também padeceram, ou tiveram casos próximos a quem isso se deu. Fato é que ao chegar no patamar de centenas de milhares de mortes pela doença, todos conheciam alguém que a contraiu ou faleceu devido a ela. Afinal, como mencionado no começo dessa explanação, o vírus em sua irracionalidade não distingue os indivíduos que infecta, as condições que aumentam, ou não, a exposição ao contágio é que serão cruciais para determinar quais as parcelas da população mais afetadas.

²⁹ E vale-se ressaltar mais uma vez: em sua colossal maioria pessoas pobres e de classes menos privilegiadas, que possuem marcadores sociais de diferença.

As políticas que se desenvolveram em território nacional serviram para desigualar ainda mais os desiguais, promovendo o extermínio sistemático dos que foram privados do direito ao isolamento e à condições eficazes de prevenção. E, em segundo plano, as ações biopolíticas de controle estendiam-se a todos, em uma gestão constante dos corpos que não detinham condições iguais de se prevenirem, de tal forma que a diferenciação que já antes da pandemia se estabelecia em relação a corpos específicos, viu-se nesse período munida de novas categorias para se acentuar: se, antes, os corpos e corporalidades dos racializados, periféricos, loucos ou desabrigados eram sujeitos a processos que imputaram sobre eles rótulos que se atrelam a categorias de periculosidade e inferioridade que conecta-se a processos sócio-históricos de diferenciação populacional; agora, o fator biológico da iminência do contágio, que construiu-se também socialmente pelo desenvolvimento de políticas e possibilidade de prevenção da doença que eram desiguais, cognitivamente transforma esses corpos é duplamente perigosos: tornam-se um perigo social e sanitário, pois representam aqueles expostos sistematicamente ao vírus, mesmo que inconscientemente.

Como apresentam Carvalho *et al* (2020) a promoção das medidas biopolíticas que foram implementadas durante a pandemia, como a vigilância constante dos corpos que se materializa na checagem constante de temperatura na entrada de estabelecimentos comerciais, por exemplo, geram um processo de identificação do corpo, especialmente o corpo do *outro*, ainda mais enquanto objeto de risco potencial e constante. Assim, os dispositivos de biocontrole passam a modelar as formas como as relações entre os corpos se estabelecem, de forma a naturalizar o medo do outro e criando uma persona a ser temida, assim os corpos periféricos, já estigmatizados, foram demarcados como o outro, vistos como uma ameaça e tidos ainda mais como perigosos. Mesmo com os esforços mundiais para o desenvolvimento rápido de uma vacina que fosse eficaz na prevenção da COVID-19, o sistema de desigualdades e as disputas políticas-ideológicas nacionais efetivaram, também, uma dificuldade no acesso à vacina, o que serviu para ampliar o recorte temporal de intensificação dos processos de desigualdade e de crise, devido à morosidade envolvida nos processos de aquisição e distribuição de imunizantes.

No tempo presente em que esse texto é escrito, em dezembro de 2022, vislumbramos o que um dia chegamos a desacreditar: o final da pandemia. Nesse momento, os números de casos aparecem timidamente, e pouco se houve falar do desenvolvimento de casos graves da doença entre aqueles com o ciclo de imunização completo, que agora encontra-se acessível a todos. O isolamento social não é mais uma realidade, e restringe-se a quarentena dos que contraíram o vírus, podemos novamente deixar o medo de lado e abraçar nossos entes

queridos. Ao olhar para trás e lembrar dos 6.642.832 mortos (WHO, 2022) em torno do globo, é inevitável revisitar o sentimento distópico que nos narra a literatura, em que “a escuridão, a decadência e Morte Rubra reinaram com total domínio” (POE, 2018, p.19). Porém, é possível observar os casos bem-sucedidos de gestão da pandemia e compreender o potencial humano, quando alicerçado na responsabilidade, comunidade e solidariedade, para lidar com os momentos de crise. E, assim, compreender que o extermínio observado no Brasil não foi mera consequência de um desastre natural, mas um projeto, a cristalização do racismo de Estado propagado por um governo violento de extrema direita que se alicerçou sob modelo neoliberal de subversão da vida.

4 Instituição, Cotidiano e COVID-19.

4.1 Poder da Razão

O presente estudo teve sua fase de campo iniciada no ano de 2022, ou seja, quase 20 anos após da instauração da RPB, no momento em que passam a despontar, mais assiduamente, projetos e propostas que caminham em sentido de contra-reforma, como materializado pela Nota Técnica n.11/2019. Compreender as nuances específicas que se desdobram no recorte temporal proposto na presente análise é fundamental para que se possa compreender o objeto. A lei da RPB, como demonstram Vieira e Marcolan (2016), apenas foi aprovada quando propôs-se um acordo amplo com as diversas vertentes partidárias presentes no processo, abdicando dos pontos mais “revolucionários” e radicais da reforma, mantendo, por exemplo, a possibilidade de internação involuntária e não dispendo sobre a extinção total de leitos psiquiátricos. Nesse cenário, os hospitais psiquiátricos ainda representam um assunto polêmico. Se, por um lado, os defensores de sua existência e manutenção o apresentam como um espaço necessário para lidar com pacientes psiquiátricos em momentos de crise, outros questionam a necessidade de sua manutenção em coexistência a serviços substitutivos, como CAPS, NAPS e Hospitais Dia.

Os antigos tratamentos ultraviolentos, empregados no século passado, não fazem mais parte das ações institucionais, que operam uma mudança cognitiva e discursiva sobre suas próprias práticas. Na sala de recepção do hospital que sediou esta pesquisa, por exemplo, há um quadro na parede em que constam os seguintes escritos, assinados pelo projeto de artesanato que integra as ações da Terapia Ocupacional (TO):

...transformar a luta contra a exclusão em prioridade número um, mudar a cultura da indiferença das pessoas e das organizações, estabelecer o direito à vida com qualidade como uma questão ética, como um valor fundamental apostar na democracia investindo na cidadania como direito de todos não como privilégio dos poucos incluídos... Mostrar que existem alternativas!
(NOTAS DE DIÁRIO DE CAMPO 17/08/2022)

A incorporação dos valores disseminados pelos ideais da RPB ao discurso institucional, por sua vez, demonstra a forma branda como se estabeleceu ao longo dos anos e dualidade do espaço que exclui pretensiosamente buscando incluir. Como apresentado por diversos internos, a rotina dentro da instituição pouco difere do que ocorre nos CAPS, onde o tratamento é feito em meio aberto. São realizadas atividades de TO, em que os internos podem se dedicar livremente a artesanatos, como confecção de pulseiras e colares, pintura de telas e telhas; há espaços para convivência e realização de atividades físicas; há a exibição de

filmes e seriados; são servidas diversas refeições ao longo do dia; existem festas e práticas de lazer e socialização; é entregue e aplicada a medicação aos indivíduos (NOTAS DE DIÁRIO DE CAMPO 27/07/2022). Entre tantas outras semelhanças que enunciam que a partir da Reforma, diversas instituições incorporaram o discurso, e em certa medida práticas, que se voltam à humanização do cuidado e valorização da cidadania. Expondo, por outro lado, que a diferença entre os serviços e o hospital é, faticamente, o isolamento que a internação proporciona, como apresentado durante uma entrevista com uma funcionária do hospital:

Entrevistador (E): E quais são as estratégias que são adotadas pelo hospital pra sociabilização dos pacientes?

Ariela: Quando eles saem daqui?

E: É, pra preparar eles pra sair

Ariela: Então, aqui eles passam por esse tratamento comigo, né? Na terapia ocupacional. Aí tem a equipe multi que vai direcionando, que conversa com eles a semana inteira, que tá sempre ali. Os médicos, medicamento. E quando sai daqui, eles vão pro CAPS. *O CAPS é quase igual aqui, mas eles vai pra casa e volta.* Então eles tem que fazer esse programa no CAPS, que também tem atividades, pra depois tá liberado de vez, vamos se dizer assim, entendeu? Então eles ainda tem esse apoio do CAPS lá fora.

E: E lá no CAPS tem essa atividades, também, de T.O...

Ariela: Tem, tem. O CAPS tem atividade, tem psicólogo, tem tudo o que tem aqui. *A diferença é que não dorme aqui.* É um espaço que seria menor, cada cidade tem um CAPS. E aí eles frequentam o CAPS. (TRECHO DE ENTREVISTA COM ARIELA, 05/07/2022, grifos meus).

Assim, o que se observa é a existência de um tratamento em meio fechado, e outro em meio aberto que coexistem e, em sua coexistência, articulam-se, de modo que o “tratamento” estende-se em ambas as instituições. A idealização da substituição progressiva dos espaços de internação por tratamentos em meio aberto dá lugar a um sistema misto, que propõem a centralidade do cuidado no seio da comunidade, mas que não abdica dos mecanismos excludentes de isolamento em sua proposta de cuidado. Os processos de contra-reforma, que se espessam a partir da guinada liberal do governo, após o golpe de 2016 (BISPO JUNIOR; SAMPAIO, 2021), levaram a uma revalorização dos espaços de internamento em detrimento aos serviços substitutivos. Nesse sentido, por trás das bandeiras que se apegam a aspectos da RPB em seu discurso, os projetos que deveriam se fazer valer em outras propostas de cuidado passam a ser incorporados e aplicados no interior do hospital.

Durante uma visita a campo, Benjamin, coordenador da enfermagem do hospital, que acompanhou todas as minhas visitas e intermediou o contato com pacientes e outros funcionários, me apontou que o espaço em reforma no fundo do hospital, estaria sendo

transformado em uma padaria, que objetivava profissionalizar os internos (NOTAS DE DIÁRIO DE CAMPO 24/05/2022). Como bem explica durante a entrevista:

E: e como são as estratégias de inclusão adotadas pela instituição, no sentido de integrar os pacientes e a comunidade?

Benjamin: Nós tamos com um projeto, né? Que nem eu falei pra você, tava em reunião hoje, por conta do hospital ganhar em primeiro lugar em hospital referência no Brasil, então nós ganhamos em primeiro lugar, e com isso nós vamos fazer as oficinas terapêuticas. Nós vamos montar uma padaria, em primeira instância, assim, creio que até o mês que vem já está tudo pronto. Quando a gente vai tentar fazer um meio de que eles não fiquem ocioso, durante essa internação no setor, mas que eles tenham uma atividade além da terapia ocupacional, que ele tem aquelas atividades que que mostrei pra você, ele tenha uma atividade profissionalizante, que eles possam contar, quando eles saírem daqui, com uma profissão. (TRECHO DE ENTREVISTA COM BENJAMIN, 25/05/2022)

O projeto que estava sendo implementado no interior do hospital, contudo, havia sido, anos antes, planejado para ser executado no sistema CAPS. Como apresentado, também por Benjamin, o projeto que se planejava antes de 2016, nunca chegou a ser executado. Mas significaria a possibilidade de um progresso no que se refere à atenção extra-muros:

E: E acesso, assim, a outras formas de tratamento, por exemplo, acesso às oficinas, ou ao próprio tratamento que é de psicoterapia, fora do hospital, é bem difícil pra eles, né?

Benjamin: Não, é. Isso foi um caso muito sério, que já foi entrado em pauta em vários tipos de reunião, DRS, que é a Direção Regional de Saúde Mental. Nos CAPS. Os CAPS, logo no começo, até não sei se você conseguiu chegar a ter acesso a um projeto do CAPS, de todas as cidades, porque foi do SUS. Então se você conseguisse seria até bom, por quê, era pra ter o CAPS no centro, no projeto é o CAPS que é o atendimento de todos esses usuários. É como se fosse um bairro, aonde esse... tinha o psicólogo, tinha o serviço social, tinha o enfermeiro, tinha o médico, né, pra dar o atendimento, mas, na volta dele tinha vários predinhos. Pra que, você acabou de falar? Pras oficinas terapêuticas. Fora do hospital. Então você pegava a pessoa, o doente pegava saia da casa dele, ia lá, fazer o que ele queria. Pintura, decoração, marcenaria, padaria, tem vários, era pra ter tido vários. Fosse feito esse projeto... Inclusive quando eu tive reunião lá no NAM, no CAPS, na reunião dos CAPS aqui da cidade, eu fui. Foi feito um projeto muito bonito, se funcionasse. Só que o maior problema do nosso governo, Otávio, fora os outros que cê já sabe, o maior problema dele é o que? Fazer o projeto e não por...

E: Em prática

Benjamin: Em prática. E o que que precisa por em prática? (espera e esfrega os dedos)

E: Verba, né?

Benjamin: Verba. Fizeram um projeto bonito? Fizeram. Mas cadê a verba pra construir esse projeto? Não se via.

[...]

E: Esse projeto é de quando, Benjamin, é recente?

Benjamin: Não, não é recente, não! Em 2016, eu tava dando aula pra um grupo técnico, do [nome do colégio], aqui na cidade, colégio técnico de enfermagem, onde eu fui convidado a participar da reunião, [...] Foi em 2016, já estava pronto esse projeto, 2016. [...] Se tivesse dado andamento isso aqui seria uma maravilha, nós não teríamos tantos internados assim, ou tantas pessoas jogadas na rua. (O celular dele toca) Entendeu? (TRECHO DE ENTREVISTA COM BENJAMIN, 25/05/2022)

Assim, é possível observar que, tal qual enunciado pela Nota Técnica n.11/2019, os espaços de isolamento foram revalorizados em detrimento aos serviços substitutivos, os quais, de acordo com ela, não devem mais ser considerados como tal. Se, por um lado, a RPB e os discursos que dela se originam proporcionaram aos pacientes psiquiátricos condições de desinstitucionalização e humanização nos tratamentos; por outro, a incorporação de tais discursos às instituições de isolamento permitiram sua manutenção, sob a justificativa de, ao mesmo tempo, serem imprescindíveis ao tratamento e capazes de carregar os mesmos ideais progressistas dos serviços substitutivos. Nessa esteira, pensar a co-presença e manutenção do hospital psiquiátrico, é pensar o sistema de poder em nossa sociedade, e a posição que nela ocupa a razão.

Inicialmente, é necessário retomar um ponto basilar deste trabalho: os hospitais psiquiátricos são instituições disciplinares (FOUCAULT, 1999). Isso significa que tomam forma semelhante a outras instituições de mesmo cunho, como escolas ou prisões, em vários aspectos. É por meio delas que a disciplina se faz presente; em que o processo de normalização ocorre, precipitado pela identificação e correção do que é considerado anormal. Foucault (1999; 2021), expõem que a prisão, desde seu princípio, era disfuncional. Esse sistema de penalidade não reduzia, de forma alguma, o número de criminosos, e também levava a reincidência; fato esse que reforçava de maneira muito perceptível a coesão do grupo que se constituía pelos delinquentes. A arquitetura da prisão, idealmente na configuração do panóptico de Bentham³⁰, representa mais que uma forma arquitetônica, é uma forma social. Representa a maneira pela qual o poder será exercido no interior da sociedade.

O modelo de instituição disciplinar, da qual a forma-prisão torna-se o arquétipo, podem ser compreendidas, ainda, como instituições de sequestração (FOUCAULT, 2021). A partir do século XIX emerge uma discursividade que prende o cotidiano, o íntimo, o individual, o sexual e o corporal em espaços definidos por instâncias de sequestração. De tal modo que é sempre do ponto de vista da totalidade do tempo que a vida dos indivíduos vai

³⁰ Trata-se do projeto arquitetônico que configura o espaço da seguinte maneira: há uma torre ao centro, que é o ponto central de onde se exerce a vigilância constante e universal, em todas as direções e a todos os instantes, dos prisioneiros que são confinados em celas, onde cada ator encontra-se sozinho, perfeitamente individualizado e constantemente visível. Assim, uma construção que permite vigiar sem ser visto, que centraliza a autoridade em uma figura que compõem uma figura de ordem como comando e regularidade (FOUCAULT, 1999; 2021).

ser percorrida e dominada. Destarte, estar sob sequestro é estar preso numa discursividade ininterrupta do tempo, que se profere de fora por uma autoridade e é feita, necessariamente, em função daquilo normal e daquilo que é o anormal. O primeiro objetivo do sistema de sequestração é submeter o tempo individual ao tempo de produção, mais precisamente a três elementos. É preciso que os indivíduos liguem-se a um aparato de produção segundo certo uso do tempo, o qual prossegue de hora em hora e fixa os indivíduos ao desenrolar cronológico da mecânica produtiva.

O problema da sociedade industrial, de nossa sociedade capitalista, é fazer com que o tempo dos indivíduos, comprado pelo salário, possa ser integrado no aparato de produção da forma da força de trabalho (FOUCAULT, 2021). Se o salário, pois, corresponde ao sistema de recompensa pela venda do tempo de vida ao aparato produtivo, que cristaliza esse sistema de sequestração, a prisão, em outro sentido, representa a subtração desse mesmo tempo como forma de punição pela transgressão às regras que se estabelecem para a manutenção desse sistema de poder. O que se percebe é que a prisão, em si, representa bem mais que um mero aparato punitivo. Ela traduz, em suma, o sistema de poder de nossa sociedade; cristaliza o papel fundamental de coerção que o par vigiar-punir estabelece para o seguimento da norma, no cotidiano de todas as relações, e em especial por aquilo que o Estado regula, principalmente às regras do jogo que o superpoder capitalista exerce na amálgama que origina as diversas instituições disciplinares e nas relações através das quais se capilariza.

