

Ouvindo Histórias: Resgate de Narrativas de Pacientes de Longa Permanência

Listening to Histories: Memories of Long-Stay Patients

Mariana Nogueira Rangel
ENSP/FIOCRUZ

RESUMO:

O artigo apresenta uma entrevista realizada com uma paciente do Instituto Municipal Philippe Pinel a partir da experiência de desinstitucionalização de pacientes de longa permanência nesta instituição. Traz um pequeno histórico da História Oral, apresentando-a como uma metodologia de pesquisa primordial de resgate de narrativas esquecidas dos pacientes há muito institucionalizados. Neste âmbito, a História Oral promove a valorização dos relatos daqueles que vivenciam o processo de mortificação promovido pelo manicômio. Conclui utilizando noções trazidas por Bourdieu, Basaglia e Foucault, de modo a potencializar as narrativas fragmentadas, a encontrar na instituição o poder de mortificar e, sobretudo, a reconhecer a resistência que encontramos à cronificação, por parte dos pacientes “institucionalizados”.

Palavras-chave: história oral, institucionalização, reforma psiquiátrica.

ABSTRACT:

This paper concerns to an interview with a patient who lived in Instituto Municipal Philippe Pinel, based on an experience of deinstitutionalisation of long-stay psychiatric patients. It presents a historical retrospective of Oral History as well as its relevant issue in the discovery of forgotten personal reports of those chronicle patients. The oral narratives give them new possibilities of reconstruction of their personalities often affected by the process of mortification produced by mental hospitals. The conclusion is based on theoretical considerations by Bordieu, Basaglia and Foucault about the importance of fragmented narratives, the mortification due to the mental health system and the patient's resistance against the illness chronicity.

Key words: oral history, institutionalisation, psychiatric reform.

O objetivo deste artigo é apresentar um recorte do trabalho realizado com pacientes de longa permanência no Instituto Municipal Philippe Pinel, no município do Rio de Janeiro. Diz respeito, mais especificamente, a uma investigação que toma como marco fundamental a História Oral, diante dos limites do trabalho clínico.

Foi realizada uma entrevista aberta com seis pacientes de longa permanência do IMPP a fim de dar visibilidade às narrativas individuais. A pergunta realizada: “Como tem sido sua vida?” permitiu que outra face fosse mostrada em oposição ao poder da instituição. É possível encontrar focos de resistência à opressão insistentemente reproduzida nas instituições totais¹. A escuta destes usuários permitiu que em um mesmo ato se

¹ Goffman define instituição total como “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 2003:11). Este autor define como aspecto central das instituições totais a “ruptura das barreiras que comumente separam essas três esferas da vida [dormir, brincar e trabalhar]”, de modo que “todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade” (idem:17). Caracteriza também as instituições totais como lugares em que “cada fase da atividade

mostrassem duas faces opostas mas complementares: dar voz aos silenciados implica que os escutemos tão somente porque as consideramos legítimas e construtoras de história.

Devido aos limites metodológicos, apresentaremos fragmentos de uma única entrevista, seguros de que esta pode sugerir as demais, tanto em termos de institucionalização, como de resistência. Ambas caminham lado a lado, num jogo de forças que resulta em colorido mosaico e que nos permite supor que, assim como dona Irma, milhares de vozes são silenciadas pelo “simples” fato de serem supostamente silenciosas. E que, no entanto, têm muito a transmitir.

A partir de um grupo realizado semanalmente com os pacientes de longa permanência, pudemos perceber a importância de não os conhecermos a partir de um parâmetro clínico. Este artigo resulta da reflexão iniciada com o trabalho de conclusão de curso quando residente em Saúde Mental, na instituição referida, no período compreendido entre 2004 e 2006.

Não se trata do relato de um trabalho clínico, uma vez que não objetivou uma terapêutica. É importante registrar, contudo, que estamos atentos à permeabilidade dos pacientes quando convidados a compartilhar suas narrativas, uma vez que a partir de suas lembranças, o trabalho de desinstitucionalização promovido pelo grupo semanal pôde ocorrer.

É preciso distinguir “violência” de “poder”: *“Uma relação de violência atua sobre um corpo ou sobre coisas; força, submete, (...) destrói ou fecha a porta a todas as possibilidades. Seu pólo oposto só pode ser a passividade e se se enfrenta com alguma resistência, não tem outra opção senão tentar diminuí-la”* (FOUCAULT, 2006:32).

As relações de poder, ainda que incluam a violência como parte de sua estratégia ou de seus resultados, pressupõem *“que o ‘outro’ (aquele sobre quem se exerce o poder) seja completamente reconhecido e mantido até o final como uma pessoa que atua e que, enfrentada a uma relação de poder, possa abrir-se um campo inteiro de respostas, reações, resultados e invenções possíveis”* (ibidem).

A História Oral tem sido utilizada como importante instrumento de crítica aos modelos historiográficos tradicionais. Estes encontravam nos registros escritos documentos privilegiados de compreensão dos fatos históricos, que em sua maioria se caracterizavam por grandes feitos, heróis e datas marcantes; enfim, por aquilo a que Foucault se refere como “história monumental”: *“história que se dava como tarefa restituir os grandes cumes do dever, mantê-los em presença perpétua, reencontrar as obras, as ações, as criações segundo o monograma de sua essência íntima”* (FOUCAULT, 1999a:34).

A nova história, que se iniciou na década de 30, tinha como característica principal a valorização de dados históricos não monumentais. Mesmo ela, contudo, encontrava nos documentos escritos sua principal fonte de pesquisa. Valorizava a investigação de substratos até então subestimados pela historiografia tradicional, de modo que *“a infância, a morte, a loucura, o clima, os odores, a sujeira e a limpeza, os gestos, o corpo, a*

diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo (...) de outras pessoas (...), obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto”, onde “todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários” e onde as “atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição” (idem:18).

feminilidade, a leitura, a fala e até mesmo o silêncio” (BURKE, apud RODRIGUES et alii, 2003:81) tornaram-se matéria de interesse, desprivilegiando seu sentido “natural” em favor do social e cultural. Por outro lado, ao considerar principalmente os registros escritos e formais, dava maior ênfase ao passado distante, ressaltando o que havia sido finalizado, acabado, impossível de transformação.

É importante estarmos atentos à diversidade própria à História Oral: é multidisciplinar, uma vez que atende a “*historiadores, antropólogos, sociólogos, folcloristas, cientistas políticos, educadores e psicólogos, entre outros*” (ALBERTI, 2003:72); passa por transformações significativas de acordo com a época, o lugar e o contexto histórico; constituem-na as mais variadas tendências – História Oral Historicista, História dos Vencidos, História dos Marginalizados, História Oral Metalingüística e Tendências Arquivista e Biográfica (GATTAZ, apud RODRIGUES et alii, 2003:84-85).

