

# O Corpo Como Fronteira: Etnografia Dos Tratamentos Psiquiátricos Em Uma Clínica Em São Luís/Ma<sup>1</sup>

Emanuelle Do Espírito Santo Alves Do Nascimento  
Sérgio César Corrêa Soares Muniz

---

Date of Submission: 19-04-2024

Date of Acceptance: 29-04-2024

---

## I. Apresentação Do Problema

Este trabalho é resultado de uma investigação realizada entre os meses de abril e maio na clínica psiquiátrica La Ravardièra localizada no bairro do Olho D'água na região litorânea de São Luís. Durante o trabalho de campo realizei buscas para conhecer as formas de tratamento empregadas aos internos da clínica, me interessando ainda pelas expectativas dos funcionários e usuários quanto aos tratamentos empregados.

Desde minha infância, quando tinha apenas oito anos – quando vim morar com minha avó materna – ouço no convívio de alguns de meus familiares – mãe, pai, tios, tias – histórias sobre um lugar onde *loucos* e *usuários de drogas* recebiam tratamento psiquiátrico devido a problemas referentes a doenças mentais e também dependência química.

Na época, as representações sociais ainda em formação que eu tinha estavam cheias de pré-noções, preconceitos e distantes de qualquer relativismo cultural, de modo que as palavras *louco* e *viciado* pareciam bem pertinentes para descrever determinadas situações e sujeitos. Cresci ouvindo histórias que iam desde intrigas pessoais entre funcionários, sobre atrasos de salários, e casos cômicos e trágicos que envolviam os pacientes.

Eu preciso explicar antes que boa parte dos membros de minha família trabalhou, trabalha – e em alguns casos também foram pacientes – na clínica. Isso me permitiu um contato muito intenso com *aquele mundo*<sup>2</sup> e por vezes uma relação um pouco dolorosa. Visitei a clínica em várias situações por vários motivos. Entretanto, foi só recentemente – em tempos de concluir minha graduação em Ciências Sociais – que me veio à idéia de investigar aquele lugar por meio de uma perspectiva antropológica.

Como eu já havia dito antes, alguns de meus familiares foram e ainda são funcionários da clínica – ocupando cargos como o de porteiro, atendente, auxiliar de farmácia, auxiliar de enfermagem e terapeuta ocupacional – representando uma facilidade para que eu pudesse me aproximar mais do campo de pesquisa. Dessa forma, o acesso aos funcionários e instalações da clínica me foi facilitado<sup>3</sup>. Entretanto, cabe colocar que

(...) as condições de coleta dos dados de campo, ao envolver dimensões como a intersubjetividade e as relações de poder estabelecidas entre antropólogo e o grupo estudado, afetam as interpretações produzidas e são referidas no próprio texto etnográfico – a descrição. Ou seja, o modo que as relações sujeito-objeto (...) são transpostas de sua historicidade e influenciam na representação do outro que aparece nos trabalhos finais escritos (SILVA, 2006, p. 14),

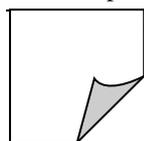
são pertinentes nesse trabalho, considerando o meu lugar de fala e minha relação emocional em relação ao campo de pesquisa. Nesse sentido, minha intenção aqui não é criar um monólogo antropológico como produtor de verdades, mas antes exercitar a polifonia, sobretudo dos corpos (dos internos que ali são 'tratados').

---

<sup>1</sup> Trabalho produzido na disciplina de Antropologia do Corpo e da Saúde.

<sup>2</sup> Aqui exercito o movimento de estranhamento de um 'mundo' extremamente familiar a mim, um mundo onde palavras e definições como louco, viciado, internação, tratamento, terapia e outras estão completamente naturalizadas em minhas representações fazendo parte de minhas experiências de ordem próxima. Aqui tento torná-las de experiência distante, segundo (Kohut apud Geertz, 2012, p. 61).

<sup>3</sup> Meu tio Francisco das Chagas Corrêa Soares e minha tia Maria Emília Corrêa Mendes – terapeuta ocupacional e auxiliar de enfermagem respectivamente – me acompanharam em meus trabalhos de campo. Lá eu não era visto como pesquisador, mas como **o menino crescido da Sérgio** (minha mãe que trabalhara como auxiliar de farmácia na clínica entre os anos de 1992 e 2003). Para a maioria das pessoas que me perguntavam o que fazia ali eu respondia que estava fazendo um trabalho acadêmico sobre como funciona uma clínica psiquiátrica.



