

“Santo Haldol®!”: etnografia do uso de psicoativos por pessoas internadas em uma enfermaria psiquiátrica masculina

Túlio Maia Franco¹

Resumo

Neste trabalho, pretendo analisar etnograficamente os diversos usos (consumo e troca) de substâncias psicoativas por pessoas internadas em uma enfermaria psiquiátrica masculina. Na experiência de consumo narrada, especialmente de medicamentos psiquiátricos, café e cigarros, a fronteira entre o uso medicamentoso (extensivo) e o não medicamentoso (intensivo) dessas substâncias é constantemente vazada (Vargas, 2008). Café e cigarros são utilizados pelos pacientes para conter os “efeitos colaterais” dos psicofármacos, numa espécie de uso terapêutico extraoficial dessas substâncias. Por vezes, os próprios medicamentos prescritos são comparados pelos pacientes a drogas ilegais ou a seus efeitos alucinógenos, explorando-se os limites entre uso recreativo e medicinal. Além dos efeitos obtidos por seu consumo, café e cigarros alimentam um sistema de trocas no cotidiano hospitalar, constituindo uma verdadeira economia entre os pacientes. Enquanto os psiquiatras mobilizam o consumo de psicotrópicos como uma forma positiva de transformação dos pacientes em “outras pessoas”, para muitos deles, os psicofármacos os transformam em “robôs” ou “zumbis”. Explorar as diferentes tensões envolvidas no uso de substâncias por pacientes de uma enfermaria masculina pode revelar os agenciamentos socioquímicos que as pessoas em situação de internação psiquiátrica encontram para modular seu próprio tratamento.

Palavras-chave: Psicofármacos; Hospital Psiquiátrico; Intensidade; Agenciamento.

Introdução

Todos aqueles e aquelas, recebidos pela emergência de um hospital psiquiátrico público, que foram considerados em um quadro clínico intenso demais para serem liberados para casa, são encaminhados para enfermarias: masculina ou feminina. Este

¹ Doutor em Antropologia Cultural pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGSA/UFRJ).

texto deriva da minha pesquisa de doutorado (Franco, 2025) sobre a experiência de pacientes psiquiátricos em situação de internação numa enfermaria masculina. Um dos aspectos centrais da experiência de internação dessas pessoas é a intensa medicalização e medicamentação de seus corpos e subjetividades, nas páginas a seguir pretendo refletir sobre esse fenômeno.

Minhas atividades de trabalho de campo se iniciaram no final de outubro de 2020 e acabaram em setembro de 2021. Realizei entrevistas com parte dos membros da equipe assistente e residentes em psiquiatria, participei das reuniões do setor, frequentei o espaço da enfermaria, convivi com as pessoas internadas, acompanhei consultas e a supervisão dos residentes. A pesquisa obteve autorização tanto do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CEP-CFCH) da UFRJ, quanto da Divisão de Ensino e Pesquisa do hospital psiquiátrico.

Em uma entrevista com Rodrigo², um dos médicos responsáveis pelo cuidado com os internos, resumiu a atividade do psiquiatra e psicólogo no contexto etnografado da seguinte maneira: “ali é uma enfermaria de agudos. Nosso objetivo qual é? Tentar estabilizar e pensar num projeto terapêutico pra que evite uma próxima internação”. Especificamente na psiquiatria, os médicos se valem dos psicotrópicos, além das palavras, para conduzir essa estabilização. A intervenção medicamentosa era fundamental para contornar a crise que justificava a internação de um paciente na enfermaria³. Como ele próprio me disse, outra vez, “primeiro tem que dar uma acalmada para ter uma abordagem... como eles chegam muito agitados”. “Ter uma abordagem” significa conseguir “brechas” na relação com o paciente para que ele dê lugar ao médico e um voto de confiança no tratamento. Não era como se o paciente tivesse a escolha de não tomar os psicofármacos, seja por via oral ou injetável. Cedo ou tarde os internos se davam conta

² Os nomes de personagens etnográficos são fictícios.

³ A Lei 10.216 de 2001, juntamente a portarias emitidas pelo Ministério da Saúde, regulam e instituem dispositivos de cuidado em saúde mental que descentram o modelo hospitalocêntrico. Entre estes dispositivos extra-hospitalares estão o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) gerais e os especializados CAPS – Ad, dedicado a pessoas em situação de uso prejudicial de drogas, e os CAPSi destinados a crianças e adolescentes; as residências terapêuticas, que visam receber todos aqueles usuários da rede de assistência psicossocial que não possuem moradia e os ambulatorios de saúde mental. Esse conjunto de dispositivos jurídicos, no entanto, conservam a figura da “internação psiquiátrica” como forma de cuidado intensivo em saúde mental. Ela permanece como alternativa para os casos que esgotaram os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede de saúde mental, seja sob a forma de internação voluntária, involuntária ou compulsória (Brasil, 2001). Na prática, mesmo internações voluntárias se tornam involuntárias, pois a alta do paciente depende do aval da autoridade médica.

que resistir à terapêutica farmacológica significava prolongar seu tempo de internação. Ao mesmo tempo, consumir os medicamentos tinham efeitos desejáveis e indesejáveis no corpo e subjetividade de seus usuários. As ações dos psicotrópicos nos pacientes eram traduzidas pelos profissionais como o controle da “agitação” dos internos e, consequentemente, estabilização e melhora do quadro clínico.

A seguir, pretendo puxar a linha etnográfica dos medicamentos explorando sua transversalidade (Castro; Engel; Azize, 2023) e reflexividade antropológica (Castro, 2012). Longe de se reduzirem à função de controle ou produção de saúde, os psicotrópicos estavam emaranhados em uma “ambiguidade entre dominação e ação”, que é “a característica das controvérsias que marcam o uso e a eficácia da psicofarmacologia” (Magaldi, 2020, p. 18). Profissionais e pacientes defendiam ou criticavam o uso dos medicamentos psiquiátricos de maneira que, na enfermaria psiquiátrica, “o reconhecimento da indispensabilidade dos fármacos (como tratamento regular ou emergencial) convive com uma preocupação em relação aos perigos de sua hiperdosagem, ou de seu recurso exclusivo, violento e abusivo” (Magaldi, 2020, p. 18). A valência positiva ou negativa dos psicotrópicos variava conforme a situação e a relação terapêutica estabelecida entre trabalhadores e internos. Esse fenômeno nos faz considerar que não é possível ter uma perspectiva fixa a respeito dos psicofármacos, “o que parece claro é que esses ‘mesmos objetos’ não são, ao fim e ao cabo, *os mesmos*” (Magaldi, 2020, p. 19, grifos no original). Como descreve o antropólogo Felipe Magaldi (2020, p. 19), uma análise etnográfica dos medicamentos psiquiátricos deve estar atenta ao fato de que: “O encontro entre corpo e psicofármaco só é fabricado em agenciamentos que despertam inquietudes e ensejam múltiplas reações”. Não é possível pensar esse encontro como negativo ou positivo *a priori*, ele se dará a cada situação conforme agenciamentos singulares.

O próprio Rodrigo, por exemplo, recusou os pedidos de um de seus pacientes, Bruno, para que o médico lhe administrasse um psicotrópico de emergência para diminuir sua ansiedade. Ele descrevia seu estado como: “sabe quando você vai assistir um jogo de futebol na torcida do seu time e ele leva uma goleada? Estou me sentindo assim”. O psiquiatra respondeu ao paciente com um singelo e afetuoso “é assim mesmo” e insistiu com Bruno, que já estava de alta médica, mas por questões jurídicas não podia ser

desinternado, a importância de ele sustentar sua ansiedade sem medicá-la, como parte de seu processo de desinstitucionalização.

Outro médico, na supervisão dos residentes em psiquiatria, falava aos seus jovens alunos sobre a importância de se fazer um bom manejo clínico dos remédios sem esperar que eles eliminem o delírio por completo. Sobre um paciente que apresentava delírios de cunho místico-religioso, disse:

o que um antipsicótico ou um neuroléptico vai fazer não é acabar com o delírio, é para ter uma ação sobre isso: uma agitação, uma hipersensibilidade... Mas isso não vai ter um efeito antidelirante. É muito mais uma redução de um efeito deste estado: um embotamento, uma confusão mental... Neurolépticos ajudam a ajustar isso... até porque, muitas vezes, é o delírio que mantém esse sujeito vivo... Ele [, o paciente,] encontrou[-se] nessa relação com Deus e teve uma cura do seu tormento. Sem essa relação com Deus que funcionou como uma cura, o que vai restar para ele? [...]. Se você tirar isso vai ficar o que? (Caderno de Campo, 2021).