As experiências brasileiras de História Oral sofreram importantes transformações desde seu aparecimento. Durante a década de 70, elas contrariaram as tendências mundiais de contestação, que se baseavam na “*história dos vencidos, excluídos ou silenciados*”, voltando-se para as elites. Nesse período, a História estudada no Brasil, inclusive a História Oral, passou por sérias restrições, de modo que teve sua atuação seriamente limitada:

(...) o espírito que, nos anos 60, anima a difusão da História Oral pelo mundo está sob o efeito dos avanços tecnológicos do pós-guerra associados ao movimento contestador da contracultura: a história oral torna-se um meio de fazer ouvir a voz dos vencidos. No Brasil, entretanto, o processo é diverso. Com o Golpe Militar de 64, o país vive censura, repressão e tortura. Registros gravados de experiências ou opiniões são coibidos. Tornara-se muito arriscado dar (ou mesmo coletar) depoimentos (idem, 2003:87).

Na década de 80, ao lado do ressurgimento da democracia, assistiu-se ao resgate da História recente, em contraponto aos fatos passados e concluídos, que eram privilegiados durante o período militar. Já nos anos 90, a História Oral caracterizou-se por uma dupla tendência: por um lado seu crescimento acadêmico foi evidente, de modo que “*muitos trabalhos voltados para recuperação da história de grupos marginalizados ganham visibilidade, sinalizando a emergência de uma tendência mais militante*”; por outro, houve a sua regionalização, ou seja, passou-se a considerar as particularidades de diversas regiões brasileiras (idem:89).

A História Oral afirma-se na década de 1990 não mais como um instrumento utilizado para reparar as falhas dos registros escritos, função atribuída às narrativas quando de interesse da história tradicional. Ao contrário, afirma-se como um novo modelo que encontra, nas narrativas biográficas, principal fonte de apreensão histórica, valorizando aquilo que se configura como atual, contemporâneo e, portanto, maleável e passível de modificações. Soma-se a esse interesse a investigação de fatos cotidianos e a perspectiva daqueles que, provavelmente, não apareceriam em livros didáticos nem estariam esculpidos em bustos em lugares de destaque. Isso não implica dizer, contudo, que os pesquisadores da História Oral não se interessem também por fatos oficiais ou por grandes marcas históricas, como guerras, líderes e eventos marcantes.

Conhecida também como a “*história vista de baixo*”, ela justifica, em alguns casos, o espaço reservado àqueles que não têm voz e para os quais serve como importante instrumento de escuta e visibilidade. Outras

vezes, a História Oral utiliza as narrativas individuais de modo a referenciá-las a um episódio a ser investigado, como um fato histórico, um determinado evento. Mesmo quando o objetivo da pesquisa volta-se para a biografia, pode-se considerá-la como um bom instrumento de uma investigação acerca do coletivo:

O relato pessoal (e a entrevista de história oral é basicamente um relato pessoal) transmite uma experiência coletiva, uma visão de mundo tomada possível em dada sociedade. (...) Acredita-se que as biografias ilustram formas típicas de comportamento e concentram todas as características do grupo, mesmo as desviantes mostram o que é estrutural e estatisticamente próprio ao grupo – elas permitem identificar as possibilidades latentes da cultura e deduzir ‘em negativo’ o que seria mais freqüente (ALBERTI, 2003:72).

Este artigo, partindo da História Oral, utiliza-se mais especificamente da história de vida. Ao contrário das tendências das décadas de 60 e 70, em que “(...) o uso das fontes seriais e de técnicas de quantificação assumiu importância fundamental, enquanto o recurso a relatos pessoais, histórias de vida, biografias passou a ser visto como extremamente problemático” (FERREIRA e AMADO, 2002: xxii), a partir do início dos anos 80, “(...) os depoimentos, os relatos pessoais e a biografia também foram revalorizados, e (...) argumentou-se, em defesa da abordagem biográfica, que o relato pessoal pode assegurar a transmissão de uma experiência coletiva e construir-se numa representação que espelha uma visão de mundo” (idem, xxii-xxiii).

Citando Levi, “(...) a biografia é o campo ideal para se verificar (...) a liberdade de que as pessoas dispõem e para se observar como funcionam corretamente os sistemas normativos” (idem, xxiii).

No que tange à Saúde Mental e, mais especificamente às práticas de reabilitação psicossocial decorrentes da Reforma Psiquiátrica, a História Oral pode servir como instrumento de visibilidade (ou algo como “audibilidade”) de vozes silenciadas por anos seguidos de institucionalização.

Muitos leitos em hospitais psiquiátricos são ocupados, ainda hoje, por pacientes de longa permanência (DELGADO, 2001:288). Seus quadros psiquiátricos não justificam sua internação, apesar de apontarem prognósticos sombrios. A condição social em que se encontram é, em sua grande maioria, de miséria e de ausência das condições mínimas de bem estar. O tempo e o “tratamento” a que foram submetidos em instituições, psiquiátricas ou não, são determinantes para que os consideremos pacientes institucionalizados. Apesar da Reforma Psiquiátrica Brasileira e dos esforços da mudança no paradigma da atenção à loucura, encontramos nesses pacientes marcas do processo que vêm atravessando e que ainda nos remetem às características das instituições totais descritas por Goffman na década de 1960.

Ausência de objetos pessoais, uniformes carimbados, hábitos de higiene que tornariam difícil o convívio com pessoas em outros ambientes, a necessidade de solicitar objetos básicos que viabilizam os hábitos mais banais e cotidianos são exemplos do grau de institucionalização dos pacientes.

De acordo com Basaglia, a institucionalização diz respeito à entrada de um paciente “num lugar que, criado originalmente par torná-lo inofensivo e ao mesmo tempo tratá-lo, na prática surge como um espaço paradoxalmente construído para um aniquilamento completo de sua individualidade, como lugar de sua total objetificação” (BASAGLIA, 1965:24). Provoca, por conseqüência,

a ausência de qualquer projeto, a perda de um futuro, a condição permanente de estar à mercê dos outros, sem a mínima iniciativa pessoal, com seus dias fracionados e ordenados segundo horários ditados unicamente por exigências institucionais que (...) não podem levar em conta o indivíduo singular e as circunstâncias particulares de cada um (...) (ibidem).

Desta maneira, o paciente “(...) depara-se com novas regras e estruturas que o impelem a objetificar-se cada vez mais, até identificar-se com elas” (ibidem).

A contribuição de Foucault acerca da noção de poder nos é útil na medida em que compreendemos que as relações institucionalizantes que se estabelecem no interior do hospício são produtos das relações de poder ali instauradas. E é por isso mesmo que os focos de resistência vibram, apesar de toda ação que favorece a institucionalização.

O interesse pelos pacientes institucionalizados teve como ponto-de-partida a realização de um grupo sistemático, visando a reabilitação psicossocial, denominado “Cidadania, Cultura e Lazer”².

Com o decorrer de nossos encontros, percebemos a necessidade de resgatar narrativas que os pacientes construíram acerca de suas vidas. Este encontro permitiu que nos descolássemos das características de padronização, institucionalização dos pacientes. Se, à primeira vista, encontrávamos em seus cotidianos a marca da mortificação do eu³, conhecê-los a partir de suas histórias nos permitiu perceber que não se tratava somente disto. Tratava-se de identificar que estas pessoas guardavam, simultaneamente, características de institucionalização mas não estavam totalmente sujeitas e esse processo. As reminiscências compartilhadas permitiram-lhes reconstruir suas próprias histórias, como retalhos cuidadosamente costurados, testando velhas e novas possibilidades, e assim, construir para suas vidas caminhos outros que não restritos ao quadro de institucionalização ao qual pareciam totalmente “colados”.