O hospital psiquiátrico, tal qual a prisão, também demonstra ser um mecanismo de tratamento disfuncional. O processo de institucionalização hospitalar marca-se pelas incontáveis reincidências, como apontado por um funcionário: "Eles saem bons? Saem. 20 dias, 30 dias, eles tão de volta" (TRECHO DE ENTREVISTA COM BENJAMIN, 25/05/2022). E, assim como a prisão, essas reincidências também formulam a coesão de um grupo: "Esse paciente, se ele se apresentar como um ex-paciente de hospital psiquiátrico, haverá uma rejeição social e profissional desse indivíduo, com certeza" (TRECHO DE ENTREVISTA COM ALIANDRO, 12/02/2022). A passagem pelo hospital, portanto, marca o indivíduo através do estigma (GOFFMAN, 1974; 2008), e por meio deste mesmo movimento o insere em um grupo específico.

Mas, enquanto a prisão opera no sentido punitivo daqueles que optaram transgredir as regras, o hospital é o mecanismo acionado para aqueles considerados incapazes de seguir as regras estabelecidas. Em outras palavras, para aqueles que não são capazes de submeter as operações do corpo às divisões convencionais de tempo ou mecanismos e estrutura produtiva; àqueles que não se submetem, por seja lá qual razão, ao modo de vida de uma sociedade

capitalista que se alicerça sobre os ideais de produção e consumo, ou que interfere no funcionamento geral dessa estrutura em sua família ou comunidade, como apresentado por Aliandro, que trabalhou na administração do hospital:

[...] Porque ele é um paciente, o psiquiátrico, o paciente psiquiátrico, ele é um paciente problema: não dorme, não para quieto, mexe em tudo. É... ele, ele tem uma hiperatividade permanente, e isso incomoda a família. Por que a família trabalha, a família tem que descansar, a família tem horário pra tudo e o paciente não tem horário pra nada. Isso tem uma grande... um grande problema. [...] (TRECHO DE ENTREVISTA COM ALIANDRO, 12/02/2022).

A institucionalização, pois, é acionada quando a pessoa demonstra-se incapaz de agir conforme as disciplinas; ou em momentos de crise, que correspondem, por sua vez, ao momento em que indivíduo não demonstra ser capaz de exercer o controle do próprio corpo em relação às normas sociais de não-violência e hostilidade, seja em relação à si próprio, ou a outrem. O que se estabelece é, então, uma negociação que o interno faz com as formas de vida ao seu redor. Se não postura-se de acordo com a normalização da vida cotidiana, permanece no hospital. E se, após o egresso, a conformidade não for mantida, deve retornar à ele. A instituição, através dos mecanismos de controle e normalização³¹, estabelece a (re)introdução do “louco” no sistema que por vezes transgride. Assim, o aspecto de cuidado que o hospital transparece, e sob o qual edifica-se a função discursiva de sua existência, amalgama-se a funções corretivas-punitivas, que são introduzidas paradoxalmente em tal esfera, uma vez que a insanidade, por assim o ser, não carrega a culpabilidade de ações passíveis de tal punição.

Enquanto instituição de sequestro, a função de fixação³² do hospital refere-se tanto à fixação no sistema produtivo e de consumo do qual o interno escapa, como supra-explicado, ao mesmo tempo que diz respeito à fixação no espaço físico, em um território. Durante uma de minhas visitas a campo, ao me apresentar o sistema de funcionamento da lavanderia, Benjamin apontou que a instituição fornecia uma vestimenta própria, uma espécie de uniforme em tons de azul que carregavam o logo e o nome do hospital, mas que foram colocados em desuso para que não ficasse “parecendo prisão” (NOTAS DE DIÁRIO DE CAMPO 24/05/2022). Contudo, ao caminhar pelos pátios e corredores, era possível observar inúmeros internos total ou parcialmente vestidos com as roupas azuis. Isso porque, conforme me apresentado, grande parte das pessoas internadas encontravam-se em situação de rua e/ou desassistência. Outro ponto que corrobora a análise de garantia de fixação espacial por meio

³¹Serão apresentados e analisados mais profundamente na próxima sessão.

³² De acordo com Foucault (2021), o sistema de sequestração, e suas instituições subjacentes, nascem no processo pelo qual busca-se neutralizar os ilegalismos de dissipação, ou seja, a festa, o jogo, o nomadismo.

da internação, é o relato de Rodrigo, um interno diagnosticado com esquizofrenia, que foi institucionalizado após ser encontrado vagando, após um surto, em outra cidade que não a sua (RELATO INFORMAL REGISTRADO EM DIÁRIO DE CAMPO 17/08/2022). O nexa da fixação espacial, entretanto, dá-se no momento exato da alta do paciente:

Benjamim: O CAPS teve que vir buscar, acionar a guarda civil, pra tentar encontrar a família. Porque ia mandar o cara pra onde, se ele tá de alta? Ele foi daqui, ficou no CAPS, praticamente, uma internação lá no CAPS, até encontrar familiares dele. Encontraram um tio dele, ficamos sabendo porque o contato de serviço social do CAPS e daqui é imensa, né? (TRECHO DE ENTREVISTA COM BENJAMIN, 25/05/2022)

Caso não seja buscado por seus familiares ou responsáveis, o hospital aciona o CAPS da cidade de origem desse indivíduo, garantindo que retorne ao seu território de origem e forçando a fixação dentro da família. O processo de articulação entre diferentes instâncias para sua efetivação, por sua vez, possibilita, e é possibilitado por, um aparato de vigilância que permite localizar os elementos que se dispõem sobre o território, gerindo, assim, o próprio território e as populações que nele se dispõem. Como ilustrativo da relação entre vigilância, fixação e punição dentro da esfera do cuidado, tomemos um relato feito por uma interna do hospital. Daniela, usuária de crack que desenvolveu diversas patologias devido ao uso abusivo da droga, havia sido, meses antes de nossa conversa, internada no manicômio judiciário Juquery, destino de loucos infratores, e sua liberdade condicionava-se às visitas regulares ao CAPS e a permanência em um trabalho, que registrava-se por uma carteira que era constantemente assinada; em um ato bem mais que simbólico, Daniela ateou fogo na carteira, motivo que a levou à internação no hospital, durante o período em que nos conhecemos (NOTAS DE DIÁRIO DE CAMPO 27/07/2022).

Por outro lado, como apresentado por Foucault (2021), o hospital psiquiátrico é o espaço institucional por meio do qual dá-se a expulsão do louco e, ao mesmo tempo, pela própria ação dessa expulsão é um núcleo de constituição e reconstituição de uma racionalidade autoritariamente instaurada no âmbito das relações de poder em seu interior, e que será reabsorvida no exterior do hospital em forma de discurso científico, que circula, no exterior, como saber sobre a loucura, cuja condição de possibilidade de sua racionalidade precisa é o hospital. A doença mental constitui-se, pois, enquanto objeto de um saber racional, a psiquiatria, e a partir dessa relação a não-loucura pode reforçar seu poder sobre a loucura. O hospital é, portanto, o lugar privilegiado em que o saber psiquiátrico faz-se valer como poder, e por meio desse próprio processo converte o discurso científico – que origina-se dessa relação saber-poder– em verdade sobre a loucura, determinando como deverá ser tratada.

Esse processo, que se legitima institucional e cognitivamente no interior do hospital, de entendimento da loucura enquanto doença mental, patologia, e portanto passível de intervenção médica, configura uma relação específica dentro da instituição; que representa o espaço em que se produz a verdade sobre a loucura. Nesse sentido, aqueles que ocupam o interior desse espaço, os trabalhadores, são aqueles que percebem a loucura como ela "realmente" é, ou seja, uma patologia, como apresentado por Beatriz, enfermeira, funcionária do hospital: "Lá fora tem uma visão péssima. Tem uma visão muito péssima, porque, quem não entende de uma psiquiatria, acha que só entra loucos aqui, que é tudo louco. Quem não tem a visão duma psiquiatria, tem uma visão diferente." (TRECHO DE ENTREVISTA COM BEATRIZ, 29/06/2022). A partir do ponto de entendimento da loucura enquanto doença é que se apresenta a possibilidade de tratamento. Mas, como já apresentado, o processo que determina o que será compreendido como loucura atravessa uma rede de poderes e saberes, que se estrutura em função do ordenamento específico da sociedade e relaciona-se com o que será considerado um desvio não passível de punição, dado que não pode ser a ele atribuído uma culpabilidade, mas passível de correção. Assim, o tratamento que se impõem à loucura refere-se antes de mais a redução do louco à Razão, uma vez que, no mesmo sentido em que doença não significa a ausência de saúde, dado que a ausência da saúde é a morte, o processo que imputa a loucura enquanto doença – e vice-versa – explicita que, ao menos cognitivamente, a Razão mantém-se e pode ser resgatada naquele acometido pela desrazão, ou seja, o louco (FOUCAULT, 2006).

Destarte, a presença do hospital psiquiátrico no Brasil pós RPB configura o arquétipo do poder que Razão exerce, e confere aos atores ligados ao poder psiquiátrico, em nossa sociedade. Isso porque todas as formas de racionalidade, seja ela produtiva, burocrática, econômica, jurídica ou sanitária, por exemplo, remetem diretamente ao domínio da Razão. É sob sua sombra que os saberes justificam-se e exercem-se enquanto poder. O hospital, enquanto herança direta do sistema manicomial-asilar, mantém a função simbólica de imposição de uma ordem racionalmente edificada, no ponto exato em que, por meio dele, exerce-se a função de dominação material, porque submeter os indivíduos ao jugo institucional é, antes de mais nada, submeter os corpos ao exercício de um poder que busca adestrar e normalizar (FOUCAULT, 1999).

Por outro ponto de vista, a existência de um espaço que se destina à transformação dos desviantes, e que por isso emprega marcas aos institucionalizados, serve como ponto cognitivo da hierarquização de formas de vida. O domínio da Razão faz-se possível quando valida as formas de vida à ela alinhadas, e é isso que a normalização propõe, operando em

duplo sentido: ao passo que invalida os que a ela não aderem, justifica a dominação dos que a seguem. Assim, estabelece-se uma percepção dos indivíduos, tanto de si quanto dos outros, pautados pela hierarquização de que o isolamento é a marca central. Nesse sentido, o que aparece é aquilo que Bourdieu chama de violência simbólica (BOURDIEU 2002; 2007), que garante a dominação de um grupo sobre outro.

No âmbito da cultura política nacional, a permanência de tais instituições pode ser entendida como aquilo que Pinheiro (1991) chamou de “autoritarismo socialmente implantado”, que refere-se à interiorização dos métodos impostos à força por grupos de poder em regimes anteriores. Tal forma de autoritarismo se expressa através de microdespotismos cotidianos, que são responsáveis pela perpetuação da violência no próprio regime democrático, de forma que estabelece-se um paradoxo. Em nossa democracia contemporânea, vemos a permanência dos “entulhos autoritários”, que foram herdados de antigos regimes de exceção e violência anteriores, desde a formação do Estado brasileiro. Como resultado, a substituição dos serviços em saúde mental não se fez sem permitir a coexistência de formas progressistas de tratamento àquelas que remetem ao que era empregado nos antigos regimes. No processo cognitivo que se instaurou ao longo da constituição de nossa sociedade, ao desvio, aos anormais, reserva-se não a inserção comunitária, a garantia de cidadania, mas a exclusão e o adestramento. Porque é através deste processo que os sistemas de poder garantem seu exercício, dominação e manutenção. O hospital, por fim, é a representação institucional das relações que se estabelecem no nível cotidiano, é a materialização do poder que a Razão exerce e proporciona nas mais diversas instâncias.

É a partir desse cenário que proponho iniciar análise da instituição, tendo em mente que os processos sócio-políticos a nível macrossociológico, orientam as formas pelas quais se baliza o funcionamento institucional, a nível local. A descrição dos processos e dinâmicas institucionais serão apresentados antes de explorar como se deu, e o que significou, a chegada da pandemia no âmbito hospitalar. Isso porque, apenas através da compreensão prévia de como é a, e o que ocorre na, instituição, será possível captar os impactos da pandemia, de modo que não sejam confundidos com outros processos já em curso, compreendendo também como tais processos inferiram durante o período pandêmico.

4.2 “O tratamento meu é esse”: cotidiano hospitalar, controle dos corpos e forja do espírito

O hospital onde foi realizado o presente estudo é uma instituição filantrópica localizada no interior do estado de São Paulo³³. Atende a 26 municípios de médio, e em sua maioria, pequeno porte, que integram o espaço de atuação do Departamento Regional de Saúde (DRS). Para sua manutenção, recebe subsídios do SUS referente a cada internação pelo sistema, além de possuir uma ala para internações particulares e contarem com doações de pessoas, empresas e organizações da sociedade civil. Dentro do hospital há cisão basal entre dois grupos, que subdividem-se internamente: de um lado, os funcionários do hospital dentro de sua grande diversidade, a equipe dirigente; por outro, os internos, pessoas que sofrem de patologias como esquizofrenia, psicose ou depressão e, majoritariamente, aquelas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. Dinâmica extremamente semelhante à explicitada por Goffman (1974), as interações entre o grupos desenrolam-se dentro do cotidiano institucional moldando, e sendo moldadas por, percepções que os agentes estabelecem uns sobre os outros e em relação a si próprios, de forma que garantam a coesão grupal fundamental ao exercício das práticas institucionais. Em outro sentido, as próprias práticas institucionais garantem a manutenção de uma ordem hierárquica nas relações entre os grupos, em um processo em que as dinâmicas se retroalimentam, garantindo o exercício de poder constante da equipe dirigente.

A entrada do indivíduo no espaço hospitalar significa sua introdução na esfera do cuidado, uma vez que, como apontado na seção anterior, a loucura em nossa sociedade é atravessada por uma série de processos que a imputam enquanto doença. Contudo, os internos tendem a ser percebidos pela equipe dirigente, por vezes, como portadores de um “desvio de caráter permanente”, que orientam suas ações a partir de uma certa malícia. Ao conversar com uma psicóloga do hospital, em uma de minhas primeiras visitas, perguntei a respeito da relação dos internos com suas famílias, como resposta me disse:

Só ligam pra família pra pedir as coisas! Esses dias veio um aqui com uma lista enorme, parecia lista de compras. Especificou até as marcas que queria... Tinha até sabonete íntimo no meio. Aí eu perguntei o que ele ia fazer com aquilo e ele “não posso usar sabonete íntimo?”, aí você vê, né?! (RELATO INFORMAL ANOTADO EM DIÁRIO DE CAMPO, 05/04/2022)

³³Seguindo a recomendação do CEP e por questões de ética em pesquisa, a fim de garantir sigilo e anonimato, não será divulgado o nome da instituição. Nesse sentido, para evitar qualquer possível forma de reconhecimento, também não será divulgado o nome da cidade em que o hospital se localiza.

Enquanto conversava com Benjamin em sua sala, e ele me apontava com quais internos poderia conversar, uma funcionária adentrou o espaço, perguntando sobre seu aparelho celular que havia sido perdido durante a contenção de um paciente. Foi prontamente repreendida por Benjamin, por estar trabalhando com o celular no bolso, pois poderia ser furtado pelos internos. Propuseram, assim, uma revista geral caso o aparelho não fosse encontrado (NOTAS DE DIÁRIO DE CAMPO, 21/09/2022). Como já apresentado, a grande maioria das pessoas institucionalizadas são oriundas de situação de alta vulnerabilidade e, além disso, possuem suas trajetórias marcadas pela passagem por outras instituições de controle social, como prisões e manicômios judiciários. Fato expresso por Ariela, durante nossa entrevista:

E: Ai, que legal. E quando eles vão fazer as artes, essas coisas, são ideias que surgem deles mesmo...

Ariela: Alguns são. Depois eu vou te mostrar uma parede que a gente tem ali, que a gente tem bastante telas que foram ideias deles. Outros preferem uma referência, então eu dou uma ideia e eles trabalham em cima dela. Mas, bastante gente bem criativa. E muitos, também, já vêm com alguma atividade que aprendeu na cadeia. Bastante é ex-presidiário. Então eles já vêm com alguma coisa da cadeia.

E: E tem bastante ex-presidiário mesmo?

Ariela: Bastante, bastante. Aí eles contam, a trajetória que teve, mas assim, eles contam espontaneamente, sabe? A minha forma de trabalhar com eles é espontâneo, não é uma coisa "ai, agora a gente vai conversar sério, formalmente". Então eles vão falando. (TRECHO DE ENTREVISTA COM ARIELA, 05/07/2022)

Diante disso, a presença comum de uma percepção dos membros da equipe dirigente em relação a esse grupo, tende a se estabelecer, precisamente, a partir de uma sobreposição de estigmas (GOFFMAN, 2008), em um processo pelo qual as vivências anteriores à instituição influem diretamente na percepção que se estabelece ante os indivíduos. Como demonstrado pelo trecho de entrevista que se segue, a percepção da equipe dirigente em relação aos internos molda-se pelas concepções carregadas a partir da presença de outros marcadores biográficos da vida dos atores:

Ariela: E também, às vezes, devido ao fato de mulher conseguir mais droga, mais fácil que o homem, está sempre sensualizando, chega aqui elas acham que também vai sensualizar e vai conseguir as coisas que elas querem. Tanto pra cigarro, tanto pra doce, porque elas tão sensualizando o tempo todo. Pra ver se ganha alguma coisa. Os homens já não, eles já são mais na deles, tanto aqui quanto lá fora, entendeu? (TRECHO DE ENTREVISTA COM ARIELA 05/07/2022)

As percepções que se carregam a partir da experiência extramuros dos atores, entretanto, não se limitam apenas à equipe dirigente. Entre os próprios internos ocorre uma divisão grupal. É óbvio que as relações entre os agentes definem-se a partir de uma vasta gama de fatores e processos que formulam como essas relações se darão, mas ao longo da pesquisa foi possível observar que as relações entre os internos estabelecem-se transpassadas por um teor geral de desconfiança mútua. Como expresso por Drauzio, um interno diagnosticado com esquizofrenia com quem conversei: “tem que saber fazer amizade” (RELATO INFORMAL DE DRAUZIO, ANOTADO EM DIÁRIO DE CAMPO 21/09/2022). Nesse sentido, o saber fazer amizade refere-se à cautela necessária para que se estabeleça qualquer forma de relacionamento com outros internos, pois estes poderiam representar uma má influência, significando não apenas prejuízo no tratamento, como risco de criação de problemas dentro da instituição.