No contexto etnografado, cada paciente trazia consigo uma experiência intensa que motivou sua internação, voluntária ou involuntária, na enfermaria psiquiátrica. O objetivo da intervenção médica era o de modular psiquiatricamente a intensidade dessa experiência. Isso significaria reduzir o volume do ruído experimentado pelo paciente, ciberneticamente falando (Sands; Ratey, 1986)⁴, o que poderia gerar duas consequências distintas: 1) a “estabilização” do quadro clínico, uma forma de normalização que permitia a normatividade vital (Canguilhem, 2019) do sujeito psiquiatrizado, ou 2) sua “hiperestabilização”, uma ultranormalização que impactava o sujeito na sua relação com o meio, deixando-o indiferente às variações do ambiente ao lhe embotar cognitiva e afetivamente (Monnerat, 2020). A diferença entre essas duas possibilidades é de grau, ou seja, podemos afirmar que quadros clínicos mais agudos tendem mais à hiperestabilização do que os menos agudos.

Nesse sentido, a medicamentação dos internos segue uma lógica cismogenética, tal qual descrita por Gregory Bateson (2008), isto é, quanto maior a “agitação” do paciente, maior será a dose prescrita pelo psiquiatra. Uma dosagem maior

⁴ Como argumenta Bateson (1951, p. 120), para que haja codificação é necessário que os elementos de um sistema sejam ordenados de forma específica, “sejam quais forem os objetos ou eventos ou ideias para que o indivíduo represente certos objetos externos ou eventos, é preciso que haja uma relação sistemática entre o interno e externo, senão a informação não será útil”. Chama-se “ruído” (*noise*) os “elementos não-sistemáticos na codificação”.

produz “efeitos colaterais” mais intensos no paciente, como o supervisor dos residentes em psiquiatria explicou: com “dosagens muito altas o paciente acaba resistindo ao medicamento pelos efeitos colaterais”. Esse fenômeno pode acarretar numa adesão forçada aos psicofármacos no interior da enfermaria que, costumeiramente, não perdurava extramuros. Conforme o discurso dos trabalhadores, a falta de adesão à terapêutica medicamentosa e sua não manutenção fora do hospital era uma das principais causas de reinternação. Se o objetivo clínico com “pacientes agudos” era “estabilizar” seu quadro de saúde e evitar “novas internações”, o fenômeno da hiperestabilização pode contribuir para um maior número de (re)internações, embora apenas uma pesquisa detalhada sobre o tema pudesse nos oferecer conclusões mais robustas. Mais frequentemente a “vitória” do(a) médico(a), o êxito do tratamento e consequente adesão do paciente aos medicamentos, assumia a “forma de cismogênese complementar” (Bateson, 2008, p. 229), que mantinha a assimetria entre o médico e o paciente, o primeiro com o objetivo de tratar e o segundo com o de sair da internação. A falha nesse processo era experimentada pelo psiquiatra com tristeza e sensação de fracasso. O resultado dessa relação cismogênica, o sujeito psiquiatrizado, era, por vezes, descrito pelos trabalhadores como uma “outra pessoa”, como veremos a seguir.

“Outra pessoa, não é?”: o psicofármaco e sua magia

“Santo Haldol@!”, essa foi a resposta que ouvi de um psicólogo quando comentei que um paciente parecia ter melhorado. A expressão é tão jocosa quanto verdadeira para os atores envolvidos no tratamento psiquiátrico. Frequentemente, os psicofármacos eram dotados de uma áurea “encantada” (Van der Geest; Whyte, 2011). Capazes de concretizar feitos milagrosos ao expandir o alcance e potencializar a ação médica, “Os fármacos professam um mundo compreensível de cura para o sofrimento, oferecendo à ‘coisificação’ imaginada da doença o antídoto ‘coisificado’ do medicamento e vice-versa” (Van der Geest; Whyte, 2011, p. 469).

Subterrânea à “coisificação” do psicotrópico flui a *modulação intensiva* das substâncias no corpo e subjetividade dos pacientes. Assim, a fronteira entre o uso medicamentoso (extensivo) e o não medicamentoso (intensivo) dos psicotrópicos, como bem notado por Eduardo Viana Vargas (2008, p. 60), é “tão tensa quanto tênue”, pois “é

vazada por inúmeras situações intermediárias” e, por isso, é necessário “que não se tome nenhum (ou qualquer um) desses dois polos como se constituíssem termos absolutos, vale dizer, que não se reduza a problemática ética aos preceitos morais”. Os psicofármacos “tem dois usos”, nos diz Deleuze (2005, p. 90), “podem ter o uso de ‘esse aí nos enche o saco, é preciso acalmá-lo’, e acalmá-lo quer dizer levá-lo o mais próximo possível da intensidade zero; há casos em que os psiquiatras interrompem um acesso de angústia e essa interrupção é catastrófica”; ou “podem ter outro uso que é também o sentido das drogas”, o de “induzir passagens de um limiar de intensidade a outro, podem dirigir uma viagem em intensidade”.

Alguns pacientes, como Álvaro, diziam que a internação lhes servia “para descansar”, o interno falou que se sentia ainda melhor depois de terem dobrado o número de injeções que recebia. Já Plínio, internado depois de brigar com o irmão de quem suspeitava envenenar sua comida, disse ao psicólogo que usava os medicamentos para “aliviar a tensão”. Curiosamente, quando o perguntaram se ele tinha algum “problema psiquiátrico”, o paciente negou. Altair, em consulta, disse ter substituído cocaína por Haldol®, ambos lhe serviam igualmente para “limpar o cérebro”. Flávio, convidado a descrever o que ele estava sentindo com a alteração dos medicamentos receitados, confessou preferir Haldol® ao Risperidona, enquanto o primeiro deixava “tudo mais colorido e palpável”, o segundo tirava-lhe o peso do corpo, deixando-o “mole e babando”. Nesses relatos podemos ver a dimensão extática da psiquiatrização da intensidade que preserva o “sentido das drogas”, nas palavras de Gilles Deleuze (2005, p. 90).

Talvez seja difícil separar rigorosamente o primeiro sentido do segundo, já que a contenção química de uma crise de angústia pode ser experimentada tanto como controle, quanto como cuidado. Jeferson, por exemplo, estava tão angustiado que a acompanhante terapêutica da enfermaria achou melhor chamar Henrique para medicá-lo. Quando eu e o médico chegamos ao pátio nos deparamos com os olhos cheios d’água de Jeferson. O interno já tinha meditado, tomado banho gelado, mas nada disso o livrou da angústia. Henrique propôs ao paciente uma “solução química” para o seu problema e perguntou a Jeferson se ele a aceitaria. O interno concordou com a proposta, com uma única condição, a de que ele não ficasse “grogue”. Henrique aceitou a ressalva do paciente e prescreveu o medicamento. Naquele mesmo dia, mais tarde, o Jeferson aproximou-se de mim e

perguntou qual era o nome do médico que havia lhe atendido antes, porque “o medicamento que ele deu para mim me fez bem”.

A “negociação” entre psiquiatra e paciente podia se dar de forma mais ou menos dramática, mas em ambos os casos era movida por uma “tensão cismogênica” (Bateson, 2008, p. 237). Podemos vê-la presente no caso de Jeferson, ainda que em um grau atenuado, no qual a submissão de Jeferson à “solução química” é negociada com seu médico. Mas também havia situações de maior tensão entre as partes, como foi a relação dos médicos com Sebastião.