A pesquisa realizada constou da entrevista com seis pacientes, mas nos restringiremos a apresentar, neste artigo, trechos da entrevista realizada com dona Irma, citada anteriormente.

Buscamos atribuir aos relatos pessoais os dados históricos a partir dos quais extrairemos principal matéria de construção e visibilidade das histórias de vida narradas. Com isso, trabalhamos na contramão de certos estudiosos da construção social da memória que, conforme afirma Rodrigues, “em que pese aceitem conceder estatuto documental à oralidade, (...) o fazem sob o modelo de um objeto que, por ser memória, traiçoa, engana, é possivelmente infiel aos fatos” (RODRIGUES, 2005:13).

² Este grupo era realizado semanalmente e tinha o objetivo de construir, com os pacientes institucionalizados, novos recursos que lhes permitissem voltar a viver fora dos muros hospitalares, na sociedade. Este grupo incluía inicialmente cerca de um terço dos pacientes internados no IMPP, que participavam quando desejassem. O grupo era coordenado por Ana Adler, Daniela Albrecht, Luciana Gomes e eu, quando especializadas em Saúde Mental no Instituto Municipal Philippe Pinel.

³ De acordo com Goffman, “o novato chega ao estabelecimento com uma concepção de si mesmo que se tornou possível por algumas disposições sociais estáveis no seu mundo doméstico. Ao entrar, é imediatamente despido do apoio dado por tais disposições. Na linguagem exata de algumas de nossas mais antigas instituições totais, começa uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu. O seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado. Começa a passar por algumas mudanças radicais em sua *carreira moral*, uma carreira composta pelas progressivas mudanças que ocorrem nas crenças que têm a seu respeito e a respeito dos outros que são significativos para ele” (GOFFMAN, 2003:24).

Podemos considerar que estes são indícios da institucionalização da loucura sustentada pela iatrogenia: sucessivas decisões terapêuticas, provenientes da psiquiatria tradicional, acabaram por colaborar, quiçá provocar, quadros clínicos aos quais não se deve atribuir patologia isolável da instituição à qual estiveram vinculados.

Trata-se, na maioria, de pacientes idosos, com estrutura familiar frágil ou inexistente, que não dispõem de moradia nem de condições financeiras que lhes permitam viver fora do hospício, com recursos próprios. Muitos necessitam de cuidados clínicos decorrentes de sua condição geriátrica, o que marca o caráter ambíguo da internação no hospício: se, por um lado, não necessitam de cuidados psiquiátricos que justifiquem internação, por outro não recebem os cuidados clínicos necessários, já que não se trata de um hospital geral.

Tal realidade é comum a grande parte dos hospícios brasileiros, públicos e privados, sobretudo os denominados macro-hospitais (com 400 leitos ou mais). Apesar dos esforços coletivos de coerência com as políticas públicas de saúde, tais clínicas, assim como os hospitais públicos, têm encontrado o desafio de lidar com pacientes que residem lá há muitos anos, tendo perdido quaisquer referências familiares e sociais externas ao hospício onde se encontram.

O Instituto Municipal Philippe Pinel, no Rio de Janeiro, não foge à regra. Por ser um dos quatro pólos de internação no município, sofre constante exigência de “circulação de leitos”, ou seja, estes não devem ser ocupados por tempo demasiado pelo mesmo paciente. Isto não impede que haja pacientes-moradores, muitos dos quais apresentam longo percurso institucional porque vieram de outros hospitais psiquiátricos e de instituições asilares. É o caso, por exemplo, de dona Irma⁴. Ela viveu a infância e parte da adolescência em um orfanato. Quando já idosa, foi internada em uma clínica psiquiátrica, sendo posteriormente reencaminhada para o IMPP.

Ainda que o tempo de permanência dos moradores nesta instituição não seja muito longo, parte considerável deste grupo tem um severo nível de institucionalização, porque provenientes de instituições outras, onde, aí sim, estiveram por muito tempo. Além disso, o tempo de permanência em uma instituição asilar não é único fator responsável pelo processo de institucionalização dos pacientes. Ele se caracteriza principalmente pelas relações que se estabelecem no interior do hospício, conforme a citação anterior de Goffman.

Muitos pacientes têm um grau elevado de comprometimento clínico. Alguns deles exigem cuidados devido à sintomatologia apresentada; pacientes diagnosticados dementes, retardados, desorientados no tempo e no espaço, constantemente delirantes, que necessitam de supervisão em suas atividades diárias e demonstram nível considerável de dependência de outras pessoas.

Há que se reconhecer, contudo, que nem todos os “pacientes de longa permanência” apresentam o mesmo grau de dependência: há aqueles que recebem licenças regulares, saindo sozinhos às ruas, cuidando de suas contas bancárias etc. Há também aqueles nos quais descobrimos maior potencial de independência do que julgávamos a princípio.

A experiência de desinstitucionalização dos pacientes de longa permanência no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, em Campinas, à qual se vincula a construção de lares abrigados, indica o quão diverso é o grau

⁴ O nome de dona Irma é fictício, assim como o de amigos e conhecidos aos quais ela se refere durante a entrevista.

de dependência dos “pacientes que se encontram involuntariamente no interior do hospital psiquiátrico” (VALENTINI, 2001:77):

(...) à medida que os moradores das casas aprendem a cuidar de si e do em torno, do ambiente, eles demandam menos acompanhamento e podem ajudar inclusive outros moradores (...). Cerca de noventa usuários contam hoje com 19 casas e certamente se desenvolvem 19 modos diferentes de acompanhar (...). Há ex-internados que moram sozinhos, por exemplo. O projeto terapêutico nessa situação peculiar é diferente dos projetos dirigidos aos que vivem em grupo. São casas diferentes, para pessoas diferentes, com projetos terapêuticos diferentes, horas de compromisso de acompanhamento variáveis de acordo com a necessidade dos moradores de cada projeto-casa (ibidem).

Do mesmo modo, são múltiplas as situações em que se encontram os pacientes-moradores do IMPP. Dentre estes, há os que não dispõem de qualquer referência familiar, de bens ou recursos que lhes permitam viver fora do hospício e para quem é imprescindível construir tais condições. Há pacientes dos quais desconhecemos completamente a filiação, data de nascimento e referências anteriores à internação.

Optamos por chamá-los de “pacientes de longa permanência”, em detrimento da denominação “crônicos”: “(...) *pacientes de longa permanência institucional (...) não devem ser designados de ‘crônicos’, pela imprecisão clínica do termo e pela carga negativa que a palavra assumiu na cultura institucional da psiquiatria (...)*” (DELGADO, 2001:288).

O IMPP, assim como outros hospícios, vem afirmar a noção de hospital não restrita à função terapêutica – função esta que, segundo Foucault, surgiu muito tardiamente. De acordo com este autor, só a partir do final do século XVIII é que o hospital foi medicalizado, ou seja, que foi “*concebido como um instrumento de cura*” (FOUCAULT, 1999b:109). Se antes disso havia visitas médicas, estas eram irregulares e destinavam-se apenas aos casos muito graves.