Além disso, o contato com as mais diversas pessoas, cujo ambiente hospitalar obriga, representa, antes de mais nada, a possibilidade de contaminação do eu (GOFFMAN, 1974). Aqueles internos, por exemplo, que não se identificam como, ou nunca estiveram, inseridos na esfera criminal, tendem a perceber a relação com os outros como potencialmente capaz de gerar danos à sua própria personalidade. Isso foi me apresentado de maneira extremamente explícita por Carlos, um interno com quem conversei. Ele foi diagnosticado como esquizofrênico e estava institucionalizado devido a uma ordem judicial, não tive informações precisas de qual a motivação da atual internação, uma vez que trata-se de um dado sigiloso, mas ao longo de nossas conversas apontou que outras internações involuntárias foram motivadas devido sua recusa a tomar os medicamentos no CAPS. Segundo ele, preferia manter-se longe do contato com os outros, pois muitos possuíam passagens pela prisão e falavam muito disso, o que poderia vir a contaminá-lo (RELATO INFORMAL DE CARLOS, ANOTADO EM DIÁRIO DE CAMPO, 05/07/2022).

Por outro lado, essa mesma forma de estigmatização, leva a coesão interna entre os grupos estigmatizados, que, dependendo da forma como se estrutura, pode ser percebida pela equipe dirigente como uma espécie de *gangue*. A exemplo, enquanto conversava com Benjamin, na sala de enfermagem que se localiza no pátio do hospital, fomos interrompidos por um interno que reclamava sobre suas condições de internação. Primeiro disse a Benjamin que mesmo após ter afirmado ao médico que estava descontente com a quantidade de medicamentos, ele havia aumentado suas doses; depois disso reclamou sobre o tempero da comida, momento em que foi interrompido por Benjamin, que afirmou não ser ele a resolver esse tipo de situação. Após a saída do interno, Benjamin me disse, irritado com a situação:

É muito difícil isso aqui. Pra você ver, esse paciente é encrenqueiro, gosta de formar gangue aqui pra arrumar confusão e pegar os outros. Os caras vivem mais na rua que em casa, mas quando chega aqui quer reclamar da comida! Teve outro que foi assim também, morava na rua, chegou aqui passou nem uma semana já veio dizendo que comia arroz integral, tomava suco de laranja e comia mamão de manhã. Falei pra ele que nem eu comia mamão de manhã todo dia! (RELATO INFORMAL DE BENJAMIN, ANOTADO EM DIÁRIO DE CAMPO 21/09/2022).

Como apresentado em vários momentos, a ocorrência de brigas dentro da instituição é constante, motivada por diversas causas. Em campo não presenciei nenhuma delas, apesar de ter sido, algumas vezes, apresentado a motivos que poderiam iniciá-las. Em uma de minhas primeiras visitas, enquanto me apresentavam à ala feminina, uma interna, psicótica, agarrou Benjamin pelos braços aos prantos, murmurando-o coisas que não fui capaz de discernir. Segundo outra enfermeira, o motivo de sua preocupação era devido ao fato de ter pegado cigarros emprestados de outra interna, e agora não ter condições para devolver, o que estaria originando um atrito entre as duas (NOTAS DE DIÁRIO DE CAMPO 25/05/2022). No mesmo dia em que presenciei o diálogo de Benjamin com o interno insatisfeito com o cardápio, caminhávamos pelo pátio quando vimos amarrada a um dos pilares uma espécie de “corda” trançada feita em papel, cujo uma das pontas encontrava-se em brasa. Ao observar aquilo, Benjamin me apontou que se tratava de uma técnica empregada pelos internos para poder acender seus cigarros. Apagou a corda e a confiscou. Nesse momento, o interno que encontrava-se no pátio protestou, dizendo que os outros, ao voltarem, achariam que ele haveria sido o responsável por retirar o acendedor, e iriam agredi-lo. Pediu, então, para que Benjamin deixasse “corda” ou, ao menos, esperasse o retorno dos outros para que vissem que não havia sido o autor de tal ato, Benjamin negou: “Não vou esperar por ninguém, não! Fala que fui eu.” E deixamos o pátio. (NOTAS DE DIÁRIO DE CAMPO, 21/09/2022).

Os cigarros configuram um dos poucos itens que os internos podem levar para dentro da instituição, além de trocas de roupas e itens de higiene pessoal. Cada interno possui sua quota guardada pela instituição, que libera a cada um, um maço ao dia. Como medida de segurança tomada pelo hospital, os internos são proibidos de portar isqueiros ou fósforos, cada funcionário porta consigo tais itens e empresta para os internos caso solicitado, ou fica disponível para todos sob supervisão, como no caso da oficina de TO, em que um isqueiro comunitário, todo adornado, fica disposto sobre a mesa ao alcance dos olhos da monitora (NOTAS DE DIÁRIO DE CAMPO, 05/07/2022). A necessidade de pedir por itens básicos à equipe dirigente, como o caso de fogo para o fumo, reforça a hierarquia existente entre os grupos, garantindo material, simbólica e cognitivamente uma forma de dominação que

configura o *eu* do indivíduo dentro desse sistema (GOFFMAN, 1974). O que representa, portanto, a submissão do interno, do doente, aqueles que lá estão para tratá-lo. Conferindo, assim, poder de autoridade aos funcionários, que têm o papel de decidir sobre os "sins" e "nãos" da vida do indivíduo institucionalizado, sendo, mais ou menos intensamente, aqueles que definem o destino do interno.

O discurso e as ações que se norteiam pela esfera do cuidado são pontos chave dentro da instituição. Apesar de tratar-se, como antes mencionado, de um espaço de controle e adestramento, o hospital, ao inserir-se dentro da rede de políticas de saúde, exige de seus funcionários o mesmo *ethos*. A prática de um cuidado humanizado se estende às relações que os funcionários estabelecem com os pacientes. Em minhas conversas com internos, a maior parte relatou que a convivência com a equipe dirigente era boa, justamente porque as relações se estabelecem a partir do propósito geral do cuidado. Daniela, em nossa conversa, relatou que estar no hospital, para ela, era um "paraíso" (NOTAS DE DIÁRIO DE CAMPO 27/07/2022). Apesar de meu estranhamento inicial ao seu comentário, pude compreendê-lo a partir da comparação que ela estabeleceu entre o hospital e as outras instituições nas quais esteve reclusa. Não sentia nele as mesmas inseguranças, medos e desconfortos vivenciados na prisão ou no manicômio Judiciário, em que havia sofrido até mesmo violência sexual por parte dos funcionários. Relatou-me que na instituição, os funcionários eram com eles pacientes e gentis, a exemplo disse a respeito de uma mania sua quando estava muito ansiosa ou nervosa: batia os pés rapidamente no chão numa espécie de marcha. Nos momentos em que assim estava, Mário, um enfermeiro, aproximava-se dela e "marchava" junto, enquanto buscava distraí-la.

As formas de relação que se dinamizam através da teia social institucional, expostas há pouco, permitem que seja percebida uma estrutura de agrupamento que orienta essa dinâmica relacional entre grupos, e que reflete, ao mesmo tempo, a adesão dos internos a tais dinâmicas. Nesse sentido, os internos podem ser enquadrados em dois grupos distintos: os *alinhados* e os *não-alinhados*. Com alinhados, quero dizer aqueles que encontram-se em consonância ao devir institucional, conformados com sua situação patológica e/ou que, por alguma razão, percebem a si próprios como mais próximos à equipe dirigente que aos internos. Por sua vez, os não-alinhados são aqueles que não se conformam ou resistem às pressões institucionais; são aqueles que recusam o tratamento e distanciam-se da equipe dirigente. Ter em mente essa divisão é fundamental para entender a instituição, porque o papel fundamental desta é produzir indivíduos alinhados, uma vez que os indivíduos alinhados são justamente aqueles que, idealmente, seguirão o tratamento, serão normalizados.

Apesar de parecer uma divisão simples, a categorização é atravessada por uma série de nuances. Como exemplo, Carlos, o interno que temia a contaminação de sua personalidade, não se compreendia como doente mental (RELATO INFORMAL DE CARLOS, ANOTADO EM DIÁRIO DE CAMPO 05/07/2022). Em nossa conversa, afirmou estar internado por ter descoberto um esquema nefasto do qual o CAPS era uma engrenagem; segundo ele, a medicação aplicada naquele espaço era a responsável por enlouquecer as pessoas, de modo que originaria um esquema muito lucrativo. Carlos desenvolveu esquizofrenia já adulto, é doutor em filosofia e ao longo de nossas conversas citou incontáveis intelectuais e linhas de pensamento; enquanto falava sobre suas formações, disse usar suas bases de psicologia como algo positivo para poder ajudar outros internos. Fato é, que se considerava hierarquicamente diferente daqueles em situação semelhante à sua. Uma narrativa de delírio (CAMARGO, 2017) que lhe conferia essa posição no meio institucional, mesmo que apenas cognitivamente. Então, apesar de não se render às pressões institucionais de formulação de um *eu*, não representava um risco ao funcionamento dos procedimentos do hospital; ao contrário, por exemplo, do formador de gangues apresentado acima.

Mas, a marcação central empregada aos internos, e que independe das outras concepções que se formulam, diz respeito à "instabilidade" desses. Durante a realização do pré-campo³⁴, na primeira conversa realizada com membros do corpo administrativo a respeito da pesquisa e possibilidades de seu desenvolvimento na instituição, disse que era necessário conversar com alguns pacientes, acessar alguns arquivos e, se possível, participar de algumas atividades como as Oficinas e Palestras lá ofertadas. A resposta foi positiva, afirmaram a possibilidade de realização das entrevistas e de participação nas atividades, mas fui alertado: “Nossos pacientes são instáveis, têm que tomar cuidado pra conversar com eles. Às vezes você tá falando com o cara de boa e ele “por quê seu cabelo tá assim despenteado?” e ele surta! Tem que ficar esperto...” (CONVERSA INFORMAL COM ALIANDRO, ANOTADA EM DIÁRIO DE CAMPO, 31/08/2021). A menção de realização de entrevistas foi feita, também, a funcionários de outras áreas em minha busca por conhecer os pacientes e estabelecer possíveis interlocutores, todas as respostas seguiram o mesmo teor. Quando perguntei à uma funcionária sobre a possibilidade de conversar com um dos internos moradores do hospital³⁵, ela me apresentou que seriam minhas maiores dificuldades, uma vez

³⁴ Refere-se à etapa de realização da pesquisa anterior a aprovação do CEP, em que foram realizadas conversas e levantamento de dados básicos a fim de compreender melhor a instituição, sua estrutura e dinâmicas, para que se pudesse efetivamente estabelecer como se daria a entrada e a pesquisa de campo.

³⁵ Trata-se de três pessoas que estão institucionalizadas há anos, por não disporem de assistência extra hospitalar que os permita a saída da instituição. A partir da RPB diversas instituições e projetos foram criados a fim de viabilizar desinstitucionalização, como o SRT. Contudo, a intensa situação de desassistência e vulnerabilidade

que, muito instáveis, poderiam me oferecer risco, além de “não responderem por si”, como me afirmou, de mesmo modo, uma assistente social ao ser questionada, por mim, sobre as entrevistas.

A tal instabilidade refere-se à incerteza quanto à possibilidade dos internos entrarem em crise. Como já antes mencionado, estar em crise significa, antes de mais nada, estar em um momento de descontrole das operações do corpo no que se refere às normas sociais de não auto ou heteroagressividade; não sendo capaz de seguir as divisões comuns de tempo. Não sendo, em outras palavras, capaz de adequar-se ao sistema disciplinar cujo superpoder capitalista estabelece o ordenamento (FOUCAULT, 2021). Estar estável, portanto, quer dizer que é possível dimensionar como o indivíduo se comporta, pois se presume que o corpo se comporte de acordo com as normas e que a totalidade do tempo da vida do indivíduo é preenchida por, e conflui consonantemente ao, sistema de produção e consumo que orienta nossa sociedade e de que nossa divisão de tempo é fruto. O processo de “estabilização”, pois, reflete a síntese da função em que opera o hospital e que orienta o que será o tratamento:

Aliandro: Não existe cura, existe estabilização. Ele melhora, pra que essa estabilização perdure ele precisa ter horário pra dormir, ele precisa ter horário pra se alimentar, ele precisa tomar o medicamento, ele precisa continuar fazendo o tratamento da forma que fazia dentro do hospital, se não isso não terá sucesso. (TRECHO DE ENTREVISTA COM ALIANDRO, 12/02/2022)

Esse processo implica, fundamentalmente, em que o sujeito institucionalizado seja capaz de reproduzir, sobre si mesmo, o controle meticulosamente exercido sobre ele pelo hospital. É exatamente nessas, e por meio dessas, dinâmicas que os mecanismos disciplinares são acionados no interior da instituição. Dentro do hospital os indivíduos são constantemente vigiados, cada elemento é facilmente identificado e localizado no espaço, e isso se refere aos internos e a equipe dirigente. As escalas de horário dos funcionários e os locais em que habitualmente se mantém permitem à instituição acionar cada um de maneira eficaz e precisa. Isso se demonstrou durante toda a pesquisa. Como antes mencionei, Benjamin era o responsável por me acompanhar durante minhas visitas a campo, que eram agendadas previamente com ele; quando chegava na instituição, pedia às recepcionistas que o avisassem que eu estava lá. O sistema de ramais do hospital interliga todos os espaços, e em questão de

dessa população pode representar fatores de dificuldade ao acesso de tais políticas, como percebido durante a pesquisa: um dos internos moradores foi aprovado para uma vaga em uma residência Inclusiva – que possui dinâmica similar ao SRT – mas, teve todo o processo burocrático atrasado devido ao fato de ter um nome fictício. Quando chegou ao hospital, ninguém o conhecia, e não havia como identificá-lo, assim sendo, foi-lhe dado um nome pelos próprios funcionários da instituição, havendo, apenas, registros seus de digitais em São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro (NOTAS DE DIÁRIO DE CAMPO, 17/08/2022).

poucos minutos podiam contatá-lo, mesmo não estando em sua sala. O acionamento rápido de cada um dos agentes se estrutura como, além de um empenho de funcionamento burocrático, forma de segurança dentro do hospital:

Ariela: E eu sei que se eu precisar de alguém que esteja em outro setor, ele vai vir me ajudar. Igual, eu fico aqui com os pacientes, geralmente sou eu e 30 pacientes, quarenta pacientes. Homens! Eu sou responsável pelo setor masculino. E eu sei que se eu precisar de algum enfermeiro, ali, agora, e eu bater na porta, eles vão vir correndo (TRECHO DE ENTREVISTA COM ARIELA, 05/07/2022).

Como é possível notar no trecho de entrevista acima, os internos são divididos em grupos, que ocupam um de cada vez os espaços do hospital. Assim, enquanto um grupo realiza atividades de TO em um pátio, o outro assiste a palestras em outro lugar. Esse processo ordena-se por uma distribuição precisa das atividades ao longo do tempo, que é dividido e controlado pela instituição. Para cada atividade, um espaço, um tempo e um grupo. Cada grupo, por sua vez, encontra-se sob a vigilância constante de um funcionário; o qual é responsável por monitorar, identificar e corrigir as anormalidades no comportamento de cada indivíduo. O horário para dormir, se alimentar e se medicar, essencial para o tratamento, como explicitou Aliandro, são garantidos pela rotina institucional. São exatamente esses três pontos – sono, alimentação e acompanhamento médico, dentro do que inclui-se a medicação –, de cumprimento obrigatório dentro do hospital.

Durante as atividades de TO, por exemplo, os internos não são obrigados a participar, apesar de serem obrigados a permanecer no espaço durante o tempo de sua duração. Participei de uma das oficinas de TO, e pude observar que enquanto alguns realizam artesanatos, outros podem optar por jogar bola ou bilhar, ler um livro, ou apenas fumar um cigarro, quieto em seu canto (NOTAS DE DIÁRIO DE CAMPO 05/07/2022). O espaço que se dedica à forma de tratamento progressista é todo adornado com pinturas e trabalhos dos internos, as mais diversas telas inundam a parede ao lado de telhas, placas e mandalas; as grandes mesas dispostas ao centro do espaço preenchem-se amplamente com miçangas coloridas, tubos de cola, pincéis, canetas, tintas e lápis. O som das músicas vindas do tocador de CDs, mistura-se com as vozes dos internos, que podem ocupar o espaço livremente dedicando-se às atividades de sua escolha. A quase totalidade dos internos com quem conversei relatou gostar de participar das atividades de TO. Grande parte das pessoas usa desse momento para desenvolver itens que serão dados de presente aos seus familiares no momento de alta ou visita:

Ariela: [...] e eles fazem atividades na T.O pensando em presentear quem vai vir na visita. Então eles já se dedicam a semana "não, eu vou fazer.", por

exemplo, "uma telha decorada, e vou dar pra minha mãe na visita". (TRECHO DE ENTREVISTA COM ARIELA, 05/07/2022).