O paciente tinha 59 anos, branco, cabelos grisalhos, usava óculos arredondados e, quando eu o vi pela primeira vez, vestia um moletom dos *Rolling Stones* sobre o uniforme azul do hospital. O interno olhou para Rodrigo e Helena e, legendando para si mesmo a situação em que se encontrava, disse: “eu estou vulnerável a vocês e aos meus familiares”. As falas do paciente geraram alguma comoção entre o médico e a residente, Sebastião era irredutível em relação aos psicofármacos, “eu acho que estou mais saudável sem o remédio”. Conforme sua experiência, o medicamento psiquiátrico “altera o meu organismo”, especificou, “altera o meu metabolismo”.

De acordo com Sebastião, todas as “4 ou 5 vezes” que lhe internaram foram por “motivos fúteis”. Daquela vez sua própria irmã “me chamou o SAMU”, porque ele estava na janela de seu apartamento, tocando violão, cantando *Cidade Negra* e discursando sobre Martin Luther King e Gandhi. Para Sebastião seu verdadeiro tratamento era música e literatura, apaixonado por tocar violão, já tinha, inclusive, treinado a modalidade clássica. O medicamento que lhe foi receitado o prejudicava na hora de tocar seu instrumento, fazendo-o errar as notas e enxergar as letras da partitura aumentando e diminuindo, “fica tudo turvo”, resumiu.

Rodrigo comentou que aqueles fenômenos experimentados por Sebastião não faziam parte do rol dos “efeitos colaterais” do medicamento. Embora pareça uma observação meramente técnica, relatos como esse demonstram a deslegitimação moral, por parte dos cuidadores, dos “sentimentos descritos por aqueles que de fato estavam fazendo uso da medicação” (Monnerat, 2020, p. 114). Contudo, a fala do médico passou batida pelo interno. Sebastião permanecia irredutível, ele até admitia que iria tomar o medicamento dentro do hospital, como já estava fazendo, mas não continuaria usá-lo “lá

fora”. Reafirmou ao médico seu desejo de não consumir o psicotrópico e acrescentou que se o ingerisse seria por “imposição sua”, disse, apontando para o psiquiatra. O interno argumentou que não iria “brigar” ou “resistir” aos médicos, porque sabia que eles poderiam amarrá-lo, deixando-o “assim”: neste momento Sebastião esticou seus braços e esparramou-se na cadeira encenando alguém que era contido mecanicamente.

O psiquiatra mostrou a Sebastião o impasse em que ele estava, Helena tentou explicar ao paciente que sua “doença” tinha origem “genética”, insistiu que ele deveria se tratar, assim como suas irmãs faziam, uma era “bipolar” e a outra “esquizofrênica” — nada disso convenceu o paciente. Para Sebastião uma boa dieta alimentar resolveria seu quadro de saúde. Na sala de equipe, depois da consulta, os médicos discutiam entre si que a negação em consumir psicofármacos tornava o caso de Sebastião “mais complexo”, mas, Rodrigo destacou, era necessário apostar na “flexibilidade de Sebastião”. Os médicos decidiram alterar o antipsicótico prescrito para o paciente, dali em diante ele iria usar Quetiapina.

Em outra consulta com Sebastião, o paciente confessou aos médicos que o remédio novo que lhe receitaram “tirou o peso” que sentia em sua cabeça. Surpresos, os trabalhadores perguntaram ao interno por que ele tinha apresentado anteriormente uma resistência tão grande ao medicamento. Sebastião respondeu que não tinha “resistência ao medicamento”, mas sim “resistência ao problema” gerado pelos medicamentos. Com a adesão explícita ao remédio e mudança comportamental, em pouco tempo, algo em torno de duas semanas, Sebastião seria desinternado. Próximo à sua alta, o paciente foi cordial com seus médicos, contrastando e muito com o primeiro atendimento. Depois que saiu da sala em que estávamos, Rodrigo perguntou para mim, “você viu como está o Sebastião?”, “sim, impressionante!”, eu respondi, “outra pessoa, não é?”, complementou o médico. A partir da adesão do paciente ao psicofármaco, bastou ao psiquiatra apenas “acertar com a medicação”, esperar seu efeito terapêutico no organismo de Sebastião e em pouco tempo ele estaria desinternado. Como em um passe de mágica, para seu médico, Sebastião havia se transformado em um “outro” que, paradoxalmente, encarnava quem o paciente *realmente era*, seu verdadeiro “Eu” (Wilson, 2023), revelando “uma verdade que estava encoberta pelo mau funcionamento do corpo” (Azize, 2008, p. 22).

Embora parecesse espantosa a aceitação de Sebastião ao tratamento farmacológico, desde o início o interno destacou que os chamados “efeitos colaterais” dos psicofármacos eram, para ele, a parte mais incômoda da terapêutica. Essa era uma crítica comum à grande parte dos internos, contudo, a nomenclatura “efeito colateral” não é adequada, porque não há medicamento psiquiátrico que não gere “problemas” a seus usuários. Nikolas Rose (2018, p. 101) propõe nomeá-los de “efeitos indesejáveis”, ressalta: “não vamos os chamar de ‘efeitos colaterais’, pois eles são tão diretos quanto os efeitos sobre os estados mentais”. Os psicofármacos não atingem apenas o comportamento inadequado, o “estado mental anômalo”, tal qual se pode ingenuamente crer, também “atuam na neurotransmissão ao longo do corpo, no intestino, no músculo e em outros lugares, frequentemente levando ao ganho de peso, sonolência, problemas motores e muito mais” (Rose, 2018, p. 101). Quando esses efeitos saem do controle e perturbam os corpos e subjetividades dos pacientes, eles podem intensificar sua resistência ao tratamento. A esse aumento da resistência dos internos, os psiquiatras respondiam com uma intervenção psiquiátrica ainda mais intensa, aumentando assim a “tensão cismogênica” (Bateson, 2008, p. 237) da relação médica com o paciente insatisfeito.

Para os trabalhadores, especialmente psicólogos e psiquiatras, os casos mais difíceis de lidar na enfermaria são aqueles que os medicamentos “entram na maluquice” ou “entram na doideira” do paciente, como afirmavam. Nesses casos, os psicofármacos ganham agenciamentos inusitados que compõem com a desconfiança dos internos. Não só os medicamentos em si, mas seus efeitos ou procedimentos colaterais poderiam “entrar na maluquice”. Exames de sangue, por exemplo, fazem parte da rotina de um hospital psiquiátrico, seja para a realização de exame clínico, seja para monitorar o nível de lítio no sangue de algum paciente, garantindo que a dosagem da substância permaneça terapêutica e não tóxica. Mesmo esses exames poderiam ser causa de sofrimento. Um dia qualquer, por exemplo, Geraldo abriu a porta da sala de equipe e declarou em alto e bom tom, “não vou aceitar que tirem sangue de mim, porque estou com anemia severa!”. Os trabalhadores tentaram tranquilizar o paciente e lhe prometeram não lhe retirar o sangue, inconformado repetiu, “não vão tirar sangue de mim! Já tiraram muito sangue de mim...

Querem me matar!”. Todos lhe asseguraram, mais uma vez, que não iriam submetê-lo a um novo exame de sangue.

Em outros momentos os pacientes apresentavam queixas a respeito dos efeitos indesejáveis dos medicamentos tomando a si mesmo como prova para seu pedido, como um interno que se deparou com Rodrigo caminhando pela enfermaria, interrompeu seu percurso e disse, “estou falando lento, eu não falo assim”. O psiquiatra engajou-se em uma conversa com o rapaz sobre as doses de seu medicamento e reconheceu a necessidade de readequá-las.

Era esperado, no cálculo psiquiátrico, esse tipo de “negociação” com os pacientes. A avaliação do médico somava-se à autoavaliação do interno na tentativa de se chegar à dose ideal para o seu caso. Esse esforço poderia passar desde a mudança da cor do medicamento, como um paciente que se recusava a tomar medicamentos laranjas por reconhecer que estes o faziam mal, até a maceração do comprimido ou sua aplicação na forma injetável. Na maceração, o comprimido era esfarelado e misturado na água para dificultar sua não absorção, usualmente o médico acrescentava ao receituário do paciente o pedido de “observar a ingestão”, atividade de vigilância normalmente feita por um(a) técnico(a) de enfermagem para garantir que o interno ingerisse o psicofármaco.