Segundo Foucault, “*o hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova (...). A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780 (...)*” (idem:99). Antes disso, a prática médica era intrinsecamente particular, assim como o hospital era uma instituição de assistência, de coordenação religiosa, que abrigava a população pobre de modo geral, os velhos moribundos, todos os tipos de desajustados, prostitutas, vagabundos, doentes de todo gênero.

A medicalização do espaço hospitalar teve início a partir de sua disciplinarização e da transformação da medicina, que passou a encontrar na manipulação do meio – mais do que na doença propriamente dita – uma forma de intervir e curar. Assim, surge o médico como figura central no hospital. Pinel só “*pôde fazer o que fez em Bicêtre graças a sua situação de detentor do poder no hospital*” (idem:110). A psiquiatria surge, portanto, como uma das especialidades fundadas e fundantes na concepção moderna de hospital.

Deste modo, os pacientes de longa permanência representam a parcela da população que encontra no hospital “*instituição de assistência, como também de separação e exclusão*” (idem:101), “*um lugar onde morrer*” (idem:102) e, se não encontra com a mesma intensidade a “*função de separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população*” (ibidem), ao menos a preserva ... do contato com o horror?

Desviat (idem:19) considera três as funções características do hospício desde seus primórdios, e que se mantêm até hoje: as funções *médica*, *social* e *de proteção da sociedade*. A *função médica*, intrinsecamente terapêutica, pode ser traduzida atualmente pela prescrição medicamentosa, pelo projeto terapêutico mais ou menos definido, até mesmo pelo acompanhamento psicoterápico – em suma, pelo cuidado clínico.

A *função social* se apresenta pela proteção dos pacientes já que, conforme Desviat, “*o manicômio, desde suas origens, converteu-se num refúgio para loucos pobres, necessitados de um ambiente protegido de vida, ou tutelar*” (ibidem).

Finalmente, a *função de proteção da sociedade*, que ocorre “*perante um grupo populacional (...) que transitava no limite da legalidade e cuja forma de vida não costumava ser aceita pela maioria*” (ibidem). Traduz-se, sobretudo, pela noção de periculosidade da loucura, ou mesmo do horror por ela provocada, historicamente forjados.

Um olhar diferenciado sobre esses pacientes dependentes da instituição asilar tem encontrado respaldo legal, uma vez que a Reforma Psiquiátrica tornou urgente esta questão favorecendo as condições necessárias para o processo de desinstitucionalização. Destacam-se sobretudo as leis 10.216 (“Lei Paulo Delgado”, de 6 de abril de 2001), e 10.708 (“Lei De Volta Para Casa”, de 31 de julho de 2003). A primeira dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Esta lei representa um marco na transformação da saúde mental no Brasil. A segunda institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Os pacientes há dois anos ou mais internados em instituições psiquiátricas, ao retornarem para seus lares de origem ou passarem a viver em outros lares, têm direito de receber um auxílio financeiro para sua subsistência e para a construção de nova modalidade de vida, com a possibilidade de circulação em novos espaços e com a produção de vínculos sociais.

A prática de reabilitação não se restringe exclusivamente a “fatos” tais quais documentação, moradia, uma vida digna. Indubitavelmente necessários, tais “fatos” só favorecem a autonomia dos usuários quando um processo de resgate da história de vida o antecede ou o acompanha. Não basta que os usuários ganhem estatuto de cidadãos. É imprescindível que se reconheçam ali entidades repletas de sonhos, de projetos, de desejos, de temores, de talentos, enfim, de história.

Para isto não bastam registros em prontuários, mas faz-se necessário reconstruir fragmentos, muitas vezes abandonados e esquecidos, a fim de dar visibilidade às particularidades de cada um.

Furtado afirma que o modo de guardar e transmitir informações quanto aos pacientes “*dá margem ao surgimento de diversos tipos de interpretações, erros e mitos, cristalizando a imagem do paciente diante da instituição e conseqüentemente colaborando para sua cronificação*” (FURTADO, 2001:54). Apresenta o caso de uma mulher que, havendo sido transferida para o “Cândido”⁵, era denominada “Ignorada E.”. Após muito tempo de internação, alguns técnicos descobriram, em pesquisa de prontuário, seu nome, cidade de origem, e até mesmo referências familiares que puderam, em seguida, contactar. “*Neste caso*”, afirma Furtado, “*até o ‘nome’*

⁵ “Cândido” é o nome informal dado ao Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, em Campinas.

da paciente ('Ignorada E.') constituía uma reafirmação essencial e cotidiana de uma falsa ausência de dados" (ibidem).

As críticas dirigidas à História Oral por historiadores tradicionalistas recaem, comumente, no caráter pouco objetivo e, portanto, pouco confiável de seu método. Este argumento é combatido por aqueles que dela fazem uso, uma vez que os registros escritos também são passíveis de "subjetivação". A memória e a narrativa são, neste contexto, enfatizadas e valorizadas: "*De fato, freqüentemente estamos tão interessados na natureza e nos processos da rememoração quanto no conteúdo das memórias que registramos*" (THOMSON et alii, apud RODRIGUES et alii, 2003:92).

Os desafios impostos pelo trabalho de História Oral com pacientes institucionalizados encontram-se perfeitamente de acordo com as críticas e vicissitudes características das narrativas biográficas utilizadas como instrumento de pesquisa, a saber: a construção histórica não-linear, fragmentada, delirante de seu próprio percurso. Do ponto-de-vista ético, é preciso reconhecer que as histórias narradas podem trazer lembranças dolorosas e/ou saídas fantasiosas, expressas através de pontos-de-vista bastante distanciados das fontes historiográficas tradicionais.

A proposta das recordações ou reminiscências não ocorre impunemente, favorecendo contato com lembranças agradáveis e também com momentos difíceis, de dor e sofrimento, que trazem conseqüências as mais diversas para o cotidiano dos entrevistados.

Reconhecemos que há muitas formas de utilizar os registros das narrativas e que a elaboração de um trabalho baseado nelas não atende, em si, os interesses dos entrevistados, favorecendo-os. De acordo com Rodrigues, apoiada em Guattari,

... pessoas que trabalham na produção social de subjetividade (...) defrontam-se com um fundamental desafio: tanto podem fortalecer modelações que restringem os processos de singularização – monopólios de saber e prática, versões oniscientes e intocáveis – quanto agir em favor de uma apropriação coletiva e autogestiva da problemática subjetiva (RODRIGUES, 2004).

Seguimos no esforço de que as lembranças provocadas e, mais do que isso, sua sistematização e compartilhamento, possam produzir formas potentes de ação no mundo, sujeitos e não sujeitos (ibidem). Como lembra a autora, contudo, "*de boas intenções o inferno está cheio!*". Que este inferno possa se encher, pelo menos, de diferentes odores, cores, paisagens, retratos...

Retomando a noção de que as memórias são radicalmente afetadas pelo percurso institucional dos pacientes, Furtado considera que

... as informações relativas à história e ao círculo social do paciente cronificado vão sendo perdidas ao longo do tempo nos ritos institucionais (...) e nas freqüentes migrações entre instituições. O que permanece são fragmentos da memória: nomes, histórias, datas e endereços nem sempre articulados e um inquebrantável desejo de voltar para casa (FURTADO, 2001:54).