A feitura de presentes para a família, nesse sentido, encarna um duplo valor simbólico. Por um lado, resgata a presença do ente querido, é uma demonstração de afeto que materializa o “pensar no” ente querido; quer dizer que aquela pessoa representa para o interno um motivo de busca pela normalização e, além disso, que representa para ele um ponto de apoio no momento de isolamento cuja saudade é a marca. Como exemplo, tomemos um caso que presenciei durante a oficina de TO: enquanto conversava com dois internos fomos interrompidos por um terceiro, psicótico, dizendo, em prantos, sentir-se abandonado pela mãe, que há tempos não o visitava na instituição. Foi orientado, pelos outros, a fazer um presente para ela, para entregar caso o visitassem; nesse momento ele se empolgou, pegou rapidamente uma telha e alguns materiais e foi trabalha-la, mostrando de tempos em tempos para a monitora (NOTAS DE DIÁRIO DE CAMPO 05/07/2022). O segundo valor simbólico que o presente carrega, por sua vez, é o de demonstrar a disposição do interno em manter o tratamento, ou seja, manter-se normal; representa a gratidão sentida pelo cuidado e a adesão à forma de vida de seus familiares, ao mesmo tempo que dedicação e esperança em mudar. Isso é perceptível pelo relato de Daniela, que afirmou buscar melhorar por sua filha, que muito a havia magoado ao dizer, chorando, que a “ferida em seu coração não curava”, por ver a mãe sempre nas clínicas ou prisões. Quando lhe perguntei sobre as oficinas da TO, disse que havia feito um presente para a família, uma telha decorada em que constava a frase: “O cair é humano, o levantar é de deus”, com os nomes da filha e da mãe abaixo (NOTAS DE DIÁRIO DE CAMPO 27/07/2022).

Por outro lado, um interno, diagnosticado com esquizofrenia, que me relatou, assim como alguns outros, gostar muito das atividades da TO porque, segundo ele, enquanto se realiza o artesanato “a gente fica tão focado que nem lembra da vontade fumar” (NOTAS DE DIÁRIO DE CAMPO 17/08/2022). O tratamento que se estabelece sobre as práticas de artesanato significam o exato momento em que o interno, ao dedicar todo seu foco e atenção à atividade, estabelece um controle total do próprio corpo, sendo capaz de permanecer quieto e concentrado, o modelo ideal do que representa o tratamento, pois enquanto concentra-se nas operações manuais, a mente não dá espaço ao descontrole típico da loucura.

Trata-se, pois, daquilo que Foucault (1999) identificou como princípio disciplinar da utilização exaustiva, o princípio da não-ociosidade, em que importa extrair do tempo sempre mais instantes disponíveis e de cada instante sempre mais forças úteis. Mas, ao contrário do aparato disciplinar tradicional altamente coercitivo, o espaço que se traduz pela dedicação

artística, possibilita, também, um espaço de expressão, em que o indivíduo é exposto ao controle, de si próprio e por si próprio, ao mesmo tempo em que pode expressar-se livremente. Isso é perceptível pelos inúmeros quadros na parede que continham a figura do Coringa, vilão do personagem de história e quadrinhos “Batman”. O vilão, no Brasil, possui forte associação ao “mundo do crime”, a que ligam grande parte dos internos; enquanto conversava com um Mauro, usuário de crack, ele me relatava várias de suas ações criminosas, dizendo que assaltava estabelecimentos realizando performances inspiradas em seus ídolos, os vilões dos filmes, replicando os gestos do Coringa, personagem por quem expressava grande apreço (NOTAS DE DIÁRIO DE CAMPO, 05/07/2022). A arte, pois, é a forma pela qual a pessoa pode expressar aquilo que ela acredita representar a si mesma, no momento da confecção; seja um *eu* que busca se transformar – como a telha de Daniela–, ou um *eu* que se apegua às concepções que estabelece sobre si – os quadros do Coringa–.

A oficina de TO do hospital representa, também, um outro espectro, o econômico. Dentro da instituição existe um sistema em que a família deposita dinheiro para a administração e o valor é convertido em crédito para o interno. Esse crédito pode ser usado para comprar cigarros dentro da instituição, ou então alimentos da cantina do hospital onde “há muitas coisas gostosas” (CONVERSA INFORMAL COM BENJAMIN ANOTADA EM DIÁRIO DE CAMPO, 25/05/2022). Outra forma de conseguir créditos para gastar dentro do hospital é, justamente, a venda de peças confeccionadas nas oficinas da TO. Na recepção do hospital ficam expostas diversas peças feitas pelos internos, desde bijuterias e miçangas a telas, mandalas, telhas ou livros que foram doados ao hospital e limpos pelos pacientes; cada peça com uma pequena etiqueta contendo seu valor. Como mencionado ao longo deste trabalho, o hospital psiquiátrico é lugar a que se destinam aqueles que, por qualquer razão, escapam das formas de vida capitalista de produção e consumo; nesse sentido, é exatamente a essas formas de vida que o espaço institucional busca adequar os indivíduos. Para tanto, serve-se da emulação da forma de vida a que pretende condicionar a pessoa, com toda a pressão que sua série ininterrupta de procedimentos permite. É um treino intensivo e extensivo do sujeito para a realização do que se propõem. Como exemplo do processo de treino por emulação, tomemos o depoimento de Ariela, sobre as festas do hospital:

E: Sim, e você acha que isso é importante pros pacientes? Eles se sentem...

Ariela: Muito. Ah, muito. Eles adoram, eles se sentem... Eles, se soltam. Eles veem que eles podem se divertir sem a bebida, sem a droga, sem outras coisas. Que eu já ouvi isso de muitos deles. Fala "meu, dá pra gente dar risada sem tá bêbado", aí eu falei, "dá" (risos). "meu, não bebi nada, e não cheirei, não fiz nada!". Eu falei "pois é, gente, dá". (TRECHO DE ENTREVISTA COM ARIELA, 05/07/2022).

Dentro do hospital, ainda, o interno passa constantemente por uma série de exames que, ao serem realizados numa instituição compreendida dentro do aspecto de atenção à saúde, mescla procedimentos de análise do corpo e da mente. Assim, todos os dias são verificados os “Sinais Vitais” dos pacientes, em que afere-se sua pressão sanguínea, temperatura, frequência cardíaca, analisa-se a situação de feridas; ao passo que intercala-se com os exames próprios da saúde mental, como visitas regulares ao médico, psiquiatra e psicólogo (NOTAS DE DIÁRIO DE CAMPO, 05/04/2022). É dentro desse amplo espectro de cuidados à saúde que surge um dos pontos mais importantes do tratamento: a medicação psicotrópica. Como apresentado por Beatriz seu uso, e manutenção, são a peça fundamental para o “sucesso” do tratamento:

Beatriz: [...] O problema é que a maioria abandona o tratamento quando sai, né. Mas se você seguir certinho, certinho, cê não volta tão cedo. Eu tenho uma menina que mora perto da minha casa, eu conheci ela aqui no hospital. Ela é esquizofrênica. Ela faz acompanhamento certinho, e faz muitos e muitos anos que ela não interna. Por que? Porque ela segue certinho o tratamento.

E: E o tratamento, no caso, é só o medicamento, certinho, assim?

Beatriz: Isso. E não abandonar, porque senão realmente você vai regredir. Que você é dependente daquela medicação, cê não pode parar. E, a partir do momento que para, regride, com certeza. E ela não parou. (TRECHO DE ENTREVISTA COM BEATRIZ, 29/06/2022).

O processo que imputa a loucura como doença, configura, ao mesmo tempo, o corpo do louco como passível de intervenção farmacológica. Significa que os aspectos biológicos e orgânicos do corpo passam a ser levados em conta no processo de controle da loucura, sendo a ação dos medicamentos em nível bioquímico. A medicalização tem a função de regular as anormalidades dos internos, os efeitos tendem a agir sobre tudo aquilo que configura no campo “inaceitável” de seus comportamentos: se é inquieto e agressivo, busca acalmá-lo; se possui dificuldades em dormir no “horário certo”, o medicamento dará sono. Nesse sentido, ser capaz de manter o tratamento fora da instituição, tomando os remédios no horário devido, representa, ser capaz de administrar o controle do próprio corpo, adequar-se às divisões de tempo convencionais. Assim, o próprio processo de estabilização, que é o objetivo central da instituição e consiste na adequação do interno ao sistema disciplinar, passa a ser compreendido a partir da ótica da inferência orgânica:

E: sim, e a... existe, né? A estabilização do paciente, como vocês chamam lá. Como que é feita essa estabilização? Como ela funciona? Quais são os nortes de que ela está progredindo?

Aliandro: É, o paciente, uma vez internado, cada um tem um tempo diferente. O próprio organismo, ele não responde igual. Então, começa-se

com o tratamento psicológico, com medicamento, e com as vezes, atividade física, terapeuta e tal... mas cada um deles responde de maneira diferente. Alguns têm um efeito imediato, e... responde de forma mais rápida, mas tem outros que demora mais tempo mesmo sendo internado no mesmo dia. A diferença é orgânica, cada um tem uma resposta. (TRECHO DE ENTREVISTA COM ALIANDRO, 12/02/2022)

Destarte, os psicotrópicos emergem como um mecanismo disciplinar capaz de “intervir no nível do que acontece, no momento em que a virtualidade está se tornando realidade” (FOUCAULT *apud* FRANCO, 2018). Ou seja, uma forma de intervir previamente antes do próprio ato, garantindo a docilidade dos corpos e minimizando a possibilidade de hostilidade e descontrole. Os remédios, pois, seriam capazes de conter o comportamento no nível dos corpos, assegurando a rotina institucional (FRANCO, 2018). Todavia, a expressão máxima do controle dos corpos a nível bioquímico por meio do medicamento, aparece no momento em que o interno encontra-se, dentro da instituição, em estado de crise. No momento de crise, compreendido como descontrole e propensão à violência, a instituição exerce o poder legítimo de inferir sobre o corpo do interno, podendo seda-lo e contê-lo. A sedação consiste na aplicação de um medicamento injetável que diminui o nível de consciência do indivíduo, coloca-o "para dormir"; já a contenção diz respeito ao procedimento de imobilização do indivíduo, em que ele tem o corpo amarrado a uma maca por lençóis. Como exposto por Benjamin, a instituição busca evitar estes procedimentos, pois podem oferecer riscos aos internos:

[...] A gente não pode "é, por que tá agressivo, tá ansioso", você pega, vai amarrar e medicar? Você tem que ver o que você vai causar lá na frente pra esse paciente, quais é as sequela que você vai deixar se você só querer medicar. Só, toda vez você quer medicar, toda vez você quer medicar. Então é mais fácil, eu pego o telefone e ligo pro responsável vir buscar ele, ele não quer mais ficar aqui no hospital. E aí eu explico pro familiar: Ó, aqui se ele continuar, ele vai ser sedado e contido. Só que não é bom pro paciente permanecer contido e nem sedado. Porque quando tá contido pelos punhos, peitoral e as perna, que ele faz tanta força querendo soltar que acaba comprometendo até a circulação do paciente. Vai que me quebra um osso no tentar forçar. Então, às vezes, eu ligo, dou alta administrativa, né? Ou alta a pedido, quando a família quer retirar, ou alta administrativa quando a gente quer tirar ele de dentro. Para tentar evitar essa medicação. Todo dia uma medicação, injetável, injetável, injetável, e aí acaba que comprometendo o paciente. (TRECHO DE ENTREVISTA COM BENJAMIN, 25/05/2022).

Apesar de buscar ser evitado, a prática de contenção e sedação fazem parte da rotina institucional, de modo que é necessário aplicar esse método a “[...] um ou outro, só, por dia. Tem dia que não tem, mas tem dia que é dois ou três” (TRECHO DE ENTREVISTA COM BENJAMIN, 25/05/2022). Em todas as minhas visitas a campo pude presenciar algum interno nessa situação. Os “contidos” são colocados em pontos estratégicos, próximos, ou

dentro, das salas de enfermeiros, de modo que seja possível manter o paciente em constante observação. Tal procedimento assume, dentro da instituição, um papel corretivo-punitivo, que é acionado em momentos de crise, mas cuja figura simbólica é empregada como forma de conter os atos descontrolados ainda em sua virtualidade. Um pouco antes de deixar a instituição, após a realização de entrevistas, conversava com Benjamin em sua sala quando ouvimos outra funcionária o chamar dizendo "alguém aqui tá dando trabalho", referindo a uma interna que se recusava a seguir para o pátio da TO. Benjamin e outros enfermeiros foram checar a situação, e ouvi os gritos "amarra ela então, pode amarrar!" (NOTAS DE DIÁRIO DE CAMPO, 24/05/2022).

Esse método de contenção, que possui efeito homeostático, isto é, quanto menos resiste-se a ele, menos o sente e, quanto mais se resiste, mais se irá sofrer; enquadra-se em uma aparelhagem que Foucault (2006) chamou de "ortopédica". Os instrumentos ortopédicos, por sua vez, possuiriam não a função de marcação do poder, de garantia, ou extração da verdade; mas de correção e adestramento do corpo. São aparelhos de ação contínua, cujo efeito progressivo deve torná-los inúteis, assim sendo, no limite, deve ser possível retirar o aparelho que o efeito obtido por ele manterá-se definitivamente inscrito no corpo. Destarte, aparelhos com efeito de auto-anulação. Segundo o autor, o princípio do instrumento ortopédico equivaleria, no mecanismo asilar³⁶, ao que Bentham, havia sonhado sob a forma da absoluta visibilidade. Nesse sentido, o modelo ortopédico é o que representa a função do hospital: fazer com que o indivíduo adeque-se ao tratamento, à normalização, até que este não seja mais necessário, pois seus efeitos estarão marcados no corpo do paciente, ou melhor, no controle em que o paciente passa a exercer sobre o próprio corpo, e de que o medicamento é garantidor central.

O que se propõem é, como anunciado, a transformação dos indivíduos em alinhados, ou seja, aqueles que passam a se compreender enquanto doentes, entendendo que todas as suas anormalidades são causadas por uma disfunção orgânica, assim passíveis de intervenção bioquímica. É disso que depende o sucesso do tratamento, é isso o que garantirá a estabilização contínua do interno. Porque, ao se entender como doente, entende-se a necessidade do tratamento. Desse modo, aqueles indivíduos não-alinhados, que não se entendem como doentes mentais, podem recusar-se ao tratamento medicamentoso, armando diversas estratégias para burlá-lo. Mas, ao contrário da realização das atividades da TO, o uso

³⁶ Do qual desce diretamente o hospital psiquiátrico.

do medicamento é obrigatório dentro da instituição, sendo que o hospital desenvolve, também, estratégias para aplicá-lo aos indivíduos não-alinhados:

Benjamin: [...] Teve uma época que ele ficou quase trinta dias sem tomar remédio, mas ele tava tomando. A enfermagem dava medicamento pra ele, ele escondia embaixo da língua, tomava água, como se tivesse tomando medicamento. Chegava no quarto ele cuspiu o remédio na privada e apertava a descarga, e aí ele mesmo falou isso, ele mesmo. Aí eu mudei a ordem, falei "vocês vão diluir o medicamento", ou eles cospem na sua frente ou eles engolem. Se eles cuspirem, eles sabe que eles vão ter... vão ter que tomar outra atitude nessa posição deles. No fim eles acabam que engolindo. Falei, não dá mais medicamento em comprimido. Cê pode dar? Pode. Mas se cê já conhece ele, sabe que ele toma direitinho, aí tudo bem. Mas, se não, cê pode amassar e diluir, que eles vão tomar esse medicamento, sim. [...] (TRECHO DE ENTREVISTA COM BENJAMIN, 25/05/2022).

A fala de Benjamin expressa o claro contraste da perspectiva hospitalar quanto aqueles alinhados e não-alinhados. O primeiro tipo, ao se considerar doente, compreende a necessidade de seu tratamento, e, como já apontado, esse é o objetivo central da instituição. Ocorre, portanto, que todas as minúcias de operações que percorrem o corpo dos internos, mesclando influências da saúde do corpo e da saúde da mente, aliadas ao discurso constante do hospital nesse sentido, formulam no indivíduo um tipo de subjetividade específica, um *eu patologizado*. Goffman (1974) já havia expresso que as instituições totais são (trans)formadoras do *eu*. Em nosso caso, em nossa sociedade, é através dessa percepção de si próprio que o sistema de saúde mental pode justificar suas ações coercitivas sobre o sujeito, pois trata-se, afinal, de justificar a existência desse sistema de controle. Porque, no processo em que se compreende como patologizado, o indivíduo é ensinado, também, que sua doença não possui cura, que nunca será plenamente normal. Destarte, o tratamento é a busca constante e perpétua pela aproximação às formas de vida normais, as quais devem tornar-se não apenas um objeto de desejo; mas algo a se forçar a seguir até que o controle torne-se hábito; até que a tensão torne-se relaxamento e pare de forçar as amarras.