Na medida em que eu adentrava e conhecia melhor os elementos que compunham o **mundo social clínica** (grifo meu) alguns questionamentos me foram surgindo como pertinentes, o que em sociologia chama-se problema social. Na história do surgimento das clínicas psiquiátricas estas sempre tiveram como seus usuários *loucos* e *viciados*? O convívio destes dois sujeitos sociais distintos gera interferência nas práticas terapêuticas, tratamentos e noções de cura de um em relação ao outro? Que medicamentos cada um deles usa em seus tratamentos? Qual a noção de tratamento empregada entre funcionários e pacientes?

Feitas estas perguntas, pensei então em como poderia transformar tais situações em uma problemática sociológica que enveredasse em uma investigação antropológica mais intensa que me permitisse responder as perguntas que me coloquei. Dessa forma, intentei entender como – uma vez que pessoas com doença mental e dependentes químicos compartilham em muitas situações as mesmas práticas terapêuticas, os mesmos medicamentos e tratamentos e, sobretudo o mesmo espaço – são estabelecidos os critérios que diferenciam os *loucos* dos *viciados* inseridos em uma instituição que oferece cuidados específicos para sujeitos específicos?

Assim, tentarei demonstrar como os corpos<sup>4</sup> - e os diagnósticos que estes recebem – dos internados – marcados<sup>5</sup> por uma história social e biografia própria – surgem como a fronteira entre o *eu* e o *ele* (uma fronteira entre os ‘loucos’ e os ‘viciados’), o que para os de fora está evidente tão claro – uma vez que não **estão lá** – e por isso não as compreendem direito.

Para este trabalho utilizei como aporte metodológico a etnografia na tentativa de *traduzir* uma realidade específica com códigos sociais e uma história social específicos, transformar o mundo do outro em um texto antropológico, sem negar, entretanto, as várias vozes que compõem esse texto. Como ferramentas para a coleta de dados utilizei a observação direta e a entrevista, entendida aqui “a troca de informações e de percepções entre as pessoas que dela participam” (SILVA, 2006, p.41).

Para localizar melhor o leitor – sobre que campo específico se realizou este trabalho – considero importante contextualizar o surgimento da clínica La Ravardièri, sobretudo da insurgência da psiquiatria maranhense, em específico a ludoviscence.

## II. A Clínica La Ravardièri Como Instituição Total

A década de 1970 fora um período de intensas transformações no campo dos cuidados psiquiátricos no Maranhão. Muitos profissionais recém especializados chegam São Luís depois da conclusão de seus cursos de pós-graduação para atuarem na área dos cuidados psiquiátricos na cidade. É ainda nesta década que é fundada a Associação Maranhense de Psiquiatria, segundo o psiquiatra Hamilton Raposo Filho (2014). Ele ainda aponta que “neste período foi criado por um grupo de psiquiatras liderados por Dr. Heraldo Gomes Maciel a Clínica La Ravardièri (...)” (RAPOSO FILHO, 2014, p. 3).

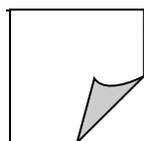
Interessado em saber mais sobre a história do surgimento da La Ravardièri, entrevistei Francisca Corrêa Azevedo<sup>6</sup>, ex-funcionária da clínica que trabalhou lá entre os anos de 1976 e 2005. Ela me conta que fora contratada pelo hospital para desempenhar a função de auxiliar de enfermagem dois anos depois da formalização legal da clínica. Aproximadamente então ela haveria surgido oficialmente no ano de 1978.

Pergunto também a Francisca sobre se na época de sua contratação o hospital já tratava de doentes mentais e dependentes químicos ou somente do primeiro caso. Ela então me responde que sim, “a clínica já atendia a os dois casos”. Entretanto, ressalta que os dependentes químicos eram mal vistos pelos funcionários. Quase sempre eram associados com indivíduos ditos *marginais*, de conduta questionável.