Muitas vezes não era claro aos próprios pacientes *quais eram* ou *porque* eles usavam os medicamentos. Quando uma residente perguntou para Gilberto se o tratamento fez alguma diferença para a “cabeça” dele ou para o seu “comportamento”, ele respondeu à médica, “nada”. Contudo, quando lhe questionaram se os remédios lhe deixaram mais calmo, ele afirmou que “sim”. Gilberto sabia que alguns psicotrópicos eram piores do que outros, pois tinha percebido que com o medicamento anterior ele não conseguia nem mesmo escovar os dentes. No entanto, ao ser perguntado *quais* os medicamentos que ele consumia, contradizendo às expectativas biomédicas, ele fez uso de uma forma de classificação sensível: tomava o “azul”, recentemente começou a usar o “branquinho” e lembrou que também lhe aplicavam uma “injeção oleosa”.

Do ponto de vista psiquiátrico, o mais importante era manter o paciente medicado. Para esse objetivo os injetáveis apresentavam uma vantagem inquestionável, pois duram mais tempo no organismo e independem do controle da ingestão ou não de comprimidos feita pelo próprio paciente ou por seus cuidadores. Na experimentação

psicofarmacológica, o médico faz uso da combinação de diferentes medicamentos que podem potencializar um o efeito do outro, sua intervenção é pensada a partir dos efeitos que essa mistura tem nos pacientes, a partir de um cálculo entre os custos (efeitos indesejáveis) e benefícios (as modulações dos comportamentos entendidos como sintomáticos). No entanto, mesmo com esse cuidado vez ou outra o experimento fogia do controle médico.

Alice, psiquiatra da enfermaria, desabafou com os presentes na sala de equipe a respeito de seu paciente, “eu não sei o que fazer com ele, ele se desorganiza bastante com bebida!”, Raul era um paciente psicótico e alcoolista. Alice estava desconfiada de que o interno estivesse bebendo em segredo. O residente que acompanhava o caso complementou, “ele foi medicado e não melhorou, na sexta fizemos contenção”. Naqueles dias, Raul estava provocando os outros internos e chegou a deferir alguns golpes em parte de seus colegas. Alice não sabia o que fazer com Raul, porque ele não estava aceitando medicação por via oral e a que ele aceitava não impactou da forma esperada no seu quadro clínico. Como disse a psiquiatra, “eu já vi ele chapado de medicação e muito desorganizado, eu não sei o que é isso!”. Havia uma aparente contradição entre estar hipermedicado e, ao mesmo tempo, permanecer intensamente “desorganizado”. O medicamento não estava fazendo a ação esperada e por isso a médica teria que rever suas estratégias, readequando a receita e, talvez, fortalecendo os mecanismos disciplinares que obrigariam o paciente a ingerir os psicofármacos. De repente, Raul apareceu à porta da sala, suspendendo o debate entre a equipe, e, visivelmente sedado, disse arrastando as palavras, “com todo respeito, quero falar outra coisa para você”, imediatamente Alice o interrompeu e pediu para que ele a aguardasse em seu leito.

Até aqui, vimos como os medicamentos são integrados ao circuito cismogênico do tratamento psiquiátrico. A seguir veremos como os medicamentos compõem a “imaginário farmacológico” (Jenkins, 2010) dos internos e como ele fazem uso de outras substâncias para contrabalancear os efeitos indesejados dos psicofármacos. Nessas duas formas de se relacionar com os medicamentos o intercruzamento, na experiência de internação psiquiátrica, entre tempo, controle e cuidado se faz presente.

Entre “zumbis” e “robôs”: figuras anestésicas do tratamento

Um dia como outro qualquer, ouvi um paciente dizer ao seu médico que estava se sentindo “um zumbi” com os efeitos dos psicofármacos. O psiquiatra, por sua vez, lhe assegurou que iria diminuir a dosagem do medicamento. Outra pessoa, Malu, uma mulher trans internada na enfermaria masculina, disse se sentir “mecânica” com os psicotrópicos, já Luciano temia estar se transformando em um “robô”.

Era a primeira vez que o rapaz foi internado na enfermaria. Luciano era jovem, negro, franzino, tinha um jeito doce e voz suave, mesmo quando irritado. Os pacientes “de primeira vez” eram considerados os “mais difíceis” para a equipe, justamente pelo fato deles desconhecerem a rotina hospitalar e serem muito “demandantes” pela alta. Como resumiu um psiquiatra, a primeira internação de alguém costuma ser a mais longa, porque “até [o paciente] aceitar, até entender, demora”. Todos os dias que Rodrigo estava no hospital, Luciano ficava muito ansioso para o seu atendimento. O interno entrava inúmeras vezes na sala da equipe para pedir que o médico lhe atendesse. Mesmo que o psiquiatra garantisse ao paciente que não sairia do hospital sem falar com ele, Luciano permanecia inquieto. De acordo com Rodrigo, o paciente estava “muito positivo”, isto é, apresentava um quadro intenso de agitação, alucinação e delírio, e, por isso, do seu ponto de vista, caso consultasse Luciano conforme sua demanda, o psiquiatra temia que o paciente ficasse ainda “mais positivo”.

Durante sua internação, o paciente chegou a ser contido por apresentar intensa “agitação psicomotora”, dizia que era Lúcifer, seu pai era Joe Biden e era casado com Juliette, vencedora de uma das versões do *reality show Big Brother Brasil*. Além de íntimo de celebridades sobrenaturais, políticas e midiáticas, Luciano acreditava que a maconha iria trazer paz a si e ao mundo. Rodrigo percebia nessas falas e atitudes do paciente um aumento de sua “agitação psicomotora”, presença de “humor exaltado” e o sentimento de ser “muito invadido” por sua experiência delirante. Esse quadro foi definido pelo médico como “um momento intenso de vivência delirante” e o fez prescrever uma dosagem mais alta de psicofármacos ao paciente, “ele está tremendamente medicado para alguém que não estava tomando nada”, disse, e complementou falando que “estava jogando pesado” com o interno. Catarina, acompanhante terapêutica do hospital, ponderou que Luciano poderia não estar tomando a medicação, já Rodrigo não

excluía a possibilidade de os comportamentos do paciente fazerem parte do “curso da doença”; de todo modo, concluiu: “ele precisa dar uma contida, não pode ficar como tá”.

Noutro dia, acompanhei Rodrigo no atendimento de Luciano. Como de praxe entre a grande maioria dos pacientes, especialmente no início da internação, o rapaz lhe pediu insistentemente por alta, argumentando que só queria “ir para casa fumar *cannabis*”, sabia que foi a planta o motivo pelo qual lhe internaram, mas acreditava que era ela que poderia lhe retirar dali. Diante das evasivas do médico, o paciente exclamou, “doutor Rodrigo, você está me fazendo de robô, você está me mantendo aqui para me estudar!”. O psiquiatra tentou tranquilizar o interno, “tudo tem o seu tempo”, Luciano assentiu, mas continuou obstinado pela alta. Rodrigo permaneceu inabalável em sua posição e indagou ao paciente se ele realmente estava tomando os medicamentos prescritos, Luciano lhe assegurou que sim e ressaltou que apenas uma vez ele tinha deixado o comprimido cair no chão, mas o ingeriu mesmo assim. Rodrigo o alertou que ele não podia tomar os medicamentos de outros pacientes, como fez com os de Artur.

Luciano continuou reiterando que não desejava permanecer na enfermaria. Em um determinado momento, pediu para que Rodrigo encostasse suas mãos nas dele, o médico disse que só poderia fazê-lo com o punho cerrado, por causa do protocolo sanitário vigente à época da pandemia do SARS-CoV-2, Luciano insistiu com o psiquiatra sem obter o resultado almejado, teve que se conformar com o punho fechado. Então, virando-se para mim, repetimos a mesma cena, mas dessa vez ele insistiu em me tocar e, assim que o fez, deitou-se no chão aos prantos pedindo por sua alta. Nesse instante eu também me angustiei, já Rodrigo tentou acalmar o paciente, mas não obteve sucesso. Luciano saiu da sala gritando que não queriam lhe dar alta. Encerrada a consulta Rodrigo desabafou, “é difícil conversar com ele, não consigo sustentar muito tempo”, e disse frustrado, “acho que a gente não está conseguindo fazer as coisas aqui...”, havia pouco tempo que a enfermaria tinha mudado de lugar no interior do hospital, tanto os trabalhadores quanto os pacientes estavam se adaptando com a nova organização.