Dessa forma, os momentos de maior instabilidade e crise, são lidos como um processo normal da anormalidade. Assim, cabe ao hospital, enquanto instituição, enquanto espaço em que a psiquiatria faz-se verdade em toda sua potência, tornando-se poder em um processo que se retroalimenta (FOUCAULT, 2021), garantir a estabilização, como ponto privilegiado em que se tem a observação constante da evolução³⁷ do quadro do interno. Por meio dessa observação privilegiada, dessa vigilância constante, pode-se, por exemplo, inferir na eficácia

³⁷ O termo aqui empregado é de uso interno do hospital e diz respeito aos relatórios constantes feitos pela enfermagem quanto a cada paciente, em que se registram todos os fatos ocorridos com ele ao longo do dia; amalgamando informações quanto ao quadro corporal e mental dos indivíduos. (NOTAS DE DIÁRIO DE CAMPO, 05/04/2022).

de certo medicamento, sendo o espaço buscado pelos indivíduos alinhados ao compreenderem que se medicação não surte mais efeito. Como o caso de Rodrigo, que estava institucionalizado, no momento em que nos conhecemos, para regular sua medicação (RELATO INFORMAL REGISTRADO EM DIÁRIO DE CAMPO 17/08/2022). Os alinhados, portanto, não apenas compreendem a necessidade de seu tratamento, mas passa-se a deter uma proficiência específica que compreende suas (ir)regularidades. Ao conversar com Gilberto, um interno depressivo que já havia sido, como a maioria esmagadora, internado em outras instituições durante sua vida e se sentia acolhido dentro do hospital, ele me apresentou que não via necessidade em frequentar os CAPS após sua alta: “ [...] o tratamento meu é esse. Eu já sei quais os remédios preciso tomar, sei as atividades que preciso fazer. Faço isso há 20 anos!” (TRECHO DE RELATO INFORMAL DE GILBERTO, 21/09/2022). Isso representa a introjeção de todos os processo de controle executados em âmbito institucional, que se inscrevem definitivamente no corpo (FOUCAULT, 2006). É a partir desse conjunto de práticas discursivas e não-discursivas (BENELLI, 2004), que o processo de subjetivação proporcionado pela instituição alça seu êxito.

Todo esse processo de construção de um indivíduo patológico, que compreende a necessidade de seu tratamento, estabelece-se individualmente de forma fluida. Apesar de passar a se compreender como patologizado, todas as outras formas de identificação da pessoa passam a entrelaçar-se além dos muros da instituição, aliadas a diversas pressões externas que confluem para que o indivíduo mantenha, ou não, o tratamento fora do hospital. Destarte, os fatores que corroboram para a manutenção do tratamento dão-se tanto a nível subjetivo, “[...] Porque ele, na grande maioria, o vício é mais forte do que ele, ele não tem interesse em dar continuidade no tratamento nos CAPS.” (TRECHO DE ENTREVISTA COM ALIANDRO, 12/02/2022). Ou mesmo objetivos, como fatores sociais e econômicos:

E: Muitos outros fatores que estão envolvidos nisso aí [reincidência] também, né?

Benjamin: Bastante. Principalmente o social, principalmente o social! E, né, financeiro, claro né. Que é o que mais dá (risos), é o que mais causa danos, acho que é o financeiro, né? Acho que vem o social. Porque daí, o financeiro e o social, se juntam os dois, e dá o impacto da... impacto da... de todo o dano que a família tem. [...] (TRECHO DE ENTREVISTA COM BENJAMIN, 25/05/2022).

A produção dessa marca "temporária" do tratamento, acaba se comprimindo em relação às diversas intersecções de “linhas de opressão”, que atravessam os indivíduos. Em conversa com Mauro, foi me apresentado que, ao sair do hospital, o primeiro lugar que ele buscou foi uma boca de fumo, por não ter mais onde ir (NOTAS DE DIÁRIO DE CAMPO

05/07/2022). De tal forma, a presença no hospital desencadeia uma percepção temporária de melhora, que se desfaz diante de tantos outros fatores sociais que impactam a trajetória dos indivíduos, sem ter, contudo, uma relação com o período de permanência no hospital, mas sim, com diversos fatores externos. O indivíduo alinhado, portanto, não representa aquele que mantém sistematicamente seu tratamento para além dos muros, mas aquele que compreende a legitimação da inferência institucional sobre si, sobre seu corpo, justificada sobre a pretensão do cuidado.

Ao pensar sobre a manutenção do tratamento, Jenkins (*apud* FRANCO, 2018) oferece pistas para sua compreensão através da ideia de *pharmaceutical self*, o eu farmacológico. Refere-se ao aspecto do eu orientado por e através das drogas farmacêuticas, onde o tratamento farmaco-centrado promete aos pacientes um eu farmacológico medicado ao longo de toda a vida. Nessa esteira, a ideia de que a loucura é uma doença, alimenta a noção do eu farmacológico no sentido de que, se uma pessoa está morfológicamente doente, necessita medicar-se constantemente. Portanto, os pacientes psiquiátricos experimentaríamos uma dualidade de esperança e medo no uso dessas drogas, sendo que o medo da hospitalização torna-se a alternativa insuportável, ao passo que a esperança pela cura seria o ideal inatingível. Ocorre, todavia, que o espaço de internação em nossa sociedade pode se apresentar muitas vezes aos pacientes, devido às diversas linhas de opressão e vulnerabilidade que atravessam suas biografias, como algo considerado brando ou, até mesmo, desejado. Dessa forma, o eu patológico é o que se estabelece, marcado pela aceitação volátil do tratamento e a legitimação da institucionalização, compreendida enquanto um processo próprio de sua relação saúde-doença. Dessa forma, a patologização do indivíduo, que assume plenamente a forma de violência simbólica (BOURDIEU, 2002;2007), reforça as próprias relações de poder e dominação empenhados pela psiquiatria.

Segundo Foucault (2006), Esquirol, no século XIX, havia apontado cinco razões principais que justificam o isolamento dos enfermos psiquiátricos: garantiria a segurança pessoal deles e da família; libertaria-os de influências externas; venceria-se suas resistências pessoais; submeteria-os a um regime médico; lhes imporia novos hábitos intelectuais e morais. De acordo com o autor é possível, disso, extrair uma percepção que explicita que, na verdade, tudo isso se trata de uma questão de poder: dominar o poder do louco, neutralizar os poderes exteriores que a ele poderiam se exercer; estabelecer sobre ele um poder de terapêutica e adestramento, de ortopedia. Toda supressão de um poder, resulta no aumento de um outro, em nosso caso o poder médico, psiquiátrico, aumenta tão vertiginosamente quanto diminui o poder do doente (BASAGLIA *apud* FOUCAULT, 2006).

Fato é, que as descrições acima narradas podem facilmente ser aplicadas a nossa realidade institucional. Trata-se de, ortopedicamente, conduzir o indivíduo ao ajustamento quanto aos modos de vida da sociedade capitalista. Deve-se saber seguir os horários, não ser hostil, controlar o próprio corpo, mesmo que para isso seja necessária a intervenção bioquímica. Deve-se compreender a necessidade de trabalhar e consumir, deve-se aprender a festejar dentro da normalidade. E, no fim das contas, caso seja definitivamente incapaz de inserir-se em tal forma de vida, deve-se viver sem atrapalhá-la.

O hospital, portanto, é o espaço em que todas as operações cotidianas, o corporal, o individual, serão controladas na totalidade de seu tempo pela instituição, a fim adestrar o indivíduo e submeter tudo aquilo que é anormal, instável, em função do normal. Ao mesmo tempo, por ser um espaço vinculado à saúde pública, expõem as populações e seus corpos à intervenção e controle em nível, também, bio-orgânico. Dessa forma, as ações e mecanismos disciplinares aplicam-se sob a premissa de cuidado com aquele que é, e por toda vida será, doente. Isso significa a possibilidade de intervenção permanente. As relações em seu interior moldam-se todas, assim, à órbita das funções e fenômenos centrais na instituição. A disputa pelas legitimidades de forma de vida invadem seus muros materializados pelo, ou não, alinhamento dos indivíduos, gerenciados, em seu âmbito, pela equipe dirigente.

Tendo sido expostas todas as ideias fundamentais acerca da instituição, seu funcionamento, objetivos, dinâmicas e operações, se dará início à análise da pandemia e seus impactos na instituição e nos agentes nela inseridos.

4. 3 Os impactos da pandemia no hospital psiquiátrico

O controle da peste durante o século XVII, no pensamento de Foucault (1999), representaria a prova durante a qual se poderia definir idealmente o exercício do poder disciplinar. A fim de ver funcionar suas disciplinas perfeitas, os governantes sonhavam com o estado de peste. Nesse cenário funcionaria uma inspeção constante, um olhar alerta em toda a parte; fechamento das fronteiras das cidades, fechamentos dos corpos em suas casas, todo o espaço fechado, recortado e vigiado em todos os pontos onde os indivíduos inserem-se em um lugar fixo; todos os atos fiscalizados, vigiados por uma autoridade centralizada que exerce amplamente o poder. Tal vigilância é apoiada por um sistema de registros permanentes, uma série de relatórios elaborados e enviados a diversas instâncias. Há a marcação fundamental da divisão entre normais e anormais, saudáveis e doentes, vivos e mortos. Prescreve a cada um seu lugar, a cada um seu corpo, sua doença e sua morte, a cada um seu bem, através de um poder onisciente e onipresente que se subdivide ele mesmo de forma irregular e ininterrupta até a determinação final do indivíduo.

Contudo, em nossos tempos, a gestão da pandemia não apresentaria aspectos tão coercitivos e autoritários quanto a gestão da peste no século XVII. Isso porque, o que se desenvolveu, foi a utilização do dispositivo de segurança para o exercício de uma biopolítica (FOUCAULT, 2008) em grande parte dos países, que se estruturou com necropolítica em alguns outros, como no caso do Brasil (CAPONI, 2021). Ocorre, pois, o deslocamento do controle do corpo individual para o controle do corpo biológico, em escala populacional, em função da gestão da vida. Trata-se de medidas de segurança adotadas ao controle dos corpos em nível biológico: uso de máscaras; lavagem e higienização das mãos com álcool em gel; aferimento de temperatura corporal na entrada de estabelecimentos. Tratou-se de controlar o fluxo das populações: fechamento de fronteiras, de estabelecimentos e serviços considerados não essenciais; estabelecimento do isolamento social. Tudo isso, é nítido, trata-se de mecanismos disciplinares, os quais são incorporados ao sistema de vigilância em favor do gerenciamento populacional.

Pensar as instituições disciplinares em tempo de pandemia implica ter em mente que fatores externos, e isso quer dizer a nível macrossocial, influem diretamente no que se desenrola em seu interior. Porque, como apontado, existe um processo maior de gerenciamento das populações e de seus fluxos. Como aponta Foucault (2021), as instituições disciplinares, de sequestração, são produtoras de normatividade, confluem todas para a criação e/ou manutenção de uma norma social. Trata-se da homogeneização do tempo de

vida, que deve ser integrado no tempo que é a continuidade da produção, do lucro e do consumo. A coerção suplementar, indispensável ao funcionamento dessa instituição e sua própria função normativa implicam em uma série de semelhanças entre elas, afinal, tratam-se de instituições responsáveis pela, e ao mesmo tempo reflexo da forma social que se estabelece. Entretanto, a função discursiva que baliza a existência de cada tipo institucional é diferente. A prisão possui função punitiva, a escola educativa, e o hospital de tratamento. Ocasiona-se disso, que a própria gestão de tais instituições dá-se de formas diferentes.

As gestões institucionais, referente a cada tipo de instituição, diferiu também durante a pandemia. Como instituições disciplinares, a presença dos corpos em seu interior é fundamental. Mas, em um momento de pandemia, em exatamente o contato com o corpo do outro torna-se o perigo, a presença dos corpos em tais espaços entra em questão. A partir do controle dos fluxos, materializado pelo distanciamento e isolamento social, através de decretos estaduais e municipais, levou ao fechamento das escolas e à proposição do ensino remoto. As tecnologias permitiram o desenvolvimento das atividades em ambiente virtual, em que o ensino à distância por meio de plataformas on-line foi estabelecido (ALMEIDA *et al*, 2021). Assim, manteve-se a função de ensino em um ambiente no qual os mecanismos disciplinares não podiam se fazer aplicáveis pela instituição de ensino, uma vez que a gestão biopolítica, e assim populacional, superpõem a função disciplinar, de adestramento desde a infância, da instituição. Tratou-se, pois, de impedir a entrada em um espaço a ser considerado de alto risco de contágio da COVID-19.

Por outro lado, no caso das prisões, essa gestão de fluxos perpassou uma série de disputas sociopolíticas (SILVA, 2022), justamente devido à função punitiva que desempenha. Diversas tensões envolveram as medidas que visavam o desencarceramento dos indivíduos, no momento em que os espaços prisionais representavam a quase certeza de contaminação pelo vírus. Isso porque, em nosso cenário, a biopolítica encarnou sentido necropolítico, em que certas populações foram expostas sistematicamente à morte, em uma formulação de racismo de Estado (CAPONI, 2021). Tornou-se justificável a exposição dessas pessoas à morte sobre o discurso de garantia de segurança que seu isolamento propicia. Não há, afinal de contas, como alterar o funcionamento de uma instituição cujo objetivo central, qual seja punir e “corrigir”, depende da disposição dos corpos em seu interior. Em sentido distinto, mas não incompatível, o mesmo pode ser pensado em relação ao hospital psiquiátrico.

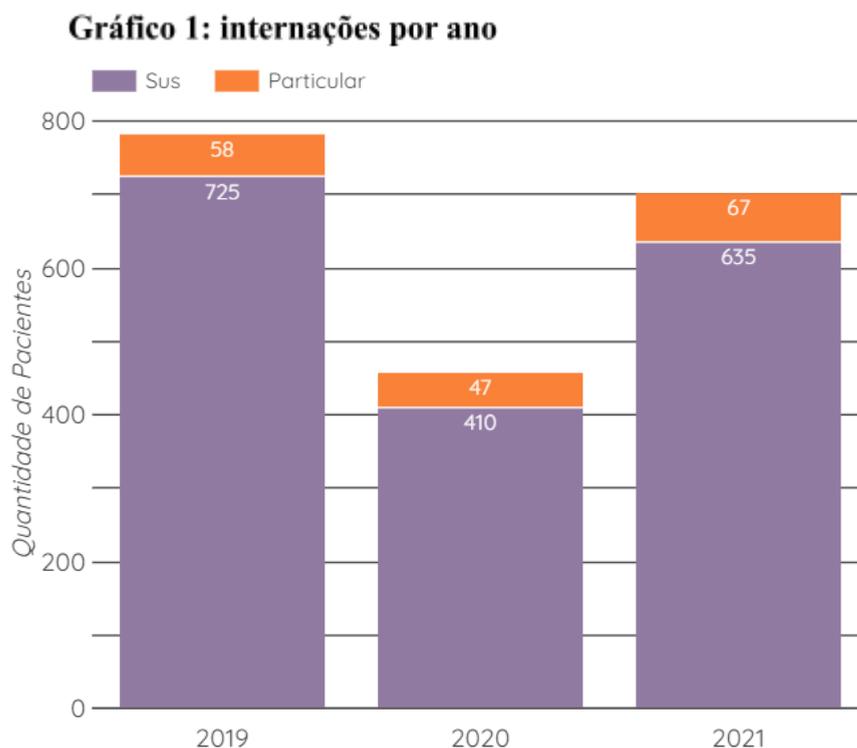
O hospital, como já antes apresentado, significa um espaço de cuidado inserido na esfera da saúde. O cuidado significa a ação direta sobre o corpo, que precisa ser vigiado, examinado e medicado. Assim, é necessário que os corpos encontrem-se institucionalizados

para que a função do hospital possa ser exercida. Não é possível tratar à distância. Isso significa a inviabilidade de interrupção dos fluxos institucionais, pois os doentes precisam ser tratados, a população precisa ser gerida a nível biológico, e isso integra a biopolítica estabelecida antes mesmo do período pandêmico. Mas, como se trata de uma instituição à saúde, torna-se incongruente expor à morte os indivíduos a ela submetidos. Assim sendo, o que se demonstrou, foi uma regulação quanto ao fluxo de internações durante o período, sem que deixassem de ser constantes, como explicita Aliandro:

E: E as internações, durante o período da pandemia, elas se mantiveram normalmente? Qual que era o tempo, mais ou menos, de permanência no hospital?

Aliandro: Não, durante o período de pandemia nós fizemos alteração com relação às internações. Porque a internação é coletiva, o espaço de internos do hospital ele é coletivo, ele não é individual, então em razão disso a gente acertou na rede, com os 26 municípios, que as internações seriam semanais. Durante um dia da semana faria toda a internação dos pacientes [...] (TRECHO DE ENTREVISTA COM ALIANDRO, 12/02/2022).