<sup>4</sup> Parto da abordagem de Merleau-Ponty utilizada pelo autor em “A síntese do corpo próprio” In: **Fenomenologia da Percepção** onde afirma que “a experiência revela que o corpo toma lugar do espaço objetivo, que é confundido com o próprio corpo” (1999, p. 205), colocando ainda que “experiência do corpo próprio nos ensina a enraizar o espaço na existência” (1999, p. 205). Dessa forma, os sujeitos existem no mundo a partir de seus corpos, do espaço que seus corpos ocupam no mundo, e de como o próprio mundo é sentido e criado ao mesmo tempo pelo existir do corpo, tomado pelo autor como capaz de uma consciência que aprende e cria o próprio lugar em que se (o corpo) existe.

<sup>5</sup> Aqui, parafraseio (Kafka apud Clastres, 2003, p. 196) entendendo “o corpo como superfície da escrita, como superfície para receber o texto legível da lei”. Aqui comparo à **escrita** e a **lei** com as histórias sociais dos sujeitos internados que marcaram suas vidas (corpos) em processos de socialização específicos, bem como faço uma analogia entre a clínica como **instituição total** – que para Goffman se trata de um “local de residência onde grade número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada” (1961, p.11) se caracterizando ainda pelo fato de que “cada fase da atividade diária de seus participantes é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto” (1961, p. 17) que exercem mecanismos de controles sobre os corpos dos internados, de certa forma interferindo no modo como estes existem naquele mundo – a clínica.

<sup>6</sup> Minha avó materna.



Em visitas de campo e em entrevistas que realizei com funcionários e ex-funcionária (monitor da terapia ocupacional, técnica em enfermagem e auxiliar de enfermagem)<sup>7</sup> e ex-pacientes<sup>8</sup> (dois dependentes químicos, um envolvido com consumo excessivo de álcool e o outro com uso de crack) da clínica pude entender de forma não muito aprofundada como funciona, parafraseando Goffman (1961), “o mundo do internado”.

Como **instituição total**, considerando a definição de Goffman, – já citada anteriormente – os internos que ali se encontram – por mais diversas que sejam as suas biografias – seguem “atividades diárias (...) estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em tempo predeterminado, a seguinte, e toda a seqüência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais implícitas e um grupo de funcionários” (GOFFMAN, 1961, p. 18). Abaixo, croqui do espaço físico da clínica elaborado por Francisco das Chagas Corrêa Soares e informatizado por Ferreira, C. O. (2014).

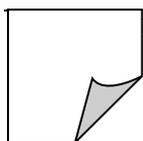


A estrutura física da clínica possui treze espaços que considerei como centrais no que diz respeito ao uso que funcionários, pacientes e familiares dos pacientes fazem deste. Na parte mais central vê-se uma quadra de esportes não coberta. Nela presenciei internos praticando atividades esportivas como ginástica e futebol – demonstrarei mais a frente qual a relação dessas atividades com a vida o internado.

A frente da clínica (eixo inferior da imagem) tem-se a recepção e a cantina, espaços especificamente usados por familiares e funcionários. Entre esses espaços existe uma pequena praça. Existem ainda também dois portões principais de acesso a clínica. O primeiro dá acesso à clínica de modo geral e o segundo separa a área da recepção e da cantina dá área propriamente ocupada pelos internos – não somente, familiares e funcionários também transitam nessa área.

<sup>7</sup> Respectivamente, Francisco das Chagas Corrêa Soares (tio materno), Maria Emília Corrêa Mendes (tia materna) e Francisca Corrêa Azevedo (avó materna).

<sup>8</sup> Aqui me refiro ao meu tio materno Hudson Corrêa Soares e a meu irmão mais velho Wilame César Lindoso Muniz Junior.



A esquerda da quadra encontram-se as Terapias Ocupacionais – chamada pelos *de dentro* de T.O. – onde terapeutas ocupacionais “ocupam os pacientes”<sup>9</sup>. A T.O. divide-se e dois espaços específicos, um masculino e outro feminino. A carpintaria e estofaria são espaços utilizados para conserto de móveis e outros objetos da clínica. Na rouparia são distribuídas as roupas dos internos que foram lavadas. É na lavanderia que estas são lavadas. Na barbearia os internos recebem corte de cabelos – para os homens barbear também. existem também a cozinha, onde a comida dos internos é preparada, bem como o refeitório onde esta é servida – 8h café da manhã, 12h almoço e 18h jantar. Refeições paralelas como lanches são servidas durante as atividades realizadas nas T.O.’s

A maior parte do lado esquerdo da clínica é ocupada pela enfermaria/dormitório que possui dois pisos. No piso 1 (parte inferior) se encontram as alas<sup>10</sup> azul e verde (ocupadas somente por homens). No piso 2 (parte superior) localiza-se a ala rosa.