De volta à sala da equipe, Rodrigo já estava envolto com a burocracia hospitalar quando Luciano entrou abruptamente e disse novamente, “o senhor tá me fazendo de robô, me dá um tanto de remédio!”, sentou-se no chão, refez as acusações, demandou que sua mãe o levasse dali e repetiu “você está me fazendo de robô!”. Rodrigo continuou

fazendo o seu trabalho indiferente à demanda de Luciano. Nesse mesmo dia, quando eu e o médico saímos da enfermaria ouvimos os gritos de Luciano dizendo que nos amava.

Eventualmente, a calmaria química se abateria sobre o paciente. Em outra semana, no início do atendimento com Luciano, Rodrigo comentou que ele aparentava estar melhor, o rapaz lhe retrucou, “graças a essa melhora eu estou entrando em depressão”. Menos agitado, mas ainda lentificado, a resposta de Luciano não agradava seu psiquiatra, mas é reveladora da potência anestésica dos psicofármacos (Heyes, 2020). Luciano continuou demandando pela alta e prometeu ao médico que não iria mais fumar maconha. O paciente estava com a voz embargada, física e psiquicamente exaurido, nos dizia que gostaria de voltar ao convívio familiar, prometeu que iria aderir ao tratamento extramuros e reclamou que estava passando frio na enfermaria, que em casa ele “não passa por isso”. Depois de mais algum tempo de internação, Luciano finalmente saiu do hospital, no dia de sua alta disse para mim que estava muito feliz por voltar para casa.

Podemos ver com Luciano que a “tensão cismogênica” (Bateson, 2008, p. 237) de sua relação com o médico aumentava com a passagem do tempo. Isso fazia com que o paciente se sentisse cada vez mais submetido ao tratamento e, conseqüentemente, mais dependente do médico para ser desinternado. Essa intensificação cismogênica fazia com que muitos pacientes se angustiassem, o que poderia induzir a crises psiquiátricas. O aumento da dosagem prescrita e a contenção química e física são formas de intervenção psiquiátrica que agiam aliviando essa tensão de modo a controlar a cismogênese para mantê-la em “equilíbrio dinâmico” (Bateson, 2008, p. 234).

Os psicofármacos conseguem suspender a temporalidade progressiva da internação, já que “induzem a uma relativa indiferença à passagem do tempo e às demandas sensoriais que tornam nossa temporalidade típica tão exaustiva. A ansiedade diminui” (Heyes, 2020, p. 97). Os medicamentos não faziam com que Luciano se conformasse em permanecer internado, mas permitiam que ele *sentisse menos* o fato de que continuaria enclausurado. As drogas psiquiátricas são anestésicas e, mais ou menos intensamente, nos aproximam de estados de inconsciência, nos quais estamos “desmaiados, sedados, adormecidos” (Heyes, 2020, p. 98). Tal qual disse um paciente certa vez sobre seu uso de psicotrópicos na enfermaria, os remédios serviam-lhe para “ficar mais cansado” e “dormir”. À essa suspensão temporal, a teórica feminista Cressida Heyes

(2020, p. 99) nomeou de “tempo anestésico”. Essa modalidade temporal é atuante, seja na “cervejinha” do final de um dia extenuante de trabalho, ou no uso intensivo de outras drogas, lícitas e ilícitas. Há quem experimente esse “tempo anestésico”

como um alívio do trabalho no capitalismo comunicativo, mas há também aqueles que são descartados pelos sistemas de trabalho como excedentes e que são anestesiados como uma forma de gerenciá-los ou subjugar-los. Essas populações incluem pacientes psiquiátricos, prisioneiros, pessoas idosas e com deficiência em cuidado residencial (Heys, 2020, p. 114).

É este o caso de Luciano e de tantos outros pacientes. Na internação psiquiátrica, assim como nos complexos prisionais, os psicotrópicos não se restringem a um uso terapêutico, eles também são utilizados como “tecnocorreções” (Hatch; Bradley, 2015, p. 225). Nesse contexto, a fronteira entre controle e cuidado é fluida e definida situacionalmente (Muusse *et al.*, 2023) de modo que determinar a legitimidade ou ilegitimidade da prática psiquiátrica “depende da forma de racionalidade política que justifica a adjudicação [*enactment*] da própria prática” (Hatch; Bradley, 2015, p. 230). Assim, “a fronteira conceitual entre o que é legítimo ou não, como a contiguidade teórica entre biopoder e necropoder, é porosa e indeterminada, como os espaços ontológicos que separam a vida desperta e a morte certa” (Hatch; Bradley, 2015, p. 230). Essa indeterminação ontológica é articulada por Luciano em sua frase “graças a essa melhora eu estou entrando em depressão”, em que estão fundidas saúde e doença, vida e morte, em um processo do qual se precipita o sujeito psiquiatrizado, o “eu” da sentença.

Os efeitos dos psicotrópicos no corpo do paciente também têm consequências em sua subjetividade, já que “o sujeito corporificado é concomitantemente espacial e temporal” (Heys, 2020, p. 102). Além da suspensão temporal, os medicamentos também modificam o modo que os internos se movimentam, tanto pelo espaço, quanto em sua gestualidade. Essa modulação era experimentada como uma modificação significativa na experiência de si acarretada por sua metamorfose biopsíquica em “zumbis” ou “robôs”. Essas são duas formas de pós-vida que habitam os “mundos de morte” da necropolítica, “formas únicas e novas de existência social, nas quais vastas populações são submetidas a condição de vida que lhes conferem o estatuto de ‘mortos-vivos’” (Mbembe, 2018, p. 71), seja esse pós-vida alcançado por magia ou por tecnologia.

O escritor e jornalista Ted Morgan (1974, online), quando se deparou com os internos da ala psiquiátrica do antigo complexo prisional chamado popularmente de *The Tombs*, em Nova Iorque, não poupou tinta para descrever a medicamentação dos prisioneiros. Nas palavras ácidas do autor,

Uma maneira segura de acalmar um homem que estava “agindo de forma inadequada [*acting out*]” era colocá-lo em uma dose diária de 1.100 miligramas de Thorazine⁵. Isso o transforma em um zumbi. Ou, em termos clínicos, reduz a quantidade de estímulos para que o paciente possa reorganizar sua estrutura psíquica.

A equivalência entre “reorganizar-se psiquicamente” e “transformar-se em um zumbi” indica um paralelo inquietante entre a figura mítica e sua reaparição na psiquiatria biológica. Meu encontro ou o de Ted Morgan não eram inéditos, a antropóloga Zora Neale Hurston, (2009) no clássico *Tell My Horse: Voodoo and Life in Haiti and Jamaica*, publicado originalmente em 1938, narrou seu inusitado encontro etnográfico com um zumbi durante seu trabalho de campo no Haiti. Hurston (2009, p. 195) soube numa conversa com o médico Rulx Léon em 8 de novembro de 1936 que “um Zumbi foi encontrado na estrada e estava agora no hospital em Gonaïves”. Chegando ao hospital deparou-se com Felicia Félix-Mentor, a zumbi. De acordo com o relato de familiares, a mulher havia falecido em 1907 e nunca mais tinha sido visto desde então.

No hospital, a presença da antropóloga não parece ter agradado a paciente-zumbi, que se recuava diante do avanço da autora. Apesar da tentativa de acalmá-la, “ela parecia não ouvir nada. Apenas continuava tentando se esconder” (Hurston, 2009, p. 195), relatou a antropóloga. Diante da tentativa frustrada de se comunicar com a mulher, Hurston não hesitou em tirar sua foto⁶. Posteriormente ao encontro com a interna, a pesquisadora engajou-se em um debate com os médicos responsáveis por Felicia, juntos chegaram à conclusão de que aquele “não era um caso de despertar dos mortos, mas sim de semblante de morte induzido por alguma droga conhecida por poucos. Algum segredo trazido de África e passado de geração em geração”, relata Hurston (2009, p. 196). Ela suspeitava de que os poucos que detinham o segredo da substância “sabem o efeito da droga e o

⁵ Nome comercial da Clorpromazina nos Estados Unidos, medicamento antipsicótico utilizado no tratamento da esquizofrenia, tem forte poder sedativo, como qualquer neuroléptico.