A partir da análise de informações cedidas pela instituição, no tocante às internações ocorridas nos anos de 2019, 2020 e 2021, foi possível constatar que, em comparação ao ano anterior à pandemia, 2019, os anos que se seguiram apresentaram uma redução no número de internações, principalmente em 2020, havendo uma retomada de crescimento em 2021. Assim, os números de internações por ano são, respectivamente: 783; 457 e 702, estando descritas no gráfico abaixo:



Fonte: Elaboração Própria a partir de dados cedidos pela instituição

Isso é referente à entrada dos internos no hospital. A partir do momento em que encontram-se institucionalizados, “[...] ficavam 15 dias separados dos demais, até cumprir esse período e saber se realmente não tiveram COVID. [...] ao chegar, era feito o teste rápido e depois dos 14 dias também era feito teste rápido. E, aí sim, eles iriam para o coletivo” (TRECHO DE ENTREVISTA COM ALIANDRO, 12/02/2022). Caso, já no “coletivo”, apresentasse sintomas, o interno era encaminhado a esse espaço de quarentena, que, para cada novo grupo era remanejado do local. Por sua vez, o período da quarentena significa um ambiente privilegiado de observação, em que o enfermeiro poderia facilmente identificar qualquer anormalidade:

E: E como que era esse espaço onde era realizada a quarentena deles?

Aliandro: É, era um espaço separado do grupo, o hospital é muito grande, então ele tinha um espaço que estava ocioso, a gente fez uma reforma, fez uma adaptação, e esses pacientes foram todos colocados nesses dois espaços, né? Porque era quinzenal, mas a internação era semanal, então precisava toda semana botar um grupo num lugar diferente.

E: Então toda semana chegavam pessoas novas no hospital?

Aliandro: Sim, toda semana!

E: E essas adaptações que foram feitas no espaço, o senhor poderia comentar mais sobre elas?

Aliandro: É, nessas... Nesses locais nós tínhamos a enfermagem de forma permanente, e aí sim, na sala de enfermagem tinha o álcool gel, lá tinha chuveiro, tinha tudo, pra que o paciente pudesse fazer essa higienização das mãos de forma rotineira. E o enfermeiro, e o técnico de enfermagem, que lá fica, tinham um potencial de observação melhor, porque o espaço era mais reduzido e daria pra ter a sensação de qualquer alteração que houvesse. (TRECHO DE ENTREVISTA COM ALIANDRO, 12/02/2022).

O modelo de isolamento de internos que podem vir a oferecer riscos, contudo, não é novidade na instituição, segundo Beatriz:

E: Pessoal comentou comigo sobre o período de quarentena deles, né. Eles comentam alguma coisa com vocês sobre como foi esse período, de ter ficado isolado dentro do próprio hospital antes de ter contato com os outros internos?

Beatriz: É porque na verdade, tem um setor, na verdade, de observações, né, quando entra. Aí fica aquele período, depois vai junto com os outros pacientes. Mas é pouco tempo, né, curto prazo. Porque na verdade já faz os exames também, né, pra entrar.

E: E esse período de observação é só agora, durante a pandemia? Antes ele não havia?

Beatriz: Continua o (inaudível). Inclusive, eu trabalho no setor de observações, né. Os pacientes mais complicados ficam com a gente, né. Aí, a hora que melhora, vai com a outra turma. Eles não se misturam com os outros pacientes, agita, há risco mais, suicídio, tá comigo, lá, inclusive. Aí

melhora, aí eu mando pro outro setor, vai junto com os outros pacientes. (TRECHO DE ENTREVISTA COM BEATRIZ, 29/06/2022).

Como já dito, dentro do hospital o interno tem todos os aspectos de sua vida controlados pela instituição. Deve ocupar os lugares determinados, realizando as atividades determinadas, no tempo que foi determinado. É este o sistema de ação central do hospital, uma série de operações ininterruptas que gerencia o corpo do indivíduo dentro de seu espaço. Nesse sentido, com a chegada da pandemia, tratou-se, fundamentalmente, de adequar os procedimentos disciplinares da instituição à contenção do vírus. Todo o processo de vigilância, exames e controle, reajustou-se em função da pandemia, sem, entretanto, deixar de ser o que já era. Nesse movimento, como demonstra o relato de Aliandro, houve uma potencialização dos mecanismos já empregados no hospital, pois a redução do espaço e do grupo, permitiam uma vigilância ainda maior do que se passa a nível individual. Quanto às outras medidas preventivas, Benjamin explicitou:

E: E tiveram medidas, assim, que vocês conseguiram instaurar, e que funcionassem na prevenção do COVID dentro do hospital?

Benjamin: Sim, todas as medidas que foi... todas as medidas...

E: Mas e em relação aos pacientes? Distanciamento, essas coisas.

Benjamin: Não, ó... As medidas, teve. Teve protocolos e medidas pra distanciamento, mas em saúde mental a gente não pode pensar assim "funcionou 100%". Funcionou na base do: quem não tivesse sintomas, ficava no setor. E quem tivesse sintomas, ou as internações logo que chegava de fora, ficava no isolamento por 15 dias. Após esse período, no começo foi quinze dias, após esse período fazia o teste do COVID, o teste rápido, se não tem sintomas, e tá não reagente, triava ele pro setor masculino onde ninguém tinha COVID. Só que é aquela base que eu vou falar pra você: Você seguia diretrizes? Seguia. A norma era essa? Aqui, na Saúde Mental, com esses pacientes, cê não consegue seguir essas normas, né? É muito difícil lidar com paciente na abstinência e com psicóticos, eles não entendem. (TRECHO DE ENTREVISTA COM BENJAMIN, 25/05/2022).

O não entendimento, a “falta de consciência” dos internos em relação às medidas de prevenção da doença, como o uso de máscaras e higienização das mãos, bem como em relação à própria pandemia, estiveram presentes nos discursos de todos os funcionários, em entrevistas e conversas informais. Alia-se a isso, o fato de que certas medidas de prevenção, dentro do hospital, poderiam oferecer riscos ao paciente e ao próprio tratamento proposto, que no caso de uso abusivo de álcool e outras drogas funda-se, essencialmente, na abstinência de consumo: “ [...] E dos pacientes cê não pode deixar o álcool com eles, né. Então você tem que passar, porque, se não, eles bebem!³⁸ (risos) Né?!” (TRECHO DE ENTREVISTA COM

³⁸ Nas primeiras vezes em que fui exposto a tal informação, tendi a interpretá-la enquanto um processo de violência simbólica. Contudo, durante uma de minhas visitas ao hospital, enquanto

ARIELA, 05/07/2022). Mediante a isso, a alternativa apresentada pelo hospital é a gestão de higiene e autocuidado dos internos por membros da equipe dirigente. Esse é um processo que, também, já era presente no hospital, mas aplicado apenas a grupos específicos considerados mais vulneráveis. Tais medidas são meticulosamente realizadas e registradas pela equipe dirigente, como se demonstrou por documentos que me foram cedidos pela instituição: planilhas que registravam, mensalmente, a quantidade de operações realizadas pela equipe de enfermagem, em que se constava, por exemplo, as quantidades de auxílio em higiene bucal realizadas pela equipe de enfermagem em cada período do dia (NOTAS DE DIÁRIO DE CAMPO, 12/02/2022).

O fator de risco central de contágio, durante uma pandemia, centra-se, substancialmente, sobre o contato com o corpo do outro. A instituição, que já possui como operação central o controle e gestão de corpos em seu interior, portanto, apenas readequou tais operações para o controle pandêmico. É justamente devido a isso que a totalidade de meus interlocutores internos responderam: “nada mudou” ao serem questionados sobre a pandemia dentro da instituição. Dessa forma, todas as dinâmicas, fatores, processos e relações descritas na seção anterior fizeram-se valer, também, durante o período da pandemia. Mesmo o fato de permanecerem em isolamento interno por 15 dias ao chegarem no hospital não desencadeou percepções negativas por parte deles. Ao revés, chegou, em alguns casos, a representar um fator positivo, pois como já mencionado as relações que se estabelecem no interior da instituição, entre os internos, se edifica sobre uma desconfiança constante. Isso foi expresso, por exemplo, por Rodrigo, que afirmou preferir o período de quarentena por ter que conviver com menos pessoas (RELATO INFORMAL DE RODRIGO, REGISTRADO EM DIÁRIO DE CAMPO 17/08/2022).

Isso porque, durante esse período de isolamento interno, todo o tratamento mantinha-se normalmente. E, além disso, como forma de mitigar os possíveis efeitos negativos do período de isolamento a instituição:

Ariela: [...] liberou, como ficava muito tempo lá, e o pessoal ficava entediado, a gente liberava jogos de tabuleiro, é... desenhos pra colorir, porque aí ficava

aguardava a na recepção a chegada de Benjamin, pude presenciar a materialização da afirmação. Um homem que iria ser internado, enquanto aguardava ser chamado para a triagem pela psiquiatria, que ocorria em salas localizadas no espaço da recepção, ia várias vezes até o dispenser de álcool, aplicava-o abundantemente nas mãos e as cheirava (NOTAS DE DIÁRIO DE CAMPO, 17/08/2022). Isso relaciona-se com o tratamento por abstinência na medida em que, justamente esse processo, desencadeia na pessoa a chamada "fissura", que se traduz pelo desejo intenso de usar a substância (DALGALARRONDO, 2008). No que tange, especificamente, a dependência de álcool, Dalgalarrondo (2008) explicita que essa desencadeia uma compulsão para ingerir bebidas alcoólicas, uma perda de liberdade entre escolher beber e não beber. Assim, no espaço institucional em que o acesso à bebida é impossibilitado, a ingestão de qualquer substância alcoólica torna-se uma alternativa.

a enfermagem junto, né, aí não tinha perigo os lápis. É, o violão se tivesse algum músico, rádio e televisão. (TRECHO DE ENTREVISTA COM ARIELA, 05/07/2022).

Dessa forma, a percepção central dos internos é de que o hospital, e vivência nele “era exatamente igual durante a pandemia, só mudava as visitas” (RELATO INFORMAL DE DANIELA, ANOTADO EM DIÁRIO DE CAMPO, 27/07/2022). O isolamento intenso ao qual os internos são submetidos, de forma que sequer sabiam o que se acontecia fora, como relataram alguns deles (NOTAS DE DIÁRIO DE CAMPO, 21/09/2022), fez com que o perigo do contágio fosse representado por tudo aquilo que “vem de fora pra dentro” como explicou Carlos, durante nossa conversa (RELATO INFORMAL DE CARLOS, ANOTADO EM DIÁRIO DE CAMPO, 05/07/2022). Nesse sentido, a forma de prevenção mais concreta e eficaz adotada pela instituição foi, precisamente, o controle dos fluxos. Assim, foram proibidas as visitas ao longo dos anos de 2020 e 2021, sendo substituídas pelo contato via telefone, como apresenta Aliandro:

[...] Fizemos também a restrição com relação a visitas, então os pacientes tinham visita nos finais de semana, com seus familiares, durante a pandemia nós cortamos esse modelo, porque certamente que em 100 pacientes, se vier 100 visita, um deles vai chegar contaminado e aí a coisa fica complicada dentro do hospital. [...] A gente fazia contatos via fone com as famílias, e fazia o paciente conversar com a família, via fone, no mínimo, duas ou três vezes por semana. Mas, não é igual o contato pessoal, do paciente ver a mãe, ver o pai, ver o irmão estando lá. A diferença é muito grande. (TRECHO DE ENTREVISTA COM ALIANDRO, 12/02/2022).

A ausência das visitas foi o impacto da pandemia mais sentido pelos internos no âmbito institucional. Isso é, por aqueles que habitualmente as recebiam. A dinâmica que se estabelece entre o hospital e os indivíduos a ele submetidos perpassa, também, uma gama de outras instituições, como os CAPS, diversas instâncias judiciárias e a família. Nessa equação a família representa um papel complexo, que pode variar de acordo com diversos fatores, mas que, ao mesmo tempo, desempenha funções comuns nos mais diversos casos. Foucault (1999), ao desenvolver seu pensamento acerca das disciplinas, já havia enunciado que apesar de contarem com espaços próprios para seu exercício, como é o caso do hospital, teriam uma tendência a se desinstitucionalizar, capilarizando-se pelas mais diversas instâncias da vida social e individual. Nesse sentido, algumas instituições serviram-se dela como forma de reforçar ou reorganizar seus mecanismos internos de poder, como é o caso da família. Segundo o autor, as relações intrafamiliares se “disciplinaram”, absorvendo esquemas externos, escolares, militares, médicos, psiquiátricos, que fizeram da família o local privilegiado de surgimento para a questão disciplinar do normal e do anormal. Ocorre,

portanto, uma reprodução dos esquemas internos de poder em seu interior e, nesse passo, tais esquemas são reforçados.

A família, pois, age como uma espécie de fiscal permanente, que vigia os comportamentos do indivíduo, monitorando toda a anormalidade, que assim se define pelo não ajustamento ao sistema disciplinar: não seguir as divisões de tempo convencionais, não deter controle sobre o próprio corpo, não se interessar ou não ser capaz de produzir e consumir, ser hostil ou demonstrar propensão à violência. A família desempenha o papel de instância de decisão do normal e do anormal, do regular e do irregular (FOUCAULT, 2006), como demonstrado pelo relato de Ariela:

[...] E também tem aquele lance da família já conhecer o hospital. Então, vamos supor, eu tenho um filho que bebeu. Ai, ele bebeu uma pinga "ai, vamo internar?"; aí, ele fumou uma maconha "ai, vamo internar? Já tá desandado." Entendeu? "ai, ele tá louco, ó, tá discutindo comigo. Vamo internar?" Aprendeu o caminho... já era, a família pega gosto. Eu acho isso também, sabe? É uma coisa que eu tava até falando esses dias. Eu falei: gente, depois que a família aprende o caminho daqui já era, cê não pode mandar ninguém a merda que já vai "ah, tá louco. Surtou, interna." (TRECHO DE ENTREVISTA COM ARIELA, 05/07/2022).

Assim, a família abre mão de seu poder de soberania sobre o indivíduo, entregando-o ao jugo institucional a partir de qualquer sinal de anormalidade, que possa vir a oferecer riscos, imediatos ou potenciais, a sua estrutura ou ordem; pelo mesmo jogo que lhe confere soberania sobre indivíduo a ser institucionalizado. Trata-se, portanto, de entregar o indivíduo à instituição disciplinar, na fé de que serão devolvidos conforme necessidade da família, isso é, para o maior benefício funcional da família, após terem sido passados pelos filtros dos dispositivos normatizadores (FOUCAULT, 2006). Serão (re)conduzidos, assim, ao sistema de ordem maior no qual a família se insere, e do qual representa um agente. Contudo, a esperança de receber de volta o indivíduo normalizado, por vezes, pode acabar sendo perdida. Nesse sentido, a instituição é o mecanismo acionado para que a família possa restabelecer sua ordem a partir da exclusão do elemento que a perturba; sendo que a exclusão se manifestará de qualquer forma:

Aliandro: Muitas famílias põe o paciente na rua quando ele não consegue internação, e fica perambulando, então "eu quero me ver livre desse problema. Eu não quero solução pra isso, eu quero me ver livre desse problema". E o hospital é o celeiro desse tipo de comportamento. (TRECHO DE ENTREVISTA COM ALIANDRO, 12/02/2022).

Assim sendo, as visitas recebidas pelos internos tendem a assumir um desses dois aspectos. Aqueles que buscam ver a situação em que se encontra o familiar, para averiguar

sua situação dentro da instituição, esperando seu processo de melhorar, de estabilização, de normalização; e aqueles que, já conformados com a impossibilidade de tais resultados, buscam apenas extrair mais vantagens do isolamento proporcionado para a família que se mantém na ordem. Como ilustrativo, tomemos o depoimento de Benjamin:

E: E qual que cê acha que é o papel das visitas para os internos?

Benjamin: (...) Ah, eles... ó, tem de todo caso, Otávio. Tem uns que vem visitar, porque vem, quer saber como está, como eles tão. É gostoso pra família você ver o filho drogado, na rua, porque drogado, os que estão aqui, viviam na rua, não dentro de casa, e quando vai é pra roubar e brigam ainda, e batem. Agora, cê ver o filho aí, jogado, na droga, no álcool, destruído, praticamente, emagreceu e todo imundo... De repente, cê pega ele aqui dentro limpinho, cheiroso, tem desodorante da Nivea lá, aqueles Dove, lá, são desodorantes que vem pra eles. Então é bom pra família ver isso, ver como ele está sem a droga, porque eles desacostumaram de ver o filho sem a droga, eles veem, praticamente, com droga. Tem aqueles que vem pra resolver problemas de assinatura de pagamento, principalmente esse benefício aí, emergencial, que o presidente deu, que o governo deu. Tem uns que vem tratar assinatura de herança... (TRECHO DE ENTREVISTA COM BENJAMIN , 25/05/2022).

Dessa forma, para uma parte dos internos as visitas representam o contato com um ente querido, o apoio que a família oferece para sua estabilização. A visita, portanto, é considerada peça fundamental para o progresso do tratamento, da estabilização do interno, porque a “ família vindo, ajuda muito no tratamento. Eles sentem apoio, né, mais apoiado, na família. Faz muito bem a visita, pra eles.” (TRECHO DE ENTREVISTA COM BEATRIZ, 29/06/2022). Assim, “A visita, ela estimula o melhoramento, ela estimula o ego deles nesse sentido” (TRECHO DE ENTREVISTA COM ALIANDRO, 12/02/2022). O afeto apreendido no momento da visita, portanto, representa para os internos uma razão para buscar adequar-se ao modo de vida que transgride e, por vezes, perturba. Porque ao passo que a família é um ente regulador de normalidade, torna-se também referência de tal normalidade. Em todas as conversas com internos, que recebiam visitas das famílias, foi-me relatado que os familiares eram energia motriz pela qual buscava-se alinhar-se aos modos de vida, buscava-se melhorar. Ao conversar com Mauro, que não possuía boas relações com seus familiares devido ao uso abusivo de drogas e envolvimento com o crime, ele me descreveu que sua potência de melhora, o distanciamento das drogas, estava condicionada a estar em um relacionamento: “eu penso que ela não vai gostar, se é só por mim eu faço mesmo”. (RELATO INFORMAL DE MAURO, 05/07/2022). A visita, impedida pela pandemia, significa para os internos, além de toda cadeia de afetos que se desenrola de tais relações, a evocação da razão central pela qual deve dedicar-se à normalização: poder inserir-se dentro da família.