Como já dito anteriormente, compartilham este espaço acima descrito – falo do espaço dos internados – pessoas com transtornos mentais<sup>11</sup> e (tendo também casos de presos de justiça que cometeram crimes de homicídio e que, entretanto foram diagnosticadas<sup>12</sup> com algum tipo de transtorno mental e por isso não condenadas como presos *comuns*<sup>13</sup>) usuários de substâncias psicoativas (segundo relatos colhidos de Maria Emilia Corrêa Mendes – técnica em enfermagem – a maioria dos casos relaciona-se a alcoolismo<sup>14</sup> e uso de crack<sup>15</sup> e merla. Tal situação muito me intrigou, uma vez que as situações sociais que levaram os internados a viver naquele mundo são distintas e diversas, e contudo, ao adentrarem os muros das clínicas, os sujeitos se vêem homogeneizados como *internados*, recebendo por vezes os mesmos tratamentos (terapêuticos e químicos – medicamentos). Neste quadro, questiono-me sobre onde vão parar as individualidades e subjetividades desses indivíduos submetidos agora aos mesmo mecanismos de controle<sup>16</sup>?

Aqui, me apoio em Foucault quando afirma que “a hospitalização e o internamento (...) e terapêutica se comunicam numa imperfeita reciprocidade” (2013, p. 297) para pontuar que por vezes *tratar* ‘loucos’ e ‘viciados’ recebem as mesmas práticas terapêuticas e medicamentos que estão baseadas em uma mesma forma de controle (saber), o diagnóstico médico. É ainda a partir desse diagnóstico que o corpo dos internados se torna “objeto de investimentos tão imperiosos e urgentes (...) preso no interior de poderes muito apertados, que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações” (FOUCAULT, 1961, p. 163).

É ainda a partir desses diagnósticos que terapias ocupacionais e medicamentos específicos (formas de controle) são aplicados aos internados.

---

<sup>9</sup> Essa noção de terapia ocupacional me foi dada por Francisco da Chagas Corrêa Soares durante uma entrevista. Ele atualmente desempenha a função de monitor nas atividades de terapia ocupacional.

<sup>10</sup> A cor azul no respectivo contexto sinaliza que o espaço indicado é ocupado por pacientes ditos (pelos funcionários) agitados, descontrolados. Em uma conversa com Francisco da Chagas ele me conta que em muitos casos, pacientes de outras alas, quando de seus maus comportamentos (do ponto de vista dos funcionários) são ‘ameaçados’ de serem removidos para a ala azul se persistirem a se comportar dessa. Essa ‘ameaça’ funciona com um tipo de reposicionamento da conduta de alguns pacientes. A cor verde indica um espaço ocupado por pacientes ditos mais tranqüilos, em sua maioria dependente químicos. A ala rosa a exclusividade do sexo feminino.

<sup>11</sup> Devido a poucas atividades de campo que realizei não pude conhecer melhor quais o principais casos diagnosticados dos internos com doença mental que ali estão. É preciso mais trabalho de campo para aprofundar tais questões.

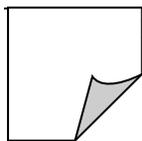
<sup>12</sup> Refiro-me a aplicação do conhecimento médico-psiquiátrico.

<sup>13</sup> Refiro-me aos que não possuem – aos que não foram classificados – doenças de ordem mental.

<sup>14</sup> No ano de 2007, um de meus tios maternos ficara internado por um período aproximado de nove meses em tratamento contra o alcoolismo.

<sup>15</sup> Entre os anos de 2011 e 2012, meu irmão mais velho se internara duas vezes na clínica devido ao uso intenso de crack.

<sup>16</sup> Aqui, parto da abordagem foucaultiana que analisa – sobretudo nas obras **História da Sexualidade** vol.3, **História da Loucura e Vigiar e Punir** – como historicamente a sociedade criou e moldou instituições para exercer o controle sobre as subjetividades dos indivíduos, sobretudo sobre seus corpos, por meio do conhecimento – o saber – estabelecendo elementos de sanção sobre indivíduos fora dos padrões de normalidade estabelecidos. No caso apresentado, os mecanismos de controle se exercem, sobretudo por meio dos diagnósticos médicos (conhecimento aplicado da medicina para classificar indivíduos fora dos padrões de sanidade mental) e a exclusão destes indivíduos da dita sociedade.