⁶ Disponível em: <https://www.flickr.com/photos/cc210/5705656505>.

antídoto. É evidente que ele destrói a parte do cérebro que governa a fala e a força de vontade. As vítimas podem mover e agir, mas não conseguem formular pensamentos”.

No trecho destacada acima, vemos novamente a relação entre psicotrópicos e zumbis. Essa estranha e improvável quimera reaparece na psiquiatrização de sujeitos que têm sua pós-vida inscrita em um modo instrumental de existência. É nesse mesmo nível que surge a segunda figura anestésica do tratamento psiquiátrico que analisarei, o “robô”. A palavra “robô” apareceu pela primeira vez na década de 1920, pelas mãos do dramaturgo tcheco Karel Čapek, na peça *R.U.R.* A etimologia do termo remonta à “*robota*” que pode ser traduzido do tcheco “para ‘serviço compulsório’, semelhante ao ‘*robota*’ eslavo, significando ‘servidão, trabalho duro’” (Richardson, 2015, p. 2). Originalmente, na peça de Čapek os “robôs eram humanos, feitos de carne, sangue, ossos e veias, mas anexados [*assembled*] a uma linha de produção mecânica” cientificamente calculada (Richardson, 2015, p. 5). Foram outros artistas que, posteriormente, reencenaram a peça transformando os robôs humanos em máquinas.

Como argumenta a antropóloga Kathleen Richardson (2015, p. 5), “historicamente, o robô tem sido uma forma de falar sobre a desumanização e a elevação do não-humano” que remetem à gramática racializada da escravização. Basta notarmos que no interior da linguagem informática preservam-se termos como “HD mestre” e “HD escravo” ou analisarmos a maneira que, no imaginário popular, se performa “a história entrelaçada de máquinas e escravos” (Benjamin, 2019, p.58). Sob essa luz que podemos examinar as acusações feitas por Luciano ao seu médico de querer transformá-lo em robô e mantê-lo internado com a finalidade de estudá-lo. O paciente vê os efeitos do medicamento sobre o seu corpo como uma mecanização de si, tal qual um robô ele se percebe enrijecido, “metálico, seus gestos são descontínuos, bruscos, desumanos” (Baudrillard, 2006, p. 129). O robô “é a síntese entre a funcionalidade absoluta e o absoluto antropomorfismo”, argumenta Baudrillard (2006, p. 128), pois como o zumbi ele deve servir ao seu mestre, e, embora seja um duplo do humano, dele se diverge por ser “visivelmente um objeto, e por este meio um *escravo*” (Baudrillard, 2006, p. 129, grifos no original). Para tornar-se objeto e inscrever-se funcionalmente no tratamento psiquiátrico, Luciano precisou, primeiro, ser robotizado. O caminho reverso também é possível, Richardson (2015, p. 16) descreve que especialistas em robótica

recorrentemente fazem “analogias entre pessoas com deficiência e máquinas”. Cientistas da área costumam “imaginar uma máquina robótica como uma pessoa com autismo, uma entidade que carece da capacidade de ler sinais sociais e responder apropriadamente” (Richardson, 2015, p. 16). Como no caso dos zumbis, há uma estranha recursividade entre robôs e pacientes psiquiátricos potenciais ou atuais.

O circuito das trocas: tempo e substâncias

Café, cigarros e psicofármacos são as substâncias psicoativas que mais circulavam entre os internos da enfermaria. Os dois primeiros eram utilizados pelos pacientes para contrabalancear os efeitos dos medicamentos, seu uso pode ser visto como uma maneira dos próprios internos se apropriarem de seu tratamento. Os remédios demoravam para “fazer efeito”, como diziam os médicos, o que impactava diretamente no tempo de internação. O tempo farmacológico poderia ditar a estratégia terapêutica, como alertou o supervisor dos residentes, “presta atenção, esse negócio de antidepressivo em emergência é muito complicado, porque você precisa de umas três semanas para ter efeito farmacológico. Às vezes você vai passar ansiolítico, sedativo para ter efeito de curto prazo”. No entanto, o efeito sedativo nos pacientes gerava uma contrarresposta, a busca pelo “cafezinho”. Além de ser um hábito alimentar muito comum, o efeito estimulante da cafeína ajudava a demover os pacientes da sonolência quimicamente induzida pelos psicofármacos, como me disse um interno.

Já os cigarros lhes serviam para dar “uma relaxada” ou “arejar a cabeça”, tal qual relatou outro paciente. Se os medicamentos e a própria internação tensionavam os corpos e mentes dos internos, a nicotina era uma forma de contrabalancear os efeitos iatrogênicos da internação. Esta é a conclusão de um artigo científico sobre o tema: “a nicotina, um dos componentes principais do fumo de tabaco, estimula a atividade dopaminérgica do sistema nervoso central” (Salokangas *et al.*, 2006, p. 375), o que “pode explicar por que fumar pode ter um efeito protetor frente aos sintomas extrapiramidais⁷ induzidos pelos neurolépticos” (Salokangas *et al.*, 2006, p. 375). Os pesquisadores indicam que “o

⁷ Sintomas extrapiramidais: “referem-se aos danos causados pelas drogas psiquiátricas no sistema extrapiramidal - rede neural que governa os movimentos involuntários, reflexos, e coordenação motora” (Burstow *et al.*, 2013, p. 336).

tabagismo entre os pacientes com esquizofrenia se associa com doses altas de medicação neuroléptica” (Salokangas *et al.*, 2006, p. 379) e se intensifica quando o paciente está institucionalizado. Aliás, o consumo de cigarros nesse segmento é significativamente maior do que na população em geral (Rondina *et al.*, 2003, Leon; Diaz, 2005). A nicotina também pode diminuir a eficácia dos psicofármacos (Simón, 2015), consequentemente seu uso poderia afetar no tempo de internação ou recrudescer a intervenção psiquiátrica com o aumento da dosagem dos medicamentos.

Além de produzir efeitos bioquímicos nos pacientes, café e cigarros promoviam encontros e movimentavam circuitos de troca (Mauss, 2013) na enfermaria. Os pacientes poderiam obter esses produtos de duas formas: a) comprando na lanchonete do hospital, gerida por Ademar, antigo paciente psiquiátrico, ou b) no interior da enfermaria. Na enfermaria ficavam guardados os maços, geralmente doados por seus familiares ou outros cuidadores. Caso o interno não tivesse quem lhe fornecesse cigarros, ele os recebia da “caixa de doações” suprida pelos próprios trabalhadores da enfermaria, assim como o pó de café. Havia o café que era servido junto às refeições, pelo setor responsável no hospital, mas também tinha o momento do “cafezinho” que era gerenciado pela equipe da enfermaria, especialmente pela acompanhante terapêutica. A quantidade de cigarros por dia e os momentos em que se bebia café eram limitados e controlados pela equipe dirigente. Isso não impedia certas negociações particulares entre os próprios internos e com os trabalhadores. Alguns pacientes, por exemplo, me pediram, assim como faziam com a equipe, para pagar-lhes um café ou cigarro na lanchonete ou que lhes acompanhassem para fumar e/ou beber café debaixo do pé de amendoeira, lugar fora da enfermaria, mas dentro do hospital. Eu mesmo cheguei a combinar com um paciente, cuja família não iria visitá-lo e, por isso, estava sem estoque de tabaco, de fornecer-lhe um maço de cigarros por semana, por exemplo.