Em última análise, esta questão nos impõe a reflexão sobre a possibilidade de utilizar como principal fonte de investigação os relatos daqueles que, por definição, desconhecem sua “verdadeira” história. Dalgalarrondo afirma, a esse respeito, que

as síndromes psicóticas caracterizam-se por sintomas típicos como alucinações e delírios, pensamento desorganizado e comportamento claramente bizarro (...). Os autores de orientação psicodinâmica tendem a dar ênfase à perda de contato com a realidade com dimensão central da psicose (...) (DALGALARRONDO, 2000:201).

Testam-se, assim, os limites da História Oral, sobretudo no que diz respeito à tentativa de trazer à tona as narrativas do “vencidos” ou “excluídos”.

Para tal tarefa, é importante tentarmos a árdua tarefa de “transformar obstáculos em instrumentos” (RODRIGUES et alii, 2003:94). Ou, parafraseando Drummond, propor a “dificílima, peligrosíssima viagem de si a si mesmo”. E é apostando naquilo que a história oral tem de diferente que citamos Perkas e Thomson, a respeito da contribuição de Portelli: “desafiou os críticos da história oral e das chamadas ‘memórias não confiáveis’ (...) ao argumentar que ‘o que faz a história oral diferente’ – oralidade, forma narrativa, subjetividade, ‘credibilidade diferente’ da memória e relação entre entrevistador e entrevistado – deve ser considerado como força em lugar de fraqueza, recurso ao invés de problema (...)” (RODRIGUES, 2005:12).

O processo de construção das entrevistas com os pacientes de longa permanência e sua conseqüente realização enfrentou algumas dificuldades que não podem – e não devem – ser negligenciadas. A primeira delas, nem por isso mais importante, diz respeito à compreensão da fala de todos os entrevistados. Desprovidos de dentes, marcados pela idade avançada, uso ininterrupto de medicação psiquiátrica durante anos seguidos, baixa escolaridade e sotaques provenientes de diferentes regiões brasileiras, os entrevistados não puderam ser compreendidos integralmente.

A transcrição das entrevistas constituiu-se como etapa bastante desafiadora do trabalho. Grande parte da riqueza dos relatos dos pacientes perdeu-se ao ser registrada em papel: os tons de voz que mudavam, respostas longas ou surpreendentemente rápidas, os olhares curiosos diante do gravador, músicas cantadas num ritmo bem particular etc. Daí se extrai a importância dos diferentes documentos, o escrito e o oral, para a História Oral, e não o primeiro em detrimento do segundo, que é aqui igualmente valorizado.

Finalmente, as falas dos pacientes, suas narrativas e lembranças, poderiam parecer, aos olhos dos leitores deste trabalho, lembranças criadas a fim de substituir as lacunas da memória. Considerei necessário, portanto, somar às auto-narrativas informações outras buscadas em seus prontuários, no conhecimento transmitido por seus técnicos de referência e, sobretudo, nos encontros no grupo “Cidadania, cultura e lazer”.

As entrevistas foram abertas, tendo como proposta inicial que cada paciente falasse sobre sua vida, sem especificar a princípio os temas prioritários, deixando-os a cargo dos entrevistados.

Dona Irma

Dona Irma viveu no IMPP por cerca de um ano. Antes disso, passou mais ou menos sete anos em uma clínica psiquiátrica particular conveniada com o SUS, de onde saiu devido a uma intercorrência clínica. Este fato

a levou a uma internação em um hospital geral, em função da qual perdeu sua vaga no hospital psiquiátrico. Seu diagnóstico é de esquizofrenia residual.

Sua história de institucionalização não se origina nos oito anos de internações. Aos doze dias de idade foi levada a uma instituição católica de caridade que acolhia crianças órfãs. Lá viveu até os doze anos, quando foi recolhida por uma senhora que a abrigava em troca do serviço de casa. Nunca se casou e desconhecemos seu nível de escolaridade.

Após a morte dessa senhora, dona Irma começou a trabalhar em outras casas, período sobre o qual pouco sabemos. Tem como única referência um senhor de oitenta anos, sobrinho de uma de suas patroas, cadeirante e sem condições de ajudá-la.

Dona Irma chegou a trabalhar de carteira assinada e receber aposentadoria, até que, com sua internação na clínica psiquiátrica, este recebimento foi suspenso. Dona Irma tem uma conta-poupança que não acessa há anos. Já não sabe suas senhas e não apresenta condições de administrar sozinha suas finanças. O processo de resgate de sua aposentadoria foi suspenso com sua ida para uma casa de repouso para senhoras administrada pela igreja católica. Este asilo constitui lugar com ótimas condições materiais, uma quantidade confortável de moradoras e boa administração. Dona Irma é muito católica e ficou satisfeita em ver imagens de Cristo e Nossa Senhora, cantar hinos religiosos com o frei e saber que poderia ir diariamente à missa na igreja em cujo terreno se encontra a instituição.

Apesar de ter gostado do novo lugar de moradia, os primeiros dias de adaptação foram bastante delicados: em crise de hipertensão, dona Irma ficou insone por quatro dias seguidos e a medicação psiquiátrica foi insuficiente para sua “desaceleração”: cantava e falava idéias desconexas. Foi preciso uma breve internação no IMPP, retornando assim que alcançou seu estado “normal”, para seu novo lar. Ficou bastante irritada com sua volta para o IMPP, mesmo tendo sido por poucos dias. Repetia que queria voltar para a sua “casa” e que ali, no hospital, mexiam em suas coisas.

É muito querida por todos no IMPP. Podíamos encontrá-la cantando músicas católicas no pátio do hospital, em posição de oração, diante dos adesivos religiosos colados no vidro dos carros. Por vezes, encontrávamos dona Irma arrumando a enfermaria: jogava copos plásticos no lixo, ajeitava as camas etc. Era comum também que a encontrássemos chorando, porque suja de urina e fezes, já que não tinha controle esfinteriano e o hospital não fornecia quantidade suficiente de fraldas geriátricas. Sempre muito alinhada, essa senhora de 77 anos e cabelos alvos procurava vestir-se da melhor maneira possível, fosse com roupas doadas, fosse com o uniforme do hospital.

Mostrava sempre entusiasmo em participar do grupo, interagindo com os demais e apresentando suas aptidões: falar francês, tocar piano, bordar etc. Durante a realização do grupo, repetia ininterruptamente palavras desconexas, de modo concomitante aos outros participantes, mesclando fatos passados com presentes. Relatava episódios remotos, lugares que chamavam sua atenção, nomes de pessoas que nunca conhecemos.

Mesmo com o humor lábil, tinha o carinho e a atenção dos outros pacientes. Dificilmente nos acompanhava às saídas, devido à sua dificuldade em caminhar.

A entrevista realizada ocorreu no período em que estava no hospital, entre a ida temporária e a definitiva à casa de repouso. Estava, conforme explicado, acelerada e logorréica, o que proporcionou grande riqueza à sua narrativa. As fragmentações apresentadas não são fruto da edição da entrevista, mas da própria fala de dona Irma.