### **III. Diagnóstico E Tratamento: Dos Medicamentos Psicotrópicos Às Atividades De Terapia Ocupacional**

Antes necessariamente de pontuar, parafraseando Turner, os “atos terapêuticos” (2005, p. 379) que são realizados na clínica, penso ser necessário colocar a partir de que aportes teóricos estão sendo pensadas as noções de *diagnóstico e tratamento*. No primeiro caso, a noção de diagnóstico foi um termo que me apareceu durante algumas incursões de campo e entrevistas<sup>17</sup> que realizei com funcionários e estava relacionada<sup>18</sup> ao conhecimento médico-psiquiátrico utilizado pelos médicos da clínica para classificar os pacientes. Nesse sentido, relacionei a prática da classificação com prática de controle sobre os corpos dos indivíduos e para isso tomei as contribuições de Foucault sobre tal discussão.

A cerca da noção tratamento, que também aparece nas falas de alguns informantes, esta me pareceu ser tomada como uma atividade prática, ou técnica para administrar os corpos dos pacientes – por meio de atividade de terapia ocupacional e uso de medicamentos psicotrópicos como descreverei a seguir. Nesse sentido, considerei pertinente utilizar abordagem de Turner quando trata das ações simbólicas voltadas para o tratamento de doenças entre os Ndembu em seu livro **Florestas de Símbolos: aspectos do ritual Ndembu**.

A respeito dos tratamentos empregados na clínica um está relacionado ao uso de medicamentos psicotrópicos e atividades de terapia ocupacional. Em atividade de campo tive acesso a informações sobre os principais medicamentos utilizados pelos pacientes e seus respectivos efeitos. Entretanto, devido ao pouco trabalho de campo realizado não tive acesso a informações sobre a relação doença – medicamento – dosagens.

Dos remédios<sup>19</sup> que listarei abaixo todos são de uso tanto dos usuários de substância psicoativas quanto pessoas com doença mental.

1. Diazepan (tranqüilizante): para transtornos de ansiedade.
2. Neozine: ação sedativa, neuroléptica.
3. Haldol: para sintomas psicóticos, evita enjôos e vômitos, controla agitação e agressividade.
4. Fernegan: para combater o efeito colateral dos antipsicóticos e induzir ao sono.
5. Tegretol: tratamento de epilepsia, transtorno afetivo bipolar, controlar agressividade, abstinência alcoólica.
6. Gardenal: sedativo e anticonvulsivante.
7. Cinetol: tratamento de acatisia e síndromes parkinsonianas.

Dos medicamentos apresentados todos são usados tanto por pacientes diagnosticados com doenças mentais por aqueles que na clínica foram internados pelo uso de substâncias psicoativas. Entretanto, a quantidade, dosagem e o tipo de medicamento utilizados por cada paciente leva em consideração primeiro, a doença ou tipo de substância que o paciente possui ou usava antes da internação. Nesse sentido, boa parte dos pacientes - 260 pacientes, 11 destes do sistema prisional e 30 dependentes químicos, homens e mulheres – já usaram os medicamentos supracitados em alguma ocasião durante a internação, afirma Francisco das Chagas.

Não obstante, não ter tido acesso aos pacientes me distanciaram de certas informações que me ajudariam a melhor compreender em que situações certos medicamentos são utilizados, considerando o tempo de internação de cada paciente e bem como a história individual e social destes antes de sua internação.

Além do uso de medicamentos no tratamento dos internos, também são realizadas atividades que os funcionários designam de Terapia Ocupacional. Como já localizada anteriormente, a T.O se divide em dois espaços – masculino e feminino – sendo de responsabilidade, tanto o espaço como as atividades neste realizadas, de duas terapeutas ocupacionais e seis monitores<sup>20</sup>.

A respeito das atividades de terapia ocupacional, Francisco das Chagas afirma que estas são responsáveis por ocupar os pacientes. Essa ocupação gera uma dinâmica de trabalho e de lazer entre os pacientes. Francisco da Chagas afirma ainda que alguns pacientes, dependendo do desempenho deste durante o tratamento, também passam a realizar e participar de outras atividades na clínica – ou na carpintaria, estofaria, roupa e lavanderia.