Assim como Goffman (1974, p. 228), eu pude observar no interior da enfermaria psiquiátrica o “papel ritual dos cigarros”. Os objetos podiam estreitar laços ou motivar brigas. Quando um paciente estava fumando, muitos outros lhe pediam um trago ou até mesmo que ele lhes desse seu próprio cigarro. Era praticamente impossível recusar acender o cigarro de outro interno. Havia, ainda, aqueles que recebiam as bitucas de outros colegas para fumar ou as catavam do chão, esta última ação denotava pouco

privilégio do ator frente a seus companheiros. Em todos esses casos, ficava a critério do fumante ceder ou não ao pedido, o que o tornava mais próximo ou distante do demandante. O “status do paciente como tal” influenciava nas “exigências que uma pessoa podia fazer a outra, apenas em virtude de ambas serem pacientes” (Goffman, 1974, p. 230). Dirceu, por exemplo, durante uma atividade no pátio da enfermaria, conseguiu comunicar-se, através das grades, com um paciente de outro setor do hospital. Os homens se cumprimentaram, conversaram sobre o tempo que compartilharam juntos na emergência psiquiátrica antes de serem designados para enfermarias distintas. O colega disse a Dirceu que sairia de alta no dia seguinte. O paciente viu ali sua chance de pedir ao colega que lhe deixasse um pacote cigarros em seu nome. O pacto foi selado entre as partes. Acordos como esse fortaleciam a solidariedade entre pacientes e comprometiam o beneficiário de retribuir o favor futuramente. Dirceu tinha uma longa trajetória psiquiátrica, além de gozar de um carisma que lhe era próprio, o que pareceu lhe conferir o status necessário frente ao outro paciente.

O tabaco funcionava como moeda de troca entre os internos. Era possível trocar uma quantidade de cigarros por comida, utilizá-los para fazer apostas e empréstimos. Trocas como essas são típicas de “instituições totais”, para usar um termo goffmaniano, embora sejam práticas extraoficiais. Elas geram seus próprios problemas,

Geralmente, tal como ocorre nos muitos casos em que os cigarros passam a ser empregados como um meio de troca, o armazenamento pode ser um problema; a equivalência entre marcas é um problema; a redução do valor por perda de tabaco é fácil; o consumo, como um bem, pode introduzir grandes flutuações no valor do dinheiro. (Goffman, 1974, p. 221).

O paciente que recebesse uma grande quantidade de cigarros poderia gerar perturbações significativas no circuito de trocas. Vicente, por exemplo, ganhou uma aposta que fez com Josué. A mãe do último, durante uma visita, pagou a dívida do filho com Vicente. O paciente sabia que para assegurar suas doações ele tinha que passar os maços que ganhou ao domínio da enfermaria, assim foi feito. O psicólogo de Josué, sabendo das apostas, recebeu os cigarros de Vicente e colocou o nome do ganhador nas embalagens para assegurar-lhe a posse. O aumento de capital de Vicente fez com que ele passasse a trocar cigarros com outros pacientes, inclusive de outros setores do hospital. A intensificação das trocas tornou-se problemática e passou a ser notada por outros

membros da equipe que reclamaram que o interno “está cheio de cigarros” e “causando problemas na enfermaria”. Mesmo que soubessem dessas trocas, quando elas se tornavam indiscretas, os trabalhadores se viam forçados a reprimir negociadores alardeantes, como Vicente.

A respeito das marcas, não presenciei nenhuma disputa em torno do tema entre os pacientes, talvez porque a maciça maioria dos cigarros que circulavam na enfermaria tinham o mesmo rótulo, *Gift*. A predominância da marca pode ser explicada pela vantagem econômica que ela oferecia ao consumidor final. Por ser uma marca fruto do mercado ilícito e amplamente fornecida nas ruas, os maços de *Gift* eram bem mais baratos que seus concorrentes. Inicialmente contrabandeados do Paraguai, esses cigarros também passaram a ser falsificados no interior do estado (Cruz; Moreira; Leitão, 2024).

De volta ao hospital psiquiátrico, a compra de produtos na lanchonete renovava a dinâmica das trocas com outras mercadorias. Pacientes não podiam trazer os alimentos que compravam na lanchonete para o interior da enfermaria, o que os forçava a consumir e/ou trocar os produtos comprados antes de retornarem. Quando fui com Leonel à lanchonete para tomarmos café, ele também pediu para que eu lhe comprasse um pacote de biscoitos recheados sabor limão. Eu comprei. Leonel pegou alguns biscoitos da embalagem e ofereceu para um senhor em troca de um trago de cigarro. O homem, morador do abrigo do hospital, aceitou fazer o escambo. Logo em seguida, Leonel ofereceu ao colega um gole de seu café e mais um biscoito. O senhor aceitou e depois ausentou-se durante um tempo e retornou com um pedaço de pão para Leonel. O paciente recebeu o pão e retribuiu com o restante de café que tinha consigo. Por fim, o homem mais velho deu um copo com alguns cigarros dentro para Leonel. A troca de um punhado de biscoitos por um trago virou, seguindo a lógica da dádiva (Mauss, 2013) — obrigação de dar, receber e retribuir — um punhado de cigarros.

Essas trocas também podiam estreitar os laços entre a equipe assistente e os pacientes do hospital. Ao chegar no local pela manhã vi Getúlio, um senhor negro, de cabelos brancos e andar curvado, como tantas outras vezes, sentado nos degraus do saguão principal, esperando lhe autorizarem a entrada. Meu caminho cruzou-se com o de Miguel. O psicólogo era um velho conhecido de Getúlio, embora este não estivesse internado no hospital, ele era um frequentador assíduo da instituição e partilhava com

outro paciente psiquiátrico um ateliê improvisado no estabelecimento, de vez em quando pude vê-lo desenhando. Quando os olhos de Getúlio se deparam com Miguel, ele se levantou e sinalizou para o psicólogo acender seu cigarro. Miguel o perguntou, “e a máscara?”, Getúlio apalpou os bolsos e retirou uma máscara descartável suja e amassada. O trabalhador assinalou que ele deveria trocá-la por uma nova. Em uma linguagem que lhe era própria, mas que Miguel era fluente, Getúlio pediu café ao psicólogo que não demorou para atendê-lo. Ao passar pela lanchonete, próxima à entrada, o psicólogo, entregando o dinheiro para Getúlio, pediu para Ademar preparar o café de seu companheiro. Getúlio sabia que Miguel era alguém que ele podia contar, frequentemente ele aparecia pela entrada exterior da sala de equipe para que o psicólogo lhe acendesse um cigarro ou lhe desse café.

Considerações finais

O uso de psicofármacos durante a internação de pessoas em uma enfermaria psiquiátrica masculina é, como visto acima, profundamente relacional. A agência socioquímica dos medicamentos é fruto da trama de relações em que eles se inserem (Magaldi, 2020). Em algumas situações, as substâncias são utilizadas para intensificar o controle sobre a subjetividade e corporeidade dos internos; em outras, elas abrem possibilidades de um uso subversivo dos psicofármacos. Neste último caso, o uso de medicamentos é equiparado ao uso recreativo de outras drogas, dando margem a modos singulares de apropriação pelo paciente do remédio. Há, portanto, a possibilidade de um uso psicofarmacológico estilizado pelos próprios pacientes, seja através da autoadministração de substâncias que contornam os efeitos indesejáveis dos psicotrópicos, seja pela negociação com os médicos dos termos em que se dará este uso.

O estilo de uso dos psicofármacos que cada paciente encontra depende das “brechas” entre cuidado e controle que ele enfrenta na sua relação com a equipe dirigente durante a internação. Na prática, os internos se veem obrigados a aceitar injeções ou a ingestão de psicofármacos; contudo, neste processo, criam maneiras de lidar com os medicamentos que escapam à dualidade resistência/subordinação (Mahmood, 2019), reinventando a si mesmos através de diferentes composições socioquímicas. Essas

relações se inserem na “cultura medicamentosa” (Monnerat, 2020, p. 116), presente em hospitais e dispositivos extra-hospitalares, e impactam diretamente na experiência de pacientes psiquiátricos. O fato de ser creditado ao medicamento um “retorno” ao normal do paciente acaba por legitimar a internação e manutenção de alguém, contra sua vontade, em um estabelecimento psiquiátrico.

Referências bibliográficas

AZIZE, Rogério Lopes. Uma neuro–weltanschauung? Fisicalismo e subjetividade na divulgação de doenças e medicamentos do cérebro. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 7-30, 2008.

BATESON, Gregory. Information and Codification: A Philosophical Approach. *In*: RUESCH, Jurgen; BATESON, Gregory. **Communication, the Social Matrix of Psychiatry**: Human Psychology, Behavior and Culture in the Modern Society. Milão: Pantianos Classics, 1951. cap. 7, p. 119-149.