Monteiro, Ferreira e Teixeira (2021), ao realizarem estudo semelhante, em uma unidade de internação psiquiátrica, no Rio de Janeiro durante a pandemia, apontam várias semelhanças nas medidas adotadas pela instituição na contenção do vírus. A partir das mesmas justificativas de incapacidade dos internos seguirem e praticarem medidas de controle contra o vírus, as visitas foram cortadas e substituídas por contatos via telefonemas. Praticou-se gestão biológica dos corpos pelo controle da equipe dirigente e dos enfermeiros da unidade. Todas essas semelhanças, aplicadas em estados e unidades de internação diferentes, portanto, podem significar a aplicação de uma biogestão comum nos espaços de internação dedicados ao cuidado de saúde mental. As autoras explicitam, ainda, que dentro de tal cenário, tendo o contato com o corpo do outro forçado pelo modelo de cuidado, os profissionais da saúde foram extremamente impactados durante o momento pandêmico.

Assim, as principais medidas tomadas pela instituição, objeto do presente estudo, para prevenir o contágio, foram o controle dos fluxos e o reajustamento de suas operações de controle. Mas, ao contrário dos internos, que devem fixar-se na instituição, e da família, que deve adentrá-la esporadicamente, a equipe dirigente transita diariamente entre espaços intra e extramuros. E, além disso, grande parte dos funcionários “[...] costuma trabalhar em dois, três lugares... [...]” (TRECHO DE ENTREVISTA COM ALIANDRO, 12/02/2022). Na impossibilidade de regular o fluxo dessas pessoas, elas acabaram por tornar-se o maior risco de contágio: “[...] É... aqui dentro, mesmo, pacientes com casos foram pouquíssimos, assim, sabe? Pessoal geralmente trazia de fora, né? Nós. Porque não teve visita, não teve nada.” (TRECHO DE ENTREVISTA COM ARIELA, 05/07/2022). Exatamente nesse sentido, a maior dificuldade enfrentada pelo hospital durante a pandemia pode ser expressa. Se ao internos já se aplicava um controle constante sobre o corpo, sua disposição espacial e procedimentos a ele aplicáveis, tratou-se de estender, de certa maneira, essas formas de controle, também, aos funcionários:

E: Com a chegada da pandemia foi todo mundo pego de surpresa, a gente que reinventar os hábitos, adaptar as vidas, e como a instituição lidou com essa chegada do inesperado?

Aliandro: Sim, foi... foi muito surpreendente, e houve muita resistência, porque os profissionais dentro de sua diversidade que tem dentro do hospital, também não tava acostumado com isso. Então cê pega o pessoal da faxina, cê pega o pessoal da manutenção, e outros profissionais, não tinham o hábito de ter essa... Lavar as mãos, usar o álcool, usar máscara. Então essa... surpresa, precisou ser feito uma adaptação e a cobrança, em termos de fiscalização permanente, pra que depois criasse uma cultura natural com relação a esse procedimento.

E: E essa fiscalização, ela era em relação às medidas que eram tomadas tanto pelos funcionários quanto pelos pacientes?

Aliandro: Sim, mais com relação ao funcionário do que paciente. O paciente internado lá, ele tem problemas diversos, então dificilmente ele vai cumprir essas regras de não permanecer um perto do outro e tal... Paciente com deficiência mental, ele não entende isso. Então a exigência maior era com relação a todos os funcionários, e com relação aos pacientes o funcionário tinha obrigação de tentar, pelo menos de uma certa forma, fazer com que eles tomassem banho, com que eles lavassem as mãos de forma permanente, quando estavam no pátio permanecer um afastado do outro..., mas é um controle muito difícil.

E: E quais que foram os momentos mais complicados que o senhor vivenciou durante o trabalho?

Aliandro: Criar uma cultura, nos funcionários, de fazer a utilização de vestimentas lavadas, uso de máscara, uso do álcool gel. Então isso foi uma grande dificuldade de adaptação. (TRECHO DE ENTREVISTA COM ALIANDRO, 12/02/2022)

A fiscalização, a vigilância em relação aos funcionários, como já antes dito, já fazia parte da rotina institucional. Em conversa informal com Aliandro, ele me relatou que durante sua gestão, foram instaladas mais de 60 câmeras no hospital, sistema de monitoramento que serviria tão mais para monitorar as condutas de funcionários que de internos (RELATO INFORMAL DE ALIANDRO, ANOTADO EM DIÁRIO DE CAMPO, 12/02/2022). O sistema de câmeras compreendia todo o hospital, o monitor localizado na sala de enfermagem subdividida-se em inúmeras pequenas telas que mostravam uma visão privilegiada de cada parte do hospital. Enquanto conversava com Benjamin, sobre a realização de conversas com os internos, ele me apontou para uma das pequenas telas do monitor, na qual uma moça conversava com uma das enfermeiras, e me explicou que aquela era uma interna que, há alguns dias, havia tentado cometer suicídio dentro da instituição (NOTAS DE DIÁRIO DE CAMPO 24/05/2022). Contudo, de acordo com Aliandro, as câmeras permitiram, bem mais que a vigilância dos internos, que já ficava a cargo de algum profissional designado, observar e, caso necessário, punir as condutas dos funcionários. Como exemplo, me relatou sobre os casos de “dormir em serviço”, apontado que, durante o turno da noite, que se estendia pela madrugada, era compreensível que os funcionários pegassem no sono, afinal os internos, já medicados, estariam dormindo, e poucas seriam as probabilidades de ocorrência de alguma anomalia no meio institucional. Conteúdo, durante o dia, enquanto os internos encontravam-se ativos, dormir em serviço poderia significar impossibilidade de conter alguma anomalia, já que não a observação seria cessada. Nesse sentido, as câmeras, e todo o aparato de vigilância constante que permitem, são acionados para garantir o cumprimento das normas, tanto no que se refere aos internos como, especialmente, para os funcionários.

Nesse sentido, a vigilância hierárquica (FOUCAULT, 1999) já presente e aplicada entre os funcionários, estendeu-se para o controle da pandemia dentro da instituição. Passou-se a vigiar a ação dos corpos que representavam o maior risco de contágio e propagação do vírus. Isso porque, o controle dos fluxos internos permitia, a partir de uma certa previsibilidade das condições, oferecida pela gestão das séries em aberto no circuito hospitalar, como aparelhagem de segurança (FOUCAULT, 2008), permitia uma certa previsibilidade das condições de exposição ao vírus. Ou seja, sabendo dos elementos que se dispõem, e de que forma se dispõem, dentro do espaço hospitalar, aliado aos constantes monitoramentos, exames e registros que mesclam atenção à saúde em nível mental e corporal, foi possível gerenciar a forma de propagação do vírus entre a população de internos. Contudo, um dos maiores problemas enfrentados na gestão biopolítica da pandemia, em todas as escalas, foi a imprevisibilidade que os casos de doentes assintomáticos³⁹ proporcionaram. E, a partir desse ponto, moldam-se as percepções dos funcionários do hospital quanto à pandemia:

Benjamin: [...] Era uma incógnita, cê entrar aqui e saber. Então, às vezes, do nada aparecia, na hora dos Sinais Vitais: "ai, Benjamin, paciente tá com 38º de febre, tá começando com tosse". Então a gente já preocupava pra isolar ele logo, por causa dessa contaminação. Mas, se você for pensar nisso, ele teve contato já, com outros pacientes. Então cê já esperava que mais algum ia aparecer com esses sintomas, que é o que aconteceu. Mesmo ali no setor masculino. Ali eram pacientes que não tinham COVID, que não tinham sintomas, mas cê não sabia. Cê não sabia. Tinha os pacientes que tinha covid e que eram assintomáticos. E aí, como que faz?

E: Era uma incerteza?

Benjamin: Era, uma incerteza. Por isso que a tensão que.... Virou, assim, um caso sério, a tensão do pessoal da enfermagem. Pessoal da enfermagem querendo sair, não querendo trabalhar mais. E aí? Não querendo trabalhar, cê queria contratar não tinha quem trabalhasse, por conta do medo de pegar COVID. Entendeu? [...] Porque, por ser assintomático, cê não conseguia saber quem tem ou quem não tem COVID. Aliás, às vezes, tem o assintomático que tem COVID acaba contaminando os outros. Porque dormiu três em cada quarto, cê imagina um com COVID ali dentro do quarto... Fechada a porta... (TRECHO DE ENTREVISTA COM BENJAMIN, 25/05/2022).

A partir dessa constante incerteza que se colocava quanto à contaminação, ou não, de cada indivíduo, percebe-se a instauração de um medo do contato com o outro. Como demonstram Carvalho *et al* (2020), a implementação das medidas de biopolítica, materializadas pela utilização do aparato disciplinar na vigilância dos corpos, desencadeou um processo de identificação do corpo, do corpo do *outro*, como objeto de risco potencial e

³⁹ O termo refere-se àquelas pessoas que contraíram o vírus, mas não chegaram a desenvolver sintomas da doença. De tal modo, contaminam os demais sem sequer saberem que estão contaminados.

constante. No âmbito das relações hospitalares, em que os trabalhadores inferem diretamente no corpo dos internos, por meio do contato, seja no que tange a aplicação de medicações, a promoção das medidas de higiene, alimentação ou mesmo o processo de contenção em momentos de crise, potencializa e consolida um sentimento de medo. Como demonstra Benjamin:

Benjamin: [...] Mas é assim, eles tavam sem máscara, só a enfermagem que tava paramentada, com avental, touca, máscara, (inaudível), tudo direitinho. Mas é o medo que se corria de... da contaminação. Por que? Porque tinha briga. Tinha briga, e a enfermagem tinha que o que? Que separar essa briga, tinha que conter esse doente, e no meio dessa pandemia aí, nesse meio de "será que ele tem ou não tem?" Eu tive às vezes, que nem, contato direto com paciente, teve um doente que tirou a máscara da enfermagem, entendeu? Tá certo, o cara não tava com COVID, mas e se estivesse? Não tinha vacina no começo, vacina foi depois de quase um ano, de mais de um ano. Teve funcionário que pegou COVID. Se pegou aqui, a gente não sabe. Por que? Ele teve outra convivência, teve outro hospital que trabalhou, teve colega, não daqui, mas da santa casa, que morreu de COVID. [...] (TRECHO DE ENTREVISTA COM BENJAMIN, 25/05/2022).

No cenário brasileiro de gestão da pandemia, em que os esforços de parte do executivo caminhavam na contramão da prevenção à doença, carregados por discursos negacionistas da ciência (LIMA; CAMPOS, 2021), a distribuição de vacinas não se deu sem perpassar um série de disputas. Dentro desse quadro, a instituição se mostrou um lugar privilegiado para a aplicação das vacinas, como explicitado por Aliandro:

E: Sim. E como que foi o período de vacinação dos funcionários e internos? Como que vocês se sentiram em relação a isso, quando foi possível se vacinar?

Aliandro: Nós não tivemos dificuldade, não. Tanto quanto aos profissionais que lá estiveram, porque a Fundação Municipal de Saúde da cidade nos forneceu a vacina de imediato, então todos os profissionais foram vacinados e depois, numa segunda etapa, também recebemos a vacina para os pacientes. Então nós não tivemos nenhum problema com relação a isso porque os pacientes foram vacinados e os profissionais todos foram vacinados sem problema nenhum.

E: Quanto à vacinação dos pacientes, aconteceu de uma vez em relação a todos que estavam internados? Ou é uma vacinação que se mantém para quando a pessoa chega, por exemplo, sem ter recebido alguma dose?

Aliandro: Não, chega sem ter recebido alguma dose, mas assim, no começo, né? Depois eles já vinham vacinados, mas no começo eles chegavam, dentro daquele grupo que eu disse, de quarentena, chegavam, às vezes, sem vacina. Então a gente providenciava, junto à Fundação de Saúde, as vacinas para aquele grupo. Nós não tivemos problemas, eles eram vacinados. Agora, saíam, para suas respectivas cidades, com a recomendação que tomassem por lá a segunda e terceira dose. Nem sempre isso aconteceu, então quando ele retornava precisava pedir a segunda dose porque ele não tinha tomado lá no município. (TRECHO DE ENTREVISTA COM ALIANDRO, 12/02/2022).

Por integrar o circuito de políticas públicas em saúde, o hospital interliga-se de maneira privilegiada às ações biopolíticas de cuidado e atenção. Nesse sentido, o mesmo processo de estruturação da condição de doente, que legitime a ação institucional sobre o corpo dos internos e seu controle a nível bioquímico, integra essa população a um circuito de cuidados. Isso porque, como enunciado de antemão, é incongruente expor à morte aqueles que ocupam um espaço cuja função discursiva se desempenha sobre a lógica do cuidado. Assim, o sistema maior de vigilância e controle das populações, que se orienta por um aparato de sequestração, de fixação (FOUCAULT, 2021), permite, também, o entendimento de uma assistência a grupos que encontram-se em alto grau de vulnerabilidade, como é a maioria esmagadora dos internos do hospital. Coloca, portanto, a instituição em um circuito que fornece, de maneira privilegiada, subsídios para uma biogestão de seu interior, como o caso das vacinas e testes disponibilizados; ao mesmo tempo, que permite à instituição a integração num circuito de atenção que se disponibiliza em momentos de necessidade, como no caso em que algum interno contraísse a doença, como explicitado por Benjamin:

Benjamin: [...] Teve uma ocasião que aconteceu o quê? Tive dois pacientes que teve COVID positivo e eles começaram a ter febre, até então não sabia que tinham COVID, começou a ter febre. Teve febre, começou a ficar aquele sintoma gripal e tudo, começou a tosse, fomos ver a saturação: lá embaixo. Traz pra sala de emergência. Vamos fazer teste rápido? Vamos. Deu IGG e GM, deu IGG deu positivo. Entendeu? E aí? Vai pra UPA, não ficava aqui.

E: Já encaminhava pra outro serviço...

Benjamin: Isso, aí ia pro atendimento especializado. Mais que era a UPA que atendia, do [nome do bairro] aqui na cidade, pacientes com COVID só. A gente mandava. Começou os sintomas, não pensava duas vezes, chama o SAMU e manda pra UPA. Lá vai fazer o teste, vai fazer tudo que tem que fazer. Se tá positivo, vai ficar lá. Se não tá (bate na mesa), volta. Teve pacientes que daqui foram pra lá, ficaram 15 dias, 10 dias, melhorou, fez todo o protocolo e aí retornaram pra cá, entendeu? [...] (TRECHO DE ENTREVISTA COM BENJAMIN, 25/05/2022)

Por fim, conclui-se que os impactos da pandemia, em âmbito institucional, puderam ser sentidos tão mais pelos membros da equipe dirigente do que pelos internos. As formas de prevenção aplicadas aos internos, trataram, substancialmente, do reajuste dos mecanismos e operações disciplinares, da gestão e controle dos corpos que já era, cotidiana e incessantemente, realizada. O controle de fluxos, referente ao impedimento das visitas, nessa esteira, representaram o ponto de maior impacto para aqueles que recebiam apoio e suporte de suas famílias. No que tange os funcionários, a adaptação aos processos de controle, e o convívio com os sentimentos de incerteza, insegurança e medo que se desprendem da necessidade do contato com o corpo do outro no processo de tratamento, configuram as

marcas centrais de vivências durante a pandemia. Destarte, a observação dos fenômenos, de rupturas e continuidades na rotina hospitalar durante o período, serviu como possibilidade de janela analítica para compreender a fundo a instituição, suas nuances e especificidades, a nível macro e microssociológico. No que tange os processos de violência simbólica e subjetivação institucionais, a pandemia pouco ou nada os afetou. Isso por tratarem, fundamentalmente, dos objetivos centrais da instituição: um processo de normalização que perpassa a compreensão de que se é anormal, para justificar um amplo sistema de controle que busca, antes de mais nada, o adestramento e condicionamento dos indivíduos as formas de vida capitalista alicerçadas sobre os ideais de produção e consumo, dos quais sua loucura o distancia, e que por inúmeras vezes seus comportamentos tendem a atrapalhar.

5. Considerações finais

O processo de investigação científica a que essa pesquisa se propôs tomava a compreensão da instituição, suas dinâmicas, fenômenos e processos como forma de compreender os impactos desencadeados pela pandemia. Entretanto, a partir do início da pesquisa empírica, foi possível perceber que, na verdade, a análise da pandemia, das rupturas e continuidades de fenômenos e dinâmicas do hospital em tal período, serviriam como forma de compreender a fundo a própria instituição. Dessa forma, em um processo dual, a pandemia serviu como janela analítica para a compreensão do objeto de pesquisa e dos fenômenos que dele se desdobram e/ou o envolvem.