Dentre as atividades de terapia ocupacional:

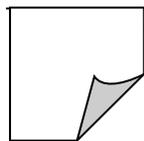
1. Esportiva (realizada, sobretudo por usuários de substâncias psicoativas)
2. Artesanal (pintura e artesanato)
3. Palestras (principalmente sobre higienização)

<sup>17</sup> Neste trabalho somente pude entrevistar funcionários. Não me foi permitida a entrevista com pacientes.

<sup>18</sup> Também pode-se relacionar a noção de diagnóstico com a de “processo de terapia” apresentado por Turner, que se trata de “um processo de fazer coisas ocultas e secretas ficarem visíveis e, logo, acessíveis (...)” (TURNER, 2005, p. 382). O diagnóstico nesse caso é a ferramenta usada para fazer uma coisa oculta se tornar visível, ou seja, encontrar, classificar e prescrever um tratamento adequado à doença.

<sup>19</sup> Não tive acesso a informações sobre a composição química dos medicamentos.

<sup>20</sup> Auxiliam nas atividades prescritas pelas terapeutas ocupacionais. Sua formação se restringe ao nível médio.



4. Atividades lúdicas (jogos, quebra-cabeças)
5. Atividades culturais (desenhos, cantos, danças)
6. Atividades de campo (hortaliças e capina, realizadas sobretudo por paciente que vieram de municípios do interior do Maranhão)
7. Atividades psicomotoras (para movimentar o corpo)

A realização e participação dos internos nessas atividades se da forma menos complexa do que a utilização de medicamentos, uma vez que todos os pacientes têm a liberdade de participar destas em qualquer momento durante o período de internação.

A medida que conhecia melhor os elementos que compunham as práticas terapêuticas e as formas de tratamento empregadas na clínica pude entender de forma mais clara, como as fronteiras entre as pessoas com doença mental e usuários de substâncias psicoativas era demarcada, sabendo-se que estes ocupam o mesmo espaço, compartilham tratamentos e medicamentos e, de uma forma mais geral, são enclausurados na designação *pacientes/internos*.

#### **Diagnóstico e noção de pessoa: saber e controle na definição de fronteiras entre o a ‘insanidade’ e o ‘vício’.**

A princípio, dos meus primeiros trabalhos de campo na clínica, eu relacionava a história individual (biográfica) e social dos internados como fronteiras entre aqueles que ali estavam porque tiveram problemas com doença mental ou mesmo pelo uso intenso de substâncias psicoativas. De fato, há uma relação da fronteira entre estes sujeitos sociais que pode ser relacionada às suas histórias de vida, apesar da força que a designação *pacientes* exerce sobre esses indivíduos.

Entretanto, na medida em que o trabalho de campo se tornava mais intenso, as leituras e referências teóricas sobre a temática também se aprofundavam e complexificavam, melhorando meu aporte teórico para ler a realidade em que me debruçava. Aprofundando minhas leituras sobre Foucault (ênfase em História da sexualidade vol. 1 e Vigiar e Punir) e revisitando o texto clássico de Mauss sobre a *noção de pessoa*<sup>21</sup> comecei a pensar em como poderia relacionar as noções dissecadas por Foucault de *controle* e *saber* na construção de uma noção de pessoa *internada*, na condição de *paciente*, considerando o caso da clínica, com sujeitos sociais com trajetórias distintas e que compartilham tratamentos.

Antes de falar dessa relação, gostaria de lembrar o leitor que aqui não trato das fronteiras criadas pelos pacientes para se diferenciarem e demarcarem identidade, pertencimento e biografia, mas sim, das fronteiras criadas e utilizadas pelos funcionários.

No que tange a relação considerada anteriormente, e que penso ser esclarecedora a respeito de como são construídas as fronteiras entre os ‘insanos’ e ‘viciados’, entendo que o diagnóstico empregado pelo médico – dotado de saber médico psiquiátrico seguindo preceitos científicos – pode ser entendido como uma forma de saber, e se pensarmos a partir de Foucault – onde o saber é ferramenta de poder (controle), sobretudo sobre os corpos, individualidades e subjetividades dos indivíduos – utilizada para classificar, enquadrar, certos sujeitos – com trajetórias e biografias próprias – como sendo ou não doentes mentais ou dependentes químicos.