BATESON, Gregory. **Naven**: um exame dos problemas sugeridos por um retrato compósito da cultura de uma tribo da Nova Guiné, desenhado a partir de três perspectivas. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

BAUDRILLARD, Jean. **O sistema dos objetos**. 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 2006.

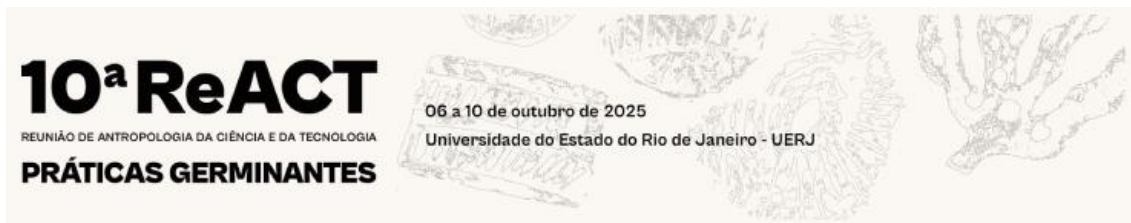
BENJAMIN, Ruha. **Race After Technology**: Abolitionist Tools for the New Jim Code. Cambridge; Medford: Polity Press, 2019.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 10216, de 05 de abril de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 09 abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 28 mar. 2022.

BURSTOW, Bonnie *et al.* Glossary of Terms. *In*: LEFRANÇOIS, Brenda A.; MENZIES, Robert; REAUME, Geoffrey. **Mad Matters**: A Critical Reader in Canadian Mad Studies. Toronto: Canadian Scholars' Press, 2013. p. 334-340.

BURTS, Carolyn. Felicia Felix-Mentor Of Haiti. **Flickr**. 2011. Disponível em: <https://www.flickr.com/photos/cc210/5705656505>. Acesso em: 6 jul. 2024.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2019. 277 p.



CASTRO, Rosana. Antropologia dos medicamentos: uma revisão teórico-metodológica. *R@U*, São Carlos, v. 4, n. 1, p. 146-175, jan./jun. 2012.

CASTRO, Rosana; ENGEL, Cíntia; AZIZE, Rogério Lopes. Apresentação do Dossiê: Antropologias a partir dos medicamentos: coproduções, políticas e agenciamentos contemporâneos. *Ilha*, Florianópolis, v. 25, n. 1, p. 7-20, jan. 2023.

CRUZ, Adriana; MOREIRA, Gabriela; LEITÃO, Leslie. Áudios revelam brutalidade de criminosos da máfia dos cigarros no RJ: “Taquei fogo no corpo, e o povo achou que era balão”. *O Globo*. Rio de Janeiro, 2024. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2024/04/02/audios-revelam-brutalidade-de-criminosos-da-mafia-dos-cigarros-no-rj-taquei-fogo-no-corpo-e-o-povo-achou-que-era-balao.ghtml>. Acesso em: 25 jun. 2024.

DELEUZE, Gilles. **Derrames entre el capitalismo y la esquizofrenia**. Buenos Aires: Catus, 2005.

FRANCO, Túlio Maia. “**Pessoas de linha**”: etnografia da experiência anormal. Rio de Janeiro, 2025 Tese (Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025.

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

HATCH, Anthony Ryan; BRADLEY, Kym. Prisons Matter: Psychotropics and the Trope of Silence in Technocorrections. In: PITTS-TAYLOR, Victoria. **Mattering: Feminism, Science, and Materialism**. Nova Iorque; Londres: NYU Press, 2016. cap. 13, p. 224-241.

HEYES, Cressida J. **Anaesthetics of Existence: Essays on Experience at the Edge**. Durham: Duke University Press, 2020.

HURSTON, Zora Neale. **Tell My Horse: Voodoo and Life in Haiti and Jamaica**. Nova Iorque: Harper Collins, 2009.

JENKINS, Janis Hunter. Psychopharmaceutical Self and Imaginary in the Social Field of Psychiatric Treatment. In: JENKINS, Janis Hunter. **Pharmaceutical Self: The Global Shaping of Experience in an Age of Psychopharmacology**. Santa Fe: School for Advanced Research Press, 2010. cap. 2, p. 17-40.

LEON, Jose de; DIAZ, Francisco J. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophrenia Research*, Amesterdã, v. 76, n. 2-3, p. 135-157, 15 jul. 2005.

MAGALDI, Felipe. Nas tramas da poção mágica: psicofármacos e criatividade em um hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 63, n. 2, p. 1-23, 22 jun. 2020.

MAHMOOD, Saba. Teoria feminista, agência e sujeito liberatório: algumas reflexões sobre o revivalismo islâmico no Egito. **Etnográfica**, Lisboa, v. 23, n. 1, p. 135-175, 21 mar. 2019.

MAUSS, Marcel. **Ensaio sobre a dádiva**: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. São Paulo: Cosac Naify, 2013.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. São Paulo: n-1 edições, 2018.

MONNERAT, Silvia. Contribuições etnográficas para o estudo da medicação psiquiátrica: reflexões sobre o (des)controle dos sintomas. **Teoria e Cultura**, Juiz de Fora, v. 15, n. 1, jun. 2020.

MORGAN, Ted. Waiting for justice—8th floor: homicides; 9th floor: addicts; 10th floor: suicidals. **The New York Times**. Nova Iorque, 1974. Disponível em: <https://www.nytimes.com/1974/02/17/archives/entombed-the-psychiatrist-always-asked-how-do-you-feel-do-you-hear.html?smid=url-share>. Acesso em: 6 jul. 2024.

RICHARDSON, Kathleen. **An Anthropology of Robots and AI**: Annihilation Anxiety and Machines. Nova Iorque; Abingdon: Routledge, 2015.

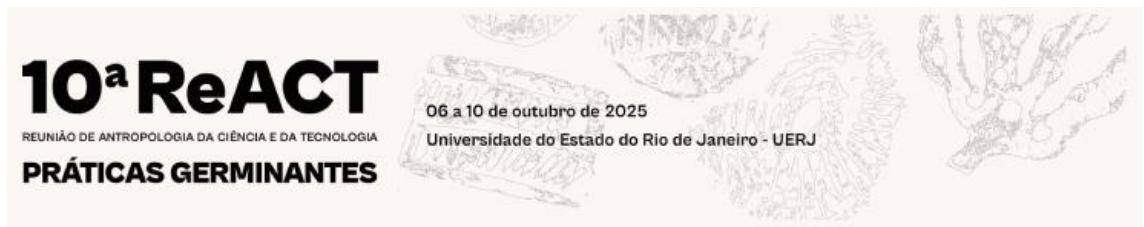
RONDINA, Regina de Cássia *et al.* Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 30, n. 6, p. 221-228, 2003.

ROSE, Nikolas. **Our Psychiatric Future**: the politics of mental health. Cambridge; Medford: Polity, 2018.

SALOKANGAS, Raimo K. R. *et al.* Tabaquismo en la esquizofrenia a largo plazo. **European Psychiatry**, Cambridge, v. 13, n. 8, p. 375-379, 2006.

SANDS, Steven; RATEY, John J. The Concept of Noise. **Psychiatry**, Londres, v. 49, n. 4, p. 290-297, 1986.

SIMÓN, Aurora. **Ficha Técnica do Centro de Informação do Medicamento**: Interações entre tabaco e medicamentos. Ordem dos Farmacêuticos (ROF 114). Lisboa, 2015. p. 109-110. Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/ft114_interaccoes_entre_tabaco_e_medicamentos_17382145725b042c29c2d27.pdf. Acesso em: 6 jul. 2024.



VAN DER GEEST, Sjaak; WHYTE, Susan Reynolds. O encanto dos medicamentos: metáforas e metonímias. **Sociedade e Cultura**, Goiânia, v. 14, n. 2, p. 457-472, jul./dez. 2011.

VARGAS, Eduardo Viana. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. In: LABATE, Beatriz Caiuby (Org) *et al.* **Drogas e cultura**: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 41-64.

WILSON, Wander. Misturas e Cortes entre Drogas, Medicamentos e Corpos na Feitura “Eu”. **Ilha**, Florianópolis, v. 25, n. 1, p. 134-158, jan. 2023.