Como demonstrado por Arbex (2013), Faria e Sonim (2014), no Brasil os espaços que se dedicavam a atenção à saúde mental, o espaço a que se destinavam os loucos, configuram mecanismos de controle social. No processo de modernização em que formam-se os centros urbanos, os manicômios, asilos, hospitais e clínicas surgem e são utilizados como meio e assegurar a ordem social que buscava se estabelecer. Destarte, poderiam ser considerados loucos não apenas aqueles que sofriam de algum distúrbio ou patologia mental, mas todos que pudessem oferecer risco potencial às formas de produção e ao modelo de sociedade higienista que se edificava. Nesse sentido, todos aqueles considerados vagabundos ou anormais, que não seguiam as normas de trabalho, moradia, relacionamentos e sexualidade poderiam tornar-se alvo de internação caso sua anormalidade fosse detectada pelos normais.

Em sentido amplo, tal modelo pouco ou quase nada destoa dos processos sociais explicitados por Foucault (1999; 2006; 2021). Trata-se de um aparato, portanto, que através de um exercício constante, ininterrupto e capilarizado de forças aplicadas sobre o corpo do indivíduo, busca adestrá-lo e forçadamente encaixá-lo dentro dos parâmetros de normalidade. Isso, é claro, de modo mais ou menos incisivo. Essa mecânica, essa anatomia do exercício de poder é um modelo que se estratifica por todas as esferas sociais, e é aplicado sobre os indivíduos desde a infância, pelo processo de escolarização, e se estende ao longo de toda a vida, articulando-se e estendendo-se a todas as instituições as quais será, querendo ou não, submetido. Nesse processo, que se edifica sobre o para vigiar-punir, existem instituições específicas que forçam a adequação dos anormais, dos que não seguem as regras do jogo que todos “devemos” jogar desde o nascimento. Dessa forma, caso o indivíduo opte por transgredir as regras, acessando a riqueza por meio de furtos em detrimento ao trabalho, por exemplo, ele será submetido à prisão. Isso porque o trabalho, a venda do tempo e do corpo, na sociedade capitalista é o que constitui uma regra. Mas, se por qualquer razão, não queria

ou não seja capaz de seguir as normas que garantem ao superpoder capitalista sua manutenção e exercício, poderá ser considerado louco e destinado a instituições cuja função discursiva não é a da punição, e sim do cuidado.

No Brasil a retórica de cuidado passa a tomar formas concretas a partir de 2001 com a RPB. A partir desse momento o dispositivo jurídico opera como forma de seguridade e garantia de direitos àqueles que serão considerados loucos, propondo a valorização do cuidado em meio comunitário em detrimento ao isolamento. Contudo, a coexistência dos hospitais psiquiátricos junto aos serviços substitutivos de tratamento em meio aberto, e a recente tendência de revalorização dos primeiros a partir do golpe parlamentar de 2016, expressam a função central que estes ainda exercem em nossa sociedade: garantir a fixação e adequação dos indivíduos desviantes ao aparato produtivo e aos ideais de consumo.

No interior dos hospitais os indivíduos são submetidos a regras rigorosas do controle do tempo, a fim de que seu tempo seja alinhado ao tempo produtivo, ao "horário comercial" que rege e organiza a sociedade; as operações do corpo, do qual a loucura significa a perda de controle, são resignadas a diversos mecanismos que buscam adequar todas as operações desviantes de inquietude, hostilidade ou violência aos padrões de normalidade que devem garantir que a sociedade possa manter-se produzindo e consumindo sem ser afetada por seu descontrole. E, ainda, no processo pelo qual a loucura transforma-se, por um processo cognitivo atravessado por diversos poderes, em doença, a linha de possibilidade de inferências sobre o corpo expande-se. Assim, as diversas ações, exames e tratamentos dão-se diretamente sobre o corpo como forma de cuidado da mente, o que possibilita uma forma de controle específica: a bioquímica, pautada na legitimação de se drogar, por meio de medicamentos psicotrópicos, aqueles considerados incapazes de controlar o próprio corpo sem a substância.

Essas dinâmicas, por outro lado, apenas se faz possível e legitimado pela adesão que os dominados não deixam de conceder aos modelos dominantes (BOURDIEU, 2004). Assim, o processo pelo qual o indivíduo entende-se como doente, faz com que ele compreenda, e legitime, a necessidade de inferência institucional sobre seu próprio corpo. Em sentido que, por vezes, tal institucionalização pode ser desejada pelo indivíduo, seja para regular um medicamento que crê não fazer mais efeito, seja para ser submetido ao único espaço que ele acredita ser capaz de conduzi-lo a normalidade, oferecendo, assim, possibilidade de reinserção na comunidade ou na família, mesmo que seja um reinserção momentânea, uma vez que a reincidência de internação é, para a quase totalidade dos internos, uma certeza.

A (re)construção do *eu*, que é o objetivo central das instituições totais (GOFFMAN, 1974), dentro dos hospitais psiquiátricos de nossos tempos assume, portanto, a formulação de um tipo específico de subjetividade: o *eu* patologizado. Todas as operações cotidianas que mesclam a atenção à saúde do corpo, com atenção à saúde da mente, consoantemente aos discursos perpétuos nesse sentido, formulam, ou ao menos buscam formular, uma concepção de si em que o indivíduo se entende como permanentemente doente. Dessa forma, legitima a ação institucional e compreende a necessidade de se controlar através da medicação. No modelo idealizado tratamento ofertado pela instituição, a pessoa deverá sair dela e manter, no âmbito extra muros todos os processos de controle aplicados pelo hospital, porque é assim, e somente assim, que poderá manter-se estabilizado, normal, e conviver junto a sua família e comunidade sem perturbar os modos de vida que confluem ao funcionamento do capitalismo.

Nesse sentido, a manutenção da rotina num momento de ruptura geral, tal qual é a pandemia, aponta para a forma tão bem estruturada do controle, do poder disciplinar, dentro da instituição. Assim, não houve necessidade de implementar, sobre os internos, medidas de distanciamento ou imposição do uso de equipamentos de proteção individual como máscaras ou luvas como forma de se proteger do contágio. Isso porque, por mais óbvia que tal afirmação possa parecer, não é necessário isolar aqueles que já estão isolados. De tal maneira, a gestão dos fluxos que a instituição realiza, materializado pela proibição das visitas em tal período, aprofundou o sentimento de isolamento daqueles que dispunham do apoio e presença de seus entes queridos durante o momento de internação. Sendo, precisamente, esse o impacto mais sentido pelos internos. Em contrapartida, uma das maiores dificuldades enfrentadas pelo hospital na gestão da pandemia foi de, justamente, aplicar controle semelhante aos funcionários, cujo fluxo não pode ser restringido.

A pandemia, pois, possibilitou a compreensão dos fenômenos presentes dentro do hospital justamente no contraponto das rupturas e, na quase totalidade das ações, a permanência de processos e dinâmicas em seu interior. Devido a magnitude de exercício de poder que a instituição aplica sobre os indivíduos a ela submetidos, cujo controle intensivo e extensivo dos corpos permite forjar de uma subjetividade específica, pouco precisou ser feito além da reorganização de tal exercício, de seus mecanismos e dinâmicas.

6 Referências

- ALMEIDA, P. R; LUZ, C. B. S; HUN, H.S; FOSSATI, P. **Relações no ambiente escolar pós-pandemia:** enfrentamentos na volta às aulas presenciais. Rev. Actual. Investig. Educ. Vol.21 n.3 San José Sep./Dec. 2021 DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/aie.v21i3.46287>
- ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração, 2013.
- AMARANTE, P. D. C. **O homem e a serpente:** outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, P; NUNES, M. O. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. Ciências & Saúde Coletiva, 23 (6): 2067- 2074, 2018.
- AMARANTE, P. D. C; TORRE, E. H.G. **A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial:** análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.25, n.58, maio/ago. 2001, p.26-34.
- AURELIANO, W. A. **As pessoas que as doenças têm:** entre o biológico e o biográfico. In: GONÇALVES, M. A *et al.* (Orgs.). **Etnobiografia:** subjetivação e etnografia. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2012. p. 239-262.
- BENELLI, S. J. **A instituição total como agência de produção de subjetividade na sociedade disciplinar**. Estudos de Psicologia, Campinas, v.21, n.3, p.237-252, setembro/dezembro 2004.
- BENELLI, S. J; COSTA-ROSA, A. **Geografia do Poder em Goffman:** Vigilância e resistência, dominação e produção de subjetividade no hospital psiquiátrico. Ver. Estudos de Psicologia, PUC-Campinas, v. 20, n. 2, p35-49, maio/agosto 2003
- BENVENISTE, É. **Problemas de linguística geral**. Campinas: Pontes, 2005
- BOCACCI, G. **Decameron**. 2 ed. Eletrônica. 2004. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/lb000120.pdf> . Acesso em: 16 de abr. de 2021
- BORGES, C. F; BAPTISTA, T. W. F. **O modelo assistencial em saúde mental no Brasil:** a trajetória da construção política de 1990 a 2004. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(4): 456-468, fev, 2008.
- BOURDIEU, P. **A dominação asculina**. 2.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. 10 ed. Rio de Janeiro: Bertrand, Brasil, 2007
- CABRAL, S. B.; DAROSCI, M. **A trajetória das políticas de saúde mental no brasil:** Uma análise a partir do ângulo normativo (1903-2019). III Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis- 13 a 14 de novembro de 2019.
- CAMARGO, M. **Dentre Muros:** uma etnografia de um hospital psiquiátrico. 2017. Dissertação (Doutorado em Ciências Sociais) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

- CAMUS, A. **A peste**. 31 ed. Rio de Janeiro: Record, 2020
- CAPONI, S. **Março de 2021: 300.000 mortes por COvid-19 no Brasil**. A gestão da pandemia à luz das contribuições de Foucault. *Laboreal*, V. 17 n.1 2021 DOI: <https://doi.org/10.4000/laboreal.17555>
- CARLOS, A. F. A. **A “revolução” no cotidiano invadido pela pandemia**. *in*: CARLOS, A. F. A (coord.). COVID-19 e a crise urbana. São Paulo: FFLCH/USP, 2020.
- CARVALHO, B.F; CIZESKI, H. A; DOWER, S. T. L; SAMPAIO, I. S; SCUDELLER, B.P. **a COVID-19 e o controle dos corpos**: Novas justificativas para o medo do outro. *Forum Sociologico* n.39, II série, 2021. pp31-41 DOI: <https://doi.org/10.4000/sociologico.10015>
- CERQUEIRA, L. **Psiquiatria social**: problemas brasileiros de saúde mental. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1984.
- CANAVÊZ, F. **Entre Freud e Foucault**: A resistência como afirmação de si. *Psic. Clín.*, Rio de Janeiro, vol. 27, n.I, p 225-244, 2015
- DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre:Artmed, 2008
- DAMATTA, R. **Carnavais, malandros e heróis**: para uma sociologia do dilema brasileiro. 6. ed. Rio de Janeiro, Rocco. 1997
- FARIAS, W; SONIM, D. **O Capa-Branca**: de funcionário a paciente de um dos maiores hospitais psiquiátricos do Brasil. São Paulo. Terceiro Nome. 2014
- FIGUEIRÊDO, M; DELAVATI, D; TAVARES, Marcelo. **Entre Loucos e Manicômios**: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. *Cadernos de graduação: Ciências humanas e sociais*. Maceió. v. 2. n.2. p. 121-136. Nov. 2014
- FOUCAULT, M. **A sociedade punitiva** . São Paulo: MEDIAfashion: Folha de S.Paulo, 2021.
- FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade clássica**. 12. ed. São Paulo: Perspectiva, 2019.
- FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**: Curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Vozes, 1999.
- FOUCAULT, M. **Segurança, território, população**: curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008
- FRANCO, T. M. **“O comprimido entra e o chip sai”**: uma análise etnográfica da medicalização da periculosidade em um manicômio judiciário. *Campos* v.19 n.2 2018
- GARCIA, E. **O Poder Psiquiátrico em Foucault**: o caso Damião Ximenes. *Filogênese*. Marília. Volume 9, p 76- 87, 2016.
- GARCIA, L; DUARTE, E. **Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil**. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 29(2): e 2020222, 2020
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ªed. SP: Editora Atlas, 2012.

GODOY, M. G. C; BOSI, M. L. M. **A Alteridade no Discurso da Reforma Psiquiátrica Brasileira face à Ética Radical de Lévinas.** *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(2):289-299, 2007.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo. Perspectiva. 1974

GOFFMAN, E. **Estigma-** Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ed. LTC. 2008

GOMES, R. M. **Pandemia e instituições totais:** o caso das comunidades terapêuticas. *Cadernos NAMCULT*, nº1, 2020, 6-9.

GUIMARÃES, A. N; BORBA, L. O; LAROCCA, L. M.; MAFFUM, M.A. **Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000):** Histórias narradas por profissionais de enfermagem. *Texto contexto Enferm. Florianópolis*, 2013 abr-jun; 22(2): 361-9

LIMA, R.K; CAMPOS, M.S. **Sujeição sanitária e cidadania vertical:** Analogias entre as políticas públicas de extermínio na segurança pública e na saúde pública no Brasil de hoje. *Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social.* Rio de Janeiro. Reflexões na Pandemia. 2021, pp. 1-9

MACHADO, V; MANÇO, A; SANTOS, M. **A Recusa a desospitalização psiquiátrica:** um estudo qualitativo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(5):1472-1479, set-out, 2005.

MARCANTONIO, J. **Loucura institucionalizada:** sobre o manicômio e outras formas de controle. *Psicólogo informação.* Ano 14. n. 14. p.139-159. jan./dez. 2010

MONTEIRO, C.B; FERREIRA, E.C; TEIXEIRA, V.S. **Relato de experiência do cuidado na internação psiquiátrica durante a pandemia de COVID-19.** *Revista portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* no.25 Porto jun. 2021 DOI: <https://doi.org/10.19131/rpesm.0295>

NUNES, M; TORRENTÉ, M. **Estigma e violência no trato com a loucura:** narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. *Rev. Saúde Pública*, Salvador, 43 (Sulp. 1): 101- 108, 2009.

OLIVEIRA, L. V; COELHO, A.A; SALVADOR, P. T; FREITAS, C.H. **Muros (in) visíveis:** reflexões sobre o itinerário dos usuários de drogas no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29(4), e290411, 2019

ODA, A.; DALGALARRONDO, P. **O Início da assistência dos alienados no Brasil ou a importância e necessidade de se estudar a história da psiquiatria.** *Revista Latino-americana de psicopatologia fundamental.* Ano VIII. N1. Mar/2014. 128-141

PINHEIRO, P. S. (1991). **Autoritarismo e transição.** *Revista USP*, (9), 45-56.

POE, E. A. **A máscara da morte rubra.** *Cadernos de tradução.* Porto Alegre, n42, Jan./jun. 2018. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/cadernosdetraducao/article/view/82996/48201> . Acesso em: 15 de dez. de 2022.

RIBEIRO, G. G; SILVA, G. B; HOLANDA, A. F. **Legislação em saúde mental no Brasil (1966-2001):** Trajeto das campanhas de saúde às reformas na assistência. *Pluralidades em Saúde Mental*, Curitiba, v.6, n.1, p. 13-30, jun/jul. 2017

SAMPAIO, M. L; BISPO JÚNIOR, J. P. **Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização:** a trajetória da saúde mental no Brasil. Trabalho, Educação e Saúde, v. 19, 2021, e00313145. DOI: 10.1590/ 1981-7746-sol00313

SANDER, J. (2010). **A caixa de ferramentas de Michel Foucault**, a reforma psiquiátrica e os desafios contemporâneos. Psicologia & Sociedade, 22(2), 382-387

SANTOS, B. S. **A cruel pedagogia do vírus**. 1. Ed. São Paulo. Boitempo. 2020

SARTO, S. **A vida social de moradores permanentes de um hospital psiquiátrico**. Anuário Antropológico [online]. II/2020. Posto online no dia 27 maio 2020, consultado 31 agosto 2020. Disponível em <http://journals.openedition.org/aa/5831>

SILVA, R. A. **Pandemia e prisão:** desencarceramento e atualização punitiva (2020-2021). Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos – SP. 2022

SPRADLEY, J. P. **Participant observation**. New York: Holt, Rinehart and Winston Ed. 1980.

TURATO, E. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde:** definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Revista Saúde Pública 2005;39(3):507-14.

VASCONCELOS, M. D. **Pierre Bourdieu:** A herança sociológica. Dossiê: Pierre Bourdieu. Educ. Soc. 23 (78). abr. 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-73302002000200006>

VIEIRA M.N; MARCOLAN J.F. **influence of the São Paulo State innovative models on Brazil 's mental health policy**. Rev Bras Enferm [internet]. 2016; 69 (2): 337-334. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690220j>

VOLOCHKO, D. **O cotidiano dos pobres não pode parar:** a pandemia e a necrodemografia do capital. in: CARLOS, A. F. A (coord.). COVID-19 e a crise urbana. São Paulo: FFLCH/USP, 2020.

5.1 Leis e Sites:

BRASIL. **Diário do Congresso Nacional**. Seção I. 27/06/1990.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas **Nota Técnica n. 11/2019:** CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Considerações sobre medidas de distanciamento social no contexto da resposta à pandemia de COVID-19**. 2020

World Health Organization. **WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard**. 2020.

Disponível em: < <https://covid19.who.int/> >. Acesso em: 15 de dez. de 2022