I – Eu falo das doenças dej... do coração de Jesus das filhas de Maria Nossa Senhora do Véu das filhas de Maria. Os quarto particulares de Deus, vou falar seu Cardeal do Jaime Camará... (...) As filhas de Maria! (começa a cantar, como se em uma procissão) “Sou filha deeeeeeee Mari-ia, que alegriiiiiia, raínhimaculaaada, chorou aos pés de Deuus! Sua medalha milagroooooosa, eu preciso atéééé vi-ver! Coração dee Jeesuuuus doce, terno, amaziado, seja meu o amooooor dos outros, cada veeeee mais (...) São José é o teesoure-eiro das graças do re-den-tor Jesus!” (risos). Tô até rindo das criança professora da esc! (Volta a cantar): “São Josééé é o tesoureeeiros das graças do re-den-tor”. Tocava até piano, eu! (bastante desafinada) Aaaaa eeeeeee iiiiii ooooo uuuuuuu! (...) Abençoado por Deus! Nossa Senhora das filhas de Maria! (novamente como em uma ladainha) Vou falar com Deus, coração de Jesus, todas ingreja católica do Roberto Carlo. Ele é santo do anjo da (...). Cantor! (num ritmo bem particular) “Jesus Cristo eu estou aqui no...” 40 graus no braço de Deus. As professora tá salvando o povo brasileiro. Os médico tem razão, a pressão tá alta! Eu pedi Nossa Senhora de Fátima não vende por causa das aves. (em voz surpreendentemente esganiçada) Pi-rí-pi-pi!

M – Que isso?

I – (repete de modo esganiçado) Pi-rí-pi-pi!

I – (neste momento, começa a falar em tom pueril e de modo pausado, e assim continua por grande parte da entrevista) “É o papagaio da Isolda. As filhas da Isolda. Os menino, os rapazes. É o pai, é prima, sobrinha Nossa Senhora vai ajudar os garoto da França! Eu falei do NPS. De criança todas escola. O Brasil vai em paz. Viva o (...), a mamadeira, o mingau daquela vovozinha vai receber a coroa que ela já (...) dos parente. (...) Sarampo! Quando eu era criança veio a vacina, veio o médico, veio aquele homem gooord. É da paz da banda nacional. (...) Eu, eu vi as criança falando. Foi prá cama, foi pros pés. Falei com o doutor Júlio. A Talita é solteira, filha de do pai, é de família. Talita de Orleão (...). Eu queria é tangerina do povo do sabão Omo. Dos sabões. Todo andar, sabão Omo. Viva o anil das irmãs de caridade. Santa Luiza de (...). São José, São João, vai ter missa. Hoje é sábado, já acabou a missa, (gritando) vamos na feira. Cristina tá cansada. As escola do chefe da nação do NPS e elas tão deitada, 2 horas, 3 horas vai ter pão das padaria. Roberto Carlos é um homem inteligente. De lá do horto falante do palácio de Laranjeira. Eu não gosto, gosto da bananeira, do disco, eu não posso dar lanche. É prá ela! Quer pirê? De... do cozido, peixe ganhou. Viva a escola Dom Carlos. Viva as paciente passando mal. Chama o médicos do doutor Oscar. (...) Disbontar. De família, não bebe. É coca-cola. As crianças vão tomar coca-cola dos andares. (...) Eu gosto de coca-cola! Não quero guaraná! Eu quero respeitar a lua... (...) A lua cheia de São Paulo. Eu fui de avião. Eu não tenho medo. E elas bonita! Sapato alto, Copacabana, Leblon, Meiar. Viva o povo brasileiro!

M – Quem são “elas”?

I – Dora e (...). Dora. Nossa Senhora da Luz da Dulce morena. A chave vermelha vai ser o ouro. Um cordão de prata vai ser das filhas de Maria. Eu vim até no taxi. Bonito o azul! Eu gosto de azul. O médico tem razão, tô de

acordo. Quero sair daqui para salvar o povo brasileiro. Vai almoçando as moças do Banco do Brasil. Portugal falando: viva o Rei Chacrinha. (agora especialmente pausada) O abacaxi da cidade de fora para as escolas. (...) Eu gosto de TV de uma senhora de roda. Os pretinho salvou o avião. Viva as crianças da creche. O Cristo Redentor da Gávea. Laranjeira falando da polícia. Corpo de bombeiro, chama os médicos que não tem água. Passaram todo mundo nas casas. Eu passando mal. Chame o médico! Aquele da enfermaria das paciente. A coca-cola é de todo mundo. Roberto Carlo, ele é político do Rei Chacrinha. Papai Noe vai chegar maio. Dia 1º de maio. Os bobo perderam. E eu venci do povo brasileiro. O internal da Bahia. (...) É... coqueiro da Bahia! (em tom de explicação) É só deles, foi deles... (...) Eu tô gravando. Assistência ajudou muito a Cruz Vermelha. Isso é a paz. E eu cantava do peixe. De manjar da Gávea. Papai-do-Céu é das cr... é do povo. A voz do povo é a voz de Deus. A pressão tá alta. Vai o médico, Irma, no caso de Nossa Senhora de Fátima. O Banco do Brasil. Perdeu logo. Queimou. Em Brasília de São Paulo, a gente viu. Perigo no Brasil. O Estácio ganhou pela rua. O Estácio, eu vim de táxi.

M – O Estácio?

I – (irritada, desfazendo temporariamente a voz infantil) A bandeira, meu deus! Táxi, eu vim de táxi. São José (...) de prata. De ouro do relógio da cozinha. Trabalhador, esses homens! Tem só na árvore. Piriquitinho que caiu, fugiu da gaiola.

M – A senhora já teve periquito?

I – É de Laranjeira, da Gávea. Era muita pranta. Bonito, lindo!

M – O que a senhora fazia lá?

I – Falei com o médico. Tô com a pressão ajudando os parentes com a primeira comunhão do bebê. Tinha creche. Do tapete do Roberto Carlos. As professoras têm relógio de ouro. Tem a prata no Brasil. A princesinha vai ser missi das crianças. O anjo-da-guarda vai ajudar o mundo. Roberto Carlo vai cantar. Deixa eu. Homens! Toma vacina! (...) (termina com a voz infantil) Homem! Toma vacina! Sarampo! Catapora, reumatismo, falava cos médicos. Parabéns às escolas. É do governo. (com estilo Chacrinha de falar) De Rei Chacrinha! Da (...) saudade da família. Tá uma senhora da idade. Betá ganhou o arroz.... Betá, aquela gorda baiana! Lá embaixo, Bradesco. Tá descansando cas da família dela, dos cadeados. Ela tá com saudade da família.

M – Onde que a senhora conheceu Betá?

I – No sofá. Aquela loura é doente. O passarinho ganhou, ele é lourinho da gaiola, ficou lá, aí eles tiraram prá poder falar. A galinha ganhou tudo, ganhou. Respeita Semana Santa e... (faz uma pausa quando mulher grita na enfermaria) Irmã Nilma, freiras! Reza o terço. Laranjeira da Gávea. Visita no primeiro andar. As escola católica, o cardeal Dom Jaime Camará vai chamar os bombeiros.

A fala de dona Irma durante a entrevista se apresenta mais como uma junção de memórias fragmentadas do que propriamente como uma construção delirante.