O que estou tentando dizer é que ao diagnosticar certos sujeitos dentro de um quadro onde se é ou não ‘louco’, onde se é ou não ‘viciado’, na verdade se trata de uma forma de exercer controle sobre o corpo, a subjetividade e individualidade do sujeito objeto do diagnóstico. Dessa forma, o diagnóstico classifica (controla), enquadra o indivíduo em uma noção de pessoa – doente mental ou dependente químico – que servirá como fronteira de identificação entre os indivíduos. Dessa forma, é o controle (saber – poder) que intensifica a fronteira já alimentada anteriormente pelas biografias dos sujeitos internados.

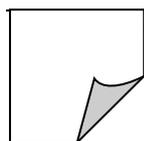
#### **IV. Considerações Finais**

Penso que, na maior parte dos casos, as palavras finais a serem ditas são sempre aquelas palavras que, por algum motivo não puderam ser ditas e que por isso se tornam lacunas, perguntas que poderão ou não ser respondidas em outros momentos, sobre outras circunstâncias tanto no trabalho de campo como na elaboração do texto etnográfico.

Partindo desse ponto de vista, a respeito da relação entre a categoria paciente (compreendia como uma categoria maior onde todos os indivíduos internados são costumeiramente chamados) e as definições de pessoa com doença mental e usuário de substância psicoativa, como esta se daria? O que pensam os internos sobre os tratamentos que lá recebem? O que pensam as famílias desses internos sobre a condição dos seus? A relação entre as classificações que recebem os pacientes e a dosagem de certos medicamentos que recebem ou mesmo de certas atividades terapêuticas que recebem? O que seriam os pacientes ditos mais lúcidos e o ditos descontrolados?

---

<sup>21</sup> Cf. em Sociologia e Antropologia publicado pela Cosac Naify em 2003.



Essas questões surgem para revelar a pertinência da discussão e também o quanto a realidade é complexa para ser traduzida em algumas folhas de papel e com tão pouco trabalho de campo.

### **Referências**

- [1] Clastres, Pierre. "Da Tortura Nas Sociedades Primitivas". In: A Sociedade Contra O Estado: Pesquisas De Antropologia Política. São Paulo: Cosac Naify, 2003, P. 195 -206.
- [2] Foucault, Michel. "Médicos E Doentes". In: História Da Loucura. São Paulo: Perspectiva, 2013, P. 297 -338.
- [3] \_\_\_\_\_. "Nós, Vitorianos". In: História Da Sexualidade Vol.1. Rio De Janeiro: Graal, 1988, P. 9 -18.
- [4] Geertz, Clifford. "Do Ponto De Vista Dos Nativos": Natureza Do Entendimento Antropológico. In: O Saber Local: Novos Ensaios Em Antropologia Interpretativa. Tradução De Vera Joscelyne. 12. Ed. Petrópolis: Vozes, 2012.
- [5] Goffman, Erving. "Introdução". In: Manicômios, Prisões E Conventos. São Paulo: Perspectiva, 1961, P. 11 -63.
- [6] Mauss, Marcel. "Uma Categoria Do Espírito Humano: A Noção De Pessoa, A De Eu". In: Sociologia E Antropologia. São Paulo: Cosac Naify, 2003, P. 367 -397.
- [7] Merleau-Ponty, Maurice. "A Síntese Do Corpo Próprio". In: Fenomenologia Da Percepção. São Paulo: Martins Fontes, 1999, P. 205 -212.
- [8] Raposo Filho, Hamilton. História Da Psiquiatria: O Hospital Nina Rodrigues E A História Da Psiquiatria Maranhense. Psychiatry On Line Brasil, Vol. 19, Nº 3, Maio De 2014.
- [9] Silva, Vagner Gonçalves Da. "Minhas Perguntas, Suas Tartarugas". In: O Antropólogo E Sua Magia: Trabalho De Campo E Texto Etnográfico Nas Pesquisas Antropológicas Sobre Religiões Afro-Brasileiras. São Paulo: Edusp, 2006, P. 41 -58.
- [10] Turner, Victor. "A Medicina Lunda E O Tratamento Das Doenças". In: Floresta De Símbolos: Aspectos Do Ritual Ndembu. Niterói: Eduff, 2005, P. 379 -447.