As referências religiosas são muito fortes e evidentes. Durante toda a entrevista, dona Irma utiliza os recursos religiosos de que dispõe e que nos remetem a um estágio muito precoce de sua vida. Criada desde bebê em uma instituição católica, faz inúmeras referências à educação rigorosa a que deve ter sido submetida,

lembrando de fatos ocorridos e dos valores que adquiriu: as músicas católicas; as aulas de piano; as crianças reunidas; a missa semanal, após a qual ajudava nas compras na feira; a limpeza das roupas com anil, no pátio da instituição; a importância de Jesus, Maria e suas filhas, São José, Nossa Senhora de Fátima, São João, São Paulo, Santa Luiza, Papai-do-Céu, de se rezar o terço e se respeitar a Semana Santa.

Roberto Carlos, cantor sobre o qual fala constantemente, encontra em seus lábios a reprodução de “Amada amante” que canta, sem titubear. Cantor este que ganha destaque em seu discurso, sobretudo ao cantar “Jesus Cristo, eu estou aqui!”

Estes valores religiosos se somam a valores outros sociais que indicam a construção ética própria a uma senhora de cerca de 80 anos: uma moça deve tocar piano, falar francês (é comum que fale sobre a França e cumprimente os técnicos com um conhecido “Mantelevú?”), ser moça “de família” (Talita é solteira, filha do pai, é de família), não deve beber (Disbontar é de família, não bebe) e ser trabalhadeira.

Isso se constitui de uma tal forma que, à primeira vista, dona Irma parece ter recebido a mais fina educação, ainda que tenha trabalhado como empregada doméstica e use expressões típicas de quem não avançou nos estudos: “os quarto particulares”, “das criança”, “todas ingreja católica”, “as professora tá salvando” etc.

É comum que mescle, às lembranças de fatos passados, eventos dos últimos dias. Conforme esclarecido, a entrevista foi realizada no período compreendido entre as duas idas de dona Irma para o abrigo para idosos. Havia tido pressão alta nos últimos dias, sobre o que ela faz diversas referências, assim como ao fato de ter sido levada para o IMPP de táxi: “Os médico tem razão, a pressão tá alta!”, “Eu vim até no táxi”, “O médico tem razão, tô de acordo”, “Eu passando mal. Chame o médico! Aquele da enfermaria das paciente”, “O Estácio, eu vim de táxi”, “Táxi, eu vim de táxi”, “Falei com o médico. Tô com a pressão ajudando os parentes com a primeira comunhão do bebê”.

As alusões a Laranjeiras e Gávea nos remetem aos bairros onde ela trabalhou e foi internada, respectivamente. Dona Irma trabalhou em uma casa ampla em Laranjeiras, que foi vendida para se transformar em um prédio, o que a deixou muito desgostosa, sobretudo devido a seu amor por plantas. A casa tinha um grande quintal, com samambaias e pássaros dos quais ela cuidava: “De lá do horto falante do palácio de Laranjeira”, “Gosto da bananeira”, “Piriquitinho que caiu, fugiu da gaiola”, “Era muita planta. (...) Bonito, lindo!”, “O passarinho ganhou, ele é loirinho da gaiola. Ficou lá, aí eles tiraram prá poder falar. A galinha ganhou tudo, ganhou”. Sobre a Gávea, diz ter vivido lá, de onde certamente podia ver “O Cristo Redentor da Gávea”.

Sua função de empregada doméstica também lhe deixou lembranças inesquecíveis. Costumava falar e contagiar a todos no grupo com receitas deliciosas de doces e salgados que sabia fazer. Atualmente, tem sérias restrições alimentares, devido à diabetes e ao quadro gástrico que a levou à internação no hospital clínico. “E eu cantava do peixe. Do manjar da Gávea”, “Betá ganhou arroz”, “Eu queria é tangerina do povo do sabão Omo” (provavelmente sobre o período em que a tecnologia do anil tinha cedido espaço à máquina de lavar), “Quer pirê? Do cozido, peixe ganhou”, “É coca-cola”, exemplos que nos fazem compreender seu hábito de colaborar para a limpeza da enfermaria e que mostram a responsabilidade com o trabalho doméstico.

Dona Irma nos surpreendeu em relação ao que sabe de sua vida. Em uma instituição psiquiátrica, como paciente de longa permanência, ela é um número de prontuário, uma das pessoas que ali podem continuar porque não trazem desordem, discreta e sobre quem se sabe pouco além da última internação. Sua fala parece delirante, esquisita, estranha ao modo tradicional de se comunicar. Parece não ter muito a dizer.

Jairo, Isolda, Júlio, Talita, Oscar, Disbontares, Dora, Beta são figuras sobre as quais pouco sabemos, mas que nos têm ajudado na costura das lembranças em retalhos que dona Irma nos apresenta.

Decerto que a força do hospício e a institucionalização daí decorrente colaboram para o enclausuramento, para o abandono de muitas características pessoais. Que anos seguidos residindo no hospital resultam na troca do estilo pessoal pelo uniforme carimbado e massificado; do cuidado com o corpo pelo estritamente necessário; de histórias de vida por linhas mal-preenchidas em prontuários; de privacidade por banheiros de portas abertas.

Decerto que o poder da instituição não se restringe a seus muros, mas aos muros cuidadosamente construídos nas relações sociais, tendo como tijolo o horror, como cimento o medo e como acabamento a necessidade – por sua vez também construída – de isolar para cuidar.

Decerto, também, que o hospício silencia, e que pouco valem as opiniões dos pacientes, suas reclamações, suas denúncias, sempre consideradas através da psicopatologia, ou seja, do que há de alienação, delírio, daquilo que não faz parte da realidade compartilhada.

Encontramos, portanto, homens e mulheres abandonados à sua própria sorte, pessoas que esqueceram (ou foram esquecidas) daquilo que, um dia, puderam identificar como suas características particulares. Afirma Basaglia, a esse respeito:

A imagem do institucionalizado corresponde (...) ao homem petrificado dos nossos hospitais, sem futuro, sem um interesse, um olhar, uma expectativa, uma esperança para a qual apontar; o homem aplacado e livre dos excessos da doença, mas já destruído pelo poder da instituição; o homem que só poderá ser impelido à busca de si mesmo, à reconquista da própria individualidade somente pela posse da própria liberdade, se não quisermos que continue a identificar seu vazio interior com o espaço limitado e impositivo do manicômio. Para o doente, a perda da liberdade que está na base da sua doença se identifica inevitavelmente com a liberdade da qual nós o privamos: ele é a porta fechada contra a qual qualquer projeto, qualquer futuro se chocam (BASAGLIA, 2005:27).

Podemos encontrar, apesar das forças contrárias, sinais que resistiram a toda institucionalização. Os relatos trazidos por dona Irma indicam que as relações de poder forjadas no interior do hospital não foram suficientes para a completa *mortificação do eu*.

Considerando que a relação de poder é um “jogo de ações sobre outras ações” (FOUCAULT, 2006:33) e que as relações que se estabelecem no interior do hospital não se caracterizam, na maior parte das vezes, uma situação de violência, podemos encontrar focos de resistência. Afinal, de acordo com Foucault, “(...) a liberdade deve existir para que o poder se exerça (...), dado que sem a possibilidade de desobediência, o poder seria equivalente a uma determinação física” (idem:35).

Desobediência é um bom termo para expressar a recusa de alguns pacientes em utilizar os uniformes que os caracterizariam como loucos. É também um termo adequado diante do pedido sistemático para voltarem para

casa, um lugar onde possam ter vida social, exercer seu papel social, ter responsabilidades e buscar seu próprio conforto. Desobediência diz respeito à persistência de outros em guardar objetos que, lixo para os demais, são os pertences que fazem referência à sua singularidade, suas preferências, suas marcas pessoais. Essa expressão tem relação com a insistência pela vida por parte de tantos outros, apesar de todas as forças que a isso se opõem. Desobediência é aquilo que exercem aqueles que não desistem de suas lembranças, seu estilo particular, até mesmo de certa postura que faz com que pareçam se sentir, por vezes, superiores aos demais. Desobediência é o que dona Irma faz ao manter a enfermaria limpa a seu modo, de se manter fiel à sua crença mesmo diante de tanto sofrimento, de não abandonar, enfim, traços marcantes de sua história de vida.

A resistência, conforme considera Foucault, diz respeito menos a histórias pessoais, como pudemos destacar através das entrevistas, do que à história das sociedades:

(...) o que faz da dominação de um grupo, uma casta ou uma classe, junto com a resistência e as revoltas que enfrenta a dominação, um fenômeno central na história das sociedades, e que elas manifestam, de uma forma massiva e universalizante, a nível do corpo social inteiro, a conjunção das relações de poder com relações de estratégia e das conseqüências resultantes de sua interação (idem:47).

Foucault e Basaglia trazem idéias aparentemente opostas. Se o primeiro considera que os pacientes institucionalizados são propriamente “a porta fechada contra a qual qualquer projeto, qualquer futuro se chocam” (BASAGLIA,2005:27), Foucault nos alerta para os modos como este grupo resiste e enfrenta a dominação.

A História Oral não contribuiu, nesta situação, exatamente para que as “portas fechadas” se abrissem, mas para que enxergássemos as frestas já existentes nas portas que resistem, e insistem em não se fechar.

As entrevistas realizadas com os pacientes de longa permanência acabam por conduzir-nos a concordar com Bourdieu, para quem não se pode “(...) compreender uma vida como uma série única e por si suficiente de acontecimentos sucessivos (...)” (BOURDIEU, 2002:189). É preciso, ao contrário, que consideremos as histórias de vida se relatadas a partir de um ponto-de-vista não-linear, como algo que evita que nos deixemos levar pela “ilusão biográfica”, título do artigo do autor citado.

Neste sentido, as entrevistas não nos levam à ilusão. Apresentam-se, quiçá mais uma vez como forma de resistência ao modelo instituído, como opostas à “história bem construída” – desejada pelo “*mundo social, que tende a identificar a normalidade com a identidade entendida como constância em si mesmo de um ser responsável, isto é, previsível ou, no mínimo, inteligível (...)*” (idem:186).

Fragmentos de memória, retalhos costurados, componentes de histórias de vida, ou seja, *colocações e deslocamentos*. Afinal, de acordo com Bourdieu, esperar que haja mais constância no “sujeito” do que o nome próprio “(...) é quase tão absurdo quanto tentar explicar a razão de um trajeto no metrô sem levar em conta a estrutura da rede, isto é, a matriz das relações objetivas entre as diferentes estações” (idem:189-190).

Tomando emprestadas as palavras de uma velha mulher cujos versos foram publicados, pela primeira vez, nos altos de seus 76 anos, é que somos convocados a recordar que somente os velhos sobrados trazem, em suas

paredes e arestas, a dignidade de quem tem histórias para contar. E que sempre, sempre devemos nos importar com “*as salas destelhadas, e o pudor das alcovas devassadas...*” (CORALINA, 2003:89).

Referências Bibliográficas

- ALBERTI, Verena. “Indivíduo e biografia na história oral”. Em: CEREZZO, Antônio Carlos, JACÓ-VILELA, Ana Maria e RODRIGUES, Heliana de Barros Conde (org.) – *Clio-Psyché paradigmas: historiografia, psicologia, subjetividades*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003, pp. 71-75.
- BOURDIEU, Pierre. A ilusão biográfica. Em: FERREIRA, Marieta de Moraes e AMADO, Janaína (org.) - *Usos e Abusos da História Oral*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 2002, pp. 183-191.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- BASAGLIA, Franco. “A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização – mortificação e liberdade do ‘espaço fechado’: considerações sobre o sistema ‘open door’.” Em BASAGLIA, Franco. *Escritos Seleccionados em saúde mental e reforma psiquiátrica* (org. Paulo Amarante). Rio de Janeiro: Gramond, 2005, 23-34.
- CORALINA, Cora. *Poemas dos Becos de Goiás e Histórias Mais*. São Paulo: Global, 2003.
- DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. “No litoral do vasto mundo: lei 10.216 e a amplitude da reforma psiquiátrica”. Em VENANCIO, Ana Teresa A. e CAVALCANTI, Maria Tavares. *Saúde Mental: campos, saberes e discursos*. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da UFRJ/Centro Universitário de Cultura José Octavio Freitas Junior. IPUB/CUCA, 2001, pp. 283-290.
- FERREIRA, Marieta de Moraes e AMADO, Janaína (org.). *Usos e Abusos da História Oral*. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002.
- FOUCAULT, Michel. *El sujeto y el poder*. <http://www.nossa.unal.edu.co/biblos/SUJETOPODER.doc>, acessado em 4 de março de 2006.
- FOUCAULT, Michel. “Nietzsche, a genealogia e a história”. Em: FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder* (org. Roberto Machado). Rio de Janeiro: Graal, 1999a, pp. 15-37.
- FOUCAULT, Michel. “O Nascimento do Hospital”, 1974. Em: FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder* (org. Roberto Machado). Rio de Janeiro: Graal, 1999b, pp. 99-111.
- FURTADO, Juarez Pereira. “Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos: da unidade de reabilitação de moradores ao CAPS Estação”. Em: HARARI, Angela & VALENTINI, Willians (org). *A reforma psiquiátrica no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2001. – (Saúde Loucura 14).
- GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. 7ª edição. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2003.
- RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. *Alucinando Portelli – Celebração do amor entre um historiador (oral) e seu leitor*. Mnemosine v.1, n.1. 2005. www.cliopsyche.cjb.net/mnemosine/ojs/viewarticle.php?id=33&layout=abstract, acessado em 10 de fevereiro de 2006.
- RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. *O Homem sem Qualidades. História Oral, Memória e Modos de Subjetivação*. www2.uerj.br/~revipsi/v4n2/artigos/ARTIGO2.html, acessado em 9 de março de 2006.
- RODRIGUES, Heliana de Barros Conde, DUARTE, Maria das Graças dos Santos e FERNANDES, Patrícia Jacques. “Para uma história do Institucionalismo no Brasil: polêmicas relativas à História Oral”. Em: CEREZZO, Antônio Carlos, JACÓ-VILELA, Ana Maria e RODRIGUES, Heliana de Barros Conde (org.). *Clio-Psyché paradigmas: historiografia, psicologia, subjetividades*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003, pp. 77-96.

Mariana Nogueira Rangel é Especialista em Saúde Mental pelo Instituto Municipal Philippe Pinel e Mestranda em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ.
E-mail: marirangel@gmail.com